

Universidad CEU San Pablo

CEINDO – CEU Escuela Internacional de Doctorado

PROGRAMA en MEDICINA TRASLACIONAL



BUEN TRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES

**Desarrollo, estudio e intervención con Auxiliares de
Enfermería en residencias de Personas Mayores**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Patricia López Frutos

Dirigida por: Dra. Gema Pérez Rojo y Dr. Javier López Martínez

Madrid, 2022

*A vosotros, que significáis tanto.
Federico, Ascensión, Vidal y Balbina*

*Un día esa moneda que siempre había ido con ella cambió,
con el paso del tiempo había adquirido valor,
ahora tenía cuidados, era admirada, mientras que ella...*

*Y así la diferencia encontró,
entre ser objeto o humano,
entre ganar o perder valor,
con el paso de los años.*

Patricia López-Frutos

Agradecimientos

Es complicado expresar lo agradecida que estoy a todas las personas que a lo largo de estos años me han acompañado de una manera u otra, aún así, ahora que he llegado al final puedo retroceder en la memoria e intentarlo.

Primero, y como no puede ser de otro modo, a mis directores de tesis, Gema Pérez-Rojo y Javier López, gracias por aguantar tantos cambios, por guiarme en todo momento para conseguirlo, ¡aquí está!, nos ha costado, pero lo hemos logrado. Gracias de verdad a los dos.

Gema, gracias por ayudarme en todas las dudas que he tenido, por abrirme las puertas de este maravilloso, inquietante y sacrificado mundo de la investigación, por acogerme como a una más y acompañarme durante todo el proceso. Por los momentos de charla y de desahogo que tanto he necesitado, por cuidarme y dejar que la creatividad pudiese fluir por algún sitio.

Javier, gracias por la confianza, por ser un apoyo en todo momento, por tus palabras de ánimo y por esa calma que transmites, incluso cuando parece que todo es un caos. Gracias por enseñarme tanto, estos años a tu lado han sido un curso expres del buen hacer, de la constancia, del trabajo y el esfuerzo.

Gracias al departamento de Psicología, por esos años que compartí con ellos, por los consejos y por lo que he aprendido. Abi, gracias por compartir información de doctorandas, tanto académica, como las inquietudes, y esos momentos de agobio. A María, por ser la primera que confió en mí, gracias. Y en especial gracias al equipo de investigación, Cris Noriega, gracias ser un referente de esfuerzo, del trabajo bien hecho, gracias por enseñarme, por siempre estar disponible; a Cris Velasco, gracias por tu amabilidad, por ayudarme en todo lo que he necesitado, y por ser un gran apoyo; a Isabel Carretero, gracias por ser como eres, siempre alegre y risueña, por preocuparte por todo lo que pasa, y ofrecerte siempre para echar una mano; y a Leyre, gracias por ayudarme con este trabajo, ahora es tu turno, te dejo el relevo.

A mis amigos, gracias por aguantarme en los momentos de crisis, por preguntar, por apoyarme en todo lo que habéis podido. Gracias Berta por un libro divertido que me ayudó a superar momentos “Maldita tesis”.

A Marina Bueno, gracias por tu apoyo, por ser un ejemplo de trabajo, dedicación y valores. Gracias por darme la oportunidad y dejarme aprender a tu lado. Por compartir las inquietudes,

los “secretos”, por esos cafés tan saludables mentalmente, y especialmente recuerdo los momentos de dejar volar la creatividad, tenemos futuro en ello.

Gracias a Dani, por tantos años a mi lado, y los que nos quedan, hasta envejecer. Te debo mucho tiempo, muchas risas y viajes, que esta tesis nos ha hecho aplazar, gracias por esperar como un verdadero amigo, por preocuparte y ocuparte. 2022, metas conseguidas y nuevos sueños que cumplir.

A Helena, gracias por todo, por ser un apoyo constante, por la confianza, por acompañarme en este camino y esperar a que pudiera terminar, gracias por creer en mí.

A mi hermano, David, gracias por absolutamente todo, el mejor hermano que cualquiera podría soñar. Mi compañero de juegos cuando eramos pequeños, mi compañero de aventuras en la juventud, mi amigo, mi gran soporte, mi consejero, siempre juntos.

A mis padres, Esther y Fede, tengo tanto que agradecer que no tendría espacio. Gracias por apoyarme a lo largo de mi vida, en cada momento y en cada decisión, unas veces más acertada que otras, pero siempre estáis ahí para acompañarme.

Gracias a todas las personas que empezaron esta aventura y se marcharon, a las que se han subido a medio camino y aquí siguen, a las que se unieron y se fueron, de todas y cada una de esas personas habrá un trocito en este trabajo.

Gracias a todos/as las auxiliares que han participado en este estudio, no ha sido fácil, pero espero que con este trabajo pueda aportar un granito de arena para que su trabajo y la vida de las personas mayores sea un poquito mejor.

Y, por último, gracias a este trabajo, la tesis, hemos avanzado juntas a lo largo de estos años, hemos crecido, y aquí nos separamos. Me quedo con todas las enseñanzas que me ha proporcionado, no solo a nivel académico, sino también personal. Ha sido todo un desafío, que llega a su fin, pero estoy convencida que será el principio de algo nuevo.

Gracias por acercarme de nuevo un poco más a ellos, esta tesis está dedicada a vosotros, reunidos de nuevo, las cuatro estrellas que siempre van conmigo. Federico, Ascensión, Vidal y Balbina.

Resumen:		17
Abstract:		17
Palabras clave:		18
Keywords:		18
PARTE TEÓRICA		21
Capítulo 1: Envejecimiento		23
1.1.	Envejecimiento en el siglo XXI	25
1.2.	Teorías del envejecimiento	26
1.2.1.	Teorías biológicas	27
1.2.2.	Teorías psicosociales	29
1.3.	Tipos de envejecimiento	32
1.3.1.	El envejecimiento activo	34
1.4.	Las Personas Mayores en residencias	35
1.4.1.	Estudios sobre la prevalencia de mal trato en las residencias	37
Capítulo 2: El buen trato y su evaluación: Personas mayores en residencias		41
2.1.	Modelos teóricos relacionados con la promoción del buen trato	42
2.1.1.	Teoría Centrada en el Cliente	42
2.1.2.	Psicología Social Maligna	43
2.1.3.	Modelo de Kayser-Jones sobre el trato proporcionado en instituciones	46
2.1.3.1.	Infantilización	46
2.1.3.2.	Despersonalización	47
2.1.3.3.	Deshumanización	48
2.1.3.4.	Victimización	49
2.2.	Instrumentos de medida del mal/buen trato a las Personas Mayores en instituciones	50
Capítulo 3: Factores asociados al buen trato en residencias		59
3.1.	Factores de riesgo para el buen trato	61
3.2.	Factores protectores del buen trato	62
3.3.	Factores protectores del buen trato	64
3.3.1.	¿Qué es el burnout?	64
3.3.2.	Realización Personal	65
3.3.3.	Despersonalización	66
3.4.	Estereotipos	66
3.4.1.	¿Qué son los estereotipos?	67
3.4.2.	Tipos de estereotipos	68
3.4.3.	Funciones de los estereotipos	69
3.4.4.	Consecuencias de los estereotipos	70
3.5.	Apoyo directivo	72
Capítulo 4: Educación e Intervención en buen trato en residencias		75
4.1.	Introducción	77
4.2.	Prevención del mal trato en residencias	78
4.2.1.	La información	79
4.2.2.	La formación	80
4.3.	Promoción del Buen Trato	81
4.3.1.	Desde el Buen Trato a la Calidad de Vida	83
PARTE EMPÍRICA		89
Capítulo 5: Objetivos e Hipótesis		91

5.1.	Objetivos generales	93
5.2.	Objetivos específicos e hipótesis	93
5.2.1.	Estudio 1: Validación de la Escala de Buen Trato para Auxiliares en Residencias (EBTAR)	94
5.2.2.	Estudio 2: Factores asociados al buen trato en instituciones	95
5.2.3.	Estudio 3: Eficacia de la intervención en auxiliares de enfermería	95
Capítulo 6: Estudio 1. Validación de la Escala de Buen Trato para Auxiliares en Residencias		97
6.1.	Introducción	99
6.2.	Método	99
6.2.1.	Participantes	99
6.2.2.	Variables e Instrumentos	100
6.2.3.	Procedimiento	103
6.3.	Análisis de datos	104
6.4.	Resultados	107
6.4.1.	Descripción de la muestra	107
6.4.2.	Análisis de la validez	108
6.4.2.1.	Validez de constructo. Análisis Factorial Exploratorio (AFE)	108
6.4.2.2.	Validez de constructo. Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)	113
6.4.3.	Análisis de fiabilidad	114
6.4.3.1.	Consistencia Interna	114
6.4.3.2.	Validez convergente	115
Capítulo 7: Estudio 2. Factores asociados al buen trato en residencias		117
7.1.	Introducción	119
7.2.	Método	119
7.2.1.	Participantes	119
7.2.2.	Variables e instrumentos de medida	119
7.2.3.	Procedimiento	120
7.3.	Análisis de datos	120
7.4.	Resultados	121
7.4.1.	Análisis descriptivo de las variables relacionadas con los auxiliares de enfermería en residencias de personas mayores	121
7.4.2.	Relación entre las variables	123
Capítulo 8: Estudio 3. Eficacia de la intervención en buen trato con auxiliares en residencias		127
8.1.	Introducción	129
8.2.	Método	129
8.2.1.	Participantes	129
8.2.2.	Variables e instrumentos del estudio	129
8.2.3.	Procedimiento	130
8.3.	Diseño de la Intervención	130
8.3.1.	Objetivos de la Intervención	131
8.3.2.	Metodología de la Intervención	132
8.3.3.	Descripción de las sesiones	132
8.4.	Análisis de datos	142
8.5.	Resultados	142
8.5.1.	Descripción de la muestra	143
8.5.2.	Resultados en la variable buen trato	143

8.5.3.	Resultados en la variable estereotipos hacia las personas mayores _____	144
8.5.4.	Resultados en la variable calidad de vida _____	145
8.5.5.	Resultados en la variable burnout _____	146
8.5.5.1.	Resultados en la subescala Agotamiento Emocional _____	146
8.5.5.2.	Resultados en la subescala Despersonalización _____	147
8.5.5.3.	Resultados en la subescala Realización Personal _____	148
8.5.6.	Resultados en la variable Personal de Atención Centrada en la Persona.	149
8.5.7.	Resultados en la variable Evaluación de Atención Centrada en la Persona. _____	150
Capítulo 9: Discusión y conclusiones _____		153
9.1.	Descripción de las características de los participantes _____	156
9.2.	Validación de la Escala de Buen Trato en Residencias de Personas Mayores por parte de los auxiliares de enfermería _____	156
9.3.	Factores asociados al Buen Trato en Instituciones _____	161
9.4.	Eficacia de la intervención en buen trato en auxiliares de enfermería que trabajan en Instituciones de Personas Mayores _____	170
9.5.	Limitaciones y directrices futuras _____	175
9.6.	Implicaciones prácticas de los resultados _____	178
Referencias _____		183
Anexos: _____		207
Anexo 1: Protocolo evaluación Aprobación por parte del comité de ética _____		209
Anexo 2: Aprobación por parte del comité de ética _____		228

Índice de tablas

<i>Número de tabla</i>	<i>Título de la tabla</i>	<i>Página</i>
1	Estudios prevalencia maltrato a personas mayores	35
2	Instrumentos de medida de maltrato y atención centrada persona	48
3	Características sociodemográficas de los auxiliares	103
4	Pesos ponderados obtenidos en el Análisis Factorial Exploratorio con cuatro factores	106
5	Pesos ponderados obtenidos en el Análisis Factorial Exploratorio con un factor	107
6	Modelo y AFC: Índices de ajuste del modelo estructural realizado	109
7	Ítems definitivos de la Escala de Buen Trato para Auxiliares en Residencia	110
8	Fiabilidad de los ítems de la Escala de Buen Trato para Auxiliares en Residencia	111
9	Correlaciones. Validez convergente	112
10	Instrumentos y fiabilidad: Estudio 2	116
11	Descripción de variables del contexto laboral	119
12	Correlaciones entre factores que relacionan con buen trato	120
13	Regresión lineal	121
14	Fiabilidad instrumentos: Estudio 3. Pre y post intervención	126
15	Hipótesis planteadas sobre validación validación de la escala	157
16	Hipótesis planteadas sobre factores asociados al buen trato	166
17	Hipótesis planteadas sobre la eficacia de la intervención	171

Índice de figuras

<i>Número de figura</i>	<i>Título de la figura</i>	<i>Página</i>
1	Gráfico de sedimentación de Catell de Buen Trato	105
2	Modelo 1, resultante del Análisis Factorial Confirmatorio	109
3	Evolución de los grupos T1 y T2 en buen trato	140
4	Evolución de los grupos T1 y T2 en estereotipos	141
5	Evolución de los grupos T1 y T2 en calidad de vida	142
6	Evolución de los grupos T1 y T2 en agotamiento emocional	143
7	Evolución de los grupos T1 y T2 en despersonalización	144
8	Evolución de los grupos T1 y T2 en realización personal	145
9	Evolución de los grupos T1 y T2 en personal atención centrada persona	146
10	Evolución de los grupos T1 y T2 en evaluación atención centrada persona	147

Resumen:

La atención que se brinda a las personas mayores en las residencias está motivando un cambio necesario, donde a las personas mayores se les coloca en el lugar que se merecen, dejando que sean ellos quienes participen, los que tomen sus decisiones, que nadie piense o decida por ellos, al fin y al cabo, tratarles como adultos que son. El buen trato hacia las personas mayores no solo está vinculado a la parte física, sino a la parte psicológica, social, en todos los aspectos que rodean a una persona, dejando que cada uno pueda ser como quiera. Los estudios realizados en la presente tesis investigan qué es el buen trato, cómo afecta a los auxiliares de enfermería y qué factores pueden afectar a que el buen trato esté más presente en las residencias, todo ello a través de tres estudios: un estudio de validación de un cuestionario sobre buen trato hacia las personas mayores por parte de los auxiliares, un segundo estudio sobre cuáles son los factores relacionados con el buen trato y un tercer estudio en el que se realiza una intervención para comprobar si produce cambios significativos. A partir de los resultados se determina que el buen trato está relacionado con la calidad de vida de los profesionales, con los pensamientos estereotipados, con la atención centrada en la persona, la motivación y la satisfacción en el trabajo. Como conclusión, el estudio permite conocer mejor cuáles son los factores relacionados con el buen trato, siendo los que se deben seguir trabajando para alcanzar ese modelo de atención basado en el buen trato hacia las personas mayores.

Abstract:

The care of the older adults in nursing homes is bringing about a necessary change, where the older adults are placed in the place they deserve, allowing them to participate, to make their own decisions, that no one thinks or decides for them, after all, treating them as the adults they are. The good care of the older adults is not only linked to the physical part, but also to the psychological and social part, to all the aspects that surround a person, allowing each one to be as he/she wants to be. The studies carried out in this thesis investigate what good treatment is,

how it affects nursing assistants and what factors can influence good care to be more present in nursing homes, all through three studies: a validation study of a questionnaire on good care of the older adults by nursing assistants, a second study on what are the factors related to good care and a third study in which an intervention is carried out to see if it produces significant changes. The results show that good treatment is related to the quality of life of the professionals, stereotypical thinking, person-centred care, motivation and job satisfaction. In conclusion, the study provides a better understanding of the factors related to good care, which are those that need to be further developed in order to achieve a model of care based on good care of the older adults.

Palabras clave:

Buenas prácticas, envejecimiento, residencia, profesionales.

Keywords:

Good practices, ageing, nursing home, professionals.

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1:

Envejecimiento

1.1. Envejecimiento en el siglo XXI

El concepto de envejecimiento no tiene una definición consensuada, sino que puede contener diferentes matices. Antiguamente se entendía más como un concepto biológico, asociado a las pérdidas que se sufrían. Sin embargo, esta definición ha ido cambiando, y actualmente se tiende a enfatizar más la parte positiva, entendiéndolo como un proceso global en el que se presentan cambios biopsicosociales con el paso de los años, sabiendo que es una etapa en la que pueden aparecer tanto pérdidas como ganancias.

En los últimos años mientras la tasa de natalidad ha disminuido, la esperanza de vida se ha incrementado exponencialmente. Los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística, en diciembre de 2021, mostraban los datos de la esperanza de vida en España. En el caso de las mujeres la esperanza de vida era de 85,06 años y en los hombres de 79,59 años (INE, 2021). Entre el año 2002 y 2021 la población mayor de 64 años en España ha aumentado en más de dos millones de habitantes. Existen diferentes factores que han sido señalados como los responsables de esta situación: el desarrollo socioeconómico, los avances sanitarios, sociales y tecnológicos, las condiciones ambientales, así como los cambios en el estilo de vida. Recientemente, por primera vez después de muchos años, se ha producido una disminución en la esperanza de vida debido a la pandemia por la Covid-19, según los datos que muestra el Instituto Nacional de Estadística (2021).

La situación demográfica actual muestra, al igual que en los últimos años, el proceso de envejecimiento de la población. Los datos actualizados de 2021 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para mayores de 64 años indican que este grupo representa el 19,77% de la población. En los datos que presenta el INE sobre la proyección de personas mayores en España, se indica que habrá casi un millón más de personas mayores en los próximos 15 años, lo que va a suponer que un 26,5% de la población tengan 65 años o más, y se espera que este aumento será de tres millones en el año 2070.

Estos datos sobre la población muestran cómo la pirámide poblacional se está invirtiendo, reflejando no solo que se envejece en mejores condiciones, lo que posibilita que cada vez haya más personas mayores, sino que también es consecuencia de la reducción en el número de personas más jóvenes, ya que el índice de natalidad ha ido disminuyendo, provocando en el plano demográfico un cambio global (Abreus et al., 2018).

1.2. Teorías del envejecimiento

Las teorías del envejecimiento están presentes desde épocas prehistóricas, cuando éstas incluían elementos mágicos y hablaban sobre la inmortalidad, en culturas como la egipcia, hindú o china. A partir de la Grecia Clásica se inician las teorías sociales, o las biológicas con Aristóteles, y es a partir del siglo XIX cuando se comienzan a desarrollar las teorías psicológicas (Hernández & González, 2013).

El proceso de envejecimiento no se rige por una estructura fija, sino que varía en función de varios elementos. Por un lado, se encuentra la parte genética de cada persona, como factor intrínseco. Por otro lado, la externa, incluyendo el ambiente, factores físicos y sociales. Y finalmente la interacción entre ambos procesos, con todos sus factores, dando como resultado al proceso del envejecimiento (Pal & Tyler, 2016).

Por ello es importante conocer lo que puede aportar cada una de las teorías que se han elaborado sobre el envejecimiento, considerándolo como un proceso holístico, integral y global, que se compone de factores biológicos, psicológicos y sociales, pero que en cada uno influyen de un modo diferente (Alvarado & Salazar, 2014). En la presente tesis se describen las teorías más importantes según la literatura científica.

1.2.1. Teorías biológicas

Desde la perspectiva biológica, el envejecimiento se considera un proceso orgánico en el que van disminuyendo las funciones. Zetina (1999) describe dos procesos dentro de la dimensión biológica, por un lado, el envejecimiento primario, en el que se incluirían una serie de cambios inevitables que se producen en las personas, aunque para cada persona no tienen por qué aparecer en el mismo momento, ocurren a lo largo de la vida y pueden presentarse con una intensidad variable. Por otro lado, el envejecimiento secundario viene provocado por tener o haber tenido enfermedades o traumas a lo largo de la vida.

Teoría de los Radicales Libres.

Es una teoría propuesta por Denham Harman en 1956, en ella se defiende que las reacciones que tienen los radicales libres afectan a los tejidos de manera accidental, pero con consecuencias dañinas, y provoca como resultado el envejecimiento. Según los diferentes estudios realizados estos radicales libres podrían estar implicados en algunas enfermedades degenerativas, o que afectan a la capacidad funcional (Vargas et al., 2007).

La teoría de los radicales libres pone el foco en la interacción entre sustancias oxidantes y algunas moléculas, lo que hace que se produzca una alteración en la estructura, y como consecuencia una alteración funcional, que probablemente interfiera en el proceso de envejecimiento (Paredes & Roca, 2002). Es en la mitocondria donde se generan los radicales libres, después son los agentes externos como, por ejemplo, la dieta o elementos ambientales los que hacen que la producción de radicales libres aumente considerablemente, de forma que se produce un desequilibrio entre unos agentes y otros (Coutiño-Rodríguez et al., 2020).

A partir de la respiración aeróbica, que es una de las causantes de que se produzcan los radicales libres, aparece el daño oxidativo, que finalmente es el responsable de que se produzcan los procesos necesarios para perjudicar al organismo (Ortega et al., 2020). Algunas de las áreas

que se pueden ver más afectadas por los radicales libres, en cuanto al envejecimiento celular son: aparato cardiovascular, sistema neurológico, aparato ocular, aparato respiratorio, sistema osteomioarticular y el riñón (Regal et al., 2018).

Según Paredes y Roca (2002) la vitamina C y E, como antioxidantes, son sustancias que pueden proteger del proceso biológico del envejecimiento, siguiendo la teoría de los radicales libres.

Teoría del entrecruzamiento

Esta teoría se centra en los entrecruzamientos que ocurren entre proteínas y otras macromoléculas. Estos enlaces repercuten en la información que está contenida en el ADN y el ARN, favoreciendo que con la edad, se produzcan mutaciones celulares (Ponce, 2021). Con el paso de los años aumentan los enlaces moleculares que se producen entre las proteínas o las cadenas de ácidos nucleicos (Hernando, 2006).

Loaiza et al. (2008) especifica cómo se pueden ver afectadas sustancias como el colágeno por los cruzamientos que tienen lugar en las proteínas, lípidos y ADN, debido a circunstancias externas como el ambiente social o la alimentación, y como especifica esta teoría, con el paso del tiempo los cruzamientos aumentan y producen que los tejidos se vuelvan menos plegables o se encojan.

Teoría de la inestabilidad del genoma.

Con repercusiones similares a la teoría del entrecruzamiento, se encuentra esta teoría que pone la atención en la inestabilidad del genoma y la posible influencia de estas modificaciones al ADN y ARN causando el envejecimiento (Rico-Rosillo et al., 2018).

1.2.2. Teorías psicosociales

Teoría del desarrollo de Erikson

La teoría desarrollada por Erikson (1986, 1970) divide el desarrollo humano en ocho etapas, en cada una de ellas aparece un conflicto que la persona debe hacer frente, conforme se avanza de etapa la identidad del sujeto se desarrolla, al mismo tiempo que tiene lugar el proceso de maduración psicológica.

En la octava etapa, la última, es la que hace referencia al envejecimiento. Es denominada *integridad del yo frente a desesperación*, en ella se discute sobre dos ideas contrapuestas, por un lado, está la idea de llevar el envejecimiento de una manera satisfactoria, siendo lo que Erikson definía como la sabiduría. Por otro lado, están los pensamientos sobre las pérdidas que se asocian a esta etapa del envejecimiento (Erikson, 1985).

Teoría del ciclo vital

Esta teoría sobre el ciclo vital fue desarrollada por Baltes (1987), en ella se enuncian siete principios que enmarcarían el desarrollo del ciclo vital.

1. El desarrollo vital de las personas tiene lugar a lo largo de toda su vida. En cada momento hay aspectos importantes a considerar y que marcan el camino de cada uno.
2. El desarrollo en el ciclo vital no implica solamente una dimensión, sino que se trata de un desarrollo global, multidimensional, que abarca los aspectos psicológicos, sociales, físicos.
3. Se trata de un aspecto multidireccional, es decir, puede haber momentos o etapas en las que algún aspecto crezca y otro disminuya.
4. Los aspectos relacionados con lo biológico del ser humano y los aprendizajes culturales fluyen a lo largo del ciclo vital. Aprendiendo o perdiendo distintos niveles.

5. Los recursos que se necesitan a lo largo del ciclo vital se distribuyen en función de las necesidades específicas en cada etapa, regulando esas necesidades.

6. La plasticidad está vinculada a las diferentes etapas, buscando que se puedan mantener las diferentes capacidades en función del mayor o menor uso que se les pueda dar.

7. La persona está rodeada de un contexto que influye en el desarrollo de este, al igual que ocurre con los aspectos culturales que rodean a cada uno.

Teoría de la desvinculación.

Esta teoría mantiene un enfoque negativo sobre el envejecimiento, ya que pone el foco en que este no se puede evitar, y que la persona según van pasando los años, y entra en la etapa de la vejez la independencia disminuye, tanto a nivel físico como social de forma inevitable. Según esta teoría, las personas mayores se irían aislando con el paso del tiempo, desvinculándose de los diferentes aspectos de su vida, y de la sociedad en general (Cummings & Henry, 1961). Al desvincularse de la vida activa, las personas piensan que lo único que les queda es prepararse para la muerte, por ello se considera que esta teoría presenta una connotación negativa sobre el envejecimiento (Zamarrón, 2013).

Ortega et al. (2020) señala que esta teoría puede tener un punto de vista positivo, ya que este distanciamiento puede verse como una transmisión de conocimiento y sabiduría a los jóvenes, enseñándoles a partir de sus experiencias vividas a lo largo de los años. Aunque sigue poniendo el hincapié en cómo las personas mayores se van alejando de la vida social.

Teoría de la actividad.

La teoría de la actividad defiende la idea de que las personas mayores que son más activas tienen una vida más satisfactoria, y a medida que se va desarrollando esta teoría a través de diversas investigaciones se le añade la importancia de la parte social al concepto de uno mismo, como interacción con los otros y el medio (Cavan, 1949). Alguno de los puntos para tener en

cuenta en relación con esta teoría, es que, según propone Oddone (2013), parece una teoría que se aplica a las personas más jóvenes, dentro del proceso de envejecimiento, sin tener en cuenta a las personas con dificultades. Otro de los aspectos importantes es que lo sustancial es el valor que las personas le atribuyen a la actividad, no la cantidad de actividades que se puedan hacer, por lo tanto, lo fundamental es analizar que aporta esa actividad a cada persona para que su vida sea más satisfactoria.

Alvarado y Salazar (2014) explican que para vivir la etapa del envejecimiento lo más saludable posible, es importante realizar actividades que contribuyan a tener una mejor adaptación que conlleva estar más satisfecho con la vida.

Siguiendo la línea de esta teoría, a partir de las pérdidas que van sufriendo las personas mayores a lo largo de su vida, Maddox (1963) sugiere la posibilidad de realizar actividades que puedan complementar o rellenar esos “huecos” que se quedan vacíos. Además, esta argumentación puede relacionar esta teoría con la siguiente, la teoría de los roles, sintiendo que ante las diferentes pérdidas que se pueden sufrir a lo largo de la vida, hay que modificar el rol que se presenta (Belando, 2007). Por ejemplo, una mujer que pierde a su marido, según la teoría de la actividad debería iniciarse a realizar algo que le gustase para reconstruir ese espacio que ha dejado esa pérdida, mientras que, a partir de la teoría de los roles, esta mujer pasaría de ser una persona casada a una persona viuda, con las connotaciones o diferencias que esos dos roles tienen, tanto a nivel personal como social.

Teoría de la continuidad

Esta teoría entiende que según se va envejeciendo se suelen mantener hábitos, costumbres y estilos de vida parecidos a los que se han desarrollado a lo largo de nuestra vida (Fernández-Mayoralas et al., 2014). Es importante entender esta etapa como una continuidad, algo que sigue, por lo que mantener las costumbres hace que se comprenda el envejecimiento como una fase

más, agregando nuevas experiencias y hábitos a los que se ha ido construyendo a lo largo de la vida (Alberola, 2015).

Se trata de una continuidad de las etapas de la vida ya vividas, manteniendo la personalidad, adaptando los nuevos hábitos que se van aprendiendo (Belando, 2007). Robledo y Orejuela (2020) también relacionan esta teoría con la psicología, señalando que se otorga importancia a la personalidad de las personas mayores, pero no se tienen en cuenta las creencias sobre sí mismos.

Las experiencias que ya se han vivido consiguen que siempre se aprendan cosas nuevas, por ello la calidad de vida durante el envejecimiento depende de cómo se ha vivido hasta ese momento, intentando que los cambios que se van produciendo se añadan a las nuevas vivencias de forma adaptativa (Aguerre et al., 2008).

Además, se han enumerado tres aspectos que son fundamentales en esta teoría, como la continuidad interna, que se relaciona con el carácter, lo cognitivo o experiencias; también está la continuidad externa, lo que se entiende por las relaciones y el entorno; y por último estaría la continuidad individual, que tiene tres niveles: cuando es baja se refiere a la imposibilidad de adaptarse a los cambios, si se trata de un nivel más alto, se refiere a que es capaz de hacer frente a los cambios y por último un nivel desmesurado ya que incluso aunque se tengan estrategias que puedan ser idóneas, la vida parece monótona (Catunda, 2008).

1.3. Tipos de envejecimiento

Hay diferentes tipos de envejecimiento. Los tres tipos más consensuados por diversos autores (Baltes & Baltes, 1990; Galbán et al., 2007) son:

- *Envejecimiento normal*: Es el envejecimiento que puede presentar cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al paso del tiempo, pero no por ello a una enfermedad.
- *Envejecimiento patológico*: La característica principal de este tipo de envejecimiento es la presencia de enfermedad, de este modo el envejecimiento normal se ve influenciado negativamente por ello.
- *Envejecimiento activo o saludable*: Este tipo se caracteriza por mostrar un envejecimiento basado en la salud y participación en la vida de una forma activa.

Ponce (2021) explica, desde un enfoque biológico, que existen tres formas de ver el envejecimiento: En primer lugar, un envejecimiento saludable, que se caracterizaría por no presentar características que puedan incapacitar a la persona. En segundo lugar, un envejecimiento más asociado a una enfermedad, lo que podría implicar la incapacidad para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria por uno/a mismo/a, necesitando ayuda. Y, por último, el envejecimiento más frecuente, que estaría entre los dos anteriores, en el que se pueden tener algunas patologías o dificultades, pero estas no consiguen invalidar a la persona.

Cambiaggi y Zuccolilli (2011) mencionan, por su parte, cuatro formas diferentes desde las que entender o ver el proceso de envejecimiento:

- *Envejecimiento cronológico*: viene establecido por la edad cronológica, son los años que se viven, por ello se trata del paso del tiempo desde que se nace.
- *Envejecimiento biológico*: se trata de ver el envejecimiento desde el desgaste o deterioro de los órganos y las funciones que estos desempeñan.
- *Envejecimiento Psíquico*: se trata de un envejecimiento entendido desde todos los acontecimientos vitales que suceden.
- *Envejecimiento social*: es el envejecimiento visto desde los roles que se desempeñan en la sociedad, por ejemplo, ser estudiante, trabajador, jubilado.

1.3.1. El envejecimiento activo

El envejecimiento activo, saludable o también definido por Rowe y Kahn (1997) como envejecimiento con éxito, se diferencia del envejecimiento normal, porque va un poco más allá. Indican que incluiría tres aspectos que lo definen: en primer lugar, la baja probabilidad de contraer una enfermedad, en segundo lugar, la alta capacidad tanto a nivel físico como cognitivo, y, finalmente, un elevado nivel de compromiso con la vida, a partir de relaciones y el deseo de realizar actividades que sean productivas. Esto implica desde un punto de vista psicológico, la capacidad de ser autosuficiente, valorarse a uno mismo, sintiendo además que se tiene autonomía e independencia para poder llevar las riendas de su vida (Rojas et al., 2020).

Independientemente del nombre que lo acompañe, lo importante de este tipo de envejecimiento es que muestra un cambio radical con otros enfoques que se centran más en las pérdidas. Esta perspectiva de envejecimiento se acerca a las necesidades de las personas mayores y a sus derechos que expresados por Naciones Unidas (ONU, 2002) incluirían la independencia, participación, dignidad, atención y autodesarrollo. La Organización Mundial de la Salud (2002, p. 26) define el envejecimiento saludable como “el proceso a lo largo de la vida en el que se optimiza el bienestar físico, social y mental con el fin de extender las expectativas de salud, la participación y la seguridad y, con ello, la calidad de vida según se envejece”. Abellán y Pujol (2015) define que las bases del envejecimiento activo serían la salud, la participación, la seguridad y el aprendizaje a lo largo de la vida, que siguen la misma línea y enmarca los derechos de las personas mayores.

Para la vida de las personas mayores el envejecimiento activo tiene un impacto muy positivo, ya que se contrapone a la visión que se tenía de esa etapa, como personas dependientes, que presentan enfermedades y no son productivas para la sociedad. En cambio, este tipo de envejecimiento hace referencia a la posibilidad de realizar actividades de diferentes tipos, que en su momento no pudieron realizar por otros motivos, y ahora encuentran ese momento para

dedicarse a ellos y a lo que les gusta. Además, se añade la dimensión social en estas actividades, ya que pueden encontrar a personas que realicen esas mismas actividades y puedan compartir esa parte de la vida con otros, de manera gratificante para todas las partes (Carpenter & Patterson, 2004). Estudios como el de Marsillas et al. (2017) revelan la importancia de que las personas mayores realicen actividades vinculadas al ocio o las artes creativas, del mismo modo que las actividades físicas, como acciones enmarcadas dentro del envejecimiento activo, y que se relacionan con una mayor satisfacción vital. En un estudio realizado por Li et al. (2018) explican la importancia del apoyo social para que los niveles de satisfacción vital sean mayores.

Además, como se está pudiendo observar en los últimos años, cada vez se da más voz a las personas mayores en la vida social, participando de un modo activo, consiguiendo de esta forma que sea una población que se sienta más empoderada, más activa, y por lo tanto con mayor calidad de vida (Martínez et al., 2019).

Por tanto, es importante tener en cuenta que pueden aparecer diferentes formas de clasificar el envejecimiento, pero es importante señalar que el envejecimiento es un proceso por el que todas las personas van a pasar, aunque no siempre sea de la misma forma o grado. Se trata de un cambio continuo en la vida de las personas, y por ello hay que entenderlo como un proceso en el que pueden aparecer pérdidas, pero también ofrece ganancias.

1.4. Las Personas Mayores en residencias

Una de las poblaciones más afectadas por la crisis sanitaria debido a la Covid-19, han sido las personas mayores que viven en residencias. La pandemia ha manifestado las carencias que presentaban las residencias. El modelo que se sigue en muchas de ellas no tiene en cuenta las preferencias de las personas mayores, olvidando su diversidad y autonomía, por lo que, aunque

se lleva muchos años intentando cambiar a un modelo de atención centrado en la persona, parece que la pandemia ha reavivado la necesidad del cambio (Hernández-Rodríguez., 2020).

El IMSERSO (2020) define las residencias de personas mayores como lugares de alojamiento temporal o de larga estancia, donde se cubren todas las necesidades de las personas mayores con la finalidad de que su calidad de vida y autonomía sean mejores.

La sociedad ha sufrido un cambio importante en cuanto a su modo de vida, algo que afecta a todos los niveles, especialmente en este caso se hace referencia a las razones por las que hoy en día, las personas mayores ingresan en residencias. Existen varios motivos para ello como, el aumento en la esperanza de vida, y el cambio en los roles de la sociedad. Antiguamente si una persona mayor necesitaba ayuda para las actividades de la vida diaria, era la familia principalmente, la que se hacía cargo de cuidar a la persona, actualmente debido a que el hombre y la mujer trabajan fuera de casa o que los familiares viven en lugares geográficamente diferentes, no se pueden mantener esos modelos de cuidados tradicional, aunque la persona mayor lo prefiriese, y una alternativa óptima para muchas personas es ingresar en una residencia, donde estará cuidada y acompañada (Sánchez & López, 2017).

Según el Instituto Nacional de Estadística (diciembre, 2020), en España había 312.668 personas mayores viviendo en residencias, siendo en Madrid y Barcelona (39.192 y 50.305 respectivamente) donde existe un mayor número de residentes. Esta elevada cifra está creciendo, haciendo que las investigaciones referentes al buen y al mal trato de los profesionales en las residencias cobren importancia, siendo cada vez más necesarias debido a la falta de estudios sobre ello (Pérez-Rojo et al., 2017).

Actualmente la parte más numerosa de las personas que viven en residencia son las que necesitan más cuidados, normalmente presentan algún tipo de dependencia física y/o cognitiva, y esto conlleva mayor responsabilidad y complejidad en el cuidado, por lo que los trabajadores de las residencias deben estar perfectamente preparados, tanto laboral como psicológicamente, para poder hacer frente a su trabajo desde el buen trato, ya que si les afecta personalmente o su

calidad de vida no es óptima, los perjudicados pueden ser también las personas mayores. Por ello son tan importantes las investigaciones respecto al buen trato y la calidad de vida en el contexto de las residencias, aunque de momento siguen siendo escasas (Pillemer et al., 2016).

1.4.1. Estudios sobre la prevalencia de maltrato en las residencias

Los estudios realizados para analizar la prevalencia de malos tratos a personas mayores en instituciones presentan diversas limitaciones, por ejemplo, la falta de definición consensuada sobre este fenómeno, poco rigor metodológico, o la falta de estudios al respecto, lo que provoca que sea muy difícil conocer la realidad de esta situación (McDonald et al., 2012).

Uno de los trabajos más relevantes en la investigación sobre prevalencia del maltrato en residencias es la investigación llevada a cabo por Pillemer y Moore (1989), en la que evaluaron a 577 enfermeras y auxiliares de enfermería en Estados Unidos. Los resultados, en cuanto a maltrato físico, mostraban que un 36% los había presenciado, mientras que un 10% afirmaba haberlos cometido. En cuanto al maltrato psicológico un 81% afirmaban haberlo presenciado, y un 40% haberlo llevado a cabo. El Colegio de Enfermeras de Ontario (Canadá) llevó a cabo una evaluación para conocer la prevalencia de malos tratos en las personas mayores institucionalizadas, la muestra estaba compuesta por 804 enfermeras y 804 auxiliares. Los resultados mostraron que un 20% habían sido testigo de malos tratos, un 28% hacía comentarios inapropiados hacia los residentes, el 31% manejaba con brusquedad a las personas y finalmente el 10% habían proporcionado empujones y golpes (College of Nurses of Ontario, 1993).

En un estudio realizado en Suecia, el 11 % de los profesionales que trabajaban en las residencias conocían la existencia de casos de malos tratos hacia las personas mayores (Saveman et al., 1999).

En 2004, en Alemania, se realizó una investigación con profesionales de residencias, mostrando que un 23,5% de los participantes eran responsables de malos tratos físicos, en cuanto

al maltrato psicológico el porcentaje aumentó hasta el 53,7% (Goergen, 2004). En 2005, una investigación en Taiwan, en la que participaron 114 profesionales que trabajan en residencias, concluyó que un 16,1% de los participantes habían presenciado malos tratos en su trabajo, especialmente consistentes en acusaciones verbales, ignorar a las personas mayores o insultarlos (Wang, 2005).

En 2006, en una investigación realizada en Estados Unidos se envió una encuesta por correo a residencias de mayores en Iowa, para conocer las denuncias sobre malos tratos que eran notificadas por los empleados. Se estimó que se comunicaban a las autoridades el 90% de los episodios de maltrato, y de ellos el 29% se corroboraban (Jogerst et al., 2006).

En el estudio que realizaron Bužgová y Ivanová (2009) en la Republica Checa (Ostrava), evaluaron con metodología cualitativa a 26 profesionales y 20 residentes para abordar el tema del maltrato a las personas mayores. Los resultados obtenidos indicaban que, en cuanto a la forma de maltrato, destacaron el financiero, psicológico y físico, además de la violación de sus derechos, y como causa de estos maltratos incluían las características de las residencias, de las personas que allí trabajaban y de los residentes. Estos mismos autores realizaron una nueva investigación en 2011, en la región de Molavia-Silesia. Los resultados mostraban las respuestas de 454 personas que trabajaban en residencias y de 488 residentes. Entre las formas de maltrato que más se repetían estaban el maltrato físico y psicológico. El 54% de los trabajadores revelaron que habían cometido algún tipo de maltrato en el último año y el 65% afirmaba haber sido testigo, en cambio por parte de los residentes las cifras cambiaban, solo el 11% afirmó haber sido víctima de maltrato, mientras que el 5% había sido testigo de malos tratos (Bužgová & Ivanová, 2011). En Israel, uno de los primeros estudios que se llevaron a cabo en residencias con 510 profesionales, encontraron que el 70% de ellos describió haber presenciado algún tipo de maltrato a un residente, siendo el más común el psicológico (Natan et al., 2010).

En 2012, el estudio realizado por Schiamberg et al. (2012) con 452 familias de personas

mayores institucionalizadas en residencias de personas mayores de Michigan, señalaba, que el 24,3% de los encuestados habían sido testigos de al menos un caso de abuso por parte de los profesionales. También en Pensilvania, la investigación que realizó Castle (2012) en la que se preguntaba a 4.451 auxiliares de enfermería sobre abusos a las personas mayores mostró que el abuso verbal y psicológico eran más frecuentes. Otro tipo de abuso que se encontró, aunque con un porcentaje menor, el 10%, fueron amenazas de dejar de cuidar de un residente, o un 6% indicó que se producía maltrato físico, como empujones o pellizcos.

A continuación, se muestra la tabla 1 con los resultados de prevalencia de los estudios expuestos anteriormente.

Tabla 1. Estudios prevalencia maltrato a Personas Mayores

Año	Autores	País	Muestra	Resultados
1989	Pillemer & Moore	Estados Unidos	577 enfermeras y auxiliares.	maltrato físico: 36% testigo y 10% cometido. maltrato psicológico: 81% testigo y 40% cometido.
1993	College of Nurses of Ontario	Canada	804 enfermeras y 804 auxiliares	20% testigo: 31% manejo brusco, 28% comentarios embarazosos y 10% golpes y empujones
1999	Saveman, Astrom, Butch, y Norberg	Suecia		11% testigo.
2004	Goergen	Alemania	Profesionales en instituciones	maltrato físico: 23,5% cometido. maltrato psicológico: 53,7% cometido.
2005	Wang	Taiwán	114 enfermeras y auxiliares	16.1 % testigos malos tratos significativos 99% había visto algún tipo de malos tratos

Año	Autores	País	Muestra	Resultados
2006	Jogerst, Daly, Dawson, Peek- Asa & Schmuch	Estados Unidos (Iowa)	Registro de denuncias en residencias	18,4% a las autoridades locales. 29% se confirmaron.
2009	Buzgova & Ivanova	República Checa	26 profesionales 20 residentes	
2010	Natan, Lowenstein &Eisikovits	Israel	510 profesionales	70% había sido testigo en el último año
2011	Buzgova & Ivanova	República Checa	454 empleados y 488 usuarios	maltrato psicológico y físico y la violación de derechos: respeto y no maleficencia en el último año. profesionales: 54% cometido y 65% testigo. residentes: 11% víctima y 5% testigo.
2012	Castle	Pensylvania	4.451 auxiliares	maltrato psicológico: 36% testigo.
2012	Schiamberg et al.	Michigan	452 familiares	maltrato físico: 24,3% testigo.
2020	Agudelo- Cifuentes et al.	Medellín	462 personas mayores	4.1% maltrato físico

Capítulo 2:
El buen trato y su evaluación:
Personas mayores en residencias

2.1. Modelos teóricos relacionados con la promoción del buen trato

A nivel mundial, desde hace tiempo, se observa un cambio en el modelo de atención hacia las personas mayores institucionalizadas. El modelo tradicional biomédico ponía el foco exclusivamente en el tratamiento, los factores estructurales, laborales y los profesionales, siendo lugares en los que las relaciones y las decisiones estaban basadas en la jerarquía, aplicando de forma homogénea, rutinaria y rígida las acciones (Yeatts & Cready, 2007). Este modelo visibiliza únicamente los aspectos negativos asociados al envejecimiento como la enfermedad, la dependencia, la vulnerabilidad y en el que el único papel que se asigna a la persona es pasivo, como mero receptor de los servicios proporcionados y cuyo rol es cumplir con las recomendaciones (Pérez-Rojo et al., 2017). Al centrarse solo en el tratamiento, los profesionales proponen acciones específicas sólo cuando se presenta una dificultad concreta.

Sin embargo, el modelo actual, bio-psico-social-espiritual, es un modelo innovador, individualizado, integral y holístico que pone a la persona mayor en el centro, enfatizando sus preferencias, intereses y necesidades (McCormack et al., 2012). Entre las características más relevantes relacionadas con el cuidado de las personas mayores se destacan la bondad, amabilidad, el fomento de los derechos y los valores, autonomía y control sobre las decisiones que afectan a su propia vida (Pérez-Rojo et al., 2017). En este modelo, el papel del sujeto será activo, convirtiéndose en el protagonista de todo lo que tiene relación con su cuidado (López-Frutos et al., 2021).

A continuación, se describen algunas de las teorías relacionadas con estos aspectos.

2.1.1. Teoría Centrada en el Cliente

La Teoría Centrada en el Cliente fue desarrollada por Carl Rogers (1942) desde la psicología humanista, siendo el origen de lo que hoy se conoce como Atención Centrada en la Persona. Una de las premisas de esta teoría es la autonomía que se otorga a la persona,

estableciendo por parte del profesional empatía y aceptación del otro, de manera que se confía en que la persona posee las herramientas necesarias para tener el control de sus actitudes y comportamientos (Rogers, 1961). Para Rogers la actitud que tiene el terapeuta debe ser de absoluto respeto, empatía y comprensión hacia el cliente proporcionando los recursos necesarios para que pueda tomar sus propias decisiones en base a sus características y circunstancias (Méndez, 2014), pudiéndose aplicar esto mismo a cualquier profesional que trabaje con personas.

2.1.2. Psicología Social Maligna

El trabajo desarrollado por Kitwood (2003) se centra en las personas mayores con demencia, para él los daños neurológicos no eran lo único que había que conocer de una persona con demencia, sino que era más importante ver que había detrás de ello, ver a la persona, teniendo en cuenta su historia de vida, cómo era esa persona o sus relaciones sociales (Brooker & Surr, 2005). Fue de los primeros autores que aplicó la atención centrada en la persona en personas con demencia institucionalizadas

El trabajo realizado ha dado lugar al desarrollo de cinco necesidades psicológicas que consideró básicas en las personas mayores con demencia, pero que realmente deberían estar presentes en cualquier persona (Kitwood, 2003). Las cinco necesidades serían: Confort, Identidad, Vinculación/Apego, Ocupación e Inclusión.

- *Confort* es hacer sentir a las personas con demencia que están en un clima cálido, apoyándolas para que estén tranquilas utilizando comunicación verbal o no verbal.
- *Identidad* es saber quién es cada uno, las personas con demencia necesitan de las personas de su alrededor para mantener ese contacto con quienes son, cuáles son sus habilidades, sus cualidades.
- *Vinculación/Apego* es la relación con los otros, con personas con las que se sienten tranquilas y seguras, con las que crean una relación de confianza.

- *Ocupación* permite sentirse parte de algo, implicado en actividades que sean satisfactorias, de manera que sientan que alguien les necesita.
- *Inclusión* es integrar dentro de un grupo a estas personas con demencia, las cuales son con frecuencia marginadas, y en cambio necesitan como cualquier otra persona formar parte de un grupo social.

Atendiendo a estas cinco necesidades, una de sus aportaciones es lo que denominó Psicología Social Maligna (PSM), cuya presencia influía negativamente en el cumplimiento de esas necesidades. La Psicología Social Maligna se explica en función de las relaciones entre los profesionales y los residentes con demencia, y cómo la forma en la que actúan o sus acciones podrían afectar negativamente a estas personas generando daño físico y/o psicológico (Kitwood, 2003).

A partir de aquí, junto con su equipo, creó un instrumento observacional para medir la relación entre los profesionales y los residentes con demencia desde la perspectiva negativa (detractores personales) y positiva (potenciadores personales). Los detractores personales consisten en 17 constructos en negativo, por lo que si estos elementos aparecen en el cuidado podría afectar a la calidad de vida de los usuarios pudiendo incrementar la probabilidad de maltrato, mientras que los potenciadores personales, que serían estos mismos constructos, pero desde una perspectiva positiva se puede engrandecer y fortalecer la relación entre ambas partes (Kitwood, 2003). Los 17 detractores son: intimidar, evitar, ritmo inadecuado, infantilizar, etiquetar, desautorizar, acusar, manipular, invalidar, desapoderar, imponer, interrumpir, cosificar, estigmatizar, ignorar, excluir y hacer burla. Por otro lado, los 17 potenciadores personales son: calidez, apoyo, ritmo adecuado, respeto, aceptar, reafirmar, reconocer, autenticidad, validar, empoderar, facilitar, capacitar, colaborar, identificar, incluir, integrar y diversión. Además, como se comentaba, estos elementos se pueden relacionar igualmente con el maltrato y el buen trato hacia las personas mayores con demencia, pero también sin demencia,

dentro de un contexto de institucionalización.

Por otro lado, Brooker (2005) propone una definición sobre la atención centrada en la persona para personas con demencia que se basa en cuatro criterios.

- Las personas con demencia deben ser consideradas como personas con todos sus derechos, respetándolas y eliminando cualquier elemento estigmatizador o que haga que se discrimine a estas personas.
- Hay que crear una atención personalizada a partir de las necesidades de cada uno, teniendo en cuenta que éstas pueden ir cambiando a lo largo de la trayectoria de cada persona.
- Comprender y ponerse en el lugar de la persona con demencia, estableciendo un vínculo de empatía y entendiendo cómo esa persona vive la situación.
- Buscar siempre el bienestar de las personas a partir de la psicología social, ayudarles a vivir su vida con plenitud.

Además, en el año 2007 Brooker (2007) desarrolla un modelo de Atención Centrada en la Persona con demencia denominado V+I+P+S. Cada sigla corresponde con uno de los factores que constituyen la Atención Centrada en la Persona:

- V significa valorar, considerando valiosa no sólo a la persona con demencia, sino también a aquellos que cuidan de ella.
- I es proporcionarle un trato como persona, con su individualidad y singularidad.
- P hace referencia a ponerse en el lugar de esa persona, ver las cosas desde su perspectiva.
- S significa que el ámbito social sea positivo, creando un ambiente agradable.

2.1.3. Modelo de Kayser-Jones sobre el trato proporcionado en instituciones

Kayser-Jones (1981) desarrolló un marco teórico en el que destacaba que la calidad del trato entre los profesionales y los usuarios era el elemento fundamental para que tuviera lugar la promoción del buen trato. Además, señalaba que los casos de violencia que ocurrían en las instituciones, por parte de los profesionales hacia las personas mayores se podrían categorizar en: infantilización, despersonalización, deshumanización y victimización. A continuación, se describen cada una de las dimensiones propuestas en este modelo.

2.1.3.1. Infantilización

La infantilización es uno de los fenómenos que más se ha investigado en las últimas décadas (Londoño & Cubides, 2021; Marson & Powell, 2014; Salari, 2005). Consiste, básicamente en tratar a las personas mayores como si fueran niños, y proviene de la creencia generalizada de que las personas mayores son como niños, que es un estereotipo negativo asociado a la vejez (Pinazo-Hernández, 2013). Incluiría la utilización del mismo estilo de comunicación verbal y no verbal que se utiliza con los niños, muy sencillo, así como el uso de diminutivos, comentar delante de la persona otras cuestiones íntimas de la persona mayor, recibir castigos o reprimendas porque su comportamiento no se ajusta a las expectativas de los profesionales (Jongsma & Schweda, 2018).

La infantilización puede ser manifestada de diversas formas en el lenguaje usado con las personas mayores, el ambiente, las actividades y el trato. En primer lugar, con respecto al lenguaje, el estilo de comunicación que se utiliza se adapta dependiendo de con quién se relaciona la persona, en función de sus características, incluida la edad (Giles & Ga-Siorek, 2011). A veces se observa como la forma de hablar con las personas mayores, especialmente si se trata de personas con deterioro, es muy similar al lenguaje que se emplea con los niños (Bermejo et al., 2009). Por ejemplo, se emplea un vocabulario más sencillo, se les habla más despacio, se utilizan diminutivos para nombrar a los usuarios y utilizar palabras como “cielo” o

“cariño” para dirigirse a ellos (Proctor et al., 1996). Este lenguaje presenta un gran componente emocional por lo que las personas mayores con demencia suelen aceptarlo bien, lo que provoca que en los profesionales se refuerce su uso. Sin embargo, las personas mayores que no presentan deterioro cognitivo expresan que la comprensión del lenguaje no es mejor porque les hablen como a niños (Kemper & Harden, 1999). Al contrario, termina siendo perjudicial para ellos. Esto es debido a que cada vez que ocurre pierden la posibilidad de comunicarse como adultos que son, teniendo una comunicación fluida sobre diferentes temas, tratándose de un lenguaje más complejo que el que se utiliza con los niños pequeños, y por tanto no permite seguir desarrollando esas capacidades cognitivas que necesitamos para comunicarnos (De Bott & Makoni, 2005).

Este lenguaje se ha denominado como *elder speak* o *babytalk* que implica un trato sobreprotector y paternalista que puede tener como consecuencia la aparición o el incremento de comportamientos y actitudes dependientes, fomentando el malestar emocional y el aislamiento social (Ryan, et al., 1986). También se incluye en el infantilismo conductas como ignorarles, corregirles todo el tiempo, castigarles sin pique cuando no se toman la medicación, o utilizar castigos para que hagan lo que se quiere (Pérez-Rojo et al., 2013). Por todo ello, se considera la infantilización como un tipo de maltrato psicológico o emocional (Ryan et al., 1994; Salari, 2005). Un estudio realizado en residencias, llevado a cabo por Williams et al. (2003), estudió la infantilización, descubriendo que, incluso cuando se realiza de modo involuntario, afecta a las personas mayores, haciéndoles más dependientes, los mantiene más aislados e incrementando la sintomatología depresiva. Eliminar esta forma de trato hacia las personas mayores mediante formación en los profesionales hace que se reduzcan los efectos perjudiciales para las personas mayores en la relación entre ellos y los profesionales (Williams, 2006).

2.1.3.2. Despersonalización

Consiste en prescindir de las peculiaridades que tiene cada uno, como persona única y singular que es, sin atender a las preferencias, necesidades e intereses de cada individuo (Pérez-

Rojo et al., 2017). En el caso de los usuarios, implicaría tratarlos a todos de forma homogénea, como si fueran exactamente iguales, sin hacer distinción entre las diferencias esenciales de cada ser humano.

Mantener el sentido de la identidad de cada persona hace que la satisfacción de las personas mayores con los profesionales sea mayor, además la relación entre ambos es más enriquecedora. No obstante, en muchos de los casos los profesionales no se preocupan por conocer las preferencias de las personas a las que cuidan, ni saber exactamente sus necesidades para poder hacer que las personas mayores se sientan importantes y valiosas (Hung & Chaudhury, 2010). En estos casos, en los que los profesionales obvian las preferencias o las particularidades de cada persona, es cuando trabajan de forma rutinaria, automática, sin establecer una relación personal con los usuarios, lo que puede provocar el rechazo por ese trato en las personas mayores mostrando conductas agresivas (Brooker, 2005).

2.1.3.3. Deshumanización

En este caso se vulneran los derechos humanos de dignidad, autonomía para la toma de decisiones, intimidad de las personas, derecho a elegir y el derecho a la información.

También incluiría tratar a las personas mayores como si fueran cosas, cosificándoles, haciéndole perder la condición de ser humano, impactando sobre su identidad personal, teniendo lugar un trato deshumanizador con la persona (Rueda & Martín, 2011).

Todas las personas merecen ser tratadas como seres humanos que son, con respeto, independientemente de su edad o sus características (Bermejo, 2006).

La humanización en el cuidado se dirige a las expectativas de los usuarios enfatizando la relación y la interacción entre los profesionales y los propios usuarios de manera que los profesionales puedan dar respuesta a las necesidades de estos basándose en su nivel de sensibilización y concienciación de esas necesidades y la empatía. Con ello se conseguiría

respetar y aceptar a los usuarios, proporcionarles un cuidado individualizado y resolver los posibles conflictos que puedan surgir con los usuarios dentro de un marco de trabajo colaborativo (Beltrán, 2016).

2.1.3.4. Victimización

Probablemente este aspecto hace referencia a lo que por norma general se podría entender como las categorías más visibles del mal trato, como son las amenazas, intimidación y daño físico o verbal, siendo un ataque a la integridad física y moral de la persona (Kayser-Jones, 1981). Es decir, se trata de acciones u omisiones (intencionadas o no) que son dañinas para la persona mayor y que podrían tener como consecuencia un daño físico, psicológico, sexual, económico o incurrir en negligencia.

Con daño físico se hace referencia a aquel que es provocado debido al uso de la fuerza física y que conduce a la aparición de moratones, fracturas, marcas en la piel, u otras señales visibles (Rueda & Martín, 2011).

El daño psicológico consistiría en acciones verbales y no verbales que generan sentimientos de angustia, miedo, ansiedad, etc. Éste puede ser sospechado cuando la persona mayor está nerviosa, presenta baja autoestima o se muestra agitada (Rueda & Martín, 2011).

En el caso del daño sexual se incluiría la presencia de moratones en los genitales y en las zonas cercanas, enfermedades de transmisión sexual, etc., producidas por cualquier contacto de carácter sexual que no haya sido consentido por la persona mayor, bien porque se haya realizado por la fuerza, porque la persona mayor no tenga capacidad cognitiva para tomar esa decisión o que se consiga a través de engaño (Bonomi et al., 2007).

En lo que respecta al daño económico se podría destacar la presencia de un patrón irregular de gastos o de retirada de dinero. También puede sospecharse su presencia ante cambios imprevistos en los titulares de las cuentas bancarias, o en testamentos. Todo esto tendría lugar

debido al uso de bienes, propiedades y dinero de la persona mayor de forma inadecuada, no autorizada e ilegal (Rueda & Martín, 2011).

Hasta aquí se describirían las acciones que conducen al maltrato hacia la persona mayor. Pero, además, es necesario señalar la posible presencia de omisiones, de negligencia que también pueda dañar a la persona mayor de forma intencionada (negligencia activa) y no intencionada (negligencia pasiva) (Jayawardena & Liao, 2006). Además, esta negligencia puede ser física cuando no se cubren las necesidades básicas de la persona mayor como la alimentación y bebida, vestido, vivienda, ayudas técnicas (andador, silla de ruedas, audífono, dentadura postiza), psicológica cuando no se cubren las necesidades emocionales de la persona mayor mostrando un trato de silencio, de manera que se actúa como si la persona mayor fuese una cosa, se la ignora y se la aísla completamente (Rinker, 2009).

2.2. Instrumentos de medida del mal/buen trato a las Personas Mayores en instituciones

La evaluación es un proceso necesario para, por un lado, poder conocer la realidad del fenómeno estudiado y, por otro lado, porque es un proceso previo a la intervención. Para llevar a cabo una evaluación rigurosa es necesario disponer de herramientas que permitan conocer la situación, en este caso, del trato proporcionado a las personas mayores institucionalizadas por parte de los profesionales, pero antes de eso, es fundamental partir de los modelos teóricos a partir de los cuales se desarrollan y se enmarcan las herramientas de evaluación.

Para poder conocer la realidad sobre el trato proporcionado a las personas mayores en instituciones es fundamental contar con instrumentos de medida que estén validados y sean fiables, de manera que permitan, por un lado, detectar aquellos aspectos que es necesario modificar y, por otro lado, aquellos otros que se están haciendo de forma correcta, siendo

necesario fomentarlos y promocionarlos (Cohen et al., 2010).

Los estudios realizados para evaluar la calidad del cuidado en instituciones por parte de los profesionales todavía son muy limitados y hasta el momento se centran especialmente en las categorías tradicionales y explícitas de malos tratos como el maltrato físico, sexual, psicológico, económico y la negligencia, sin tener en cuenta otros tipos de maltrato más sutiles (Yon et al., 2019). Además, los diferentes instrumentos que centran su investigación en el maltrato en las instituciones hacia las personas mayores no suelen proporcionar datos psicométricos sobre su fiabilidad y validez, no permitiendo su uso en otras investigaciones (Malmedal et al., 2020). Es necesario disponer de instrumentos de medida que puedan mostrar cómo es el cuidado proporcionado en las instituciones, pudiendo además identificar posibles factores de riesgo con el objetivo de desarrollar programas de prevención e intervención para los malos tratos (Cohen et al., 2010).

Se ha realizado una revisión bibliográfica para analizar los diferentes instrumentos ya existentes que permiten medir el trato que reciben las personas mayores en las instituciones. Cabe señalar que la cantidad de instrumentos válidos y fiables para medir ese trato en instituciones es escasa (Castle et al., 2015).

Además, se han dividido los instrumentos encontrados en dos categorías, por un lado, instrumentos que evalúan maltrato y, por otro lado, instrumentos que miden la atención centrada en la persona, como concepto cercano a ese buen trato que, aunque no es exactamente lo mismo, tienen aspectos en común.

Los instrumentos han sido recogidos en la Tabla 2, en la que aparecen los datos más relevantes de cada instrumento, y a continuación, se describen los instrumentos encontrados.

Tabla 2. Instrumentos de medida de maltrato y atención centrada en la persona

Autor	Año	Nombre del instrumento	Objetivo que evaluar
Straus	1979	<i>Conflict Tactics Scale (CTS)</i>	Maltrato físico y psicológico
Kottwitz & Bowling	2003	<i>Elder Abuse Questionnaire (EAQ)</i>	Dominios físico, psicológico, evolutivo, sociocultural y espiritual
Wang et al.	2007	<i>Elder Psychological Abuse Scale (EPAS)</i>	Maltrato psicológico
White et al.	2008	<i>Staff Assessment Person Directed Care (PDC)</i>	Evalúa al personal sobre la atención centrada a la persona en relación con la persona y al entorno
Hsu	2006	<i>Caregiver Psychological Elder Abuse Behaviour Scale</i>	Maltrato psicológico
Edvardsson et al.	2010	<i>Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT)</i>	Mide la atención centrada en la persona en relación con los cuidados de atención directa
Rueda & Martín	2011	<i>Detección de posibles situaciones de maltrato a Personas Mayores</i>	Maltrato (físico, psicoafectivo, económico-financiero, sexual, negligencia o abandono)
Giraldo-Rodríguez & Rosas-Carrasco	2013	<i>Geriatric Mistreatment Scale</i>	Maltrato físico, psicológico, económico, sexual y negligencia
Torres & Estrella	2015	<i>Cuestionario de ayuda al profesional de enfermería de atención primaria para la detección precoz de los malos tratos a personas mayores</i>	Evalúa al cuidador o familiar cómo se sienten al tratar con la persona mayor. Evalúa a la persona mayor aspectos relacionados con los malos tratos
Zimmerman et al.	2015	<i>The Person-Centered Practices in Assisted Living (PC-PAL)</i>	Evalúa la atención centrada en la persona en función de las prácticas del personal, la conexión social, atención, ambiente y relaciones cuidador-residente
Pabón-Poches	2019	<i>Escala de riesgo de maltrato en personas adultas mayores</i>	Maltrato (factores asociados a la persona mayor, factores asociados a la persona que cuida y factores asociados al entorno, las instituciones y la cultura)
Martínez et al.	2020	<i>Cuestionario para Profesionales de Atención Centrada en la Persona-Gerontología (ACP-G-Profesionales)</i>	Evalúa la opinión de los profesionales sobre el grado de atención centrada a la persona que hay en la residencia

Escala de Tácticas de Conflicto (Conflict Tactics Scale, CTS)

La Escala de Tácticas de Conflicto (CTS) fue uno de los primeros instrumentos que evaluaban el conflicto y el comportamiento de abuso en las relaciones más personales (Straus, 1979). Está compuesta por 19 ítems, divididos en tres subescalas, violencia, agresión verbal y razonamiento. Una de las limitaciones que presenta la escala es que no mide diferentes tipos de maltrato, la Escala de tácticas de conflictos fue modificada (MCTS) para que se pudiese aplicar en diferentes poblaciones, una de ellas las personas mayores, a la que se añadieron ítems específicos para evaluar el maltrato (Beach et al., 2005), la mitad evaluaba el maltrato psicológico y la otra mitad el físico, aplicándose 10 ítems para la persona mayor y otros diez para la persona que cuidaba.

Escala de Maltrato Psicológico a Personas Mayores (Elder Psychological Abuse Scale, EPAS)

Es una escala desarrollada para descubrir indicadores de maltrato psicológico hacia las personas mayores en dos situaciones, en residencias de cuidados de larga duración o en domicilio. La escala presenta 32 ítems entre los que se incluyen preguntas para los profesionales o las personas mayores. Las respuestas son dicotómicas, a mayor puntuación mayor riesgo de que se produzca o esté produciendo maltrato, habiendo establecido como punto de corte la puntuación de 10 para poder diferenciar entre la presencia o ausencia de maltrato (Wang et al., 2007).

Escala de Maltrato Psicológico hacia las Personas Mayores por parte del Cuidador (Caregiver Psychological Elder Abuse Behaviour Scale, CPEAB)

La Escala de Maltrato Psicológico hacia las Personas Mayores por parte del Cuidador (Caregiver Psychological Elder Abuse Behaviour Scale, CPEAB) fue desarrollada por Hsu (2006). Es una escala más específica para detectar el maltrato psicológico hacia las personas mayores por parte de los cuidadores formales en las residencias. La escala consta de 20 ítems con

respuesta tipo Likert para 4 opciones, desde “nunca me he comportado de esta manera”, hasta “con frecuencia me comporto de esta manera”. Puntuaciones superiores a 20 puntos representa la presencia de mínimo un comportamiento abusivo, siendo las puntuaciones superiores, máxima puntuación 80, es indicativo de la existencia de comportamientos abusivos. Para el estudio realizado por Hsieh et al. (2009) la consistencia interna fue de 0,83.

Cuestionario de Maltrato a Mayores (Elder Abuse Questionnaire, EAQ)

El Cuestionario de Maltrato a Mayores (Elder Abuse Questionnaire, EAQ) elaborado por Kottwitz y Bowling (2003), va dirigido a los familiares de las personas mayores que están en las residencias o a los propios profesionales que allí trabajan, para conocer la percepción que ellos tienen sobre el maltrato en las residencias, pero no evalúan a las personas mayores. Este cuestionario consta de 25 ítems.

Detección de posibles situaciones de maltrato a Personas Mayores.

Es un instrumento de medida elaborado por Rueda & Martín (2011), con el que se pretende detectar conductas relacionadas con el maltrato. El cuestionario consta de 59 ítems, que se dividen en nueve áreas, y se administra a los residentes de la institución.

Este cuestionario evalúa, en primer lugar, tres aspectos globales que son importantes para la detección del maltrato como son la percepción de su estado de salud, la percepción del trato recibido por los familiares y la percepción de trato recibido por la residencia. Además, incluye ítems con el objetivo de especificar el tipo de maltrato (físico, psicoafectivo, económico-financiero, sexual, negligencia o abandono), y finalmente, incluye cuatro preguntas sobre cómo se ha reaccionado ante el maltrato.

Este cuestionario no proporciona información sobre las propiedades psicométricas que presenta, algo necesario para utilizar los instrumentos de manera estandarizada, con rigor científico y garantizando su fiabilidad y validez.

Geriatric Mistreatment Scale (GMS).

Este cuestionario pretende medir la presencia de diferentes tipos de maltrato en el último año. La versión final adaptada a lengua española consta de 22 ítems, que se agrupan en cinco subescalas: maltrato físico, psicológico, económico, sexual y negligencia. Las respuestas son dicotómicas, si ha ocurrido o no ha ocurrido, de manera que una única respuesta afirmativa indicaría presencia de maltrato. Este cuestionario presenta buenos índices de fiabilidad para la escala total ($\alpha=0,83$), y para algunas de las subescalas ($\alpha=0,82$ para la subescala maltrato psicológico, $\alpha=0,72$ para maltrato físico, $\alpha=0,80$ negligencia y $\alpha=0,87$ para maltrato sexual), en cambio no presenta unos índices tan buenos en cuanto a la subescala de maltrato económico ($\alpha=0,55$) (Giraldo-Rodríguez & Rosas-Carrasco, 2013).

Cuestionario de ayuda al profesional de enfermería de atención primaria para la detección precoz de los malos tratos a personas mayores

Fue diseñado por Torres y Estrella (2015) con el objetivo de detectar el maltrato hacia las personas mayores por parte de los cuidadores, formales o informales, y por ello, el cuestionario tiene dos partes. En la primera, evalúa al cuidador o familiar de la persona mayor, incluyendo cinco ítems sobre cómo se sienten al tratar con la persona mayor, mientras que en la segunda parte evalúa a la persona mayor, utilizando 10 ítems sobre aspectos relacionados con los malos tratos. Este instrumento de medida no proporciona datos psicométricos sobre su fiabilidad y validez.

Escala de riesgo de maltrato en personas adultas mayores.

Esta escala desarrollada por Pabón-Poches (2019) pretende medir los factores que indican la existencia de maltrato hacia las personas mayores. El cuestionario consta de 80 ítems divididos en tres factores: factores asociados a la persona mayor, factores asociados a la persona que cuida y factores asociados al entorno, las instituciones y la cultura.

El cuestionario presenta una buena validez de contenido, pero no proporciona datos de fiabilidad o validez que puedan dar consistencia a que sea una buena escala para medir los factores de maltrato (Pabón-Poches, 2019).

Las propiedades psicométricas son esenciales para un buen instrumento de medida, y son muchas las investigaciones que han elaborado cuestionarios ad hoc para sus estudios pero que no proporcionan esta información (Goergen, 2004). Estos cuestionarios pueden dar lugar a confusión, proporcionando resultados que realmente no se correspondan con la realidad, y por lo tanto las consecuencias que esto puede acarrear tanto a los profesionales como a las personas mayores pueden ser muy perjudiciales (Pillemer et al., 2008).

Haciendo referencia al cambio de paradigma que se está lleva a cabo, sobre el modelo a tener en cuenta en las instituciones, también hay que tener en cuenta los instrumentos de medida, ya que para poder realizar el cambio hay que construir cuestionarios que midan estos aspectos, los más sutiles del maltrato y las conductas de atención centrada en la persona, por ello se presentan algunos de los cuestionarios que se centran en el modelo de atención centrada en la persona.

Evaluación del Personal Atención Centrada en la Persona (PDC)

Es un cuestionario para la evaluación del personal de atención centrada en la persona (White et al., 2008). Es auto administrado y consta de 50 ítems, evaluados mediante escala tipo Likert de cinco puntos. Los ítems están divididos en dos factores: la atención centrada en la persona y el apoyo ambiental a la atención centrada en la persona. A su vez, cada uno de estos factores contiene diversas subescalas. En el primer factor están la autonomía, la persona, el conocimiento sobre la persona, los cuidados de confort y las relaciones de apoyo, y en el segundo factor se incluyen el trabajo con los residentes, el entorno personal de los residentes y la

gestión/estructura. Hay una versión validada en español para residencias y centros de día (Martínez et al., 2016a).

Cuestionario de Evaluación de la Atención Centrada en la persona (P-CAT)

Es una herramienta de autoevaluación (Edvardsson et al., 2010). Consta de 13 ítems con una estructura unidimensional, las respuestas son tipo Likert de cinco puntos. Mide la atención centrada en la persona en relación con los cuidados de atención directa. Presenta unas propiedades psicométricas adecuadas en la validación con población española (coeficiente alfa de 0,88 y coeficiente de confiabilidad test-retest de 0,79) (Martínez et al. 2016b).

The Person-Centered Practices in Assisted Living (PC-PAL) (Prácticas Centradas en la Persona en la Vida Asistida)

Es un cuestionario autoadministrado que se divide en una parte para residentes de las instituciones, consta de 79 ítems, y está dividido en cuatro factores; bienestar y pertenencia, atención y servicios individualizados, conexión social y ambiente. Presentaba una consistencia interna excelente ($\alpha = 0,96$). La otra parte es para los profesionales que trabajan en residencias, cuenta con un total de 62 ítems divididos en 5 factores: prácticas del personal, conexión social, atención y servicios individualizados, ambiente y relaciones entre el cuidador y el residente. Miden la perspectiva que tienen tanto las personas mayores como los profesionales, en cuanto a la atención centrada en la persona dentro de la residencia. Presenta una consistencia interna excelente ($\alpha = 0,96$) (Zimmerman et al., 2015).

Cuestionario para profesionales de Atención Centrada en la Persona-Gerontología (ACP-G-Profesional). (Person-centered Care Gerontology Staff questionnaire. PCC-G-Staff)

Es un cuestionario de autoinforme para profesionales que trabajan en residencias de personas mayores, lo componen 23 ítems que evalúan la opinión de los profesionales sobre el

grado de atención centrada en la persona, se mide a partir de una escala Likert con opciones de respuesta de 1-10. El cuestionario presenta una estructura unidimensional, presentando una fiabilidad excelente ($\alpha = 0,96$) (Martinez et al., 2020).

A pesar de tratarse de instrumentos que cuentan con propiedades psicométricas fiables para la medición de la atención centrada en la persona, no termina de especificar o centrar la medida en las buenas-malas prácticas hacia las personas mayores en las instituciones.

La mayoría de estos instrumentos ponen el foco de atención en el trato a las personas mayores desde una posición más profesional, pero no se tiene tan en cuenta la opinión de las personas mayores respecto a lo que para ellos significaría buen trato. Se ha investigado que el aspecto más relevante para ellos, y que más mencionan como mal trato son las faltas de respeto, además de ser el inicio de otras formas de malos tratos (WHO, 2002). Castle et al. (2015) mencionan como a partir de las faltas de respeto se genera una violación de los derechos de las personas, eliminando la privacidad, la autonomía o la dignidad de las personas mayores, y también ocurre con la infantilización.

Capítulo 3:
Factores asociados al buen trato en
residencias

Para poder profundizar en las buenas prácticas dentro de las instituciones por parte de los auxiliares que trabajan en residencias de personas mayores, es importante conocer más detalladamente los factores que se encuentran asociados a estas prácticas, con la intención de fomentar y potenciar los efectos positivos y que benefician tanto a profesionales como a residentes.

3.1. Factores de riesgo para el buen trato

Con respecto a los factores de riesgo para el buen trato, no existen suficientes estudios realizados para que los resultados obtenidos se puedan tomar como concluyentes (Botngård et al., 2021). No obstante, si bien es cierto que es necesario realizar más investigaciones, se han encontrado factores relacionados con aspectos laborales y otros factores personales relacionados con el buen trato.

Por un lado, se encuentran los factores relacionados con aspectos personales de los trabajadores, especialmente en el caso de los auxiliares de enfermería se ha determinado que aspectos relacionados con el estrés influyen en la salud del profesional y del mismo modo, y a consecuencia de ellos, en el cuidado y la realización de su trabajo (Jetha et al., 2017).

También se han encontrado referencias a la sobrecarga de trabajo percibida por los propios profesionales (Nosek et al., 2001; Figueredo & Zabalegui, 2015) y las creencias hacia las personas mayores, de manera que cuando son más negativas aumenta la probabilidad de maltrato hacia los residentes (Pillemer & Moore, 1989).

La aparición del burnout termina por repercutir sobre las personas que son cuidadas por estos profesionales, disminuyendo así la calidad en la atención que reciben las personas institucionalizadas (Naz et al., 2016). Además, como señalan Pillemer y Bachman-Prehn (1991), el burnout es un factor que se observa como un fuerte predictor de maltrato a las personas

mayores. Por todo ello es fundamental reducir los niveles de burnout, una variable muy presente en los auxiliares de enfermería que trabajan con personas mayores en centros de cuidados de larga duración (Shinan-Altman & Cohen, 2009).

Por otro lado, se encuentran los factores relacionados con aspectos laborales o sociales. Algunos autores señalan que la poca presencia de apoyo directivo se puede relacionar con el maltrato (Cambridge, 1999). Los auxiliares perciben que los salarios no se ajustan normalmente a la labor que realizan, y suelen tener malas condiciones laborales, a lo que añadir una importante carga de trabajo (Cooper et al., 2016). Todos estos aspectos complican que la atención que ofrecen a las personas mayores siga un modelo de buen trato. Algunos autores proponen como elementos de riesgo para que el buen trato no se pueda ejercer de la mejor manera posible la falta o inexistencia de equipamiento adecuado, la presión del tiempo, la elevada rotación que presentan los puestos de trabajo (Bužgová & Ivanová, 2009) y por supuesto, el bajo ratio de personal en las instituciones (Shaw, 1999).

3.2. Factores protectores del buen trato

Para fomentar unos buenos cuidados, hay que incentivar aspectos como el respeto, la humanización y los valores éticos. No sirve con centrarse en eludir los abusos (Kusmaul et al., 2017), sino que es necesario encontrar los factores que puedan mejorar el trato hacia las personas mayores.

Al igual que con los factores de riesgo, primero se clasifican los que se refiere a los factores relacionados con aspectos personales del profesional. Se observa que es importante tener un nivel bajo de burnout (Jeon et al., 2012; Kogan et al., 2016; Martínez et al., 2016c; Schrijnemaekers et al., 2003), aumentar la motivación intrínseca del personal que trabaja en las residencias (Alfredson & Annerstedt, 1994), mantener una baja sobrecarga de trabajo (Martínez et al., 2020)

y reducir las creencias negativas estereotipadas sobre el envejecimiento, fomentando una visión positiva, diversa y real de la vejez, y más personal (Corazzini et al., 2019; Jeon et al., 2012). Todos ellos contribuyen a que el buen trato esté presente dentro de las instituciones y se pueda mejorar resaltando y fomentando estas variables.

También existen factores asociados con el buen trato relacionados con aspectos laborales o sociales. Los diferentes estudios realizados señalan los factores protectores relacionados con el ámbito laboral, como puede ser la posibilidad de que exista una mayor proporción de profesionales por residente (ratio de personal), algo que los profesionales demandan continuamente (Corazzini et al., 2017), que los profesionales puedan contar con equipos e instalaciones adecuadas a las necesidades para poder ejercer su trabajo de la mejor manera posible (Brownie & Nancarrow, 2013), una menor rotación laboral para conocer mejor el puesto y las personas con las que tratan, además de poder conciliar mejor su vida personal (Kogan et al., 2016), un mejor ambiente dentro de la organización, cooperando entre diferentes departamentos (Martínez et al., 2016c) y que el apoyo que brinda la dirección a los profesionales sea mayor (Berkhout et al., 2004; Boumans et al., 2008).

Por tanto, la buena atención dentro de las residencias de personas mayores tiene que ver tanto con factores relacionados con la parte laboral como con factores personales de los profesionales. Tres factores se repiten en las investigaciones realizadas que son críticos para que el buen trato este más presente dentro de las instituciones, uno de ellos sería el burnout, reduciendo los niveles presentes en los profesionales, también se ha encontrado que los pensamientos estereotipados hacia las personas mayores hay que modificarlos hacia una visión positiva y realista, y por último se encontraría el apoyo directivo, necesario para crear un clima laboral favorable y trabajar en conjunto (López et al., 2021).

A continuación, se van a describir con mayor profundidad los factores que se han encontrado con mayor frecuencia en los estudios realizados y que se relacionan con los

beneficios que pueden tener sobre las buenas prácticas en la atención centrada en la persona y los efectos perjudiciales que se relacionan con el maltrato.

3.3. Factores protectores del buen trato

3.3.1. ¿Qué es el burnout?

A lo largo de los años se han incrementado las exigencias laborales, los horarios, los diferentes roles, factores relacionados con el aumento de la presencia del burnout. Consiste en un síndrome que aparece a partir de una exposición continuada a una serie de estresores laborales (Maslach, 2009). Maslach y Jackson (1981) realizan un estudio más profundo del burnout, con el objetivo de conocer los factores que lo componen, llegando a la conclusión de que el burnout tiene tres dimensiones: el agotamiento emocional que implica un desgaste en la persona a dos niveles, físico y psíquico; la despersonalización definida como una reducción de la motivación que se presentaría hacia el trabajo; y por último la realización personal, relacionada con la autoestima. Concretamente el síndrome aparece cuando se presentan altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, mientras que está presente una baja realización personal. Estudiándolo en su conjunto es un aspecto que influye directamente sobre la calidad de vida de los profesionales y como consecuencia de ello en el trato que reciben las personas que son atendidas por ellos (Harrad & Sulla, 2018; Patlan, 2013;).

El síndrome de burnout fue introducido por Freudenberg (1977), un psicoanalista que observó a personas de diferentes trabajos y posiciones, encontrando como comenzaban en sus trabajos con ilusión, animados, con ganas de hacer cosas nuevas, pero que con el paso del tiempo empezaron a experimentar sentimientos depresivos, irritabilidad, y se sentían fatigados.

Los profesionales que trabajan cuidando a otras personas es uno de los colectivos con mayor riesgo de sufrir burnout, principalmente porque cuidar de otro es una tarea compleja y

demandante (Shanafelt et al., 2002). Además, deben relacionarse y adaptarse a los intereses, necesidades e individualidades de cada persona, de manera continuada y con muchas personas al mismo tiempo (Martínez et al., 2014).

El burnout ocurre tras un desajuste en los niveles de estrés percibidos por el profesional, por lo tanto, debería ser fundamental buscar conseguir un adecuado ajuste entre la persona y el trabajo, para que así pueda actuar como factor protector ante el burnout (Lozano et al., 2008). Y de ahí la importancia del desarrollo de intervenciones centradas en enseñar a los profesionales a mantener una relación funcional con las personas que cuidan y mejorar sus habilidades sociales de manera que esto ayude a que disminuya el síndrome de burnout en ellos (Müggenburg et al., 2015). Además, estudiar el burnout es fundamental para conocer su presencia y desarrollar intervenciones que permitan abordarlo para que su impacto sea leve, ayudando a los profesionales a saber manejar estos niveles de estrés (Naz et al., 2016).

A continuación, se describen con mayor detalle los factores que componen el burnout.

3.3.2. Realización Personal

Maslach y Jackson (1981) definen la baja realización personal como una actitud negativa hacia uno mismo y el trabajo que realizaba, además se relacionaba con presentar una moral y productividad baja, al mismo tiempo que desencadenaba disminución de la autoestima. Cuando está presente esta dimensión los trabajadores no se encuentran cómodos con su trabajo, no se sienten satisfechos con lo que hacen, ni con su labor dentro de la organización, por lo tanto, los conduce a tener una baja autoestima relacionada con una baja satisfacción laboral (Gil-Monte, 2002). Mientras que la elevada realización personal es definida como sentirse realizado por el trabajo que desempeñan, competentes, eficaces y efectivos (Sarabia-Cobo et al., 2016).

La realización personal es un factor que se relaciona con la empatía, conduciendo a que las personas puedan tener un contacto emocional más intenso, y presentando creencias adecuadas

sobre los pacientes que influyen en el trato que se les proporciona, mientras que la baja realización personal consigue el efecto contrario, haciendo que la empatía hacia los pacientes disminuya y por consiguiente puedan aumentar las creencias negativas hacia ellos influyendo en el trato que reciben (Åström et al., 2004). También se ha encontrado relación entre la realización personal y las buenas prácticas hacia los residentes y el resto del personal, generando una disposición positiva a ayudar, mientras que la presencia del burnout disminuye la capacidad de ayudar (Todd & Watts, 2005).

3.3.3. Despersonalización

La despersonalización es la acción que consiste en despojar a una persona de sus características personales, llegando a perder su identidad. Salanova y Llorens (2008) lo definen como cinismo, deshumanización o distancia tanto mental como cognitiva.

La despersonalización como factor del burnout, hace referencia a una respuesta impersonal o fría de los profesionales, mostrando una actitud insensible, despojada de todo sentimiento al relacionarse con las personas mayores (Sarabia-Cobo et al., 2016). Consiste en presentar actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja, disminución de la motivación hacia el trabajo y estar irascible con todo lo que ocurre (Maslach & Jackson, 1981).

Se trata de una dimensión que obstaculiza, es una “barrera” en el área afectiva de los profesionales, provocando un endurecimiento que finalmente hace que mantengan relaciones frías, serias, carentes de sentimientos, lo que finalmente puede llevar al maltrato (Gil-Monte & Peiró, 1999).

3.4. Estereotipos

La palabra griega “στερεός”, stereós, significa etimológicamente sólido y “τύπος”, týpos, significa molde, es decir, molde sólido. Cano (1993) describe que la primera vez que se menciona

esta palabra es en Francia, en 1796, cuando apareció como “stéréotype”, molde sólido.

3.4.1. ¿Qué son los estereotipos?

La Real Academia Española (2020) define los estereotipos como una representación o pensamiento que no es modificable y está tolerada por la sociedad, una definición global para un concepto complejo que diferentes autores han modificado en base a los estudios realizados. Se pueden encontrar muchas definiciones de estereotipo, aunque en general hace referencia a un conjunto de rasgos que se asocian como característicos de un grupo y a través de los cuales se identifica a cualquier individuo que se considere que está dentro de ese grupo (Stangor, 2016). Ashmore y Boca (1981) por su parte establecen que se trata de constructos cognitivos, dirigidos a los atributos de un grupo social, en general referidos a diferentes aspectos o rasgos, no únicamente a los rasgos de personalidad.

Michaels et al. (2012), por su parte, definen los estereotipos como una serie de aspectos negativos que se espera que una persona tenga por pertenecer a un grupo determinado. Configurándose estos estereotipos como un “acuerdo” entre los miembros de una sociedad sobre un grupo de personas (Muñoz et al., 2009), categorizando a cada miembro de un grupo rápidamente, aunque esa categorización no sea acertada o no se tenga que estar de acuerdo con ella (Corrigan & Watson, 2002).

Todo este proceso parte de la categorización que se hace de los individuos dentro de la sociedad (Droguett, 2010). Callejas y Piña (2005) explican que esta categorización es una forma de conocer a las personas en función de unas características, pudiendo intuir las expectativas de relación con esa persona sin necesidad de conocerlos en profundidad, lo que puede confundir a las personas, ya que esa primera opinión no tiene por qué definir verdaderamente a cada individuo. A partir de aquí se desarrolló el concepto de estigma, entendido como la marca que hace diferente a una persona, atribuyendo la sociedad a esa marca un carácter negativo y por lo

tanto que estigmatiza a toda persona a quién se pueda asignar (Stuber et al., 2008).

López et al. (2005) afirman, que la realidad puede ser percibida desde diferentes perspectivas, lo que puede ocasionar que los estereotipos formen imágenes cognitivas engañosas o formar una visión global de comportamientos generalizados. Los estereotipos conducen a que un individuo pueda ser clasificado dentro de un grupo con unas características determinadas, las cuáles se le asignan instantáneamente, por ejemplo, si se piensa que las personas mayores son cascarrabias, cuando se encuentran con una persona mayor pensarían directamente que es cascarrabias, sin pararse a evaluar si realmente esa persona lo es o no, comportándose con él/ella como tal e influyendo en la relación establecida con esta persona mayor (Lobera et al., 2008).

Por tanto, consiste en ideas compartidas por diferentes culturas, de manera que no en todos los lugares es igual, y también son generacionales, aprendiendo de las personas que rodean al individuo (Quesada, 2014). Aunque consiguen simplificar las relaciones, agrupando a las personas en función del grupo al que pertenece y a partir de ahí, asignándolas las características propias de ese grupo, teniendo la convicción de que esas personas se comportarán como uno piensa, y se relacionan con ellos en función de las características que se espera encontrar, aunque no sean reales. Lo más común es que estén relacionados con el sexo, la edad, la raza o la religión (Quesada, 2014).

3.4.2. Tipos de estereotipos

Carbajo (2009) establece cuatro tipos de estereotipos sobre las personas mayores: en primer lugar, cronológicos, describiendo estereotipos que se basan en la edad de las personas, vinculando el envejecimiento directamente con los estereotipos, independientemente de que la persona pueda tener mejor o peor estado físico o psíquico. En segundo lugar, biológicos, asociando a las personas mayores con la presencia de más enfermedades, necesidad de más hospitalizaciones, percibiendo a la persona más débil. En tercer lugar, psicológicos, relacionado el envejecimiento

con la depresión, ansiedad, cambios de humor. Y finalmente, sociales, asignando a la jubilación características como el aislamiento, la soledad y la falta de relaciones sociales.

3.4.3. Funciones de los estereotipos

Una de las funciones más importantes de los estereotipos es la de “ayudar”, de un modo más sencillo, a comprender el mundo, es una forma de adaptación a partir de la categorización (Tajfel, 1984). Esto hace que tengan una gran utilidad, y por desgracia se mantengan, ahorran energía, ya que cuando se conoce a personas nuevas se las clasifica en función de los estereotipos que se conocen, atribuyéndoles unas características, pensamientos y forma de ser, sin haber hecho el esfuerzo de conocer realmente a esa persona desde su individualidad, sus diferencias y similitudes con otros (Muñoz et al., 2009). Y es así como se van construyendo estos esquemas a partir de los cuales se establecen las relaciones con los demás y con el entorno (Corrigan & Watson, 2002).

Otra función que presentan los estereotipos tiene que ver con la identidad social que es creada a través de la pertenencia a un grupo, estableciendo las diferencias con otros grupos (Gabaldón, 1999). En esta misma línea Fernández-Montesinos (2016) explica que esta pertenencia a un grupo es fundamental para las personas individualmente, de ahí el mantenimiento de los estereotipos.

Los estereotipos negativos también se utilizan para justificar ciertas conductas hacia otros grupos sociales, como en el estudio de Hadarics y Kende (2019) que encontraron evidencias significativas sobre como los estereotipos servían de refugio para la exclusión moral de otros grupos diferentes al de uno mismo, llevando a cabo ciertas conductas o comportamientos que se justifican porque una persona pertenece a otro grupo o tiene unas características diferentes. En esta misma línea Pratto et al. (1994) describían la teoría de la dominación social, denominando así a la función que cumplen socialmente los estereotipos.

3.4.4. Consecuencias de los estereotipos

Una de las consecuencias más relevantes viene provocada por los estereotipos es la estigmatización. Es a partir de los estereotipos que se crea el estigma, y la estigmatización consigue devaluar a una persona o grupo, de manera que las conductas discriminatorias que se producen dentro del sistema social vienen determinadas por una razón creada a nivel social, como son los estereotipos (Rodríguez & Jareño, 2015).

Este proceso de estigmatización se inicia con los estereotipos, que son la parte cognitiva del proceso y finaliza con la discriminación, que es la parte conductual. Michaels et al. (2012), explican que la discriminación consiste en una respuesta propiciada después de la elaboración a nivel cognitivo, a partir de los estereotipos y afectivo, representado por los prejuicios. Estos tres aspectos unidos, estereotipos, prejuicios y discriminación, son los que definen, para una gran mayoría de autores, el estigma que se crea hacia un colectivo (Corrigan & Watson, 2002; Mannarini & Boffo, 2015; Yang et al., 2007).

Tal y como se mencionaba anteriormente existen estereotipos basados en la edad que pueden conducir a la discriminación por edad, que se ha denominado edadismo (ageism). Butler (1980) fue uno de los primeros que acuñó el término, explicando que consiste en la expresión de unas actitudes o comportamientos negativos hacia las personas mayores.

En este caso, al igual que se mencionaba anteriormente, el edadismo (ageism) implicaría la presencia de estereotipos negativos hacia la vejez incluyendo prejuicios y discriminación hacia este colectivo. Burnes et al. (2019) señalan que el edadismo consiste en una serie de estereotipos, prejuicios y discriminación hacia las personas mayores basado en su edad, aspectos que se han destacado incluidos en el término de estigma, por ello se puede indicar que las personas mayores son un grupo social estigmatizado.

Las consecuencias para un grupo estigmatizado incluyen la pérdida de la identidad propia

al no existir la individualidad, solo se contempla el grupo definido con características homogéneas determinadas, y probablemente que difieren de la realidad (Grandón et al., 2016). En lo que respecta a las personas mayores, y especialmente las que se encuentran institucionalizadas, esto conlleva que se les perciba a todos por igual, perdiendo su condición de individuo, deshumanizando y perdiendo esa parte personal, que es tan importante para cualquier persona. Esto conlleva que los profesionales que trabajan con ellos los traten de un modo similar a todos ellos. Montoro (1998) y Perdue y Gurtman (1990) señalan que los estereotipos hacia las personas mayores crean una percepción en los profesionales que trabajan con ellos que influye negativamente en el trato que les proporcionan.

Ante las consecuencias que se han mencionado sobre el estigma, Arnaiz y Uriarte (2006) proponen una serie de estrategias que han sido estudiadas para disminuir el estigma en la sociedad. Uno de los métodos que se plantean es la protesta, un plan de acción reivindicativo en contra de los actos que se realicen con un contenido estigmatizante hacia un grupo social. El segundo planteamiento es a través de la educación, el conocimiento sobre el grupo social al que se ha estigmatizado conlleva tener una visión real, a partir de la cual, se pueden eliminar los prejuicios y estereotipos que han formado el estigma. Ante esta estigmatización social, el cine o los medios de comunicación tienen en su mano la capacidad para avanzar en el cambio, debido a la influencia que es capaz de tener sobre la sociedad (Mansilla et al., 2017), pudiendo servir como una herramienta más, ya que posee la capacidad de acercar a la sociedad en general una visión más positiva y real de las personas mayores, ayudando a eliminar esos estereotipos que siempre acompañan al término vejez. Por último, se encuentra el contacto, es decir, el poder conocer realmente a cada persona invita a ver qué realmente los estigmas que se han construido no forman una base sólida sobre cómo es esa persona.

3.5. Apoyo directivo

El apoyo directivo es importante para los profesionales, especialmente la capacidad de que puedan ser valorados y sus opiniones cuenten en el ámbito laboral, aportando algo más a los cuidados de las personas mayores. Es especialmente relevante en los auxiliares donde esta dimensión está peor valorada, por lo que puede tener consecuencias tanto en el propio profesional y su desgaste como finalmente en el cuidado y en la institución (Vázquez et al., 2005). Se han estudiado los apoyos entre compañeros de trabajo y de los superiores proporcionando los resultados datos sobre la importancia que tienen ambos apoyos para los trabajadores (Greenglass et al., 1994) constituyendo una fuente de promoción para el buen trato y la calidad de vida. Es especialmente significativo que las relaciones que se establecen entre compañeros o superiores tienen una fuerte relación con el burnout, previniendo el mismo cuanto mejor sean esas relaciones. Además, han demostrado que es más relevante, en este sentido, el apoyo de los directivos que el de los compañeros (Bakker et al., 2004).

En aquellos contextos con bajo apoyo directivo se infiere que la capacidad para el desempeño de funciones laborales será baja y los profesionales no se percibirán reconocidos por su labor (Cabezas, 2000). Ser valorado en el trabajo hace que se incrementen los niveles de calidad de vida (Bukhari & Afzal, 2017), siendo el apoyo directivo uno de los elementos que más repercusión tiene en la calidad de vida (Rubio et al., 2003). Por su parte, Um y Harrison (1998) encontraron resultados similares entre el apoyo social y la satisfacción laboral.

El apoyo dentro de la organización a sus trabajadores se considera sustancial para que los residentes reciban un buen cuidado, de hecho, son varios los autores que han estudiado las respuestas de los residentes, y valoran mejor la atención recibida cuando los auxiliares y resto de equipo trabajaba de manera conjunta (Gómez & Acosta, 2003; Zwenenstein, 2008). Este trabajo conjunto, de manera armoniosa, consigue que el cuidado que se ofrece a las personas tenga una mayor calidad, y sea considerado como mejor trato, ya que la atención se proporciona de forma

más integral, personalizada y global, mejorando la calidad de los profesionales y de las personas cuidadas (O'Brien-Pallas et al., 2001).

Steese et al. (2006) han descrito como el apoyo social puede ser incluso un mitigador del estrés al fortalecer una de las dimensiones relacionadas con la calidad de vida (Bukhari & Afzal, 2017). La promoción en el trabajo es un aspecto de especial importancia, ya que es el reconocimiento por el trabajo que se realiza. La promoción muestra como los directivos “recompensan” y valoran que las personas se esfuercen en lo que hacen (Parra & Paravic, 2002). Por ello es fundamental buscar formas en las que los directivos se interesen por las necesidades reales de los profesionales (Hanzeliková et al., 2011), ya que de este modo todo funciona de forma más saludable para todos, empezando por la dirección, pasando por los profesionales de atención directa que realizarán mejor su trabajo y llegando hasta los cuidados que finalmente se proporcionan a las personas mayores.

Capítulo 4:
Educación e Intervención en buen
trato en residencias

4.1. Introducción

Es indudable que el maltrato hacia las personas mayores afecta a todos los ámbitos de la sociedad, por lo que es fundamental que la prevención también englobe a todos los sectores; a las personas mayores para que puedan saber que no están solos y que es importante que sean capaces de reconocer estas situaciones; a los cuidadores, para que cambien su percepción de las personas mayores y realicen prácticas desde el buen trato, y a la sociedad en general, la cual necesita eliminar la imagen que tiene sobre este fenómeno para dar visibilidad a lo que está ocurriendo y así poder eliminarlo (Martínez-Moreno & Bermúdez-Pérez, 2016).

En los profesionales que trabajan en las residencias de personas mayores la forma de maltrato que es más recurrente en los cuidados es la negligencia (Castle et al., 2015), siendo la formación del personal uno de los factores de riesgo que con mayor frecuencia se asocia a la negligencia (Kamavarapu et al., 2017), lo que hace valorar y dar importancia a la formación e intervención que se pueda ofrecer a los profesionales que tratan con las personas mayores, tratando que sea de calidad y máxima utilidad para ellos.

Uno de los aspectos que hace más vulnerables a las personas mayores ante las situaciones de maltrato es la falta de investigaciones sobre el tema, ya que repercute en que por la falta de información no existan tantas intervenciones o programas para prevenir y solucionar los episodios de malos tratos (Baker et al., 2016).

Es necesario darse cuenta de que no hay que enfocar las investigaciones en el maltrato hacia las personas mayores, sino que lo importante es que no tengan lugar estos casos. Para ello es necesario buscar formas de prevenirlo, especialmente con intervenciones y formación en los centros institucionales de personas mayores, y también en la sociedad, de la que también son parte los profesionales y las personas mayores. Además, hay que promocionar el buen trato, hay que dar visibilidad a cómo se hacen bien las cosas, y que factores lo producen para potenciarlo.

4.2. Prevención del maltrato en residencias

Se proponen una serie de fases imprescindibles para la prevención del maltrato a las personas mayores; lo primero es importante elaborar un instrumento para evaluar y detectar el maltrato hacia las personas mayores, que sea válido y fiable, diseñar y difundir más investigaciones que estudien el maltrato. Fomentar la elaboración de materiales que permitan formar a los profesionales para poder trabajar sobre el problema, y puedan llevarlo a cabo en su día a día, y, con los medios necesarios, llegar a la sociedad, para poder sensibilizar, buscando un cambio en los pensamientos y actitudes presentes hacia las personas mayores. Todas estas recomendaciones ya estaban incluidas en el artículo Voces ausentes, elaborado por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor, que cuenta con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002).

Se han sugerido diferentes niveles de prevención que se pueden llevar a cabo tanto antes de que ocurra la situación de maltrato, como en el caso de que haya sospecha o efectivamente se confirme que existe maltrato hacia las personas mayores (Moya & Barbero, 2005):

- Prevención Primordial: Consiste en evitar que los aspectos que implican riesgo para la aparición y prevalencia del maltrato se afiancen y puedan coger fuerza.
- Prevención Primaria: se describe como controlar las causas y factores de riesgo que inciden en la aparición de nuevos casos o circunstancias de maltrato.
- Prevención Secundaria: que implica que ante el conocimiento de que pueda existir maltrato, se disminuya su presencia, detectando rápidamente los casos y realizando una intervención que evite que sigan ejerciéndose.
- Prevención Terciaria: en este caso, si hubiera presencia de maltrato, posiblemente recurrente, se intentaría reducir las consecuencias que pueda tener y disminuir ese maltrato para que desaparezca.

Además, señalan la importancia de la implicación por parte de todos en la prevención, llevando a cabo programas que actúen desde el ofrecimiento de la información y la formación, a la participación y diseño de políticas sociales.

4.2.1. La información

Otro aspecto importante pero que aparece menos señalado en la literatura, es la divulgación de los recursos a los que pueden acceder las personas mayores, para que de este modo puedan estar informados sobre todas las posibilidades existentes, para evitar engaños u ocultamiento de la información y que sientan que son respaldados ante estas situaciones, proporcionando confianza y veracidad a lo que puedan decir, además de crear un clima de confianza con otros grupos (Payne & Fletcher, 2005).

La detección es un elemento clave para prevenir el mal trato, se necesita que los profesionales estén informados sobre el problema, y tener los conocimientos necesarios para darse cuenta de cuando puede estar ocurriendo (Sánchez, 2016). Pero ya no es solo eso, sino que además se necesitan instrumentos de medida que puedan ayudar a detectarlo de una manera más rápida y eficaz, lo que ayudaría a intervenir en cada caso de forma más inmediata (Sánchez-Aguadero, 2015).

Desde la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados España (UDP, 2016) se señalan dos ámbitos de actuación desde la información. El primero de ellos es a través de los medios de comunicación, a partir de los cuales se debe de mostrar una imagen positiva, diversa y real de las personas mayores, que propongan espacios para potenciar el envejecimiento activo, que los programas no solo piensen en las personas mayores como consumidores de la programación, sino que también sean los que lo producen y puedan ser protagonistas. El segundo es que también se debería de mostrar la jubilación como una etapa más, en la que hay muchas opciones, y deberían informar sobre las leyes existentes y los recursos disponibles en caso de no estar

informados y poder ejercer ese derecho a la información.

4.2.2. La formación

En un estudio realizado por DeHart et al. (2009) entrevistaban a profesionales para detectar los aspectos fundamentales en la prevención en función de lo que ellos consideraban importante y las situaciones en las que percibían el posible maltrato. Los resultados mostraron la relevancia de:

- Mostrar las formas sutiles de maltrato, que pueden pasar desapercibidas para los que están trabajando con personas mayores, o que, debido a la repetición de estas situaciones, se han acostumbrado a su presencia y ya no les llame la atención.
- Conocer los diferentes tipos y formas de maltrato.
- Formar a los profesionales para actuar de una manera adecuada ante posibles comportamientos problemáticos, fomentar la comunicación, tanto verbal como no verbal, basada en el respeto.
- Construir una relación de atención directa que se centre en conocer a los residentes como aspecto fundamental para poder individualizar los cuidados y poder hacerle participe de estos al residente.
- Prestar atención a los factores laborales y de organización, cuya presencia pueda incrementar el riesgo de maltrato como pueden ser: la falta de tiempo, o la falta de personal y la organización.

El maltrato hacia las personas mayores institucionalizadas viene dado, principalmente por los profesionales que allí trabajan. Algunas de las causas que refieren son el estrés laboral, sobrecarga, y el déficit en los conocimientos o la preparación de los profesionales (Adams, 2012). Es por ello por lo que la formación a los profesionales es uno de los aspectos más importantes a la hora de prevenir el maltrato hacia las personas mayores (Joshi & Flaherty, 2005), además de servir para dotarles de herramientas sobre las buenas prácticas.

Las habilidades interpersonales, la disminución del estrés, la relación entre profesional y residente con respecto a la cultura de cada uno, las capacidades para enfrentarse a los problemas y los conocimientos sobre la demencia son aspectos que deberían estar presentes en la formación de los profesionales (Nerenberg, 2002) ya que se ha demostrado que repercuten directamente en las buenas prácticas de los profesionales. Además, otros autores han encontrado en sus investigaciones que cuando se ofrece formación en los centros de trabajo, los niveles de realización personal aumentan, por lo que, en consecuencia, también mejoran los cuidados que proporcionan a las personas mayores (Gázquez et al., 2009). Además, según señalan Payne y Fletcher (2005), la educación se puede basar en enseñar los derechos que tienen las personas mayores, ofreciendo una formación que no solo se centre en enseñar esos derechos a los profesionales sino también a las propias personas mayores. Así podrán tomar también conciencia, y darles autonomía y capacidad de autodeterminación. En este estudio los profesionales también señalaban la importancia de tener formación sobre los equipos que tienen que utilizar, en el manejo de los mismos, que estén en buen estado para poder utilizarlos exactamente para lo que son, fomentando la buena práctica. Señalan asimismo la importancia de la educación en el proceso de envejecer y enfermedades específicas, haciendo posible un mayor entendimiento y comprensión del proceso por el que se pasa, y las consecuencias, tanto positivas como negativas que puedan estar asociadas, además de tener un mayor conocimiento sobre enfermedades o comportamientos. Esto les hará responder de una manera más idónea ante las diferentes situaciones que se les presenta día a día, y poder ponerse en la piel de las personas mayores sin actuar desde una idea preconcebida sobre ellos.

4.3. Promoción del Buen Trato

La promoción del buen trato debe empezar por saber lo que es el buen trato, partiendo de que se trata de un concepto muy personal sobre el cuidado que se recibe. Hay que entender que

cada persona tiene unas preferencias diferentes y por lo tanto el buen trato será diferente en función de la persona y sus características. Por ello parece importante empezar por conocer a la persona, y siempre desde el respeto por lo que cada uno piense, por sus valores o las necesidades que tenga (Bermejo, 2009).

Por ejemplo, Pinazo (2013) describe una formación enfocada a promocionar el buen trato hacia las personas mayores en las instituciones, dirigida a formar a formadores que más tarde formarían a los auxiliares que trabajaban en las residencias de personas mayores.

Esta formación está dividida en tres partes: la primera dirigida a sensibilizar a los profesionales sobre los malos tratos; en la segunda parte, que consta de dos sesiones, se realizan ejercicios sobre lo impartido anteriormente, prestándole especial atención a las conductas infantilizadoras hacia las personas mayores, y se propone y ofrecen materiales para trabajar en las residencias desde el buen trato y el buen cuidado; y la tercera parte incluye que estos formadores impartan la formación en las instituciones. Tiene una duración de cuatro horas en total, impartidas en cuatro días.

Para promover el buen trato hacia las personas mayores que viven en residencias hay que tener en cuenta, y por encima de todo, que se trata con personas, cada una de ellas con su historia propia, unos valores que le representan y diferente forma de pensar, lo que hace a cada persona un ser único (Crandall et al., 2007; Touhy, 2004). Para el trabajo que realizan los profesionales esto conlleva saber entender a cada persona por lo que ha vivido, respetar las decisiones que tome y su identidad, formada a lo largo de los años (Entwistle & Watt, 2013). Evitar que, en primer lugar, estén las preferencias de la institución o de los profesionales, haciendo que tengan prioridad las necesidades de las personas mayores, mejorando siempre su autonomía, en todo lo que sea posible, y en lo que no, intentar que se acerque al máximo a lo que le gustaría (Flesner, 2009). Además, los profesionales tienen que conseguir un clima agradable, donde el cuidado no se convierta en algo mecánico, con la única prioridad de terminar todas las tareas posibles, sino

que sea un momento más humano, en el que dar más calidad a la persona (Sloane et al., 2004). Mantener una actitud empática es imprescindible para entender lo que piensan y sienten las personas mayores, de este modo se podrá ofrecer un mejor trato, basado en las necesidades del día a día (García-García et al., 2018)

La guía sobre buen trato elaborada por Munuera et al. (2017) menciona siete puntos para tener en cuenta y promocionar el buen trato en las residencias de personas mayores, los cuales se describen a continuación:

- No hay que estereotipar a las personas mayores cuando llegan a las residencias.
- Hay que tener en cuenta siempre las peticiones de ayuda que realizan las personas mayores.
- La necesidad de saber más sobre la persona. Para conocerla es necesario establecer con ella un lazo de confianza.
- Esa confianza debe trabajarse, para que ambos se sientan cómodos para hablar sobre las experiencias e inquietudes.
- Colaborar en que las personas mayores puedan seguir manteniendo las redes de apoyo que tenían antes de ingresar en la residencia.
- Crear protocolos y modos de actuación ante la posibilidad de que haya conflictos entre residentes o con familiares.
- Ayudar a que las personas que conviven en la residencia creen grupo y tengan nuevos contactos sociales.
- Colaborar en que las personas mayores puedan seguir manteniendo las redes de apoyo que tenían antes de ingresar en la residencia.

4.3.1. Desde el Buen Trato a la Calidad de Vida

Se considera que trabajar desde el modelo de Atención Centrada en la Persona consigue

que se mejore la calidad de los cuidados hacia las personas mayores, lo que a su vez hace que la calidad de vida global también sea mayor (Nolan et al., 2004). Actualmente la esperanza de vida es alta, pero el objetivo que se propone no es solo ese aumento en los años, sino que sean vividos con mayor calidad (Gal et al., 2005).

Para mejorar la calidad de vida de las personas mayores se tiene que producir un cambio en el modelo que se mantiene en las instituciones. El modelo tradicional aplicado es el biomédico, centrado en los déficits y que conduce a la realización de las tareas de un modo mecánico. En este modelo el papel que ejercen las personas mayores sobre su vida es totalmente pasivo (Brownie & Nancarrow, 2013). En la actualidad, como sugiere Epp (2003) el modelo a seguir es el de atención centrada en la persona, en el que se busca el bienestar global de la persona, tanto a nivel físico, psíquico y social, para dar respuesta a las necesidades que tiene cada persona en particular (Mead & Bower, 2000). Es fundamental conseguir que puedan mantener un modo de vida proactivo, donde se potencie su autonomía, puedan seguir en contacto con su familia y amigos, es decir, que de manera global puedan tener el control sobre su vida (Dancausa, 2009).

Un aspecto importante para cualquier persona, independientemente de la edad que tenga, es ser tratada desde el respeto. La infantilización en el trato hacia las personas mayores, especialmente en los casos en los que puedan presentar alguna enfermedad cognitiva, conlleva que no se les trate con respeto, pero realmente, independientemente de sus características, necesitan ser valorados, y poder tomar sus propias decisiones sobre cualquier aspecto en el que estén involucrados (Fernández-Ballesteros et al., 2011).

En un estudio realizado por García-Soler et al. (2017) se estudiaban los beneficios que tiene la aplicación del modelo de Atención Centrada en la Persona para residentes con demencia. Los resultados mostraban que las personas que habían sido tratadas siguiendo este modelo estaban más conectados al contexto, con el personal y en la implicación de las tareas. Lo que

demuestra que trabajar desde este modelo, buscando el buen trato hacia las personas mayores, mejora su calidad de vida, ajustándose a las circunstancias de cada uno.

Es complicado definir la calidad de vida y llegar a un consenso, son muchos los autores que han apoyado la multidimensional en la que se construye el concepto de calidad de vida (Haas, 1999). Otros mantienen a partir de sus investigaciones que hay aspectos relacionados con la calidad de vida que tienen mayor peso que el resto, por ejemplo, la salud es más determinante al pensar en la calidad de vida que presenta una persona, después le puede seguir la capacidad de autonomía, o la cantidad y calidad de apoyo que se tiene, tanto a nivel familiar como social (Elosúa, 2011; Xavier et al., 2003). En cambio, otras investigaciones han igualado la importancia de las relaciones sociales o a la capacidad para realizar diferentes actividades a la salud, refiriendo que ejercen la misma influencia en la calidad de vida de las personas mayores (Wilhelmson et al., 2005).

Según describen Molina et al. (2008) la calidad de vida se puede analizar desde cuatro aspectos: 1. La parte física, en función del tipo de actividad física que se realice la mejora en la calidad de vida puede variar, es decir, si la actividad física se realiza en grupo o acompañado tendrá más beneficios para la persona. Además, si se necesita o utiliza más energía significa estar más activo, y por lo tanto una mayor calidad de vida (Clifford et al., 2014). 2. La parte social, que hace referencia a la relación con otros. 3. Como se percibe la calidad de vida que tiene cada uno. 4. La parte psicológica.

En relación con la parte física, Pinillos (2016) lo describe como un elemento necesario y fundamental para que la salud de las personas mayores mejore, y consecuentemente, su calidad de vida. Hay tres aspectos fundamentales en relación a las actividades físicas en las personas mayores que lo hacen potencialmente beneficioso. Primero el papel distractorio que juega en la vida de una persona, el momento de realizar alguna actividad física sirve para distraerse de otras preocupaciones o del día a día, lo que consigue que el estado de ánimo mejore. Segundo, realizar

cualquier tipo de actividad física consigue aumentar los sentimientos de utilidad en cada uno. Tercero, el aumento en las relaciones sociales, debido a que realizando estas actividades hay que relacionarse, hay que colaborar con otros, lo que consigue crear redes sociales (Battaglia et al., 2016).

Con respecto al apoyo social, se pueden observar dos efectos en relación con los beneficios que trae consigo, aumentando la calidad de vida. Cuando se trata de un efecto directo se explica porque las personas que presentan ese apoyo están preparadas ante diferentes momentos de estrés. Cuando se trata de un efecto amortiguador hace referencia a que las personas que tienen a su alrededor apoyos se sienten más fuertes para afrontar diferentes momentos complicados (Pinazo, 2005).

Por lo que se puede concluir, que potenciar las redes de apoyo entre las personas mayores consigue que la calidad de vida sea mejor, se fortalecen las relaciones y se encuentran personas en las que apoyarse, de ahí que la relación entre apoyo social y calidad de vida sea positiva en las personas mayores (Ferguson & Goodwin, 2010; Fusté et al., 2018).

Algunos estudios han revelado que si las personas mayores pueden sentir y percibir que tienen un buen estado de salud hace que mantengan una mejor calidad de vida (Yang, 2008).

Como se ha comentado, la calidad de vida en las personas mayores se compone de diferentes dimensiones, pero es importante entender la importancia de realizar actividades que mantengan el estado físico adecuado, potenciar las relaciones sociales y las actividades de ocio, para que la calidad de vida de las personas mayores sea mayor (Oliva et al., 2013)

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 5:

Objetivos e Hipótesis

5.1. Objetivos generales

A lo largo del presente trabajo se ha descrito desde el punto de vista teórico la importancia del cambio de paradigma de cuidado a largo plazo en las instituciones de personas mayores, adaptando ese contexto a las expectativas tanto de los propios residentes como de los profesionales. Por un lado, para las propias personas mayores que viven allí, convirtiéndose en su hogar y, por otro lado, para los profesionales creando centros de trabajo con un clima laboral agradable, comunicativo y de apoyo, que fomente en todos el bienestar y la calidad de vida.

Teniendo en cuenta todo ello, el objetivo general de esta tesis es el desarrollo de herramientas que permitan evaluar el buen trato hacia las personas mayores en instituciones y fomentarlo a través del desarrollo de programas de intervención.

5.2. Objetivos específicos e hipótesis

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Objetivo 1. Desarrollar y validar un instrumento de medida, con buenas propiedades psicométricas para evaluar las buenas prácticas y el buen trato hacia las personas mayores.
- Objetivo 2. Explorar y analizar los factores relacionados con las buenas prácticas y el buen trato.
- Objetivo 3. Diseñar y aplicar una intervención que sirva para fomentar el buen trato y las buenas prácticas, y prevenir las malas en las instituciones.
- Objetivo 4. Analizar la eficacia de la intervención.

Los objetivos que se proponen se llevan a cabo con la realización de tres estudios, los cuáles se desarrollan a continuación.

La hipótesis fundamental de esta tesis doctoral es que la creación de un instrumento que permita la detección de situaciones de maltrato institucional y de promoción del buen trato, así como el análisis de variables con un papel fundamental en estos fenómenos, contribuirá de manera significativa al desarrollo de un programa de intervención psicológica adecuado y efectivo. Este programa fomentará las buenas prácticas por parte de los profesionales e influirá de forma directa en su bienestar, así como también de forma indirecta en las personas mayores que están en la institución.

5.2.1. Estudio 1: Validación de la Escala de Buen Trato para Auxiliares en Residencias (EBTAR)

Objetivo General: Desarrollar y validar un instrumento de medida, con buenas propiedades psicométricas para evaluar las buenas prácticas y el buen trato hacia las personas mayores. A continuación, se detallan los objetivos específicos y las respectivas hipótesis:

1. Elaborar un instrumento de medida que permita evaluar las prácticas de cuidado que realizan los auxiliares de las residencias a las personas mayores.

H.1.1. Fiabilidad

H.1.1.1. Consistencia Interna. La escala mostrará una adecuada consistencia interna (alpha de Cronbach) por encima de 0,70.

H.1.2. Validez

H.1.2.1. Validez de constructo. Análisis factorial. La escala mostrará una adecuada validez factorial.

H.1.2.2. Validez convergente. Teniendo en cuenta la investigación previa que señala la relación entre el buen trato y el mal trato con variables relacionadas, se espera que la escala presente relaciones estadísticamente significativas positivas con: calidad de vida, atención

centrada en la persona, satisfacción en el trabajo y motivación en el trabajo, mientras que se encontrará una relación significativamente negativa con los estereotipos.

5.2.2. Estudio 2: Factores asociados al buen trato en instituciones

Objetivo General: Estudiar las variables que se relacionan con el buen trato hacia las personas mayores. Se analizan variables propias del profesional y del contexto laboral.

H.2.1. Burnout. Los auxiliares con menor nivel de burnout obtendrán mejores resultados en las buenas prácticas.

H.2.2. Estereotipos. Ante un mayor nivel de estereotipos en los auxiliares, las prácticas serán peores.

H.2.3. Apoyo directivo. Se espera encontrar que a mayor apoyo directivo percibido por el profesional mejores prácticas.

H.2.4. Calidad de vida. Los auxiliares presentarán mejores resultados en buenas prácticas cuando su calidad de vida sea mejor.

H.2.5. Atención Centrada en la Persona. A mayor atención centrada en la persona, mejores serán las buenas prácticas.

H.2.6. Variables contexto laboral. La presencia de altos niveles en satisfacción, motivación laboral, y ratio conllevarán unas mejores prácticas, mientras que niveles bajos de sobrecarga y rotación, darán también lugar a mejores prácticas.

5.2.3. Estudio 3: Eficacia de la intervención en auxiliares de enfermería

Objetivo General: Diseñar, aplicar y analizar la eficacia de una intervención en auxiliares de enfermería que trabajan en residencias de personas mayores a partir del análisis de las variables en dos momentos (pre-intervención y post-intervención).

H.3.1. Eficacia de la intervención en buenas prácticas. Habrá diferencias significativas entre la pre-intervención y la post-intervención comparando el grupo experimental y el grupo control, mostrando que el grupo experimental tras la intervención tendrá mayor puntuación en buenas prácticas.

H.3.2. Eficacia de la intervención en estereotipos. Habrá diferencias significativas entre la pre-intervención y la post-intervención comparando el grupo experimental y el grupo control, mostrando que el grupo experimental tras la intervención tendrá menor puntuación en pensamientos estereotipados.

H.3.3. Eficacia de la intervención en calidad de vida. Habrá diferencias significativas entre la pre-intervención y la post-intervención comparando el grupo experimental y el grupo control, mostrando que el grupo experimental tras la intervención tendrá mayor puntuación en calidad de vida.

H.3.4. Eficacia de la intervención en burnout. Habrá diferencias significativas entre la pre-intervención y la post-intervención comparando el grupo experimental y el grupo control, mostrando que el grupo experimental tras la intervención tendrá menor puntuación en los niveles de burnout.

H.3.5. Eficacia de la intervención en atención centrada en la persona. Habrá diferencias significativas entre la pre-intervención y la post-intervención comparando el grupo experimental y el grupo control, mostrando que el grupo experimental tras la intervención tendrá mayor puntuación en atención centrada en la persona.

Capítulo 6:
Estudio 1. Validación de la Escala de
Buen Trato para Auxiliares en
Residencias

6.1. Introducción

Después de realizar una revisión de los diferentes instrumentos de medida que se han utilizado para medir el trato proporcionado a las personas mayores en instituciones, parece necesario elaborar una herramienta que, por un lado, se centre en los aspectos que para las personas mayores son más importantes, como la falta de respeto, y, por otro lado, que presente adecuadas propiedades psicométricas, siendo fiable y válida en el ámbito institucional. Conviene, además, que ponga el foco en el buen trato en lugar del maltrato, al considerarse que poner la atención en lo negativo podría conducir a negación, sentimientos de culpa y a la estigmatización (Pérez-Rojo et al., 2017).

6.2. Método

6.2.1. Participantes

La muestra de este estudio se compone de auxiliares que trabajan en diversas residencias de personas mayores de diferentes lugares de España (Madrid, Cataluña, Extremadura o Andalucía).

Los criterios de inclusión de los participantes son:

- Haber trabajado un mínimo de tres meses en la residencia.
- Trabajar como auxiliar en la residencia. Estos profesionales son considerados como trabajadores de atención directa en el cuidado de las personas mayores, pasando con ellos más tiempo y encargándose de cubrir la mayor parte de las necesidades que puedan tener los residentes.

Los criterios de exclusión:

- Haber dejado partes del protocolo de evaluación sin contestar. Se estima que para

respuestas mayores del 10% sin contestar, el cuestionario no será válido (Fernández-Alonso et al., 2012).

- La no aceptación de participar en el estudio.

6.2.2. Variables e Instrumentos

Para la realización del presente estudio se desarrolló un protocolo de evaluación (Anexo 1) con instrumentos en formato autoinforme que se presentan a continuación:

1. Variables socio-demográficas y de contexto laboral.

Se diseñó un cuestionario ad hoc para la evaluación de las características socio-demográficas y del contexto laboral de la muestra, teniendo en cuenta los datos que aparecen en la literatura científica más relacionados con el cuidado proporcionado a las personas mayores. En el cuestionario se recogían los datos de sexo, edad, nivel educativo, salud subjetiva como socio-demográficas, y tiempo que llevan trabajando en la residencia, la satisfacción con el trabajo, la presión del tiempo, sobrecarga y el tipo de institución como laborales.

2. Escala de Buen Trato en Residencias de Personas Mayores por parte de profesionales.

Se diseñó una escala de Buen Trato para profesionales que trabajan en residencias de personas mayores. Para ello, en primer lugar, se creó un banco de ítems a partir de la literatura científica y la experiencia del equipo de investigación, tomando como referencia el modelo propuesto por Kayser-Jones (1981) que se ha descrito en capítulos anteriores de la presente tesis.

Se elaboraron 56 elementos que describían conductas de los profesionales hacia las personas mayores. Se consideró que los ítems de la escala fueran divididos en cuatro subescalas siguiendo el modelo de Kayser-Jones, que de igual modo está desarrollado en base a cuatro factores, en un principio se nombraron; humanización, no infantilización, personalización y no victimización, con el objetivo de mantener la misma denominación acuñada por Kayser-Jones, aunque desde el punto de vista positivo del buen trato y no del maltrato. No obstante, tras los

análisis pertinentes estas escalas fueron renombradas en no infantilización, respeto, empoderamiento y humanización (Pérez-Rojo et al., 2021). La evaluación de la adecuación de los ítems a la escala se realizó con dos paneles de expertos en psicogerontología y/o en victimología.

En la escala a los profesionales se les pedía que informaran de la frecuencia de cada una de las conductas durante el último mes, pensando en los residentes en general, independientemente del deterioro funcional y/o cognitivo que pudieran presentar.

El formato de respuesta a los ítems fue de tipo Likert con 5 opciones de respuesta: de 0 a 4 (0 = nada; 1= una vez; 2= algo (2 -5 veces); 3= bastante (6-10 veces); 4= mucho (más de 10 veces).

3. Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (1996)

La escala permite evaluar el síndrome de burnout en profesionales. Fue elaborada por Maslach et al. (1996) y está formada por 22 ítems que se dividen en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Cada ítem se puntúa en una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 6 (0=nunca; 1= pocas veces al año o menos; 2= una vez al mes o menos; 3= unas pocas veces al mes; 4= una vez a la semana; 5= pocas veces a la semana; 6= todos los días). Para poder establecer la presencia del síndrome de Burnout las puntuaciones tienen que ser altas en la escala de Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajas en la de Realización Personal. La consistencia interna para esta muestra fue de $\alpha=0,87$ para la subescala agotamiento emocional, $\alpha=0,50$ para despersonalización y $\alpha=0,73$ para realización personal.

4. Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)

Este cuestionario mide los pensamientos estereotipados que se tienen hacia las personas mayores, y está compuesto por 15 ítems, y dividido en tres factores: salud, motivacional-social

y carácter-personalidad. Se trata de una adaptación realizada por Mena et al. (2005) basándose en el *Cuestionario de Estereotipos Negativos sobre la Vejez* de Montorio e Izal (1991), y el *Cuestionario de Conocimientos sobre el Envejecimiento* de Palmore (1977, 1988).

Cada factor está formado por cinco ítems, con respuestas tipo Likert de 1 a 4 (1=muy en desacuerdo; 2=bastante en desacuerdo; 3=bastante de acuerdo; 4=muy de acuerdo), las puntuaciones oscilan en cada factor entre un mínimo de 5 y de 20 puntos, siendo la puntuación mínima del cuestionario general 15 y la puntuación máxima 60, teniendo en cuenta que, a mayor puntuación, mayor presencia de estereotipos negativos hacia las personas mayores. Para la presente muestra se obtuvo una adecuada consistencia interna con un alpha de Cronbach de 0,87.

5. Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35)

Este cuestionario evalúa la calidad de vida de los profesionales en tres dimensiones: carga de trabajo, motivación intrínseca y apoyo directivo (Martín et al., 2004). Consta de 35 ítems con una escala de respuesta de 1 al 10 (Nada=1 y 2; Algo=3, 4 y 5; Bastante=6, 7 y 8; Mucho=9 y 10). Para la presente muestra se obtuvo una adecuada consistencia interna (alpha de Cronbach) de 0,91.

6. Cuestionario de Evaluación de la Atención Centrada en la Persona (P-CAT).

Este cuestionario evalúa la atención centrada en la persona en relación a los cuidados de atención directa. Consta de 13 ítems con una estructura unidimensional. Es auto-administrado con cinco opciones de respuesta tipo Likert de 1 a 5 (1=totalmente en desacuerdo; 2=en desacuerdo; 3=ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4=de acuerdo, 5=totalmente de acuerdo). Está validada para muestra española (Martínez et al., 2016b). La consistencia interna obtenida en este estudio fue de 0,78.

7. Evaluación del Personal en Atención Centrada en la Persona (PDC).

Es un cuestionario auto administrado que consta de 50 ítems que miden la atención

centrada en la persona con una escala tipo Likert de 1 a 5 (1=muy pocas o ninguna; 2=algunas; 3=entorno a la mitad; 4=la mayoría; 5=todas o casi todas). Se divide en dos dimensiones, por un lado, la atención centrada en la persona, que contiene cinco subescalas: autonomía, persona, conocimiento sobre la persona, cuidados de confort y relaciones de apoyo. Y, por otro lado, el apoyo ambiental en la atención centrada en la persona, que consta de tres subescalas: el trabajo con los residentes, el entorno personal de los residentes y la gestión/estructura. Está validada por Martínez et al. (2016a). La consistencia interna obtenida en este estudio fue de 0,95.

6.2.3. Procedimiento

Una vez desarrollado el instrumento para evaluar las Buenas prácticas hacia las personas mayores institucionalizadas por parte de trabajadores, se procedió a contactar con las residencias de personas mayores.

Se contactó con la dirección de un total de 24 residencias a través de mail o teléfono y se les hacía llegar finalmente un dossier elaborado para la investigación donde se explicaban los objetivos del estudio, los beneficios directos para los trabajadores e indirectos para los residentes, así como en qué consistiría su participación en él. Algunas de las residencias no respondieron o tras algún contacto inicial, finalmente no accedieron a participar en el estudio (25%). Aquellas residencias que aceptaron participar en el estudio informaron a sus trabajadores del proyecto ofreciéndoles formar parte de ello y, los que accedieron cumplieron en su lugar de trabajo un protocolo de evaluación en el que se incluían las variables a estudiar. Además, tenían a su disposición a un/a psicólogo/a entrenado y formado para resolver cualquier duda que surgiera con respecto a la investigación o al protocolo de evaluación entregado.

La participación en el estudio era totalmente voluntaria, y no tenía ninguna retribución para los participantes. Previamente a ésta, los profesionales tuvieron que firmar el consentimiento informado, en el que se incluía la información más relevante sobre el estudio, así como la

posibilidad de abandonar la investigación en cualquier momento y garantizando la confidencialidad de los datos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad San Pablo CEU (12/2013) (Anexo 2).

El siguiente paso llevado a cabo fue la recogida de datos. La evaluación se realizó, por un lado, presencialmente (66,7%) y, por otro lado, por correo postal (33,3%), especialmente para algunas de las residencias fuera de la Comunidad de Madrid. En el caso de la evaluación presencial en las residencias, se les entregaba el protocolo de evaluación a los auxiliares que habían accedido participar, y lo rellenaban en un tiempo aproximado de media hora. Siempre había un responsable (psicólogo/a entrenado y formado, miembro del grupo de investigación), en la mayoría de los casos la autora de la presente tesis, para poder resolver cualquier duda o dificultad a la hora de responder a las preguntas o respecto a la investigación. Por otro lado, en los casos en los que no fue posible el desplazamiento de los responsables del estudio, el protocolo de evaluación se envió por correo postal para que fuesen rellenado por los auxiliares y devuelto por el mismo medio, en estos casos se ofrecía un correo electrónico o teléfono para que ante cualquier duda pudiesen comunicarse con el responsable del estudio.

6.3. Análisis de datos

Se ha realizado el análisis de datos pertinente para cumplir con los objetivos propuestos, utilizando para ello el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 27 y el AMOS.26. Para examinar las propiedades psicométricas de la “Escala de Buen Trato para Auxiliares en Residencias” (EBTAR) se han llevado a cabo los análisis correspondientes para estudiar la validez y la fiabilidad del instrumento.

Para el estudio de la validez de la escala se realizaron diferentes análisis para analizar la validez de constructo y convergente.

Por un lado, se analizó la **validez de constructo** a partir de un Análisis Factorial (AF), siendo una de las técnicas más utilizadas para este tipo de validez (Pérez-Gil et al., 2000), y específicamente se llevó a cabo un Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Este análisis permite definir los factores a partir de las respuestas de los sujetos, en función de la homogeneidad entre ellas, es decir, explica la variabilidad común en cada ítem (Pardo & Ruiz, 2002). En primer lugar, se presentan los resultados sin asignar número de factores. En segundo lugar, se realiza el mismo análisis forzando a cuatro factores y finalmente otro con un único factor que mida buen trato global.

El análisis factorial se ha llevado a cabo mediante el método de extracción de factores por componentes principales, siendo uno de los más utilizados y permite obtener el mínimo número de factores, al tiempo que explica el máximo de la varianza, y se ha realizado mediante rotación Varimax para el análisis de cuatro factores, también la más utilizada, que sigue una rotación ortogonal (Arriaza, 2006). De acuerdo con Worthington y Whittaker (2006) se han considerado las ponderaciones que fuesen superiores a 0,50, ya que se consideran representativas. Siguiendo este criterio para obtener la máxima fiabilidad y validez, se eliminaron los ítems cuyo peso factorial era inferior.

Antes de efectuar el análisis factorial es preciso realizar un análisis para evaluar la adecuación muestral, y comprobar que es factible realizar estos análisis, para ello se utilizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett.

Además, una vez realizado el análisis factorial exploratorio, se procedió a realizar un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), ya que es uno de los procedimientos más valorados para el estudio de las relaciones entre las variables latentes y las observadas. Se realiza a través de Modelos de Ecuaciones Estructurales (MEE) que se utilizan para hacer un análisis de la teoría factorial que proviene de un constructo (Byrne, 2001).

Para la adecuación del ajuste al modelo se han empleado los valores que se describen a continuación. El estadístico Chi-cuadrado, para saber si resulta estadísticamente no significativo, es decir, no rechaza la hipótesis nula, y en ese caso sería un modelo adecuado (Kline, 2011). No obstante, este estadístico es muy sensible al tamaño de la muestra o a la distribución (Byrne, 1998). Por ello, se utilizan otros datos para comprobar la adecuación al modelo como los índices CFI (Índice de Ajuste Comparativo), NFI (Índice de Ajuste Normado) y GFI (Índice de Bondad de Ajuste), en los que el rango oscila entre 0 (mal ajuste) y 1 (ajuste perfecto), considerando que los valores superiores a 0,90 indican un buen ajuste (Hu & Bentler, 1999). Para el índice RMSEA (Raíz Cuadrada del Error Medio Cuadrático) se considera que los valores inferiores a 0,08 significarían un ajuste adecuado (Steiger, 1998).

Por otro lado, se analiza la **validez convergente**, para lo que se realizaron correlaciones bivariadas con el objetivo de estudiar las relaciones estadísticamente significativas positivas entre las puntuaciones de la escala de Buen Trato y las puntuaciones de calidad de vida, atención centrada en la persona, satisfacción en el trabajo, motivación en el trabajo y significativamente negativas con los estereotipos. Se utilizó el coeficiente de Pearson.

Para el estudio de **fiabilidad** de la escala se utilizó el alfa de Cronbach (1951). El resultado obtenido ofrece información sobre la fiabilidad de la escala en general, y garantiza que los ítems miden el constructo que se pretende estudiar y presentan una alta correlación entre ellos. González y Pazmiño (2015) explican que una puntuación aceptable para la fiabilidad de un instrumento de medida es un alfa de Cronbach superior a 0,70, y una puntuación superior a 0,80 se considera fiabilidad alta (Clark & Watson, 1995).

6.4. Resultados

En este apartado se muestran los resultados que se han obtenido en la investigación siguiendo los objetivos y las hipótesis planteadas con anterioridad.

6.4.1. Descripción de la muestra

La muestra total del estudio está compuesta por 204 auxiliares que trabajan en residencias de personas mayores en España. La edad media de la muestra es 42,69 (DT=12,19) en un rango entre 19 y 70 años, existiendo un alto porcentaje de mujeres (88,24%) frente a los hombres (11,76%). Se recogieron datos de residencias privadas (17,2%), concertadas (80,9%) y públicas (1,5%).

El tiempo medio que habían trabajado en las residencias era de 7 años, un 97% manifestaban una satisfacción media-alta, y un 89% respondieron encontrarse con una salud física buena o muy buena.

Tabla 3. *Características sociodemográficas de los auxiliares*

N=204	%
Sexo	
Hombre	11 %
Mujer	89 %
Estado civil	
Soltero	32,8 %
Casado	52,9 %
Divorciado	12,8 %
Viudo	1,5 %
Percepción Salud	
Muy buena	31,2 %
Buena	54,7 %
Regular	9,3 %
Mala	5 %

N=204	%
Satisfacción Trabajo	
Alta	45,7 %
Media	51,5 %
Baja	2,8 %
Tipo Residencia	
Pública	1,5 %
Concertada	80,9 %
Privada	17,6 %
Ratio	
Suficiente	21,9 %
Algo insuficiente	46,7 %
Bastante insuficiente	25,9 %
Muy insuficiente	5,5 %
Motivación en el trabajo	
Baja	6,4
Media	39,7
Alta	53,9
Sobrecarga	
Nada	9,9 %
Algo	52 %
Bastante	30,2 %
Mucha	7,9 %

6.4.2. Análisis de la validez

6.4.2.1. Validez de constructo. Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Con el objetivo de conocer la estructura factorial de la escala es necesario realizar un análisis factorial exploratorio. Para ello se deben realizar primero dos cálculos de medida de adecuación muestral que indiquen que se puede realizar el análisis factorial, uno es la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=0,754$), y en segundo lugar la prueba de esfericidad de Bartlett ($B=4195,870$; $p<0,01$). Los resultados muestran una meritoria relación entre las variables, y la

prueba permite verificar que el análisis factorial se puede realizar (Escalante & Caro, 2002).

A la hora de realizar el análisis se utilizó el método de componentes principales, con rotación ortogonal, Varimax. Así se obtuvieron 18 factores, que explicaban el 67,18% de la varianza total, fue descartado hacer más análisis con estos 18 factores, ya que teóricamente no era una opción factible. Además, se utilizó el punto de inflexión de la gráfica de sedimentación de Cattell (1966) para tomar una decisión. Se trata de una representación gráfica que explica el número de factores que se pueden hallar (ver gráfico en la Figura 1). Hay dos ejes X e Y en el que se representan los factores y los autovalores. En este caso se puede observar que a partir del cuarto factor hay un punto de inflexión, y por lo tanto no explica la varianza desde un punto significativo (Tabachnick & Fidell, 2007).

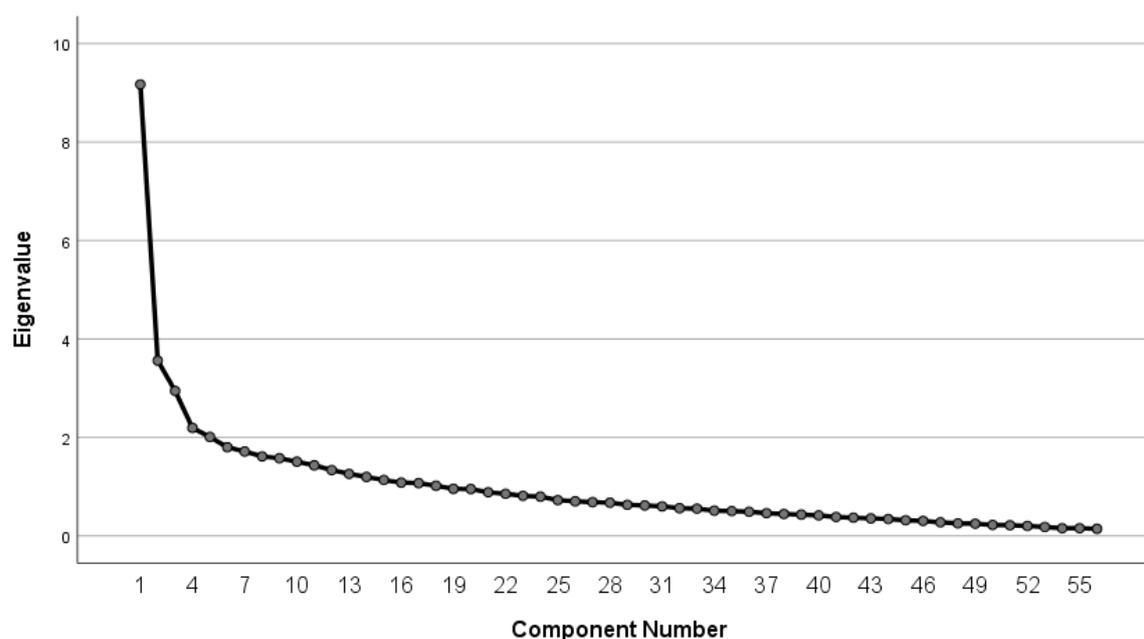


Figura 1. Gráfico de sedimentación de Cattell de Buen Trato

Por esta razón se decidió realizar de nuevo el análisis forzando a cuatro factores, y también por ser lo más adecuado a nivel teórico. Se eliminaron los ítems que tenían saturaciones inferiores a 0,50, con ello se excluyeron 31 ítems (1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 30, 32, 34, 35, 36, 38, 44, 46, 48, 49, 51, 54, 55), quedando la escala compuesta por 25 ítems, con una varianza explicada de 27,65%. Además, se eliminó un factor al no obtener

ítems con peso suficiente, quedando formada la escala por tres factores. No obstante, también se realizó un análisis factorial exploratorio de un único factor. Con este análisis se mantuvieron 16 ítems, eliminando 40 ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 25, 29, 30, 31, 33, 35, 37, 38, 39, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56) por no tener una saturación superior a 0,50, y con una varianza explicada del 16,37%. Los resultados se presentan en las tablas 4 y 5.

Tabla 4. *Pesos ponderados obtenidos en el Análisis Factorial Exploratorio con cuatro factores*

Ítems	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. Utilizar materiales adecuados a la edad de los usuarios, evitando utilizar materiales infantiles.			
2. Atender a los usuarios de modo personalizado.	0,523		
3. Atender a la mayor brevedad las peticiones de los usuarios.	0,549		
4. Proporcionar cuidados a los usuarios con prisa.			
5. Tratar los utensilios de aseo del usuario de manera intransferible.			
6. Administrar fármacos a los usuarios sin estar pautados.			
7. Fomentar el papel activo de los usuarios en el centro.			
8. Pedir permiso para entrar en la habitación de cada usuario.			
9. Evitar que los usuarios estén un número elevado de horas en la misma posición.			
10. Preguntar a los usuarios cómo quieren ser llamados antes de utilizar diminutivos (Carmencita, Juanito, etc.).			
11. Ocultar información relevante a los usuarios.			
12. Hablar de los usuarios en su presencia como si no estuvieran presentes.			0,533
13. Atender a los usuarios en la medida en la que necesitan ayuda.	0,630		
14. Preguntar a los usuarios si quieren ser llamados de tú o de usted.			
15. Insistir para que el usuario firme documentos legales, aunque no quiera.			
16. Hablar sin gritar a los usuarios.			
17. Procurar que los usuarios vayan vestidos con su ropa (no con la de otros).			
18. Administrar medicamentos, sin consultar al médico, para facilitar el trabajo de los profesionales.			
19. Facilitar a los usuarios el acceso a sus prácticas religiosas.		0,579	
20. Llevar de la mano a los usuarios, aunque no lo necesiten.			
21. Procurar un plan individualizado de cuidados para cada usuario.			
22. Dejar los elementos de higiene íntima (están) a la vista de cualquiera.			
23. Respetar la intimidad de los usuarios durante el aseo, realizándose con la puerta cerrada.	0,579		
24. Acostar al usuario con la vestimenta con la que esté acostumbrado a dormir habitualmente.		0,596	
25. Castigar a los usuarios en caso de que no se comporten como se espera.			
26. Explicar a los usuarios por qué se hacen las cosas.	0,654		
27. Dirigirse a los usuarios con respeto.	0,785		
28. Apoyar el desarrollo de actividades voluntarias a las que los usuarios pueden decidir libremente si asistir o no.	0,675		
29. Permitir que, si el usuario tiene capacidad para gestionar sus recursos económicos, los administre como le parezca conveniente.		0,512	

Ítems	Factor 1	Factor 2	Factor 3
30. Considerar que los usuarios (personas mayores) ya no sirven para nada.			
31. Mezclar las pastillas con los alimentos sin informar a los usuarios.			0,671
32. Mantener discreción sobre cuestiones personales de los usuarios.			
33. Facilitar a los usuarios la llave de su armario.		0,568	
34. Dar tiempo para que los usuarios cuenten lo que les sucede.			
35. Realizar acciones que dañan físicamente al usuario.			
36. Tener en cuenta la toma de decisiones de los usuarios.			
37. Realizar el aseo de manera mecánica.			0,578
38. Utilizar sujeciones físicas para facilitar el trabajo a los profesionales.			
39. Trasladar al usuario cuidadosamente.	0,623		
40. Tener en cuenta necesidades de dietas especiales.	0,562		
41. Utilizar materiales infantiles en las distintas actividades.			0,507
42. Manejar adecuadamente la situación (con calma y respeto), aunque el usuario trate inadecuadamente al profesional.	0,522		
43. Proporcionar los cuidados físicos necesarios teniendo en cuenta las características propias de cada usuario.	0,609		
44. Forzar a comer a los usuarios si su vida no está en peligro.	0,631		
45. Respetar las pertenencias del usuario.			
46. Utilizar castigos como si fueran niños.			
47. Permitir que los usuarios capaces para ello firman su documentación.		0,639	
48. Dejar al usuario la elección de dormir siestas durante el día.			
49. Aunque no sea necesario, poner babero a todos los usuarios en el comedor.			
50. Informar explícitamente a los usuarios de los cambios en el tratamiento.		0,562	
51. Dirigirse a los usuarios con palabras como cielo, cariño, mi amor o similares.			
52. Organizar el armario del usuario contando con su permiso.		0,567	
53. Ser claro con los aspectos económicos del usuario.		0,704	
54. Tocar a los usuarios de forma inapropiada (brusca, íntima).			
55. Permitir personalizar la habitación para que los usuarios se sientan más cómodos.			
56. Incluir a los usuarios en las conversaciones cuando están presentes.		0,547	
Varianza explicada	12,019%	21,478%	27,654%

Tabla 5. Pesos ponderados obtenidos en el Análisis Factorial Exploratorio con un factor

Ítems	Factor 1
1. Utilizar materiales adecuados a la edad de los usuarios, evitando utilizar materiales infantiles.	
2. Atender a los usuarios de modo personalizado.	
3. Atender a la mayor brevedad las peticiones de los usuarios.	
4. Proporcionar cuidados a los usuarios con prisa.	
5. Tratar los utensilios de aseo del usuario de manera intransferible.	
6. Administrar fármacos a los usuarios sin estar pautados.	
7. Fomentar el papel activo de los usuarios en el centro.	0,524
8. Pedir permiso para entrar en la habitación de cada usuario.	
9. Evitar que los usuarios estén un número elevado de horas en la misma posición.	
10. Preguntar a los usuarios cómo quieren ser llamados antes de utilizar diminutivos (Carmencita, Juanito, etc.).	
11. Ocultar información relevante a los usuarios.	
12. Hablar de los usuarios en su presencia como si no estuvieran presentes.	
13. Atender a los usuarios en la medida en la que necesitan ayuda.	0,663

Ítems	Factor 1
14. Preguntar a los usuarios si quieren ser llamados de tú o de usted.	
15. Insistir para que el usuario firme documentos legales, aunque no quiera.	
16. Hablar sin gritar a los usuarios.	
17. Procurar que los usuarios vayan vestidos con su ropa (no con la de otros).	
18. Administrar medicamentos, sin consultar al médico, para facilitar el trabajo de los profesionales.	
19. Facilitar a los usuarios el acceso a sus prácticas religiosas.	0,547
20. Llevar de la mano a los usuarios, aunque no lo necesiten.	
21. Procurar un plan individualizado de cuidados para cada usuario.	0,603
22. Dejar los elementos de higiene íntima (están) a la vista de cualquiera.	
23. Respetar la intimidad de los usuarios durante el aseo, realizándose con la puerta cerrada.	0,560
24. Acostar al usuario con la vestimenta con la que esté acostumbrado a dormir habitualmente.	0,567
25. Castigar a los usuarios en caso de que no se comporten como se espera.	
26. Explicar a los usuarios por qué se hacen las cosas.	0,685
27. Dirigirse a los usuarios con respeto.	0,683
28. Apoyar el desarrollo de actividades voluntarias a las que los usuarios pueden decidir libremente si asistir o no.	0,662
29. Permitir que, si el usuario tiene capacidad para gestionar sus recursos económicos, los administre como le parezca conveniente.	
30. Considerar que los usuarios (personas mayores) ya no sirven para nada.	
31. Mezclar las pastillas con los alimentos sin informar a los usuarios.	
32. Mantener discreción sobre cuestiones personales de los usuarios.	0,537
33. Facilitar a los usuarios la llave de su armario.	
34. Dar tiempo para que los usuarios cuenten lo que les sucede.	0,577
35. Realizar acciones que dañan físicamente al usuario.	
36. Tener en cuenta la toma de decisiones de los usuarios.	0,597
37. Realizar el aseo de manera mecánica.	
38. Utilizar sujeciones físicas para facilitar el trabajo a los profesionales.	
39. Trasladar al usuario cuidadosamente.	
40. Tener en cuenta necesidades de dietas especiales.	0,537
41. Utilizar materiales infantiles en las distintas actividades.	
42. Manejar adecuadamente la situación (con calma y respeto), aunque el usuario trate inadecuadamente al profesional.	0,504
43. Proporcionar los cuidados físicos necesarios teniendo en cuenta las características propias de cada usuario.	
44. Forzar a comer a los usuarios si su vida no está en peligro.	
45. Respetar las pertenencias del usuario.	
46. Utilizar castigos como si fueran niños.	
47. Permitir que los usuarios capaces para ello firman su documentación.	
48. Dejar al usuario la elección de dormir siestas durante el día.	0,534
49. Aunque no sea necesario, poner babero a todos los usuarios en el comedor.	
50. Informar explícitamente a los usuarios de los cambios en el tratamiento.	
51. Dirigirse a los usuarios con palabras como cielo, cariño, mi amor o similares.	
52. Organizar el armario del usuario contando con su permiso.	
53. Ser claro con los aspectos económicos del usuario.	
54. Tocar a los usuarios de forma inapropiada (brusca, íntima).	
55. Permitir personalizar la habitación para que los usuarios se sientan más cómodos.	0,504
56. Incluir a los usuarios en las conversaciones cuando están presentes.	
Varianza explicada	16,376%

6.4.2.2. Validez de constructo. Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

Tras los resultados del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) se procede a realizar el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para el modelo de un solo factor, como puede observarse en la Figura 2, y con el modelo de tres factores que se ha obtenido en el AFE.

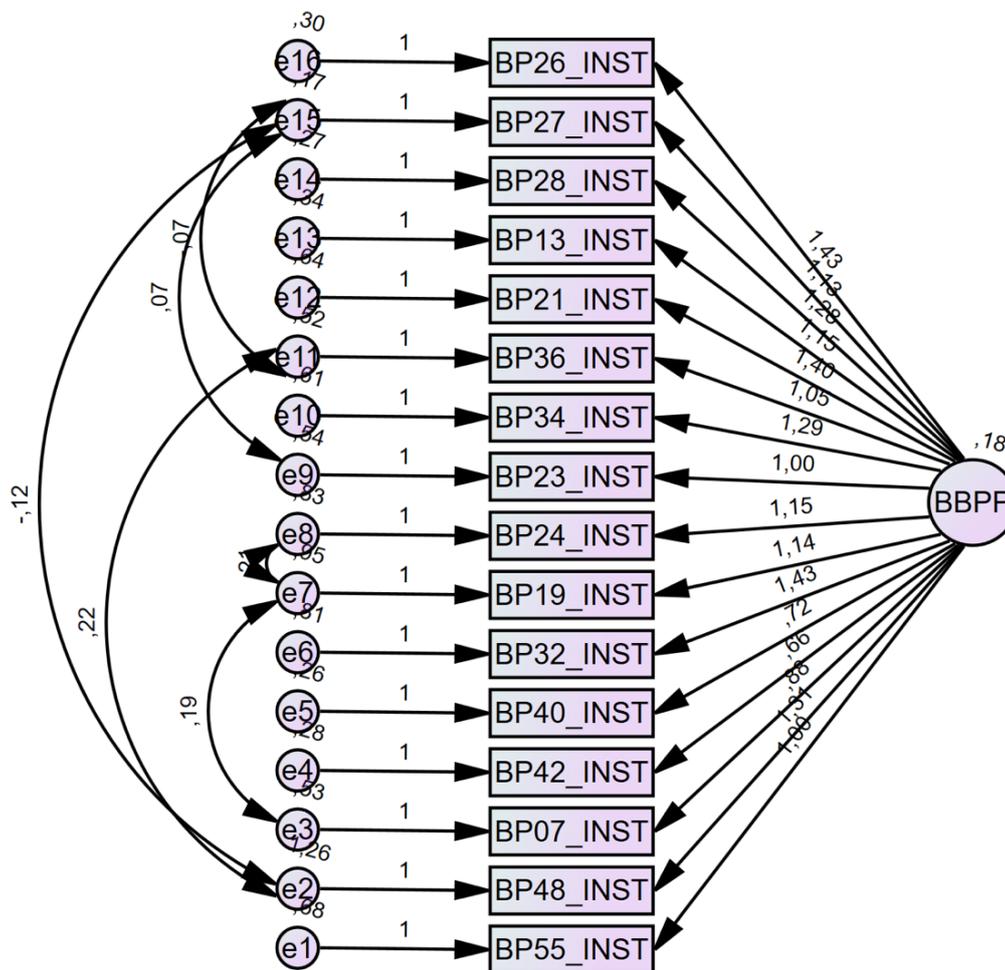


Figura 2. Modelo 1 resultante del Análisis Factorial Confirmatorio

Se realiza el modelo 1 de un solo factor con 16 ítems y el modelo 2 con 25 ítems. En la siguiente tabla (tabla 16) se presentan los resultados obtenidos.

Tabla 6. Modelo y AFC: Índices de ajuste del modelo estructural realizado

Modelo	χ^2	χ^2/gl	GFI	CFI	TLI	RMSEA
Modelo 1	191,804	98	0,898	0,906	0,885	0,069
Modelo 2	545,835	272	0,827	0,799	0,778	0,070

En la tabla 7 se presentan los ítems que finalmente formarán parte de la escala compuesta por 16 ítems. Se ha demostrado que los datos que ofrece el modelo de un solo factor presentan un buen ajuste, GFI, CFI y TLI se acercan a 0,90 y el RMSEA está por debajo de 0,80 como indica Byrne (2001), mientras que en el modelo de 3 factores no se ha obtenido un ajuste adecuado, siendo valores menores de 0,80 para CFI y TLI.

Tabla 7. Ítems definitivos de la Escala Buen Trato para Auxiliares en Residencia

-
1. Fomentar el papel activo de los usuarios en el centro.
 2. Atender a los usuarios en la medida en la que necesitan ayuda.
 3. Facilitar a los usuarios el acceso a sus prácticas religiosas.
 4. Procurar un plan individualizado de cuidados para cada usuario.
 5. Respetar la intimidad de los usuarios durante el aseo, realizándose con la puerta cerrada.
 6. Acostar al usuario con la vestimenta con la que esté acostumbrado a dormir habitualmente.
 7. Explicar a los usuarios por qué se hacen las cosas.
 8. Dirigirse a los usuarios con respeto.
 9. Apoyar el desarrollo de actividades voluntarias a las que los usuarios pueden decidir libremente si asistir o no.
 10. Mantener discreción sobre cuestiones personales de los usuarios.
 11. Dar tiempo para que los usuarios cuenten lo que les sucede.
 12. Tener en cuenta la toma de decisiones de los usuarios.
 13. Tener en cuenta necesidades de dietas especiales.
 14. Manejar adecuadamente la situación (con calma y respeto), aunque el usuario trate inadecuadamente al profesional.
 15. Dejar al usuario la elección de dormir siestas durante el día.
 16. Permitir personalizar la habitación para que los usuarios se sientan más cómodos.
-

6.4.3. Análisis de fiabilidad

6.4.3.1. Consistencia Interna

La consistencia interna calculada con el estadístico Alpha de Cronbach en la escala con un solo factor es de 0,87, lo que se puede considerar una excelente consistencia interna para la escala

unidimensional. En la siguiente tabla (tabla 8) se presentan los datos de fiabilidad de cada ítem.

Tabla 8. *Fiabilidad de los ítems de la Escala Buen Trato para Auxiliares en Residencia*

	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Buen Trato_ 01	62,831	0,864
Buen Trato_ 02	61,812	0,859
Buen Trato_ 03	60,054	0,864
Buen Trato_ 04	59,855	0,860
Buen Trato_ 05	62,321	0,863
Buen Trato_ 06	60,405	0,863
Buen Trato_ 07	60,618	0,857
Buen Trato_ 08	62,666	0,859
Buen Trato_ 09	61,540	0,858
Buen Trato_ 10	59,939	0,863
Buen Trato_ 11	60,303	0,860
Buen Trato_ 12	62,048	0,863
Buen Trato_ 13	64,565	0,865
Buen Trato_ 14	64,903	0,866
Buen Trato_ 15	59,225	0,868
Buen Trato_ 16	62,120	0,865

6.4.3.2. Validez convergente

Para calcular la validez convergente se realizaron análisis de correlación de Pearson. Los resultados muestran que existe una relación estadísticamente alta y positiva entre la escala unidimensional de Buen Trato y las variables: satisfacción con el trabajo, la calidad de vida, la motivación en el trabajo, atención centrada en la persona (P-CAT y PDC), mientras que hay una relación estadísticamente alta y negativa con los estereotipos (Ver tabla 9).

Tabla 9. *Correlaciones. Validez Convergente*

	BT	EST	CV	P-CAT	PDC	MT	SL
BT							
EST	-0,310**						
CV	0,260**	-0,077					
P-CAT	0,285**	-0,087	0,574**				
PDC	0,225**	-0,017	0,515**	0,565**			
MT	0,206**	-0,021	0,540**	0,337**	0,368**		
SL	0,164*	-0,059	0,489**	0,304**	0,344**	0,751**	

Nota: **p<0,01; * p<0,05

BT: buen trato; EST: estereotipos; CV: calidad de vida; P-CAT: evaluación atención centrada persona; PDC: evaluación personal atención centrada persona; MT: motivación trabajo; SL: satisfacción laboral

Capítulo 7:
**Estudio 2. Factores asociados al buen
trato en residencias**

7.1. Introducción

El objetivo de este estudio es examinar las relaciones existentes entre variables, que desde la teoría, muestran que influyen en el buen trato hacia las personas mayores en auxiliares de residencias de personas mayores. Estas variables se centran en aspectos pertenecientes a los auxiliares como los niveles de burnout, pensamientos estereotipados hacia las personas mayores, su calidad de vida, o el apoyo directivo que reciben en su centro de trabajo, la atención centrada en la persona y algunas variables sociodemográficas.

Se considera que el estudio es de especial relevancia porque los resultados ofrecen puntos clave en los que hacer hincapié al desarrollar intervenciones con los auxiliares con el objetivo de promocionar y potenciar que el buen trato hacia las personas mayores esté más presente en las residencias.

7.2. Método

7.2.1. Participantes

La muestra que se ha utilizado en este estudio fue la misma que la utilizada en el estudio 1 (véase apartado 6.2.1 de la presente tesis).

7.2.2. Variables e instrumentos de medida

En el presente estudio se utilizan las variables e instrumentos descritos en el estudio 1 de la presente tesis (ver el apartado 6.2.2.), añadiendo la subescala del CVP-35, apoyo directivo, ya que la teoría nos indica que es una variable a tener en cuenta para el buen trato hacia las personas mayores. En cuanto a las variables sociodemográficas que teóricamente tienen relación con el buen trato están: la motivación en el trabajo, satisfacción laboral, sobrecarga, ratio y las rotaciones. A continuación, se describe en la tabla 10 los instrumentos que se utilizarán en este

estudio 2.

Tabla 10. *Instrumentos y fiabilidad estudio 2.*

Variable	Sub-escala	Instrumento de medida	Alpha de Cronbach
Sociodemográficas		Cuestionario de variables sociodemográficas de elaboración propia.	
Buen Trato		Escala de Buen Cuidado Profesional en Residencias de Personas Mayores 32 ítems	0,87
Estereotipos		Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) 15 ítems	0,87
Burnout		Inventario de Burnout de Maslach et al. (MBI) 22 ítems	
	Agotamiento Emocional		0,87
	Despersonalización		0,50
	Realización Personal		0,73
Calidad de Vida		Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) 35 ítems	0,91
Apoyo Directivo		Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) (subescala) 13 ítems	0,90
Atención Centrada en la Persona		Cuestionario P-CAT	0,78
Atención Centrada en la Persona		Cuestionario PDC	0,95

7.2.3. Procedimiento

Este estudio, al igual que el anterior, fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad San Pablo CEU. La evaluación se realizó con los auxiliares de las residencias de personas mayores de diferentes partes de España.

7.3. Análisis de datos

En este estudio lo primero fue realizar un análisis descriptivo de todos los instrumentos de medida que se han administrado (medias y desviaciones típicas): buen trato, burnout, estereotipos, apoyo directivo, calidad de vida y atención centrada en la persona.

En segundo lugar, se pretendía estudiar la relación de las variables mencionadas anteriormente, para ello se realizó un análisis de correlación de Pearson para el buen trato, burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), estereotipos, calidad de vida, apoyo directivo y atención centrada en la persona. Y después se realizó un análisis de regresión con las variables que presentaban una relación estadísticamente significativa para conocer la relación que existía entre ellas.

7.4. Resultados

En este apartado se describen los resultados obtenidos en el análisis de datos del estudio, siendo las relaciones existentes entre las variables descritas de la muestra total de auxiliares que trabajan en las residencias de personas mayores.

7.4.1. Análisis descriptivo de las variables relacionadas con los auxiliares de enfermería en residencias de personas mayores

1. Burnout

La variable burnout se compone de tres subescalas que permiten establecer la presencia de síndrome o no en función de tener altas puntuaciones en despersonalización y en agotamiento emocional y bajas puntuaciones en realización personal (Olivares et al., 2009). Aquí se presentan las medias y desviaciones típicas de los valores obtenidos para despersonalización (M=5,51; DT=4,98), agotamiento emocional (M=11,55; DT=10,54) y realización personal (M=39,99; DT=7,63), resultados inferiores a los que describen Méndez et al. (2015) en su investigación con profesionales que trabajan en residencias de personas mayores, la media para agotamiento emocional fue de 14,33 (DT=10,75), para despersonalización 10,17 (DT=5,25) y para realización personal 41,98 (DT=9,89). Se puede concluir que los auxiliares de las residencias de personas mayores en esta muestra no presentan altos niveles de burnout.

2. Estereotipos

En este estudio realizado para la presente tesis se ha obtenido una puntuación en la escala global de estereotipos de 33,60 (DT=8,16), resultado similar a los encontrados por Rello et al. (2018) en su investigación con profesionales y estudiantes en el ámbito de la salud.

3. Apoyo directivo

La puntuación media obtenida para el apoyo directivo es de (M=75,94; DT=21,93), puntuaciones similares a las obtenidas por Albanesi de Nasetta (2013), las cuáles señalaban una puntuación media de 76,07 (DT=21,18).

4. Calidad de vida

En la presente tesis, para la calidad de vida, las puntuaciones medias obtenidas han sido de 234,91 (DT=40,98), similares a las encontradas en el estudio propuesto por Albanesi de Nasetta (2013) en el que se evaluaba a médicos y enfermeras de instituciones tanto públicas como privadas, en la que obtuvieron una media de 225,97.

5. Atención Centrada en la Persona

Con respecto a la Atención Centrada en la Persona, se utilizan dos cuestionarios para medirlo. La puntuación media obtenida para el P-CAT es de M=47,15 (DT=7,79), siendo similares a las obtenidas por Martínez et al. (2016b) M=46,98 (DT=8,36). Y para el cuestionario PDC los resultados son de M=164,42 (DT=33,27), del mismo modo siendo similares a las obtenidas por Martínez et al. (2016a).

6. Variables del contexto laboral

Tabla 11. Descripción de variables del contexto laboral.

N=204	%
Satisfacción Trabajo	
Alta	45,7 %
Media	51,5 %
Baja	2,9 %
Rotación	
Sí	84,7 %
No	15,3 %
Ratio	
Suficiente	21,9 %
Algo insuficiente	46,8 %
Bastante insuficiente	25,9 %
Muy insuficiente	5,5 %
Motivación en el trabajo	
Baja	6,4
Media	39,7
Alta	53,9
Sobrecarga	
Nada	9,9 %
Algo	52 %
Bastante	30,2 %
Mucha	7,9 %

7.4.2. Relación entre las variables

A continuación, se presentan en la tabla 12 los resultados obtenidos de las correlaciones de Pearson entre las variables buen trato, estereotipos, calidad de vida, burnout, apoyo directivo, atención centrada en la persona (P-CAT) y PDC. Además, se añaden las variables relacionadas con aspectos laborales de los profesionales como la motivación, satisfacción en el trabajo, la sobrecarga laboral, la ratio y la rotación, ya que son factores que pueden estar influyendo en el buen trato por parte de los auxiliares, según se describe en la teoría.

Tabla 12. *Correlaciones entre factores que relacionan con Buen Trato*

	BT	EST	CV	AD	AE	DP	RP	P-CAT	PDC	ST	MT	RO	RA
Buen Trato													
Estereotipos	-0,310**												
Calidad Vida	0,260**	-0,077											
Apoyo Directivo	0,313**	-0,125	0,893**										
Agotamiento Emocional	-0,097	0,017	-0,636**	-0,480**									
Despersonalización	-0,146*	0,132	-0,445**	-0,325**	0,617**								
Realización Personal	0,111	-0,011	0,446**	0,403**	-0,287**	-0,263**							
P-CAT	0,285**	-0,087	0,574**	0,555**	-0,352**	-0,316**	0,349**						
PDC	0,225**	-0,017	0,515**	0,499**	-0,317**	-0,287**	0,239**	0,565**					
Satisfacción trabajo	0,164*	-0,059	0,489**	0,420**	-0,368**	-0,263**	0,267**	0,304**	0,344**				
Motivación trabajo	0,206**	-0,021	0,540**	0,452**	-0,436**	-0,365**	0,307**	0,337**	0,368**	0,751**			
Rotación	0,098	0,008	-0,008	0,032	0,087	0,128	0,061	-0,018	-0,047	-0,026	-0,041		
Ratio	0,092	-0,026	-0,506**	-0,444**	0,372**	0,223**	0,226**	0,458**	-0,387**	-0,152*	-0,198**	-0,006	
Sobrecarga	0,084	-0,032	-0,589**	-0,476**	0,399**	0,217**	-0,236**	-0,397**	-0,373**	-0,427**	-0,431**	-0,072	0,466**

Nota: **p<0,01; * p<0,05

BT: buen trato; EST: estereotipos; CV: calidad de vida; AD: apoyo directivo; AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal; P-CAT: evaluación atención centrada persona; PDC: evaluación personal atención centrada persona ST: satisfacción trabajo; MT: motivación trabajo; RO: rotación; RA: ratio

Entre las variables estudiadas, se observa una alta correlación entre el buen trato y las variables: estereotipos, calidad de vida, apoyo directivo, despersonalización, P-CAT, PDC, satisfacción con el trabajo y motivación en el trabajo, por lo tanto, serán las variables con las que se realizará el análisis de regresión, para conocer qué tipo de relación es la existente entre ellas. Los resultados estiman un ajuste bajo ($R^2=0,208$) (ver tabla 13), lo que nos indica que el modelo no presenta un buen ajuste. Sin embargo, los datos muestran que el buen trato en este caso, si está influida por el resto de las variables, ya que el estadístico F es significativo ($F=6,355$; $p<0,05$).

Tabla 13. *R cuadrado*

Modelo	R	R cuadrado	Error tip. de la estimación	F	Sig.
1	0,456	0,208	7,570	6,355	0,001

Capítulo 8:
**Estudio 3. Eficacia de la intervención
en buen trato con auxiliares en
residencias**

8.1. Introducción

En este estudio el objetivo es examinar las relaciones existentes entre variables, que desde la teoría, muestran que influyen en el buen trato hacia las personas mayores por parte de auxiliares que trabajan en residencias. Estas variables se centran en aspectos pertenecientes a los auxiliares como los niveles de burnout, pensamientos estereotipados hacia las personas mayores, su calidad de vida, o la atención centrada en la persona.

Es de especial relevancia porque los resultados ofrecen factores en los que es importante hacer hincapié en las intervenciones con los auxiliares para promocionar y potenciar que el buen trato hacia las personas mayores esté más presente en las residencias.

8.2. Método

8.2.1. Participantes

A diferencia de los estudios anteriores la muestra de la intervención se va a diferenciar por estar dividida en dos grupos, el grupo tratamiento (N=80) y el grupo control (N=28). Habrá dos momentos temporales en los que han sido evaluados pre-intervención y post-intervención.

8.2.2. Variables e instrumentos del estudio

En este estudio se han utilizado los instrumentos de medida descritos anteriormente. A continuación, se muestra la tabla 14 en la que se describen los instrumentos utilizados en el presente estudio y la fiabilidad que muestran en cada uno de los momentos temporales en los que se ha evaluado.

Tabla 14. Fiabilidad instrumentos del estudio 3. Pre y Post intervención.

	Pre-intervención	Post-intervención
Buen Trato	0,87	0,87
Estereotipos	0,87	0,91
Burnout_ Despersonalización	0,50	0,61
Burnout_ Realización Personal	0,73	0,82
Burnout_ Agotamiento emocional	0,87	0,84
Calidad de vida	0,91	0,87
P-CAT	0,78	0,82
PDC	0,95	0,96

8.2.3. Procedimiento

Este estudio, al igual que el anterior, fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad San Pablo CEU. La evaluación se realizó con los auxiliares de las residencias de personas mayores de diferentes partes de España con las que se contactó. Primero se realizó una evaluación pre-intervención para toda la muestra. A continuación, el grupo designado como experimental participó en la intervención, mientras que el grupo control no presencié la intervención. Finalmente, se volvió a evaluar a ambos grupos con la medida post-intervención. El grupo control se constituyó por lista de espera.

8.3. Diseño de la Intervención

La presente intervención forma parte del tercer estudio de la presente tesis doctoral y ha consistido en aplicar una intervención a los auxiliares que trabajan en residencias de personas mayores para desarrollar habilidades, técnicas y conocimientos sobre el buen trato hacia las personas mayores, y cómo pequeños gestos pueden cambiar mucho la calidad de vida de una

persona.

8.3.1. Objetivos de la Intervención

La intervención que se ha desarrollado en este proyecto tiene un objetivo principal bien establecido, se trata de enseñar y concienciar a los profesionales sobre las Buenas Prácticas hacia las Personas Mayores en su trabajo, teniendo siempre en cuenta que se deben potenciar aquellos aspectos que ya tienen interiorizados, y que realizan cada día, mientras que al mismo tiempo se identifican los incorrectos mostrándoles otra forma de hacer las cosas, que conlleva grandes beneficios para ellos y para las personas mayores.

La intervención se encuentra dividida en cuatro módulos, cada uno de ellos tiene unos objetivos concretos que fomentan el Buen Trato. Los módulos recogen los elementos fundamentales del buen trato que desarrolló Kayser-Jones (1981) a partir de los cuales se ha desarrollado la escala unidimensional.

- **Humanización: “Respeto mis Derechos, Decisiones e Intimidad”**, en este módulo se trabaja el evitar que tengan lugar comportamientos como ignorar, no respetar la intimidad, dignidad y el fomento de la capacidad para tomar decisiones a las personas mayores.
- **Personalización: “Mírame, soy único”**, en este módulo se trata de fomentar que el trato a las personas mayores este adaptado, el máximo posible, a las necesidades individuales de cada una.
- **No Victimización: “Integridad Física y Moral. Trátame Bien”**, se trata evitar conductas que puedan ser constitutivas de maltrato físico y/o psicológico.
- **No Infantilización: “Soy adulto, trátame como un igual”**, consiste en tratar a las personas mayores como adultos, eliminando conductas paternalistas e infantilizadoras con las que se dirigen a las personas mayores, independientemente de su capacidad cognitiva.

8.3.2. Metodología de la Intervención

La intervención se ha creado especialmente como un espacio donde poder reflexionar y analizar cómo se puede mejorar, intentando que la participación sea muy activa, exponiendo sus propios ejemplos, aspectos en los que tenían dudas o habían sido complicados para ellos, además, de aspectos concretos de cada institución en la que se realiza la intervención, lo que hace que la personalización de la intervención sea mayor. Es importante añadir que de esta forma no se trata únicamente de unas sesiones psicoeducativas, sino que con ese papel activo por parte de los participantes se espera que los conocimientos y las acciones que se pretenden cambiar o instaurar se muestren más presentes y pueda ser más fácil que sean asimilados.

La intervención está estructurada de una manera similar en cada uno de los módulos, de forma que es más sencillo poder seguir cada uno de ellos. La estructura planteada consiste en tres sesiones, siendo una sesión por semana, de tres horas cada sesión, haciendo un total de 9 horas en tres semanas. El número de participantes por grupo ha sido de un máximo de 8 o 10 personas.

Dentro de estas sesiones se realiza una sesión inicial en la que se presenta el proyecto, y se realiza una evaluación pre-intervención, que tiene una duración de una hora, y al finalizar la intervención se cuenta con un momento en el que se vuelve a realizar la evaluación post-intervención, igualmente de una hora de duración.

8.3.3. Descripción de las sesiones

Sesión 1. Pre-Intervención y Módulo Humanización

En esta primera sesión, durante la primera hora de la sesión se realiza una presentación y evaluación inicial del protocolo, para proporcionar una información general. Después se explica el concepto de humanización y las recomendaciones que deberían realizarse para el fomento de la humanización.

Primera parte.

Aquí se presenta un ejercicio para centrar el módulo que se va a comenzar y para empatizar con las personas mayores, y lo que pueden sentir al encontrarse en la institución ante una serie de situaciones que limitan la humanización hacia ellos. En este caso tienen que resumir en una palabra cómo se sentirían si ellos fueran usuarios del centro y experimentaran en primera persona una serie de situaciones; por ejemplo “mientras me están ayudando a ducharme o vestirme, alguien entrara en la habitación sin pedir permiso”.

Una dificultad que se ha detectado con la intervención es que en ocasiones, las personas que llevan tiempo trabajando en una institución, han podido adquirir una serie de costumbres que los lleva a actuar automáticamente “como siempre se ha hecho”, por lo que eso puede llevarlos a pensar incluso que como se hacen desde siempre son adecuadas y cueste que sean conscientes y entiendan que no proporcionan un buen trato.

Segunda parte.

Primero se busca que los participantes expliquen con sus palabras o cómo ellos entienden el concepto de humanización, para después, a partir de aquí poder debatir esa información y poder llegar a una adecuada definición del término.

En el módulo se abordan tres elementos que son los que forman la humanización: dignidad, intimidad y autonomía. Una vez explicados también estos conceptos se trata de incrementar la concienciación sobre el riesgo de la sobreprotección que muchas veces, sin quererlo, ni darse cuenta, consiguen que se aplique un trato deshumanizado a las personas mayores.

Tercera parte.

Se realiza una actividad en la que se busca que los participantes tomen conciencia de lo que se acaba de explicar y puedan reflexionar sobre ello, pensando de forma concreta en la

institución en la que trabajan y en el trabajo que realizan. En este caso se les pide que piensen acciones con las que mejorar el trato con el mayor en su institución, haciendo hincapié en fomentar la dignidad, otro ejemplo para mejorar la autonomía y otro para la intimidad. De esta forma se puede ver en ese momento si han conseguido absorber los conceptos y pueden poner ejemplos ellos mismos, intentado que la formación sea eminentemente práctica y aplicada a su caso concreto para que puedan llevárselo y empezar a aplicarlo con el objetivo de conseguir que los resultados sean más favorables.

También se explica la importancia de la implicación de todas las partes del cuidado de la persona mayor, intentando que comprendan que si todas las personas, cada una con la responsabilidad que tiene, no consigue crear un ambiente de trato adecuado, el bienestar y la calidad de vida de cada persona mayor no será completa, ya que cada uno aportando lo que esté en su mano, y teniendo conocimiento de todas las partes puede llegar a conseguirlo.

Cuarta parte.

En la última parte se propone realizar una reflexión global de todo lo que se ha visto en el módulo. Esto mismo se aplica en todos los módulos, realizando siempre la misma pregunta. Concretamente, se le solicita que piense en los cambios que podrían hacer desde ese mismo momento, ellos o incluso su propia institución con el objetivo, en este módulo concreto de cambiar y mejorar hacia un trato más humano.

Finalmente se manda una tarea para casa, que en este caso consiste en un caso que representa a una auxiliar en el baño con una persona mayor y cuando se tiene que vestir, en el que se incluyen muchos aspectos que se hacen de forma incorrecta. Se les pregunta cómo creen que se sentiría la persona mayor, que creen que es lo que más le molestaría y qué aspectos cambiarían. Todo esto sirve para reforzar los conceptos que se han aprendido en este módulo, y al mismo tiempo hace que en la siguiente sesión se pueda retomar este módulo y responder a las

preguntas que les hayan podido surgir a lo largo de la semana.

Sesión 2. Módulo Personalización y Módulo No Victimización. Integridad Física y

Moral

En el segundo módulo se explica el concepto de personalización en el trato proporcionado en la institución hacia las personas mayores, intentando que cuando lleguen y mientras estén allí su vida siga siendo como ellos quieren, intentando que, como individuos diferentes que son, se pueda personalizar el trato que se proporciona a cada uno. Tras el abordaje de los aspectos relacionados con este constructo, se comienza con el tercer módulo, mostrando todos los aspectos que están relacionados con la victimización hacia las personas mayores dentro de la institución. Las sujeciones y la invisibilidad de este grupo de población, especialmente en residencias son los aspectos nucleares del módulo.

Módulo Personalización

Primera parte.

Al igual que en el anterior módulo, y siguiendo la misma estructura, se comienza el módulo intentando que piensen sobre él, pero sin decírselo de forma explícita. Primero se les pregunta si recuerdan de lo último que pidieron cuando tomaron algo, comprobando que cada uno de ellos pidió una cosa diferente, y haciendo hincapié en la personalización, y que nadie les obligó a pedir una cosa específica. Con este ejercicio se consigue de nuevo que se puedan poner en la piel de la persona mayor, pues la mejor forma de que entienden lo que puedan sentir otras personas es sentirlo ellos mismos en primera persona. También, de una forma más práctica, se les pide que escriban tres de sus intereses actuales, después tres hábitos que tengan y por último se intenta que reflexionen y piensen si les gustaría seguir manteniendo esos intereses y hábitos cuando sean mayores, y si existe la posibilidad de que los mantengan en la residencia que trabajan. Es una forma de ver cómo no les gustaría que, al entrar en una residencia, ya no pudieran

mantener sus intereses o hábitos, o las cosas que les gusta hacer por el hecho de entrar en una institución.

Segunda parte.

En esta segunda parte se les explica cómo conseguir promocionar esa personalización con las personas mayores y su cuidado. Primero, viendo lo que es y cuáles son los objetivos que tiene hacer un plan de vida. Principalmente deben tener en cuenta que se necesita favorecer la máxima autogestión de cada persona, desarrollar la autonomía y lograr el máximo bienestar subjetivo.

También se piensa que es importante hacer hincapié en las cosas que hay que tener en cuenta y el modelo a seguir para conseguir una valoración integral de la persona. Existen cuatro áreas importantes en la vida de una persona que se tienen que conocer para poder desarrollar un plan individualizado que sea preciso y que pueda funcionar, con el que poder conseguir una mejor calidad de vida para la persona mayor, sin que se priorice de forma aleatoria los aspectos importantes para cada uno. La primera es la biografía y el proyecto de vida, en la que se intenta conocer la infancia, juventud, vida adulta y las inquietudes actuales de la persona. Lo segundo es el modo de vida, las preferencias y costumbres y los aspectos importantes de la vida. Lo tercero sería la capacidad física, cognitiva y emocional, conociendo las fortalezas y limitaciones de cada persona. Y el cuarto serían las relaciones sociales, conocer con que personas tienen más relación y poder potenciarlo.

Tercera parte

En esta parte los participantes ponen en práctica aquellos aspectos que dependen de ellos para potenciar la personalización en aquellos de los que cuidan. Se propone un caso, en el que se describe a una persona mayor activa, con pocas limitaciones, que acaba de entrar en la residencia, que tenía una vida sociable con mucho contacto con sus hijos, con capacidad

cognitiva intacta y que únicamente ha sido operada de una rodilla. Seguidamente se les muestran unas imágenes donde aparecen dos escenas de mal trato. Por un lado, una persona mayor siendo atendida por la auxiliar más de lo que necesitaría, ayudándole a hacer cosas que la persona mayor puede hacer por sí misma, en una habitación poco personalizada, sin su vestimenta habitual y otros aspectos que los auxiliares tienen que detectar, después una vez que se ha preguntado y reflexionado, se muestran la segunda situación con imágenes de buen trato, que serían las mismas que las anteriores pero esta vez con un trato correcto, con la habitación personalizada, eligiendo la ropa, etc.

También se pone especial atención en contar algunos aspectos en los que es importante no caer, como por ejemplo el exceso de protocolización, cuando las organizaciones son poco flexibles y por supuesto el intentar ir a máximos siempre, son aspectos importantes, y especialmente en la personalización, que muchas veces pasan desapercibidos.

Cuarta parte

Por último, la cuarta parte consiste en la reflexión global del módulo, comentada anteriormente, en la que se trata sobre lo que ellos podrían hacer desde hoy con lo nuevo que han visto y las cosas que han podido aprender o ver.

Y finalmente se plantea la tarea para casa, que en este caso se trata de que piensen en una persona mayor del centro, y puedan realizarle un plan de vida como se ha visto en la sesión, y pensar esas actividades que se podrían hacer en función de los gustos de la persona.

Módulo No Victimización. Integridad Física y Moral

Primera parte

En primer lugar, se revisa la tarea planteada para casa en la sesión anterior, pudiendo resolver las dudas que se les hayan presentado después de la sesión o realizando la tarea.

Después se muestran unas imágenes de unas sujeciones para bebés que comienzan a andar y que facilitan que no se pierdan. Estas imágenes son socialmente desaprobadas y se considera que disminuyen la calidad de vida del niño. Sin embargo, esto no ocurre al mostrar las sujeciones utilizadas con personas mayores, que se muestra con imágenes, para que se pueda reflexionar sobre por qué unas sí están bien y otras no, cuando ambas eliminan la capacidad de movimiento.

Se les presenta un caso, para que se pongan en la situación de una persona mayor a la que le han puesto sujeciones, tanto físicas como químicas, para evitar que se caiga. Seguidamente se les pregunta cómo se sentirían si fueran ellos esa persona, y que lo puedan relacionar con la descripción de la humanización vista en el primer módulo.

Segunda Parte

Esta segunda parte se centra en las sujeciones hacia las personas mayores en las residencias, un aspecto que causa mucha confusión entre los auxiliares, ya que muchos consideran que es lo que se debe hacer y no se plantean su eliminación.

En primer lugar, se les pregunta cuáles son los motivos del uso de estas sujeciones, viendo cómo ellos reflexionan y qué es lo que piensan sobre esta situación. De esta forma también se conocen los aspectos sobre los que más se tiene que incidir.

A continuación, se describen siete mitos sobre las sujeciones, explicándolos y poniendo el foco en las razones que justifican y refuerzan ese pensamiento, refutándolo y mostrando la realidad, dejándoles tiempo y espacio para que se pueda reflexionar de forma conjunta, poniendo ejemplos y resolviendo las dudas que les surjan sobre casos específicos que tienen en el centro.

Los mitos son los siguientes:

1. Protección frente a caídas y accidentes. Seguridad
2. Respuesta ante posibles reclamaciones.
3. Apoyo postural.

4. Control comportamientos problemáticos.
5. Facilitar tratamientos.
6. Falta personal.
7. Demanda de la familia.

Tercera parte

En un primer momento se explica la importancia de la visibilidad de las personas mayores, y de eliminar la cosificación que sufren en muchas ocasiones. La primera actividad incluye ponerles un video, en el que muestra la invisibilidad hacía una persona, para a partir de ahí, pedirles que piensen como se tiene que sentir esa persona, que emociones les despierta y si es una situación que se encuentran en el día a día, para intentar puedan reflexionen sobre las situaciones que se producen en la residencia. A partir de ese video se trabajan los aspectos relacionados con la institución, y todas las situaciones en las que se cosifica a una persona mayor. Para trabajar estos aspectos se muestra una viñeta de una persona mayor en silla de ruedas, y cómo de repente esa silla empieza a moverse, sin ninguna explicación, simplemente alguien le lleva de un sitio a otro. Muchas veces no son conscientes de ello, y este momento para reflexionar y ver esas pequeñas cosas que por la rutina pasan desapercibidas, es muy importante, de esta forma es cuando se pueden cambiar esos pequeños detalles y acciones que sí están en sus manos.

Cuarta parte

Por último, la cuarta parte implica la reflexión global del módulo, en la que se aborda lo que ellos podrían hacer desde hoy con lo nuevo que han visto y las cosas que han podido aprender o ver.

Y finalmente la tarea para casa, que en este caso se trata de un video que pueden ver en Youtube, donde aparece una mujer con un alto deterioro cognitivo que parece totalmente desconectada del mundo exterior, pero que a través de la música consiguen conectar con ella y

poderse comunicar con palabras. Se les pregunta que han sentido al ver el video, que emociones les ha despertado, y si creen y cómo podrían hacer para comunicarse con las personas con un grave deterioro cognitivo.

Sesión 3. Módulo No Infantilización y Post-Intervención

En este cuarto y último módulo se centra en la infantilización de las personas mayores y todos esos pequeños aspectos y acciones que hacen que se les trate como a niños. Y al finalizar la intervención se realiza la evaluación post-intervención.

Primera parte

Se comienza mostrando el inicio de una película “Arrugas” en el que se muestra el momento en el que una persona mayor ingresa en una residencia. La primera actividad que se realiza con los participantes está orientada a la reflexión, a través de una serie de preguntas, sobre si existe una actitud infantilizadora hacia las personas mayores en ese primer momento, intentando identificar otras situaciones en las que se produce, especialmente a nivel institucional. En este video, el protagonista es tratado como un niño, es el hijo el que ingresa a su padre, a quién le informan de todo, mientras él espera en la entrada sin que se le haya contado mucha cosa. Las preguntas que se realiza a los participantes intentan que se pongan en el papel de la persona mayor, que diferencien que cosas están bien y cuáles no, y que puedan pensar cómo se podrían hacer mejor.

Segunda parte

En esta segunda parte se analizan los estereotipos, uno de los principales factores que conducen a la infantilización hacia las personas mayores, se señalan algunos de ellos, intentando poner ejemplos que ayuden a contrastar este tipo de pensamientos, de gente real mayor que ellos puedan conocer.

Y el módulo se centra en dos aspectos fundamentales de la infantilización: el lenguaje y

el trato. Por un lado, respecto al lenguaje se hace hincapié en el que se utiliza con las personas mayores que en muchos casos es una simplificación al usado con adultos o incluso es el mismo que se usa con los niños, es decir, el “babytalk”.

Para aplicar lo comentado en esta parte se realiza una actividad que se basa en poner dos conversaciones iguales, simplemente con pequeñas diferencias en el lenguaje utilizado infantilizador o no, y deben ser capaces de identificarlo.

Tercera parte

Esta parte se centra en las actividades que realizan en los centros. Se hace especial referencia a los dibujos que pintan y la decoración de los centros, dónde en muchas ocasiones parecen más guarderías que centros para personas mayores. Se pueden obtener muchos dibujos para adultos con diferentes niveles de dificultad, y que no siempre tengan que pintar el payaso, el gusano, etc. También se comentan los juegos y canciones que normalmente utilizan, y que perfectamente se pueden identificar como juegos de niños.

Se realiza una reflexión conjunta con ellos intentando encontrar formas adecuadas de practicar una misma función cognitiva, pero con actividades aptas para estas personas sin atacar su dignidad como persona adulta.

Cuarta parte

Y finalmente se termina con la reflexión de qué podrían cambiar ellos con respecto a lo dado en la sesión, todas las sugerencias y reflexiones dan paso a una nueva forma de pensar. Como tarea para casa se les pide que analicen el lenguaje de diferentes situaciones para que generen alternativas que ayuden a mejorarlo. Al tratarse de la última sesión, no se podría dejar para revisar en la siguiente, por lo tanto, se deja tiempo para realizar la tarea y poder comentarla al final de la sesión.

Y tras la intervención se vuelve a evaluar a los auxiliares para poder tener una medida

post intervención.

8.4. Análisis de datos

En este estudio se realizaron los análisis necesarios para conocer los efectos de la intervención en el grupo experimental y comprobar la eficacia de esta al comparar los dos grupos (experimental y control) en las dos medidas que se realizaron, pre y post intervención.

Primero se realizaron los análisis estadísticos chi-cuadrado, U de Mann Whitney y pruebas t para muestras independientes para las diferencias en cuanto a los datos sociodemográficos entre el grupo control y el experimental.

Para el análisis del efecto de la intervención se llevó a cabo un ANOVA de medidas repetidas para estudiar el pre y post de la muestra experimental, para conocer el efecto de la intervención en la población experimental comparando los resultados antes y después de la intervención. Después, se comparan la muestra experimental y la muestra control, para estimar las diferencias entre ellas, tanto en el pre como en el post, e investigar si existen cambios en función del grupo que recibió la intervención y el grupo control. Se calculará el tamaño del efecto, Eta cuadrado (η^2) cuya interpretación muestra que 0,20 sería un efecto bajo, 0,50 efecto moderado y 0,80 efecto alto (Cohen, 1988).

8.5. Resultados

En este apartado se describen los resultados obtenidos en el análisis de datos del estudio 3, evaluando la eficacia de la intervención realizada a los auxiliares que trabajan en las residencias de personas mayores.

8.5.1. Descripción de la muestra

La muestra de la intervención fue de N=108, dividida en dos grupos: tratamiento (N=80) y control (N=28). Respecto a los datos sociodemográficos de cada grupo, para comparar su homogeneidad se estudiaron mediante pruebas t para muestras independientes, U de Mann-Whitney o Chi-cuadrado a partir de la comprobación de los datos y en función de la normalidad y naturaleza de estos.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en: edad ($t=-0,815$, $p>0,05$); sexo ($\chi^2=0,79$, $p>0,05$), estado civil ($U=1065,5$, $p>0,05$), estado salud ($U=1029$, $p>0,05$). Mientras que sí aparecen muestras significativas en el nivel de estudios que presentan los auxiliares ($U=796$, $p<0,01$).

Respecto a los datos sociodemográficos del grupo control, presentaban una edad media de 43,95 (DT=11,21), el 92,9% eran mujeres, el 28,6% estaban solteros, 67,9% casados y el 3,6% separados. En cuanto al nivel de estudios, el 3,6% tenían educación primaria, 3,6% secundaria, 75% formación profesional, 14,3% estudios universitarios y un 3,6% otros estudios no reglados, y el estado de salud percibido era de muy bueno para el 10,7% y bueno para el 89,3%.

En referencia a los datos del grupo experimental, presentaban una edad media de 42,50 (DT=12,36), con respecto al género, un 12,5% eran hombres y el 87,5% eran mujeres. Para el estado civil se presentaban como solteros el 33,5%, casados el 50,6%, separados el 14,2% y viudos un 1,7%. En cuanto a los estudios, encontramos un 5,1% que no ha finalizado educación primaria, el 10,3% tiene estudios primarios, 14,2% estudios secundarios, 51,7% formación profesional, 7,4% enseñanzas universitarias y el 10,8% otros estudios no reglados.

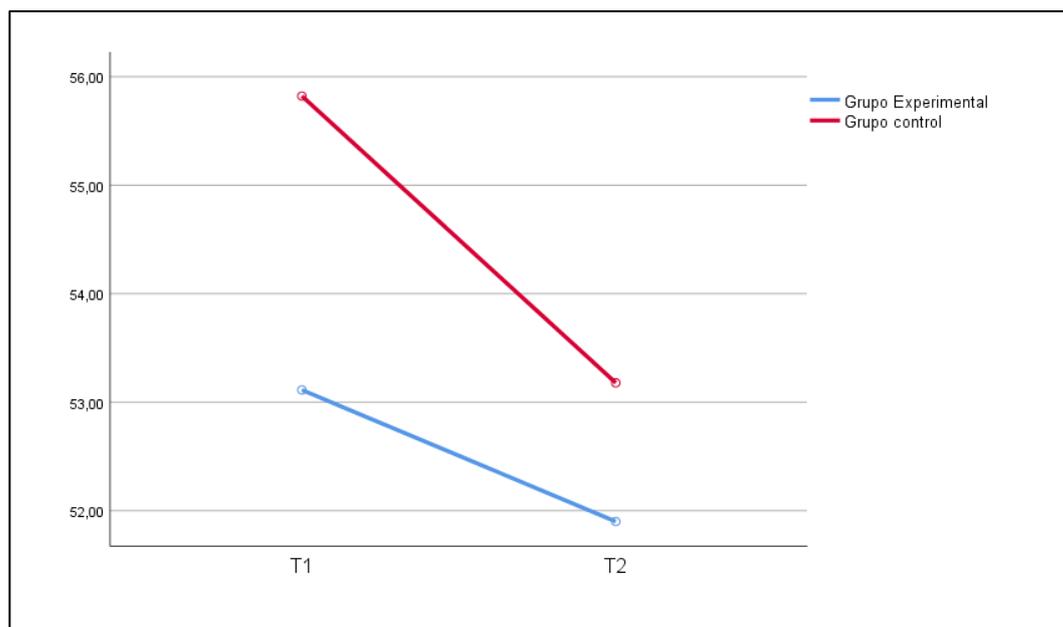
8.5.2. Resultados en la variable buen trato

En primer lugar, se muestran los resultados obtenidos del ANOVA para el efecto principal del buen trato dentro de los grupos, con el tiempo ($F1$, $106=3,55$; $p>0,05$, $\eta^2=0,032$) y el efecto

de interacción entre tiempo x grupo ($F(1, 106)=0,489$; $p>0,05$, $\eta^2=0,005$). Para las pruebas de efectos entre sujetos, los resultados del ANOVA para la variable Buen Trato respecto al grupo ($F(1, 106)=1,280$; $p>0,05$, $\eta^2=0,012$). Comprobando que ninguno de los resultados muestra que sea significativo.

En segundo lugar, se muestran las medias obtenidas por ambos grupos en diferentes tiempos, para la variable buen trato en el momento 1 (pre-intervención), en el grupo intervención $M=53,11$ ($DT=9,46$), y para el grupo control $M=55,82$ ($DT=10,21$). Para el momento 2 (post-intervención), en el grupo intervención $M=51,90$ ($DT=9,82$), y para el grupo control $M=53,17$ ($DT=5,20$). En la Figura 3 se pueden observar gráficamente las evoluciones de ambos grupos respecto a los dos espacios de tiempo.

Figura 3. Evolución de los grupos T1 y T2 en Buen Trato



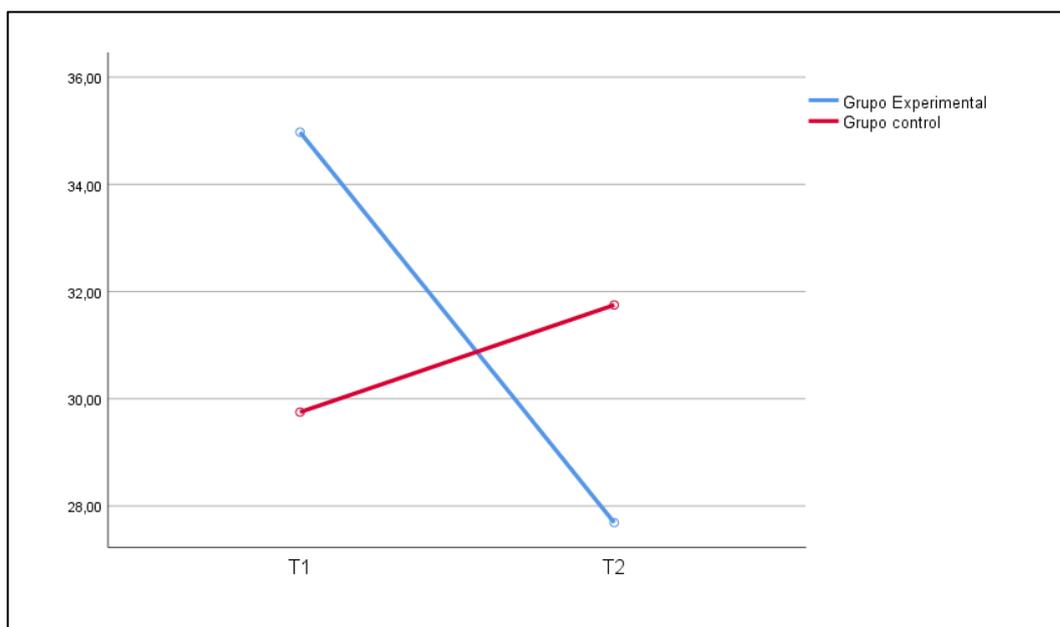
8.5.3. Resultados en la variable estereotipos hacia las personas mayores

En este apartado se muestran los resultados obtenidos en la variable estereotipos para el efecto dentro de los grupos, con el tiempo ($F(1, 106)=8,089$; $p<0,01$, $\eta^2=0,071$), los resultados son significativos, hay diferencias entre los tiempos pre y post, aunque el efecto sea bajo, y el efecto de interacción entre tiempo x grupo ($F(1, 106)=24,95$; $p<0,01$, $\eta^2=0,191$), siendo también

significativo, por lo tanto, hay diferencias entre los grupos x tiempo, y el efecto es mayor, pero sigue siendo bajo.

A continuación, se describen las medias obtenidas por ambos grupos en los diferentes tiempos, para la variable estereotipos en el momento 1 (pre) en el grupo intervención M=34,97 (DT=7,89), y para el grupo control M=29,75 (DT=8,17). Para el momento 2 (post) en el grupo intervención M=27,68 (DT=8,42), y para el grupo control M=31,75 (DT=9,41). En la Figura 4 se pueden observar gráficamente las evoluciones de ambos grupos respecto a los dos espacios de tiempo.

Figura 4. Evolución de los grupos T1 y T2 en Estereotipos

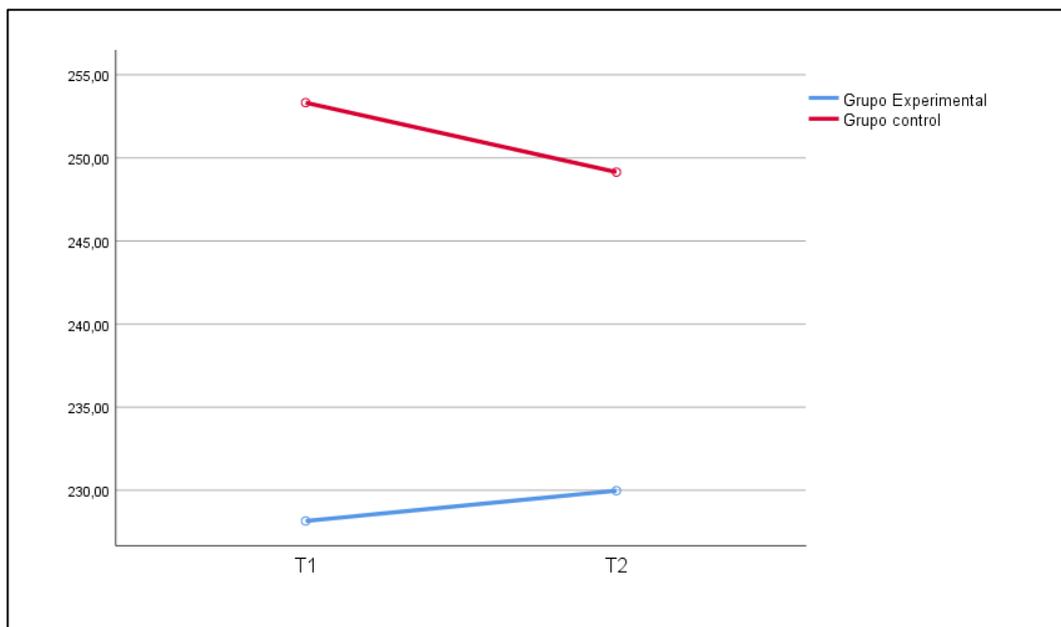


8.5.4. Resultados en la variable calidad de vida

Ahora se muestran los resultados obtenidos en la variable calidad de vida para el efecto dentro de los grupos, con el tiempo ($F(1, 106)=0,115$; $p>0,05$, $\eta^2=0,001$), los resultados no son significativos, por lo tanto, no hay diferencias entre los tiempos pre y post, y el efecto de interacción entre tiempo x grupo ($F(1, 106)=0,745$; $p>0,05$, $\eta^2 =0,007$), tampoco siendo significativo, no hay diferencias entre los grupos x tiempo.

A continuación, se describen las medias obtenidas por ambos grupos en los diferentes tiempos, para la variable calidad de vida en el momento 1 (pre) en el grupo intervención $M=228,15$ ($DT=40,97$), y para el grupo control $M=253,32$ ($DT=31,43$). Para el momento 2 (post) en el grupo intervención $M=229,97$ ($DT=43,32$), y para el grupo control $M=249,14$ ($DT=28,55$). En la Figura 5 se pueden observar gráficamente las evoluciones de ambos grupos respecto a los dos espacios de tiempo.

Figura 5. Evolución de los grupos T1 y T2 en Calidad de vida



8.5.5. Resultados en la variable burnout

Con respecto al burnout, como se mencionaba en apartados anteriores, se mide a través de tres subescalas, mostrando niveles de burnout cuando los niveles son altos en despersonalización y agotamiento emocional y bajos en realización personal, por ello se evalúan por separado.

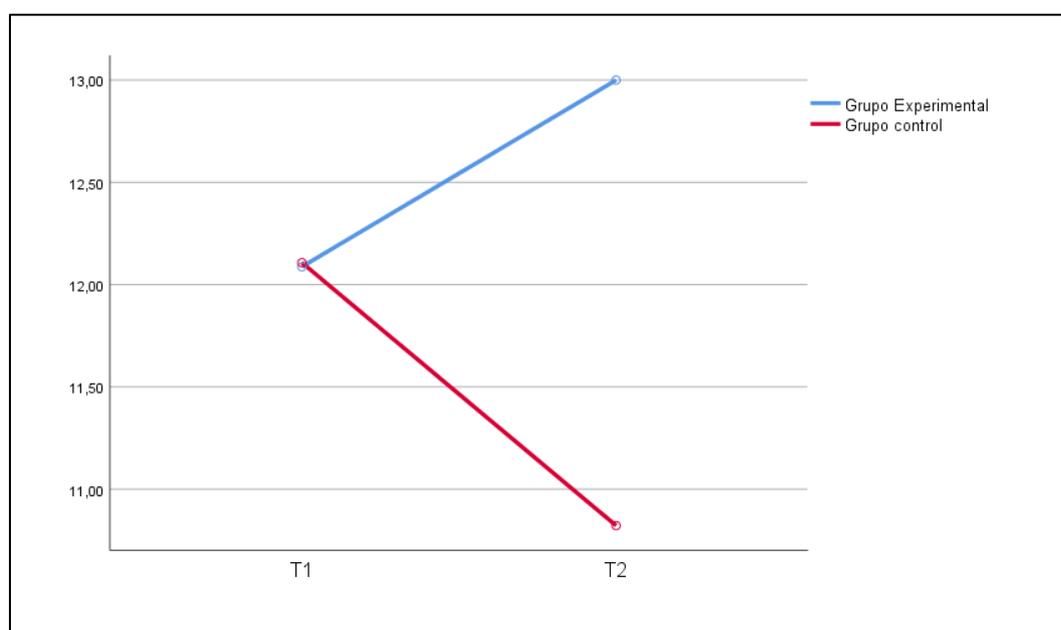
8.5.5.1. Resultados en la subescala Agotamiento Emocional

Los resultados obtenidos en la subescala agotamiento emocional para el efecto dentro de los grupos, con el tiempo ($F=0,31$; $p>0,05$, $\eta^2=0,001$), los resultados no son significativos, por lo tanto, no hay diferencias entre los tiempos pre y post, y el efecto de interacción entre tiempo

x grupo ($F=1,05$; $p>0,05$, $\eta^2=0,010$), tampoco siendo significativo, no hay diferencias entre los grupos x tiempo.

A continuación, se describen las medias obtenidas por ambos grupos en los diferentes tiempos, para la variable calidad de vida en el momento 1 (pre) en el grupo intervención $M=12,08$ ($DT=9,61$), y para el grupo control $M=12,10$ ($DT=10,49$). Para el momento 2 (post) en el grupo intervención $M=13,00$ ($DT=9,51$), y para el grupo control $M=10,82$ ($DT=8,79$). En la Figura 6 se pueden observar gráficamente las evoluciones de ambos grupos respecto a los dos espacios de tiempo.

Figura 6. Evolución de los grupos T1 y T2 en Agotamiento Emocional

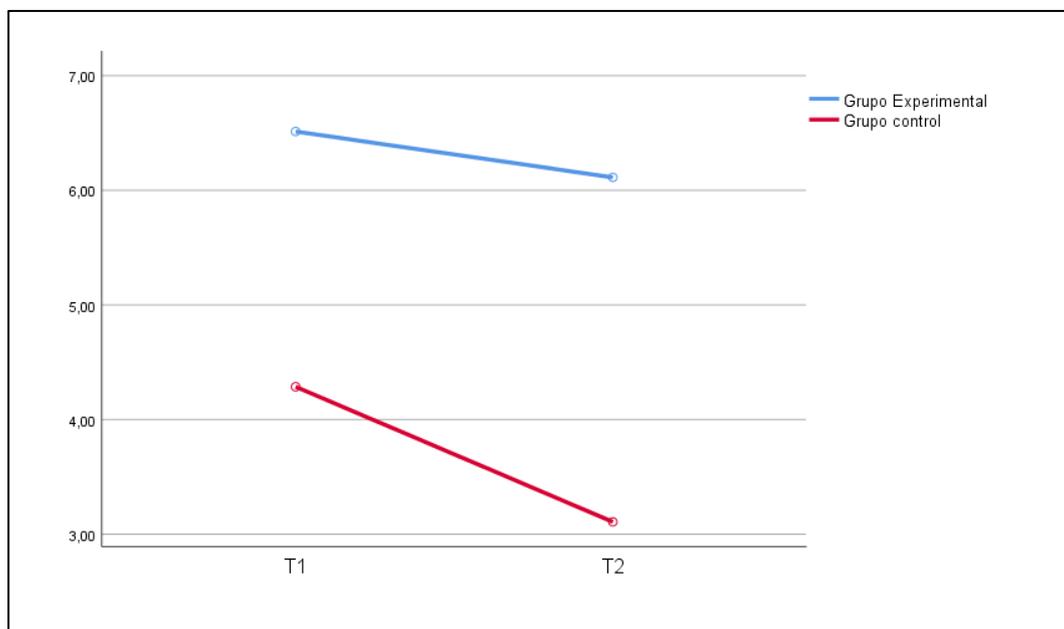


8.5.5.2. Resultados en la subescala Despersonalización

Los resultados obtenidos en la subescala agotamiento emocional para el efecto dentro de los grupos, con el tiempo ($F=1,465$; $p>0,05$, $\eta^2=0,014$), los resultados no son significativos, por lo tanto, no hay diferencias entre los tiempos pre y post, y el efecto de interacción entre tiempo x grupo ($F=0,356$; $p>0,05$, $\eta^2=0,003$), tampoco siendo significativo, no hay diferencias entre los grupos x tiempo.

A continuación, se describen las medias obtenidas por ambos grupos en los diferentes tiempos, para la variable calidad de vida en el momento 1 (pre) en el grupo intervención $M=6,51$ ($DT=4,98$), y para el grupo control $M=4,28$ ($DT=4,33$). Para el momento 2 (post) en el grupo intervención $M=6,11$ ($DT=5,27$), y para el grupo control $M=3,10$ ($DT=4,60$). En la Figura 7 se pueden observar gráficamente las evoluciones de ambos grupos respecto a los dos espacios de tiempo.

Figura 7. Evolución de los grupos T1 y T2 en Despersonalización



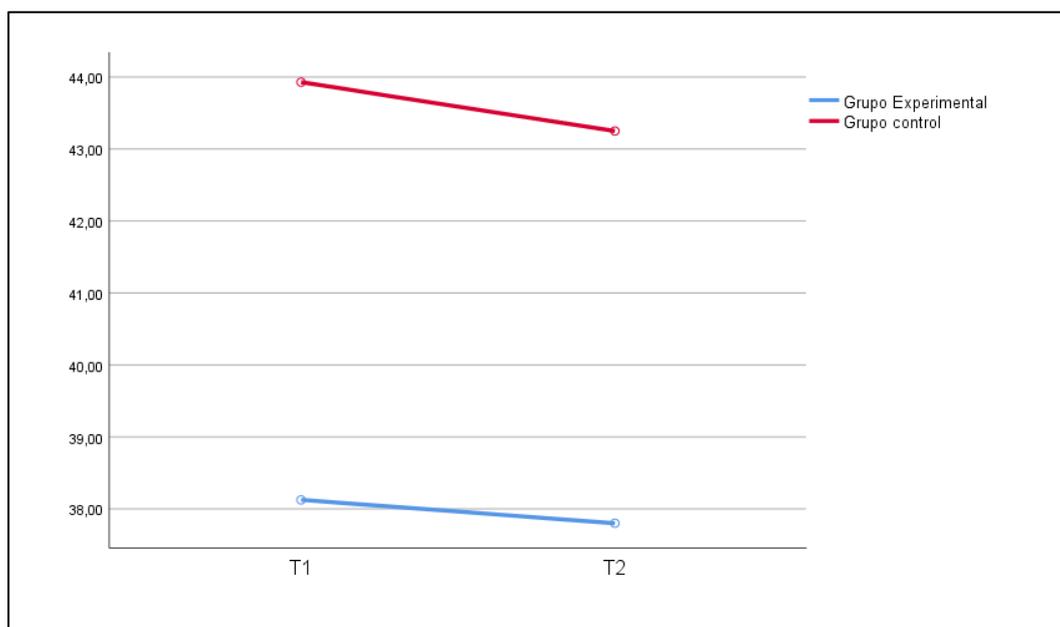
8.5.5.3. Resultados en la subescala Realización Personal

Los resultados obtenidos en la subescala realización personal para el efecto dentro de los grupos, con el tiempo ($F=0,2875$; $p>0,05$, $\eta^2=0,003$), los resultados no son significativos, por lo tanto, no hay diferencias entre los tiempos pre y post, y el efecto de interacción entre tiempo x grupo ($F=0,36$; $p>0,05$, $\eta^2=0,001$), tampoco siendo significativo, no hay diferencias entre los grupos x tiempo.

A continuación, se describen las medias obtenidas por ambos grupos en los diferentes tiempos, para la variable calidad de vida en el momento 1 (pre) en el grupo intervención $M=38,12$

(DT=6,96), y para el grupo control M=43,92 (DT=5,03). Para el momento 2 (post) en el grupo intervención M=37,80 (DT=9,24), y para el grupo control M=43,25 (DT=4,16). En la Figura 8 se pueden observar gráficamente las evoluciones de ambos grupos respecto a los dos espacios de tiempo.

Figura 8. Evolución de los grupos T1 y T2 en Realización Personal



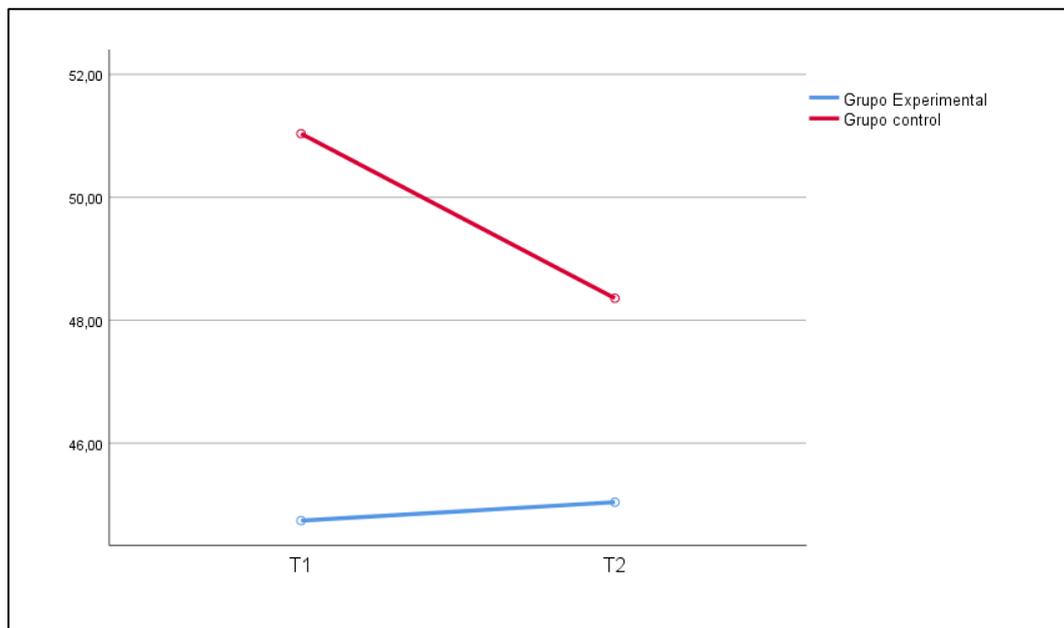
8.5.6. Resultados en la variable Personal de Atención Centrada en la Persona.

Ahora se muestran los resultados obtenidos en la variable personal de atención centrada en la persona para el efecto dentro de los grupos, con el tiempo ($F=1,73$; $p>0,05$, $\eta^2=0,016$), los resultados no son significativos, por lo tanto, no hay diferencias entre los tiempos pre y post, y el efecto de interacción entre tiempo x grupo ($F=2,72$; $p>0,05$, $\eta^2=0,025$), tampoco siendo significativo, no hay diferencias entre los grupos x tiempo.

A continuación, se describen las medias obtenidas por ambos grupos en los diferentes tiempos, para la variable personal atención centrada en la persona en el momento 1 (pre) en el grupo intervención M=44,73 (DT=8,04), y para el grupo control M=51,03 (DT=6,54). Para el momento 2 (post) en el grupo intervención M=45,03 (DT=8,73), y para el grupo control

M=48,35 (DT=6,43). En la Figura 9 se pueden observar gráficamente las evoluciones de ambos grupos respecto a los dos espacios de tiempo.

Figura 9. Evolución de los grupos T1 y T2 en Personal de Atención Centrada en la Persona



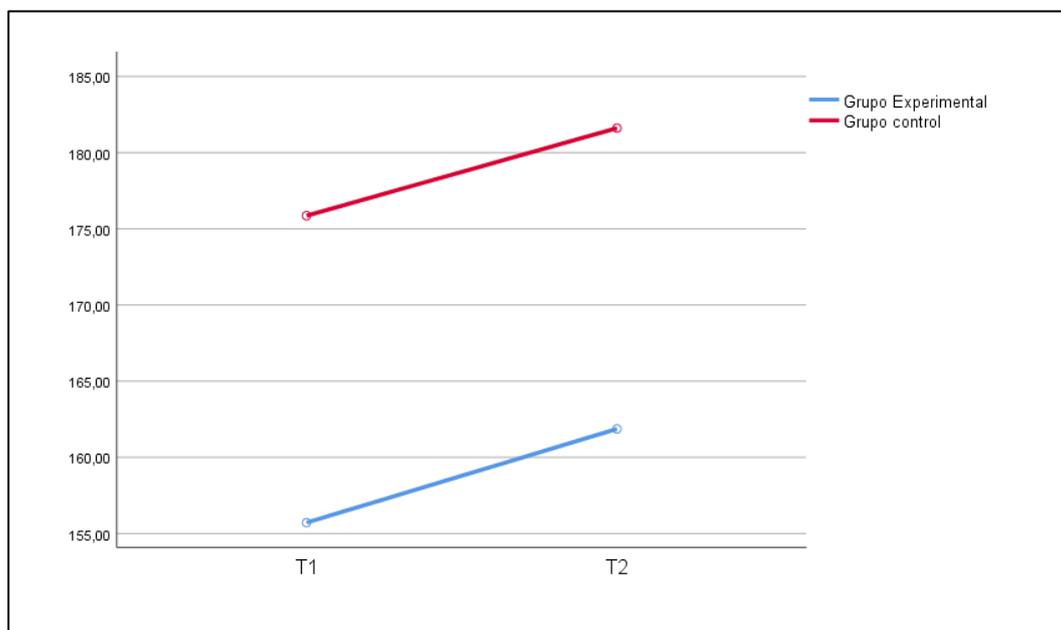
8.5.7. Resultados en la variable Evaluación de Atención Centrada en la Persona.

Ahora se muestran los resultados obtenidos en la variable evaluación de atención centrada en la persona para el efecto dentro de los grupos, con el tiempo ($F=2,97$; $p>0,05$, $\eta^2=0,027$), los resultados no son significativos, por lo tanto, no hay diferencias entre los tiempos pre y post, y para el efecto de interacción entre tiempo x grupo ($F=0,003$; $p>0,05$, $\eta^2=0,001$), tampoco siendo significativo, no hay diferencias entre los grupos x tiempo.

A continuación, se describen las medias obtenidas por ambos grupos en los diferentes tiempos, para la variable evaluación de atención centrada en la persona en el momento 1 (pre) en el grupo intervención M=155,71 (DT=33,80), y para el grupo control M=175,85 (DT=30,61). Para el momento 2 (post) en el grupo intervención M=161,86 (DT=35,23), y para el grupo control M=181,60 (DT=23,52). En la Figura 10 se pueden observar gráficamente las evoluciones de

ambos grupos respecto a los dos espacios de tiempo.

Figura 10. Evolución de los grupos T1 y T2 en Evaluación de Atención Centrada en la Persona



Capítulo 9:

Discusión y conclusiones

El propósito general de esta investigación es resaltar el valor de contar con herramientas adecuadas de evaluación e intervención para fomentar el buen trato hacia las personas mayores que viven en una residencia. Por ello, este trabajo de investigación ha puesto el foco en un modelo centrado en las buenas prácticas y en el buen trato por parte de los auxiliares de enfermería hacia las personas mayores, a través del cual conseguir mejorar, además, de forma indirecta la calidad de vida de las propias personas mayores (Pérez-Rojo et al., 2013).

No obstante, en primer lugar, sería necesario partir del concepto de buenas prácticas, el cuál ha sido definido por Martínez (2010) como aspectos que los profesionales deben tener en cuenta y realizar en su actividad diaria, estando relacionados con las decisiones que deben tomar, comportamientos o actitudes que pueden afectar a las personas con las que tienen contacto profesional, ya sean residentes, familiares u otros profesionales, o con aspectos más relacionados con la organización en la que trabajan y su buen funcionamiento. A partir de aquí se puede entender el Buen Trato como la aplicación de esas buenas prácticas y como un concepto que tiene como base el respeto, la humanización y los valores éticos (Kusmaul et al., 2017), que necesita ser evaluado con rigor científico. Aunque cada vez son más los estudios que se realizan sobre el buen trato hacia las personas mayores, cuestión indispensable para fomentar la calidad de vida en este grupo de población, se necesitan herramientas que tengan una buena validez y fiabilidad para que los resultados encontrados puedan extrapolarse al resto de la población mayor (Cohen et al., 2010).

Partiendo de este objetivo, en este capítulo se revisan los resultados obtenidos en la presente tesis a través de los tres estudios realizados.

9.1. Descripción de las características de los participantes

En cuanto a las variables relacionadas con el ámbito laboral, la mayoría afirma sentir una satisfacción laboral media o alta, lo que indica que se encuentran en un trabajo que les satisface, del mismo modo que presentan una alta motivación en el trabajo. En cambio, en relación con los datos relativos a la ratio, la mayoría de los auxiliares reflejan que es insuficiente el número de trabajadores por persona mayor en las residencias, e informan de tener algo o bastante sobrecarga en el trabajo en la mayoría de los casos.

9.2. Validación de la Escala de Buen Trato en Residencias de Personas Mayores por parte de los auxiliares de enfermería

Tras la revisión que se ha realizado en capítulos previos, se ha detectado la ausencia de escalas validadas que midan el buen trato hacia las personas mayores en residencias por parte de los profesionales que allí trabajan, es por ello por lo que uno de los objetivos que se planteaban en esta investigación consistió en validar y desarrollar una escala con buenas propiedades psicométricas enfocada en el buen trato siguiendo el modelo de la atención centrada en la persona.

La mayoría de las escalas que se han desarrollado hasta ahora se centran en el maltrato, buscando conocer la prevalencia de maltrato físico o psicológico como por ejemplo ocurre con la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS; Pillemer & Moore, 1989) o la Escala de Maltrato Psicológico a Personas Mayores (EPAS; Wang et al., 2007). En estas escalas no se evalúan aspectos más sutiles y frecuentes del maltrato, como puede ser el respeto o la humanización hacia este colectivo. En los últimos años se han producido cambios significativos en la sociedad a nivel mundial que han provocado un cambio de valores o incluso denominada por algunos como “crisis de valores” que ha afectado a toda la población en general pero de forma especial al grupo de

personas mayores, quitándoles valor, viéndoles como una carga para las familias y la propia sociedad (Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006), de ahí la importancia de incluir estos aspectos, en evaluación e intervención desde un punto de vista positivo y reforzando que esas buenas prácticas estén presentes.

No obstante, desde el modelo de la atención centrada en la persona si se han realizado estudios con un punto de vista más positivo, buscando mejorar la calidad de vida de las personas mayores (Chenoweth et al., 2015), partiendo de un trato más personalizado siguiendo el modelo ACP (atención centrada en la persona), con el que mejorar también la calidad de vida de los auxiliares que trabajan en las residencias, disminuyendo sus niveles de estrés (Dilley & Geboy, 2010).

La “Escala de Buen Trato para Auxiliares en Residencias” (EBTAR) se ha desarrollado para evaluar las buenas prácticas que realizan los auxiliares de enfermería hacia las personas mayores que viven en residencias. Se partió del modelo de atención centrada en la persona, siguiendo el marco conceptual desarrollado por Kayser-Jones (1981) que señalaba que los tipos de maltrato en las instituciones se podían englobar en: despersonalización, deshumanización, infantilización y victimización. Pero, tal y como se mencionaba anteriormente, en el caso de la tesis que se presenta, se puso el foco en lo positivo, en las buenas prácticas por lo que las tipologías que se incluyeron fueron: personalización, humanización, no infantilización y no victimización.

El primer objetivo planteado fue el desarrollo y la validación de la escala para una muestra compuesta por auxiliares de enfermería que trabajan en residencias de personas mayores. Una vez desarrollada la escala, lo primero fue realizar un Análisis Factorial Exploratorio, analizando si era posible mantener un modelo con cuatro factores, utilizado para el diseño de la escala. Los resultados de los análisis no ofrecieron una adecuada estructura de cuatro factores, por ello se optó por una escala que fuese unidimensional, y que en su conjunto evaluaría el Buen Trato a

través de diferentes acciones llevadas a cabo por los auxiliares. Esto condujo a una reducción en el número de ítems para la estructura de un único factor (16 ítems), algo que puede resultar beneficioso para ampliar su uso. Debido a la sobrecarga laboral que presentan los auxiliares, la posibilidad de presentarles una escala que reduzca el tiempo de evaluación podría hacer que la tasa de respuesta fuese mayor. En este ámbito, en el que normalmente el tiempo es fundamental, y las jornadas y turnos laborales son complicados, el hecho de tener una escala breve, de 16 ítems como en este caso, que pueda arrojar información sobre las buenas prácticas que realizan, es relevante y facilita su utilización.

Una vez explorada la unidimensionalidad se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio para un modelo unifactorial, con el que poder confirmar que los ítems se ajustaban a un modelo de un único factor sobre buen trato.

Debido a todo lo mencionado, la hipótesis 1.2.1. se debe rechazar, ya que se esperaba encontrar una adecuada validez factorial a través de una estructura compuesta por cuatro factores, como mostraba el modelo propuesto por Kayser-Jones (1981), pero en cambio, siguiendo los criterios para ecuaciones estructurales descritos por Hu y Bentler (1999), la estructura que ofrecía un mayor ajuste fue la unifactorial, logrando unos índices de ajuste más adecuados. Esta estructura unidimensional también se observa en otras escalas sobre atención centrada en la persona con buenos índices de fiabilidad y validez como son el PCC-G-Staff (Martínez et al., 2020) o en el P-CAT (Martínez et al., 2016b).

Por tanto, la estructura final de la escala se redujo de 56 ítems a 16 ítems (7, 13, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 32, 34, 36, 40, 42, 48, 55) representados en un único factor denominado: “buenas prácticas”.

Esta reducción de ítems podría ser debida a diferentes motivos. Uno de ellos podría estar relacionado con algo que se ha podido observar durante esta investigación, y es la dificultad de

los auxiliares de considerar muchas de las conductas infantilizadoras como maltrato. Es más, solían ser consideradas como muestras de cariño, de buen trato, y eso pudo provocar que ninguno de los ítems pertenecientes al factor no infantilización fuesen incluidos en la escala final.

Los 16 ítems que finalmente componen la escala están relacionados con el cuidado desde un punto de vista más humano, es decir, desde el derecho a la intimidad, la privacidad, la dignidad, la autonomía a la hora de tomar decisiones, preferencias u opiniones (Koren, 2010).

Del mismo modo también se han eliminado todos los ítems redactados con un estilo más directos, y de forma inversa, cuya presencia implicaría la presencia del maltrato más conocido al ser más explícito, por no presentar una saturación aceptable con el factor (Worthington & Whittaker, 2006).

Los ítems que finalmente componen la escala están relacionados especialmente con los factores definidos inicialmente como humanización y personalización, todos relacionados con permitir a la persona mayor tomar decisiones en cuanto a su vida en la residencia, adaptándolo a su capacidad cognitiva, pero sin limitar lo que pueda hacer (Dow et al., 2006; McCormack, 2004). Esto siempre desde una posición de respeto hacia la persona mayor y siendo tratada como persona, siguiendo lo que propone el modelo de atención centrada en la persona, donde se pone en alza el valor de cada individuo, con su vida pasada, las experiencias que ha tenido a lo largo de su vida y su forma de pensar (Entwistle & Watt, 2013)

Según la hipótesis 1.1., se esperaba encontrar una adecuada consistencia interna, medida a partir del alpha de Cronbach, para la escala global y las subescalas, por encima de 0,70. En este caso se puede aceptar la hipótesis en lo que respecta a la escala global, ya que finalmente se trata de una escala unidimensional con un alpha de Cronbach 0,87, índice adecuado según los criterios que planteaba Nunally (1991).

Al mismo tiempo, para mostrar la validez de la escala que hace referencia a la hipótesis

1.2.2. sobre validez convergente, se comprobó la existencia de una adecuada validez convergente. Los resultados obtenidos muestran una relación estadísticamente significativa positiva con la calidad de vida, al igual que en el estudio realizado por Terada et al. (2013), en el que los resultados obtenidos mostraban una relación positiva entre la atención centrada en la persona y la calidad de vida de las personas mayores. En relación con el P-CAT (atención centrada en la persona) y el PDC (atención centrada en la persona), también se encontró una relación estadísticamente positiva con el buen trato, resultados que también se han mostrado en el estudio realizado por Martínez et al. (2020), en el que observan una relación positiva entre estas dos variables y otra escala de atención centrada en la persona para profesionales en gerontología (PCC-G-Staff). En el caso de la satisfacción y motivación en el trabajo también se ha encontrado una relación positiva con el buen trato. En otros estudios se han encontrado resultados similares, siendo relaciones positivas entre el modelo de atención centrada en la persona y el aumento en la satisfacción y motivación laboral de los profesionales (Edvardsson et al., 2014; Mckeown et al., 2010).

Además, se ha encontrado una relación estadísticamente significativa negativa con los estereotipos, pudiendo aceptar la hipótesis. Además, los resultados obtenidos se relacionan con aspectos encontrados en la literatura, donde los estereotipos se relacionan negativamente con el buen trato o las buenas prácticas. Así Salari y Rich (2001) mencionan como el estereotipo de infantilización conlleva a sentimientos de humillación para las personas mayores.

En la tabla 15 se describen las hipótesis específicas relativas a la validación de la escala “Escala de Buen Trato”, con información relativa al apoyo empírico o no encontrado para cada una de las hipótesis:

Tabla 15. Hipótesis planteadas Validación escala “Escala Buen Trato en Auxiliares”

Hipótesis planteadas	¿Los datos apoyan la hipótesis?
H.1.1. Fiabilidad. Consistencia Interna. La escala mostrará una adecuada consistencia interna (alpha de Cronbach) tanto en la escala global, como en las subescalas, por encima de 0,70.	Si
H.1.2.1. Validez de constructo. Análisis factorial. La escala mostrará una adecuada validez factorial a través de una estructura compuesta por cuatro factores.	No
H.1.2.2. Validez convergente. Teniendo en cuenta la investigación previa que señala la relación entre el buen trato y mal trato con variables relacionadas, se espera que la escala presente relaciones estadísticamente significativas positivas con: calidad de vida, P-CAT, PDC, satisfacción en el trabajo y motivación en el trabajo, mientras que se encontraran negativas con los estereotipos.	Si

9.3. Factores asociados al Buen Trato en Instituciones

En relación con las variables que se han estudiado en la revisión teórica de la presente tesis, era necesario establecer si existía relación con las buenas prácticas medidas a partir de la Escala validada en esta tesis, y en caso de la existencia de esa relación, entender cómo era, para poder tener un conocimiento más amplio de los factores que podrían estar asociados al Buen Trato y de qué modo se pueden potenciar en las residencias para que las actitudes de los profesionales auxiliares hacia las personas mayores estén basadas en el respeto y la atención centrada en la persona.

Se presentan a continuación los resultados obtenidos. En primer lugar, se describe la relación entre el burnout y el buen trato en los profesionales. La escala de burnout se ha analizado teniendo en cuenta la puntuación global, así como cada una de las tres subescalas que la componen. En estos datos, las subescalas de despersonalización y agotamiento emocional no obtuvieron puntuaciones medias relativamente altas, y sí en realización personal, lo que podría

indicar que no había niveles de burnout altos en la muestra. Para que el síndrome de burnout estuviera presente a partir de los datos, se deberían de obtener mayores puntuaciones en las dos primeras subescalas (despersonalización y agotamiento emocional) que en la última (realización personal), algo que en este caso no ocurre. En cambio, Jones et al. (2013) reflejan que los profesionales de atención directa, que tienen un trato con la persona mayor más cercano, directo y continuo, lo que conlleva una mayor involucración emocional con la persona, estaría relacionado con presentar mayores niveles de burnout por la implicación que esto acarrea.

Se ha encontrado que la subescala de despersonalización correlaciona negativa y significativamente con el Buen Trato, relación que viene definida por el significado que tiene la escala de buen trato, donde los ítems están relacionados con tratar a las personas mayores desde un aspecto más humano, respetuoso y ofreciendo la posibilidad de que puedan personalizar su vida en la residencia. Además, los ítems relacionados con esta subescala favorecen la creación de sentimientos negativos hacia las personas mayores que reciben sus cuidados, conduciendo a actitudes de los profesionales con un trato deshumanizador, con falta de respeto hacia los residentes (Maslach & Jackson, 1981). Estos resultados muestran la asociación negativa que existe entre esa actitud negativa y deshumanizadora hacia las personas mayores y el buen trato hacia ellos. Como se ha desarrollado a lo largo de la tesis, puede ser interesante ver cómo, a través de la implantación de las buenas prácticas en las residencias, se podrían ver reducidos los niveles de burnout en los auxiliares de enfermería.

En cambio, las dimensiones de Realización Personal y Agotamiento Emocional no correlacionan significativamente con la variable de Buen Trato. Por lo tanto, con respecto a la hipótesis planteada 2.1. aunque se confirmaría para la dimensión de despersonalización, no se puede aceptar la hipótesis planteada para las dimensiones realización personal y agotamiento emocional. Puede que esté influyendo que son ítems relacionados con cómo se sienten en su trabajo, aunque en otras investigaciones (Martínez et al., 2016) sí se ha encontrado una relación

significativa entre estas dos dimensiones y medidas de atención centrada en la persona (PDC). No obstante, a pesar de que la Atención Centrada en la Persona está muy relacionada con el buen trato, relación que sí se ha verificado en estos estudios, no se han encontrado correlaciones significativas con la despersonalización y la realización personal.

En relación con la variable estereotipos hacia las personas mayores y en base a los resultados obtenidos, se ha encontrado una relación estadísticamente significativa y negativa, por ello se podría confirmar la hipótesis 2.2., en la que se expresaba que, ante un mayor nivel de estereotipos hacia las personas mayores, el buen trato hacia ellos sería menor.

Los niveles de estereotipos que se han encontrado en la muestra son similares a los presentados en otros estudios sobre estereotipos hacia las personas mayores en sanitarios (Sarabia-Cobo & Castanedo-Pfeiffer, 2015), un elemento a considerar es que se trata de un aspecto social, es decir, no solo está presente en los profesionales sanitarios, sino que pertenece a la sociedad en general (Montoro, 1998), de alguna forma siendo influidos por todo ello.

En este caso, se señalan dos funciones que pueden estar interviniendo en este proceso, por un lado se trata de justificar la conducta que se realiza (Allport, 1954), siendo entendido como si la conducta de hablar a las personas mayores como si fuesen niños, viene justificado por las creencias de que esas personas mayores son como niños, aspecto que se relaciona con las buenas prácticas, y refleja que en esta investigación se haya encontrado que los estereotipos y la infantilización no sean percibidos por los auxiliares como signo de mala práctica. En la misma línea, Bettelheim y Janowitz (1964) explican la función de los estereotipos como un mecanismo de defensa, de manera que, a través de los pensamientos estereotipados de las personas mayores pretenden, protegerse, manteniendo una diferenciación de grupos. Por otro lado, se puede destacar la función cognitiva, utilizando los estereotipos como elemento que permita ahorrar energía, conocer a alguien más en profundidad requiere de un mayor proceso cognitivo (Fiske & Neuberg, 1990). Esto hace que las personas se posicionen en función de unas características,

sean reales o no, y de este modo no es necesario “esforzarse” en conocer más detenidamente a las personas para saber a qué grupo pertenecen. En el caso de las personas mayores normalmente se les atribuye la homogeneidad, resaltando que cuando alguien se hace mayor pierde la individualidad, la heterogeneidad (Snyder & Miene, 1994). Probablemente para los profesionales, que siempre disponen de poco tiempo para realizar sus múltiples tareas, requiere menos esfuerzo utilizar los estereotipos con las personas mayores, para poder agruparlos y no adentrarse en las diferencias, en la historia individual de cada uno, de igual modo que antes, en este caso las buenas prácticas se ven perjudicadas por estas calificaciones.

En 1985, autores como Busse et al. (1985), ya referían la demostración de que la edad no puede tratarse como factor causal para establecer el estado de salud que puede tener una persona, el rendimiento intelectual o la capacidad para adaptarse, aspecto llamativo, ya que a pesar de estar en 2022 los profesionales que trabajan con personas mayores obtienen puntuaciones altas en estereotipos negativos hacia ese colectivo. Hoy en día, sigue siendo un problema cada vez mayor. Los estereotipos afectan directamente a la salud mental de las personas mayores. Se puede afirmar que hay una alta relación entre los estereotipos negativos y que las personas mayores padezcan un mayor nivel de depresión o diferentes tipos de sintomatologías, además de perder autonomía (Barranquero & Ausín, 2019).

Un aspecto relevante es que los estereotipos negativos no se relacionan significativamente con otras variables de las estudiadas en esta muestra, como la calidad de vida de los profesionales, o la atención centrada en la persona, en cambio es significativa la relación con el buen trato. Un hecho que podría explicar esta situación sería que estas actitudes, llevadas a cabo con una visión estereotipada de las personas mayores, hace que se les trate de un modo más deshumanizado (Iborra, 2008), siendo este uno de los componentes que están incluidos específicamente en los ítems que contiene la escala. Si se estigmatiza a los mayores como un grupo homogéneo, vulnerable y frágil que necesita cuidados prácticamente para todo, se estaría

obviando que puedan ser ellos mismos, y tomen sus propias decisiones, porque no se les cree capaces de hacerlo.

La hipótesis 2.3., plantea que los profesionales que obtengan puntuaciones mayores en buen trato también tendrán mayores puntuaciones en apoyo directivo, esta hipótesis también se puede corroborar en este estudio, ya que se muestra una alta correlación entre el apoyo directivo y el buen trato, significativa y positiva.

Este apoyo que reciben los profesionales por parte de algún superior es importante y también se relaciona con el buen trato, porque es congruente, en general, con la influencia de la satisfacción laboral que tienen los profesionales y el clima laboral que se crea dentro del grupo (Estal-García & Melián-González, 2021), aspectos que se han estudiado en la presente tesis, y se ha podido observar que se relacionan significativamente con el buen trato.

De hecho, en los resultados obtenidos, se observa que el apoyo directo correlaciona significativamente con la satisfacción laboral, la motivación en el trabajo, la calidad de vida, aspectos ampliamente relacionados al mismo tiempo con el buen trato y los buenos cuidados que pueden tener lugar dentro de las residencias. Además, también correlaciona significativamente con las dos medidas de atención centrada en la persona, lo que ayuda a entender la importancia de tener en cuenta estos factores a la hora de pensar en intervenciones o aspectos que potenciar en los profesionales y en las residencias en general. Es decir, no solo se trata de un aspecto aislado de los profesionales, sino que es un conjunto de variables las que son necesarias potenciar.

Con respecto a la variable calidad de vida de los profesionales la hipótesis 2.4. plantea que los profesionales que presenten mayores niveles de calidad de vida serán los que obtengan mayores puntuaciones en buen trato, pudiéndose confirmar con los resultados obtenidos en el estudio, pues los datos refieren que hay una correlación positiva y significativa entre calidad de

vida y buen trato. Aragonés y Martínez (2017) mencionan como la atención centrada en la persona mejora todos los aspectos relacionados con la calidad de vida. Siguiendo la misma línea, otros estudios han encontrado que tras el modelo de atención centrada en la persona hay indicadores de mejoras en la satisfacción laboral de los profesionales, además de ver como se reducen los niveles de estrés o burnout, y cómo los profesionales presentan mejores niveles de crecimiento en lo que a su trabajo se refiere (Brownie & Nancarrow, 2013; van der Cingel et al., 2016), aspectos que se relacionan con la calidad de vida (Puig et al., 2010).

En cuanto a la atención centrada en la persona, la hipótesis 2.5. plantea que, las puntuaciones de atención centrada en la persona, medidas a partir del PDC y P-CAT, presentarán mejores niveles relacionados con una mayor puntuación en buen trato. Por lo tanto, a partir de los resultados que se han obtenido en la muestra, se puede confirmar la hipótesis, tanto para el cuestionario PDC como para el P-CAT.

La atención centrada en la persona busca encontrar la mejor forma para tener la máxima calidad en cuanto a la atención que se presta a las personas mayores, esto hace que esté en relación con lo que se definiría como buen trato hacia las personas mayores, buscando de igual modo, la máxima calidad de vida para estas personas. En la misma línea, se ha resaltado cómo la atención centrada en la persona afecta y se relaciona con aspectos relacionados con las buenas prácticas, de algún modo, tanto a nivel organizacional como personal de los profesionales (López et al., 2021).

La hipótesis 2.6. plantea que, a mayores niveles de satisfacción y motivación laboral, además de la ratio, se obtendrán mejores puntuaciones en buen trato, siendo una relación positiva. En función de los resultados obtenidos, la hipótesis solamente se cumpliría parcialmente ya que se ha obtenido una relación significativa entre buen trato y motivación, satisfacción, pero no con ratio, sobrecarga o rotación.

En el caso de la presente tesis, aparecen niveles adecuados de la satisfacción en el trabajo, ya que más de la mitad de la muestra 51% presenta niveles medios, y un 45% respondió como alta satisfacción, siendo únicamente un porcentaje de 2,9% los que presentan una baja satisfacción.

Los resultados obtenidos respecto a la satisfacción laboral se ven reforzados con diferentes investigaciones en las que se ha observado que tener niveles adecuados de satisfacción laboral está relacionado con que se proporcione una buena atención, un buen trato (Donabedian, 1966). Estudios más actuales, como el de Ruíz-García et al. (2000), refieren que debe de existir satisfacción laboral del profesional para que puedan ejercer su trabajo proporcionando un bienestar en los cuidados hacia los demás. Se puede concluir que si los profesionales están satisfechos con su trabajo es más fácil que se relacione también con que puedan realizar unas mejores prácticas.

Para que la satisfacción laboral pueda tener lugar se proponen algunos aspectos para tener en cuenta como el reconocimiento profesional, poder valorar la valía de un trabajo bien realizado, la promoción dentro del grupo o el reconocimiento que puedan proporcionar los compañeros o supervisores (Ruiz-García et al., 2000). Todo esto hace que se pueda crear un clima laboral más agradable. La confianza en el trabajo que se lleva a cabo facilita la aparición de un buen trabajo.

La motivación laboral muestra una orientación similar a la satisfacción con el trabajo. En este estudio muestran niveles altos para un 53% y medios un 40%, siendo únicamente un 6,4% de la muestra que presenta baja motivación.

Siguiendo en la línea de nuestros resultados, la motivación laboral es un factor que se asocia con crear un buen clima de trabajo y por supuesto, que invita a realizar buenas prácticas en el cuidado con las personas mayores (Bužgová & Ivanová, 2011). Este concepto está estrechamente relacionado con el burnout, factor que, como se ha estudiado, demuestra que si el

síndrome está presente se reducen los aspectos positivos que se pueden presentar, por ejemplo, reduciendo la motivación laboral. En la muestra se observa la presencia de relaciones significativamente negativas con la despersonalización y agotamiento emocional, en cambio se relaciona significativa y positivamente con la realización personal.

Cuando se presentan altos niveles de carga en el trabajo, algo que ocurre con demasiada frecuencia en las residencias hoy en día, es imposible que el trato que se proporcione a las personas mayores pueda ser igual que cuando se tiene una carga de trabajo normal (Rivas et al., 2018).

En relación con los resultados obtenidos en esta muestra, cabe resaltar que los porcentajes de profesionales que se sentían con bastante y mucha sobrecarga eran del 38% de la muestra, y algo de sobrecarga con un 52%, aspecto relevante y que sigue en consonancia con los resultados que se han obtenido al analizar los datos. Probablemente porque el buen trato incluye prestar atención a lo que la persona necesita, saber qué quiere, cómo se le puede ayudar, y ante estas preguntas es complicado que puedan responderlas si tienen una carga de trabajo mayor, normalmente más dedicado a que la parte fisiológica de la persona este cuidada.

La sobrecarga puede estar relacionada con el buen trato, ya que está considerada como un desencadenante para el síndrome de burnout (Zamora & Sánchez, 2008), síndrome que genera un agotamiento emocional y estrés que impide la realización de un buen trabajo, porque interfiere en la salud del profesional. Pero en este estudio, no se muestra que exista esa relación de manera significativa.

Con la variable rotación, se hace referencia a si los profesionales rotan su turno de trabajo en las residencias, en el caso de la muestra que aquí se describe se observa la presencia de rotaciones en la mayoría de las residencias, un 82%, y no parece que exista una relación significativa entre el buen trato y la rotación. En cambio, autores como Kogan et al. (2016)

explicaban como el hecho de que existiese menor rotación dentro del grupo de auxiliares de enfermería podría estar ejerciendo un factor protector de mal trato, por lo tanto, sería consecuencia de que pudiesen proporcionar unas mejores prácticas.

Con la variable ratio de personal ocurre algo similar, ya que finalmente tampoco se ha encontrado que exista una relación significativa entre ellas. Los niveles de ratio, según las respuestas que se han obtenido muestran que hay suficiente personal o algo insuficiente en casi un 69% de los casos, algo que no parece que pueda ser representativo de lo que la literatura nos muestra, donde normalmente existe una escasez de personal. Puede que este influyendo alguna variable o aspecto para que hayan respondido de este modo, un estudio realizado por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG, 2020), en el que realizaban una comparativa de las normas en las diferentes Comunidades Autónomas, referían la insuficiencia en la ratio de personal de los centros residenciales de personas mayores.

Con respecto a la relación que pudiese existir entre el conjunto de las variables que correlacionan el coeficiente de determinación múltiple que se ha obtenido tiene un valor de $R^2=0,208$, siendo un valor bajo, ya que los niveles se encuentran entre 0 y 1 (Pardo et al., 2009). También hay que tener en cuenta que las correlaciones que se observan entre las variables también son bajas, aunque significativas. En otros estudios también se han encontrado valores del coeficiente de determinación bajo y significativos (Quiceno & Vinaccia, 2014; Vega et al., 2017), presentando relaciones lineales débiles (Catalán & González, 2009).

Con respecto al modelo de regresión que se presenta, hay que prestar atención al estadístico F que permite conocer si las variables independientes ayudan a entender el comportamiento de la dependiente. En este caso aparece una relación significativa, lo que quiere decir que, si hay una relación lineal entre las variables que se han estudiado, aunque sea una relación débil (Pardo & San Martín, 2010). Los valores del coeficiente de determinación son bastante sensibles a los valores anómalos, por lo que ante algún caso que se diferencia de los demás puede estar afectando

a este valor (Pardo et al., 2009).

En la tabla 16 se describen las hipótesis específicas relativas a los factores asociados al buen trato, con información relativa al apoyo empírico o no encontrado para cada una de las hipótesis:

Tabla 16. Hipótesis planteadas sobre “Factores asociados al Buen Trato”

Hipótesis planteadas	¿Los datos apoyan la hipótesis?
H.2.1. Burnout. Los auxiliares con menor nivel de burnout obtendrán mejores resultados en las buenas prácticas.	Parcial
H.2.2. Estereotipos. Ante un mayor nivel de estereotipos en los auxiliares, las prácticas serán peores.	Si
H.2.3. Apoyo directivo. Se espera encontrar que a mayor apoyo directivo percibido por el profesional mejores prácticas.	Si
H.2.4. Calidad de vida. Los auxiliares presentaran mejores resultados en buenas prácticas cuando su calidad de vida sea mejor.	Si
H.2.5. Atención Centrada en la Persona. A mayor atención centrada en la persona, mejores serán las buenas prácticas.	Si
H.2.6. Variables sociodemográficas. La presencia de altos niveles en satisfacción, motivación laboral, ratio conllevará unas mejores prácticas, mientras que niveles bajos de sobrecarga y rotación, conllevará mejores prácticas.	Parcial

9.4. Eficacia de la intervención en buen trato en auxiliares de enfermería que trabajan en Instituciones de Personas Mayores

Teniendo en cuenta la relevancia de este constructo, y que los resultados obtenidos revelan que se relaciona con variables como la calidad de vida, la atención centrada en la persona o con una disminución de los estereotipos, el objetivo 3 de la presente tesis fue llevar a cabo una intervención hacia el buen trato con los auxiliares que trabajan en residencias de personas

mayores, con el fin de estudiar si mostrando una nueva manera de trabajar, buscando el bienestar completo de las personas mayores, se pueden mejorar las prácticas que llevan a cabo los auxiliares. Y, por último, el objetivo 4 planteaba que, tras la aplicación de la intervención, al analizar la eficacia de esta y comparando el grupo experimental con el grupo control, las diferencias entre ellos serían significativas.

La hipótesis 3.1.1. plantea que después de aplicar la intervención a los profesionales, los resultados en buen trato serán mejores para el grupo experimental que para el grupo control.

Como se muestra en los resultados de la presente tesis, no se observan cambios significativos entre el grupo experimental y el grupo control para la variable buen trato después de realizar la intervención, por lo tanto, la hipótesis se rechaza al no haber una mejora significativa en las puntuaciones del grupo experimental respecto del control.

En ambos grupos las medias son más bajas en el momento pre que en el momento post, siendo, además, mayores en el momento pre las del grupo control, esto puede deberse a una diferencia significativa que se observa en los datos sociodemográficos, donde los sujetos del grupo control tienen niveles mayores en la formación. Como los resultados obtenidos en la investigación realizada por Díaz-Veiga et al. (2016), en la que los profesionales que presentan un mayor nivel de formación obtienen mejores puntuaciones en atención centrada en la persona.

La hipótesis 3.1.2. indica que en la variable de estereotipos hacia las personas mayores los resultados mostrarían puntuaciones más bajas en el grupo experimental que en el grupo control tras la intervención. En este caso se mantiene la hipótesis, ya que los resultados muestran cambios significativos entre ambos grupos. Las puntuaciones del grupo experimental son más altas que las del grupo control en el momento pre, pero tras la intervención en el grupo experimental la media de las puntuaciones es menor, mientras que en el grupo control aumentan. Se puede concluir en vista de los resultados que los estereotipos disminuyen significativamente

con la aplicación de la intervención.

En la investigación que realizaron Tullo et al. (2010) verificaban la importancia de la intervención en aspectos relacionados con la gerontología, que mejoraba la actitud hacia las personas mayores. En la intervención que se ha llevado a cabo, aunque es en la sesión sobre infantilización cuando se abordan específicamente los estereotipos, en general en todas las partes de la intervención se traslada una imagen positiva de las personas mayores, lo que finalmente ha podido generar la mejora en esta variable. Mostrar experiencias positivas y modos de interactuar con las personas mayores a través de una comunicación entre dos iguales beneficia que se reduzcan los niveles de estereotipos (Powers et al., 2013). La formación académica ha demostrado que puede ser una fuente importante para disminuir los estereotipos hacia las personas mayores, Rello et al. (2018) en su estudio con universitarios sugieren esa posibilidad para futuros profesionales de la salud.

En la hipótesis 3.1.3. se plantea que, en el grupo experimental, después de recibir la intervención, los niveles de calidad de vida serían mayores que los del grupo control. En vista de los resultados la hipótesis se rechaza, ya que no se ofrecen resultados significativos con respecto a esta variable.

Hay que tener en cuenta la cantidad de dimensiones que pueden englobar la calidad de vida, siendo finalmente ésta definida como la suma de todas ellas (Fernández-Mayorales & Rojo, 2005). Por lo complejo del término deben estar presentes diferentes factores para que se produzca el cambio en la calidad de vida.

Autores como Hernández et al. (2014) manifiestan lo necesaria que es la intervención centrada en el fortalecimiento de la relación entre residente y auxiliar para que se cree un vínculo a partir del cuál enfrentarse y superar el día a día.

Proveer de herramientas sobre autocuidado a los auxiliares y aspectos formativos sobre su

trabajo consiguen que tengan un efecto muy positivo para ellos (Dreher et al., 2019).

Con respecto al burnout, comparando las subescalas en las que se divide, la hipótesis 3.1.4. plantea que los niveles en el grupo experimental serán menores que en el grupo control. En función de los resultados la hipótesis se rechaza, ya que los resultados no presentan mejores niveles en el grupo experimental que en el grupo control tras la intervención en ninguna de las subescalas que componen el burnout. En intervenciones donde se trataba el burnout de una forma más directa, se intentó que los profesionales entendieran los aspectos que están fuera de su alcance. Por ejemplo, aspectos relacionados con la organización, con el objetivo de que pudieran aceptar que hay cosas que no pueden controlar, que tenemos limitaciones pero que eso no debe impedir seguir haciendo su trabajo de la mejor forma posible (Arranz, et al., 1997).

En otro estudio se realizaban reuniones en las que se proponía encontrar los detonantes del burnout en su trabajo, y buscaban que posibles soluciones se podrían tomar, comparando a un grupo al que se aplicaba esta intervención con un grupo control, siendo los resultados muy favorecedores para el grupo que participó en la intervención (Maslach et al., 2001). En el caso de la intervención realizada para esta tesis, también se realizó en grupo, intentando que los problemas o dificultades que tenían en común pudiesen ayudar a crear un clima de confianza y buscar soluciones. Existen tres elementos necesarios para potenciar las habilidades de afrontamiento de los auxiliares. Primero, buscar el vínculo, crear una fuente de apoyo segura; segundo el autocuidado, tanto a nivel laboral como personal; y tercero la formación, a nivel psicoeducativo, donde aprendan a gestionar y mejorar sus habilidades (Acinas, 2012).

La hipótesis 3.1.5. plantea que, los niveles de atención centrada en la persona, medido con el P-CAT y con el cuestionario PDC, serán mayores en el grupo experimental, después de la intervención, que en el grupo control. En este caso también se rechaza la hipótesis, ya que los datos no pueden argumentar que haya una mejora estadísticamente significativa en la atención centrada en la persona tras la intervención. Que se produzca un cambio en el modelo de atención

centrada en la persona no parece algo sencillo, requiere un cambio por todas las partes que deben estar involucradas. En este caso se mide la atención que realizan los auxiliares, pero como expone Martínez (2013) es probable que no sea suficiente ya que el cambio debe ser también organizacional, para que los roles puedan ser más flexibles, no sean tan rígidos. Aunque modificar a los auxiliares es un paso importante, probablemente se necesitan cambios globales para ver mejor los cambios.

Para llegar a un modelo basado en la atención centrada en la persona es necesario un cambio que debe empezar por una formación en la que se muestren nuevas formas de hacer las cosas, eliminando las conductas automatizadas que tienen al realizar ciertas tareas. La comunicación desde el respeto por todas las partes implicadas, tanto residentes, profesionales, familiares y la residencia como institución es imprescindible (Martínez et al., 2014).

En la Tabla 17 se describen las hipótesis específicas relativas a la eficacia de la intervención realizada a los auxiliares con respecto al buen trato y el resto de los factores asociados, con información relativa al apoyo empírico o no encontrado para cada una de las hipótesis:

Tabla 17. Hipótesis planteadas sobre la eficacia de la intervención

Hipótesis planteadas	¿Los datos apoyan la hipótesis?
H.3.1. Habrá diferencias significativas en el pre y el post comparando el grupo experimental y el grupo control, mostrando que el grupo experimental tras la intervención tendrá mayor puntuación en buenas prácticas.	No
H.3.2. Habrá diferencias significativas en el pre y el post comparando el grupo experimental y el grupo control, el grupo experimental tras la intervención tendrá menor puntuación en estereotipos que el grupo control.	Si
H.3.3. Habrá diferencias significativas en el pre y el post comparando el grupo experimental y el grupo control, el grupo experimental tras la intervención tendrá mayor calidad de vida que el grupo control.	No
H.3.4. Habrá diferencias significativas en el pre y el post comparando el grupo experimental y el grupo control, el grupo experimental tras la intervención tendrá menor puntuación en burnout (las subescalas Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización Personal) que el grupo control.	No
H.3.5. Habrá diferencias significativas en el pre y el post comparando el grupo experimental y el grupo control, el grupo experimental tras la intervención tendrá mayor puntuación en atención centrada en la persona, tanto con la medida P-CAT como PDC que el grupo control.	No

9.5. Limitaciones y directrices futuras

La presente tesis cuenta con fortalezas para la investigación respaldada por los datos que han sido presentados, pero a pesar de ello los estudios que la componen también cuentan con algunas limitaciones.

En primer lugar, mencionar las complicaciones encontradas para conseguir muestra de auxiliares que trabajen en instituciones y que deseen participar en investigación. A pesar de contactar con muchas residencias, finalmente existe una dificultad real para acceder a la muestra, entre otras razones porque el tiempo necesario para realizar los cuestionarios y la intervención

son elevados para los tiempos y rotaciones que tienen en los centros, además del escaso personal que tienen en plantilla las residencias, lo que finalmente impide que la muestra sea más grande.

Además, tampoco se han podido igualar los datos sociodemográficos o niveles entre los grupos control y experimental, para que las diferencias o sesgos pudiesen estar más controlados.

El porcentaje de auxiliares de la Comunidad de Madrid es bastante más elevado que en el resto de Las comunidades autónomas, por lo que los resultados no son extrapolables a la población española, se necesitaría realizar la investigación en diferentes puntos para poder generalizar los resultados.

Una de las limitaciones encontradas se localiza en la fiabilidad de la escala MBI para medir el burnout, en esta muestra se han obtenido valores bajos para la subescala de despersonalización, aspecto que ocurre en más trabajos como menciona Kulakova et al. (2017) en una muestra de Nicaragua, con una puntuación de 0,68, siendo similar en otros países de Latinoamérica. Pero también refieren una puntuación por debajo de lo aceptable Gil-Monte et al. (1998), en una muestra de profesionales españoles, quienes obtuvieron una puntuación de 0,57, siendo en la presente investigación de 0,50 para la muestra pre, y de 0,61 para el post. Por lo tanto, puede acercarse a los valores que se están estableciendo en otras investigaciones, pero no por ello ser unos valores deseables para la escala.

Otra limitación ha sido la imposibilidad de validar una escala con cuatro dimensiones claramente diferenciadas como se buscaba siguiendo el modelo de Kayser-Jones (1981). Puede que los ítems no hayan sido suficientemente claros, o que, por otro lado, los auxiliares quisieran mostrar una parte más positiva sobre ellos mismos lo que haya hecho que las puntuaciones pierdan parte de su valor, sesgando los resultados.

La reducción en esa visión negativa de las personas mayores hace que la calidad en los cuidados que reciben sea mejor (Levy & Banaji, 2002), probablemente es interesante pensar en

construir intervenciones más específicas sobre estereotipos, y a partir de ahí, cuando se reduzcan los niveles, poder intervenir en el buen trato y los estilos de cuidado. Intentar cambiar la actitud de los cuidados sin intervenir directamente sobre los pensamientos puede haber sido una limitación.

Es posible que los resultados no hayan sido significativos por el hecho de que no ha habido tiempo entre la intervención y la segunda medida (se realiza seguidamente al final de la intervención), para poder referenciar los cambios debería haber pasado más tiempo, ya que, aunque hayan asimilado la teoría, no da tiempo a realizar un cambio tan global en tan poco tiempo, ni ver mejores en los cuidados, ni en la calidad de vida, ni en los niveles de burnout o la atención centrada en la persona. En un estudio realizado por Brodaty et al. (2003) comparaban diferentes intervenciones sobre cuidadores, los resultados obtenidos no presentaban grandes efectos, pero si aumentaban los niveles de conocimiento, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento. Sería importante realizar estudios sobre ello en futuras investigaciones.

Otra limitación que se puede encontrar en la intervención es que no se centra en cada uno de los factores relacionados con el buen trato, sino en las dimensiones que lo componen según el modelo de Kayser-Jones (1981) ya descrito. Los estereotipos parecen estar presentes en los diferentes módulos, pero el resto de los factores no se tratan con tanta regularidad. Una línea futura de investigación puede seguir con realizar intervenciones más amplias que se centren en los factores que se relacionan con el constructo de buen trato, también dejaría tiempo para que se asimilasen los contenidos y las actitudes con relación a las dimensiones del buen trato para que cambiasen.

El problema de gran parte de las intervenciones que se llevan a cabo es que no informan de la evolución sobre los procesos de cambio, tampoco refieren que tipo de intervención se lleva a cabo, o cuál es el procedimiento que hay que seguir, lo que imposibilita que se puedan replicar en estudios similares y comparar los resultados (Kim & Park, 2017). Por lo tanto, es importante

crear una intervención sencilla, que pueda extrapolarse a la población general y pueda realizarse un seguimiento de esta, comprobando verdaderamente a lo largo del tiempo si es efectiva. Espinosa (2016) recalca la importancia de la formación a los auxiliares que trabajan en residencias de personas mayores, especialmente por lo específico que es su trabajo y la carga emocional que llevan consigo por el trato humano, además de lo ajustado que tienen el tiempo para realizar su trabajo.

9.6. Implicaciones prácticas de los resultados

Tradicionalmente, los estudios realizados sobre personas mayores en instituciones están centrados en el mal trato, desde una visión de prevención o prevalencia. Sin embargo, los resultados obtenidos en la presente tesis dan una visión más positiva, buscando la promoción del buen trato y una visión positiva sobre las personas mayores y el trabajo que realizan los auxiliares de enfermería en las residencias de personas mayores. Los resultados de la presente tesis:

- a) permiten conocer los factores que se relacionan con el buen trato en relación con el plano personal de los auxiliares y de los aspectos laborales o sociales;
- b) proporciona visibilidad a un modelo de atención más centrada en la persona mayor, atendiendo a aspectos de humanización, respeto, empoderamiento y no infantilización;
- c) aporta una visión positiva de las personas mayores, eliminando la imagen de personas vulnerables, débiles, con deterioro y en las que solo se producen pérdidas;
- d) favorecen la percepción y la importancia de la calidad de vida de los auxiliares, formarlos en su propio cuidado, para poder cuidar desde el buen trato, se tiene que estar bien cuidado;
- e) y la importancia de empezar a generar un cambio en las prácticas de los auxiliares, empezando por la intervención en aspectos esenciales, y eliminando los estereotipos que dan

lugar a un cuidado estigmatizado.

Toda la información obtenida puede ayudar a que las intervenciones sobre buen trato prioricen tanto la humanización de las personas mayores, como el cuidado de la salud propia de los auxiliares, aspecto que se ha podido evidenciar como mejora para el buen trato y la calidad de vida de ambas partes.

Con los resultados obtenidos sobre los factores que están relacionados con el buen trato, como son los estereotipos, calidad de vida, apoyo directivo, despersonalización, atención centrada en la persona, satisfacción y motivación con el trabajo, se puede construir un manual o guía en la que se refuercen estos aspectos de un modo práctico en la vida diaria de los auxiliares.

Sería apropiado realizar una medición en un tercer tiempo después de la intervención. Así se podría verificar si los conocimientos han sido adquiridos, dejando tiempo para que también hayan sido puestos en marcha y se puedan reflejar en los resultados de la evaluación. Al mismo tiempo, para futuras investigaciones, parece importante que el grupo control realizase alguna actividad diferente en el mismo espacio de tiempo, por lo que habría que contar con tres grupos (grupo tratamiento, grupo control y grupo control con tarea), buscando que todos los grupos sean homogéneos, en cuanto a las variables sociodemográficas y valores iniciales.

Además, se debe pensar de un modo multidisciplinar para aplicar estos modelos, por lo que es interesante ampliar la intervención y diferentes guías para las diferentes disciplinas implicadas en el buen trato. Poder ejercer intervenciones dedicadas a las personas mayores, en las que se ponga en valor su opinión y necesidades, además de ofrecerles herramientas para que todo ello se pueda realizar y sepan dónde acudir en cada caso.

En relación con ello, es necesaria la intervención con todas las personas implicadas juntas, que cada parte pueda expresar las necesidades que tiene, y de un modo empático se puedan poner en el lugar del otro. Así los auxiliares verían de primera mano como se sienten las personas

mayores y al revés. Ayudaría a conocer y ver qué se necesita.

Las nuevas tecnologías deberían ser un recurso más utilizado, ya que consigue mandar un mensaje más motivador y diferente al que están acostumbrados, y por lo tanto ser más influyente (Soto et al., 2018). Es importante saber de donde partimos y a donde queremos llegar para poder construir el camino.

La humanización en la atención requiere que se traten al mismo tiempo los aspectos físicos, psicológicos, sociales y conductuales (March, 2017), por lo que en las instituciones se necesita la colaboración entre los diferentes profesionales, una atención multidisciplinar, entendiendo que se necesitan unos a otros para poder dar la mejor atención y cuidados a las personas mayores, al mismo tiempo que se pide la implicación por parte de la institución, para que todos avancen en la misma dirección.

Referencias

- Abellán, A., & Pujol, R. (2015). Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red, 10*. Madrid. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>.
- Abreus, J. L., González, V. B., & Borges, M. Á. (2018). Capacidad física equilibrio en el desempeño funcional de adultos mayores. Casas de Abuelos, municipio Cienfuegos. *Universidad y Sociedad, 10*(5), 280-286.
- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, 2*(4), 1-22.
- Adams, C. E. Y. (2012). Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes, 23*(1), 84-90. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70277-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70277-8)
- Agudelo-Cifuentes, M. C., Cardona, D., Segura, A., Restrepo-Ochoa, D., Muñoz Rodríguez, D., Segura, A., & Jaramillo, D. (2020). Vulneración a la integridad física de personas mayores: prevalencia del maltrato y factores asociados. *El Ágora USB, 20*(2), 129-139. <https://doi.org/10.21500/16578031.4568>.
- Aguerre, C., Bouffard, L., & Curcio, C. L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, 22*(2), 1146-1162.
- Albanesi de Nasetta, S. A. D. (2013). Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en Psicología, 17*(28), 8-19.
- Alberola, S. (2015). *Validación de un modelo de envejecimiento exitoso en muestra española*. Universitat Valencia. [Tesis de Doctorado, Universidad de Valencia]. Repositorio Institucional – Universidad de Valencia.
- Alfredson, B. B., & Annerstedt, L. (1994). Staff attitudes and job satisfaction in the care of demented elderly people: Group living compared with long-term care institutions. *Journal of Advanced Nursing, 20*(5), 964-974. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20050964.x>
- Allport, F. H. (1954). The structuring of events: outline of a general theory with applications to psychology. *Psychological Review, 61*(5), 281–303. <https://doi.org/10.1037/h0062678>
- Alvarado, A. M., & Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos, 25*(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Aragónés, V. J., & Martínez, M. D. C. (2017). Roles a través de la ocupación, justificación bajo el modelo de atención centrada en la persona. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia, TOG, 14*(25), 276-280. Disponible en: <https://www.revistatog.com/num25/pdfs/colab.pdf>
- Arnaiz, A., & Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental, 26*, 49-59.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (1997). Soporte emocional desde el equipo interdisciplinario. En L. M. Torres (ed.), *Medicina del Dolor* (pp. 389-396). Masson.
- Arriaza, M. (2006). Análisis Factorial. En IFAPA Centro Alameda del Obispo (Eds.), *Guía Práctica de Análisis de Datos* (pp. 166-175). Junta de Andalucía. Conserjería de Innovación, Ciencia y Empresa. Instituto de Investigación y Formación Agraria y Pesquera.

- Ashmore, R. D., & Boca, F. K. (1981). Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. En D. L. Hamilton (Ed.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior* (pp. 1-35). Erlbaum.
- Åström, S., Karlsson, S., Sandvide, Å., Bucht, G., Eismann, M., Norberg, A., & Saveman, B. I. (2004). Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *18*(4), 410-416. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00301.x>
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, *23*(5), 611–626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Baltes, M. M., & Baltes, P. B. (1990). *Successful aging, perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
- Baker, P. R., Francis, D. P., Hairi, N. N., Othman, S. y Choo, W. Y. (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD010321.pub2>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, *43*(1), 83-104. <https://doi.org/10.1002/hrm.20004>
- Battaglia, G., Bellafiore, M., Alesi, M., Paoli, A., Bianco, A., & Palma, A. (2016). Effects of an adapted physical activity program on psychophysical health in elderly women. *Clinical Interventions in Aging*, *11*, 1009–1015. <https://doi.org/10.2147/CIA.S109591>
- Beach, S. R., Schulz, R., Williamson, G. M., Miller, L. S., Weiner, M. F., & Lance, C. E. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(2), 255-261. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53111.x>
- Belando, M. (2007). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. Reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo. En B. Kristensen, L. Álvarez y J. Evans (Ed.). *Comunicación e Persoas Maiores, Actas do Foro Internacional* (pp. 77-94). Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia.
- Beltrán, O. A. (2016). The meaning of humanized nursing care for those participating in it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions. *Investigación y Educación en Enfermería*, *34*(1), 18-28. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a03>
- Bermejo, L. (2006). Promoción del envejecimiento activo: Reflexiones para el desarrollo de programas de preparación y de adaptación a la jubilación. En J. Giró. *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* (pp. 65-88). Universidad de La Rioja.
- Bermejo, L. (2009). *Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. II Parte: Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia*. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.
- Bermejo, L., Martínez, T., Díaz, B., Maños, Q., & Sánchez, C. (2009). *Buenas Prácticas en residencias de personas mayores*. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

- Berkhout, A. J. M. B., Boumans, N. P., van Breukelen, G. P., Abu-Saad, H. H., & Nijhuis, F. (2004). Resident-oriented care in nursing homes: Effects on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *45*, 621–632. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02956.x>
- Barranquero, R., & Ausín, B. (2019). Impacto de los estereotipos negativos sobre la vejez en la salud mental y física de las personas mayores. *Revista de Psicogeriatría*, *9*(1), 41-47.
- Bettelheim, B., & Janowitz, M. (1964). *Social Change and Prejudice*. Free Press Glencoe.
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Carrell, D., Fishman, P. A., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2007). Intimate partner violence in older women. *The Gerontologist*, *47*(1), 34-41. <https://doi.org/10.1093/geront/47.1.34>
- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., Blekken, L., & Malmedal, W. (2021). Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: A cross-sectional exploratory study. *BMC Health Services Research*, *21*, 244. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06227-4>
- Boumans, N. P. G., Berkhout, A. J. M. B., Vijgen, S. M. C., Nijhuis, F. J. N., & Vasse, R. M. (2008). The effects of integrated care on quality of work in nursing homes: A quasi-experiment. *International Journal of Nursing Studies*, *45*(8), 1122–1136. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.09.001>
- Brooker, D. (2005). Dementia care mapping: a review of the research literature. *The Gerontologist*, *45*, 11-18.
- Brooker, D. (2007). *Person Centred Dementia Care: Making services better*. Jessica Kingsley Publications.
- Brooker, D. & Surr, C. (2005). *DCM: Principles and Practice*. Univeristy of Bradford.
- Brodaty, H., Green, A., & Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*(5), 657-664. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0579.2003.00210.x>
- Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical Intervention of Aging*, *8*, 1-10. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>
- Bukhari, S. R., & Afzal, F. (2017). Perceived social support predicts psychological problems among university students. *The International Journal of Indian Psychology*, *4*(2), 18-27.
- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson Jr, C. R., Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. (2019). Interventions to reduce ageism against older adults: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, *109*(8), e1-e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>
- Busse, E. W., Maddox, G. L., & Buckley, C. E. (1985). *Duke longitudinal studies of normal aging, 1955-1980*. Springer.
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, *36*, 8–11. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
- Bužgová, R., & Ivanová, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, *16*(1), 110–126. <https://doi.org/10.1177/0969733008097996>
- Bužgová, R., & Ivanová, K. (2011). Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing Ethics*, *18*(1), 64–78. <https://doi.org/10.1177/0969733010385529>
- Byrne, B. M (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic Concepts, applications and rogramming*. Lawrence Erlbaum Associates.

- Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modeling with Amos. Basic concepts, applications, and programming*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cabezas, C. (2000). La calidad de vida de los profesionales. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 7(Supl 7), 53-68.
- Callejas, L., & Piña, C. (2005). La estigmatización social como factor fundamental de la discriminación juvenil. *El Cotidiano*, 134, 64-70. En <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32513409>.
- Cambiaggi, V. L., & Zuccolilli, G. O. (2011). El envejecimiento del sistema nervioso. *Revista Ciencias Morfológicas*, 13(1). Disponible en: <https://revistas.unlp.edu.ar/Morfol/article/view/910>
- Cambridge, J. (1999). Information loss in bilingual medical interviews through an untrained interpreter. *The Translator*, 5(2), 201-219. <https://doi.org/10.1080/13556509.1999.10799041>
- Cano, J. I. (1993). Los estereotipos sociales: el proceso de perpetuación a través de la memoria selectiva. [Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. *Colección Tesis Doctorales*, (228/93).
- Carbajo, M. C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24, 87-96. Consultado en <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>.
- Carpenter, G., & Patterson, I. (2004). The leisure perceptions and leisure meanings of a mid-life couple around the time of retirement. *World Leisure Journal*, 46(2), 13-25. <https://doi.org/10.1080/04419057.2004.9674354>
- Castle, N. (2012). Nurse Aides' Reports of Resident Abuse in Nursing Homes. *Journal of Applied Gerontology*, 31(3), 402-422. <https://doi.org/10.1177/0733464810389174>
- Castle, N., Ferguson-Rome, J. C., & Teresi, J. A. (2015). Elder abuse in residential long-term care: an update to the 2003 National Research Council report. *Journal of Applied Gerontology*, 34(4), 407-443. <https://doi.org/10.1177/0733464813492583>
- Catalán, J., & González, M. (2009). Actitud hacia la evaluación del desempeño docente y su relación con la autoevaluación del propio desempeño, en profesores básicos de Copiapó, La Serena y Coquimbo. *Psyche (Santiago)*, 18(2), 97-112. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282009000200007>
- Cattell, R. B. (1966). The meaning and strategic use of factor analysis. En R. Cattell (Ed.), *Handbook of Multivariate Experimental Psychology* (pp. 174-243). Rand McNally.
- Catunda, M. (2008). Teorías sociológicas do envelhecimento. En A. Neri (Eds) *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 73-112). Papirus.
- Cavan, R. S., Burgess, E. W., Havighurst, R. J., & Goldhamer, H. (1949). *Personal adjustment in old age*. Science Research Associates.
- Chenoweth, L., Jeon, Y. H., Stein-Parbury, J., Forbes, I., Fleming, R., Cook, J., & Tinslay, L. (2015). PerCEN trial participant perspectives on the implementation and outcomes of person-centered dementia care and environments. *International Psychogeriatrics*, 27, 2045-2057. <http://doi.org/10.1017/S1041610215001350>

- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>
- Clifford, A., Rahardjo, T. B., Bandelow, S., & Hogervorst, E. (2014). A cross-sectional study of physical activity and health-related quality of life in an elderly Indonesian cohort. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(9), 451-456. <https://doi.org/10.4276/030802214X14098207541036>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd ed. Erlbaum.
- Cohen, M., Halevy-Levin, S., Gagin, R., Prilutzky, D., & Friedman, G. (2010). Elder abuse in long-term care residences and the risk indicators. *Ageing & Society*, 30(6), 1027-1040. <http://doi.org/10.1017/S0144686X10000188>
- College of Nurses of Ontario. (1993). “Abuse of clients by registered nurses and registered nursing assistants: Report to Council on Results of Canada Health”. In Monitor Survey of Registrants 1–11. Canadian Health Measures Survey.
- Cooper, S. L., Carleton, H. L., Chamberlain, S. A., Cummings, G. G., Bambrick, W., & Estabrooks, C. A. (2016). Burnout in the nursing home health care aide: A systematic review. *Burnout Research*, 3(3), 76-87. <https://doi.org/10.1177/0733464813492583>
- Corazzini, K. N., Scales, K., Anderson, R. A., Song, Y., Kang, B., McConnell, E. S., & Vogelsmeier, A. (2017). Trajectories of Person-Centered Care planning in nursing home residents: data visualization. *Innovation in Aging*, 1(Suppl 1), 1354. <http://doi.org/10.1093/geroni/igx004.4977>
- Corazzini, K. N., Anderson, R. A., Bowers, B. J., Chu, C. H., Edvardsson, D., Fagertun, A., Gordon, A. L., Leung, A. Y. M., McGilton, K. S., Meyer, J. E., Siegel, E. O., Thompson, R., Wang, J., Wei, S., Wu, B., & Lepore, M. J. (2019). Toward common data elements for international research in long-term care homes: Advancing person-centered care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(5), 598-603. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.01.123>
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1, 16-20.
- Coutiño-Rodríguez, E. M., Arroyo-Helguera, O. E., & Herbert-Doctor, L. A. (2020). Envejecimiento biológico: Una revisión biológica, evolutiva y energética. *Revista Fesahancccal*, 6(2), 20-31. Disponible en: <http://www.revistafesahancccal.org/index.php/fesahancccal/article/view/54>
- Crandall, L. G., White, D. L., Schuldheis, S., & Talerico, K. A. (2007). Initiating person-centered care practices in long-term care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(11), 47–56. <https://doi.org/10.3928/00989134-20071101-08>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cumming, E. y Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Basic Book.
- Dancausa, M. C. (dir.) (2009). *Buen trato a las personas mayores*. Dirección General de Mayores, Ayuntamiento de Madrid.
- De Bot, K., & Makoni, S. (2005). *Language and aging in multilingual contexts*. Multilingual Matters.

- DeHart, D., Webb, J., & Cornman, C. (2009). Prevention of elder mistreatment in nursing homes: competencies for direct-care staff. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(4), 360–378. <https://doi.org/10.1080/08946560903005174>
- Díaz, P., Uriarte, A., Yanguas, J., Cerdó, M. F., Sancho, M., & Orbegozo, A. (2016). ¿Estamos mejorando la atención? Efectos de intervenciones relativas al Modelo de Atención Centrado en la Persona en un grupo residencial. *Revista de Servicios Sociales*, 61, 53-63.
- Dilley, L., & Geboy, L. Y. N. (2010). Staff perspectives on person-centered care in practice. *Alzheimer's Care Today*, 11(3), 172-185. <http://doi.org/10.1097/ACQ.0b013e3181eb9921>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166-206.
- Dow, B., Haralambous, B., Bremmer, F., & Fearn, M. (2006). *What is person centred care? A literature review*, Victorian Government Department of Human Services.
- Dreher, M. M., Hughes, R. G., Handley, P. A., & Tavakoli, A. S. (2019). Improving retention among certified nursing assistants through compassion fatigue awareness and self-care skills education. *Journal of Holistic Nursing*, 37(3), 296-308. <https://doi.org/10.1177/0898010119834180>
- Droguett, R. C. (2010). Estereotipos y prejuicios hacia las personas de procedencia indígena en estudiantes de enseñanza media de distintos niveles socioeconómicos de la región metropolitana. [Tesis de Doctorado, Universidad de Granada]. Repositorio Institucional–Universidad de Granada.
- Elosua, P. (2011). Subjective Values of Quality of Life Dimensions in Elderly People. A SEM Preference Model Approach. *Social Indicators Research*, 104, 427–437. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9752-y>
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R., & Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the person-centered care assessment tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22(1), 101-108. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990688>
- Edvardsson, D., Sandman, P., & Borell, L. (2014). Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: Effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1171-1179. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000258>
- Entwistle, V. A., & Watt, I. S. (2013). Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American Journal of Bioethics*, 13(8), 29-39. <https://doi.org/10.1080/15265161.2013.802060>
- Epp, T. (2003). Person-centered dementia care: A vision to be refined. *The Canadian Alzheimer's Disease Review*, 5(3), 14-18.
- Escalante, E., & Caro, A. (2002). *Análisis y tratamiento de los datos en SPSS*. Ediciones Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Comunicación.
- Espinosa, S. M. (2016). Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología. *NURE Investigación: Revista Científica de Enfermería*, 13(82), 2.
- Estal-García, D., & Melián-González, S. (2021). Motivación por el servicio público de los profesionales de los centros de atención primaria: ¿qué es más importante el entorno o el

- apoyo directivo? *Atención Primaria*, 53(4), e1995-e1995.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101995>
- Erikson, E. H. (1970). *Infancia y sociedad*. Hormé. [V.O.: Childhood and society (2ª ed.). Norton, 1963].
- Erikson, E. H. (1985). *El ciclo vital completado*. Paidós.
- Erikson, E. H. (1986). Reflexiones sobre el ciclo de vida del doctor Borg. *EH Erikson (Comp.)*, *La adultez*, 14-57.
- Ferguson, S. J., & Goodwin, A. D. (2010). Optimism and well-being in older adults: the mediating role of social support and perceived control. *International Journal of Aging & Human Development*, 71(1), 43–68. <https://doi.org/10.2190/AG.71.1.c>
- Fernández, G. F. M., & Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, 5, 117-135.
- Fernández-Alonso, M. C., & Herrero-Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Atención Primaria*, 37(1), 56-59
- Fernández-Alonso, R., Suárez-Álvarez, J., & Muñiz, J. (2012). Imputación de datos perdidos en las evaluaciones diagnósticas educativas. *Psicothema*, 24(1), 167-175.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Díez-Nicolás, J., López-Bravo, M. D., Molina, M. Á., & Schettini, R. (2011). Productivity in old age. *Research on Aging*, 33(2), 205-226. <https://doi.org/10.1177/0164027510395398>
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Prieto-Flores, M. E., Forjaz, M. J., Rodríguez-Rodríguez, V., Montes de Oca, V., Oddone, M. J., Rodríguez-Laso, Á., & Mayoral-Pulido, O. (2014). Revisión conceptual del envejecimiento activo en el contexto de otras formas de vejez. XIV Congreso Nacional de Población, AGE, Sevilla 2014.
- Fernández-Montesinos, A. (2016). Los estereotipos: definición y funciones. *Revue d'Études Ibériques et Ibéro-Américaines*, 10, 53-64.
- Figueredo, N., & Zabalegui, A. (2015). Long-term care of the elderly in Uruguay. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(2), 178-184. <https://doi.org/10.1177/1043659614562003>
- Fiske, S. T., & Neuberg, S. L. (1990). A continuum of impression formation, from category-based to individuating processes: Influences of information and motivation on attention and interpretation. In *Advances in Experimental Social Psychology*, 23, 1-74. Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60317-2](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60317-2)
- Flesner, M. K. (2009). Person-centered care and organizational culture in long-term care. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(4), 273-276.
<http://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181b3e669>
- Freudenberger, H. J. (1977). Burn-out: Occupational hazard of the child care worker. *Child Care Quarterly*, 6(2), 90-99. <http://doi.org/10.1007/BF01554695>
- Fusté, M., Pérez, M., & Paz, L. E. (2018). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población*, 14(27), 1-12.
- Gabaldón, B. G. (1999). Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Comunicar*, 12, 77-88.

- Gal, D. L., Santos, A. C., & Barros, H. (2005). Leisure-time versus full-day energy expenditure: a cross-sectional study of sedentarism in a Portuguese urban population. *BMC Public Health*, 5(16), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-16>
- Galbán, P., Sansó, F. J., Díaz-Canel, A. M., Carrasco, M., & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&Ing=es&tIng=es
- García-García, R., Pérez-Lancho, M. C., & Cacho-Gutiérrez, J. (2018). De la detección del maltrato a la promoción del buen trato al anciano. *Familia*, 56, 89-99. Recuperado de <https://summa.upsa.es/viewer.vm?id=92089>
- García-Soler, Á., Díaz-Veiga, P., de Eulate, N. S. P., Mondragón, G., & Sancho, M. (2017). Estudio de la implicación en un grupo de personas con demencia con atención tradicional y un grupo con atención centrada en la persona. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(2), 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.002>
- Gázquez, J. J., Pérez-Fuentes, M. C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I., & Díaz, A. (2009). Old-age stereotypes related to the gerontology education: an intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 263-273.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia de género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de Enfermería. *Psicología em Estudo, Maringá*, 7, 3-10.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., & Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 4(1), 165-179.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689. En <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7551>
- Giles, H., & Gasiorek, J. (2011). Intergenerational communication practices, In K. W. Schaie & S. L. Willis (eds.). *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 233-248). 7th. Academic Press.
- Giraldo-Rodríguez, L., & Rosas-Carrasco, O. (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(2), 466-474. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x>
- Goergen, T. (2004). A multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. *The Journal of Adult Protection*, 6(3), 15-25. <http://doi.org/10.1108/14668203200400016>
- Gómez, A., & Acosta, H. (2003). Acerca del trabajo en grupos o equipos. *Acimed*, 11(6).
- González, J., & Pazmiño, M. (2015). Cálculo e interpretación del Alfa de Cronbach para el caso de validación de la consistencia interna de un cuestionario, con dos posibles escalas tipo Likert. *Revista Publicando*, 2(1), 62-67. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-423821>
- Grandón, P., Dresdner, R., Sanhueza, M., & Vaccari, P. (2016). Prácticas Anti-estigma como Eje Articulador del Trabajo Comunitario en Salud Mental Anti-stigma Practices as the Linchpin of Community Work in Mental Health. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 7(1S), 1-15.

- Greenglass, E. R., Fiksenbaum, L. & Burke, R. J. (1994). The relationship between social support and burnout over time in teachers. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 219–230
- Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of Nursing Scholarships*, 31, 215 – 220.
- Hadarics, M., & Kende, A. (2019). Negative stereotypes as motivated justifications for moral exclusion. *The Journal of Social Psychology*, 159(3), 257-269. <http://doi.org/10.1080/00224545.2018.1456396>
- Hanzeliková, A., López, G., Pomares, M., Pardo, M. J., & Paz, M. (2011). La calidad de vida profesional de las enfermeras en geriatría. *Enfermería Global*, 10(24), 145-157.
- Harman, D. (1956). Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *Journal of Gerontology*, 11(3), 298–300. <https://doi.org/10.1093/geronj/11.3.298>
- Harrad, R., & Sulla, F. (2018). Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(Suppl7), 60–69. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i7-S.7830>
- Hernández, C. D. & González, J. F. (2013). Teorías del envejecimiento. En L. Rocha. *La vejez en movimiento. Un enfoque integral* (pp. 43–50). Editorial Dunken.
- Hernández-Rodríguez, J. (2020). Impacto de la Covid-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594.
- Hernández, N. E., Moreno, C. M., & Barragán, J. A. (2014). Necesidades de cuidado de la diada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. *Revista Cuidarte*, 5(2), 748-756. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.87>
- Hernando, M. V. (2006). Teorías sobre el fenómeno del envejecimiento. En J. Giró (coord.). *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* (pp. 37-64). Universidad de la Rioja.
- Hsieh, H. F., Wang, J. J., Yen, M., & 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(3), 377-386. <https://doi.org/10.1007/s10459-008-9122-6>
- Hsu, S. (2006). *The development and testing of the caregiver psychological elder abuse behavior scale*. Dissertation, Foo-Yin University.
- Hu, L. T. & Bentler, P. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.
- Hung, L., & Chaudhury, H. (2010). Exploring personhood in dining experiences of residents with dementia in long-term care facilities. *Journal of Aging Studies*, 25(1), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2010.08.007>.
- IBM Corp. (2021). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0*. IBM Corp.
- Iborra, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia (Centro Reina Sofía).
- Jayawardena, K. M., & Liao, S. (2006). Elder abuse at end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 9(1), 127-136. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.127>
- Jeon, Y. H., Luscombe, G., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Brodaty, H., King, M., & Haas, M. (2012). Staff outcomes from the caring for aged dementia care resident study

- (CADRES): A cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 508-518. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.020>
- Jetha, A., Kernan, L., Kurowski, A., & Pro-Care Research Team. (2017). Conceptualizing the dynamics of workplace stress: A systems-based study of nursing aides. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1955-8>
- Jogerst, G. J., Daly, J. M., Dawson, J. D., Peek-Asa, C., & Schmuck, G. (2006). Iowa Nursing Home Characteristics Associated with Reported Abuse. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(4), 203-207. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2005.12.006>
- Jones, M. C., Wells, M., Gao, C., Cassidy, B., & Davie, J. (2013). Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. *Psycho-oncology*, 22(1), 46-53. <https://doi.org/10.1002/pon.2055>
- Jongsma, K., & Schweda, M. (2018). Return to childhood? Against the infantilization of people with dementia. *Bioethics*, 32, 414-420. <https://doi.org/10.1111/bioe.12458>
- Joshi, S., & Flaherty, J. H. (2005). Elder abuse and neglect in long-term care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(2), 333-354. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.10.009>
- Kamavarapu, Y. S., Ferriter, M., Morton, S., & Völlm, B. (2017). Institutional abuse – Characteristics of victims, perpetrators and organisations: A systematic review. *European Psychiatry*, 40, 45-54. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.07.002>
- Kayser-Jones, J. (1981). Care of the institutionalized aged in Scotland and the United States: A comparative study. *Western Journal of Nursing Research*, 1(3), 190-200.
- Kemper, S., & Harden, T. (1999). Experimentally disentangling what's beneficial about elderspeak from what's not. *Psychology and Aging*, 14(4), 656-670. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.14.4.656>
- Kim, S. K., & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 381-397. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S117637>
- Kitwood, T. (2003). *Repensant la demència: pels drets de la persona*. Eumo. [Dementia Recosidered. People's rights first. Open Oxford University Press]
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Press.
- Kogan, A. C., Wilber, K., & Mosqueda, L. (2016). Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: A systematic literature review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 1-7. <https://doi.org/10.1111/jgs.13873>
- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-317. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>
- Kottwitz, D., & Bowling, S. (2003). A pilot study of the elder abuse questionnaire. *Kansas Nurse*, 78, 4-6.
- Kulakova, O., Moreno, B., Garrosa, E., Sánchez, M. O., & Aragón, A. (2017). Universality of the construct maslach burnout inventory in a Latin American context. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(2), 2679-2690. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.05.001>
- Kusmaul, N., Bern-Klug, M., & Bonifas, R. (2017). Ethical issues in long-term care: A human rights perspective. *Journal of Human Rights and Social Work*, 2(3), 86-97. <http://dx.doi.org/10.1007/s41134-017-0035-2>

- Levy, B. R., & Banaji, M. R. (2002). Implicit ageism. En T. D. Nelson (Ed). *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons* (pp. 49-75). A Bradford Book The MIT Press.
- Li, C., Jiang, S., Li, N., & Zhang, Q. (2018). Influence of social participation on life satisfaction and depression among Chinese elderly: Social support as a mediator. *Journal of Community Psychology*, 46, 345-355. <https://doi.org/10.1002/jcop.21944>
- Loaiza, R., Anchaluiza, R., Chiriboga, V., Féliz, M. F., & Maquilón, G. (2008). Células y envejecimiento. *Medicina*, 14(1), 72-77.
- Lobera, I., López, I. M., Montaña, M. T., & Morales, M. T. (2008). Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 23(3), 226-233.
- Londoño, N., & Cubides, M. (2021). Maltrato al adulto mayor institucionalizado. Una revisión sistemática. *Salud Universidad Industrial de Santander*, 53 (1-10). <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21022>
- López, J., López-Arrieta, J., & Crespo, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(1), 81-94. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2004.12.001>
- López, J., Pérez-Rojo, G., Noriega, C., & Velasco, C. (2021). Personal and work-related factors associated with good care for institutionalized older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1-12. <http://doi.org/10.3390/ijerph18020820>
- López-Frutos, P., Velasco, C., & Pillemer, K. (2021). Promoción del buen trato a personas mayores: en busca del camino. En G. Pérez-Rojo y J. López (Eds). *Promoción del Buen Trato a Personas Mayores en Instituciones* (pp. 15-27). Editorial Dikinson.
- Lozano, L. M., Cañadas, G., Martín, M. A., Pedrosa, I., Cañadas, G., Suçarez, J., Vargas, C., San Luis, C., Sánchez, V., Martín, M. E., Pérez, B., Álvarez, J. S., García, E., & de la Fuente, E. I. (2008). Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta*, 36(1), 79-88.
- Maddox, G. (1963). Activity and morale: A longitudinal study of selected subjects. *Social Forces*, 42(2), 195-204.
- Malmedal, W., Kilvik, A., Steinsheim, G., & Botngård, A. (2020). A literature review of survey instruments used to measure staff-to-resident elder abuse in residential care settings. *Nursing Open*, 7(6), 1650-1660. <https://doi.org/10.1002/nop2.573>
- Mannarini, S., & Boffo, M. (2015). Anxiety, bulimia, drug and alcohol addiction, depression, and schizophrenia: what do you think about their etiology, dangerousness, social distance, and treatment? A latent class analysis approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 27-37. <http://doi.org/10.1007/s00127-014-0925-x>.
- Mansilla, M., Bueno, M., & López-Frutos, P. (2017). Familias Adoptivas: una representación a partir del cine. *Alternativas en Psicología*, 37, 36-47.
- March, J. C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 245-247. <http://doi.org/10.1016/j.cali.2017.10.001>.
- Marsillas, S., De Donder, L., Kardol, T., van Regenmortel, S., Dury, S., Brosens, D., Smetcoren, A. S., Braña, T., & Varela, J. (2017). Does active ageing contribute to life

- satisfaction for older people? Testing a new model of active ageing. *European Journal of Ageing*, 14(3), 295-310. <https://doi.org/10.1007/s10433-017-0413-8>
- Marson, S. M., & Powell, R. M. (2014). Goffman and de infantilization of elderly persons: A theory in development. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 41(4), 143-158.
- Martín, J., Cortés, J. A., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J., & Rodríguez, A. (2004). Características métricas del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 129-136.
- Martínez, T. (2010). *Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia*. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 98. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf>.
- Martínez, T. (2013). *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar un cambio de modelo*. Disponible en: www.acpgerontologia.net
- Martínez-Moreno, E., & Bermúdez-Pérez, M. P. (2016). Maltrato psicológico hacia los mayores: variables a tratar. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(1), 143-153. <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3161>
- Martínez, J. P., Méndez, I., Secanilla, E., Benavente, A., & Sevilla, J. G. (2014). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), 41-53. <http://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i1.39>
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., & Muñiz, J. (2015). Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Aging & Mental Health*, 20(5), 550-558. <http://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023768>
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., & Muñiz, J. (2016a). The person-centered approach in gerontology: New validity evidence of the staff assessment person-directed care questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 175-185. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.12.001>
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., & Muñiz, J. (2016b). Spanish validation of the person-centered care assessment tool (P-CAT). *Aging & Mental Health*, 20(5), 550-558. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023768>
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., & Yanguas, J. (2016c). Instruments for assessing person centered care in gerontology. *Psicothema*, 28(2), 114-121. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.263>
- Martínez, T., Martínez-Loredo, V., Cuesta, M., & Muñiz, J. (2019). Assessment of Person-Centered Care in Gerontology Services: A new tool for healthcare professionals. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 62-70. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.003>
- Martínez, T., Martínez-Loredo, V., Cuesta, M., & Muñiz, J. (2020). Assessment of Person-Centered Care in Gerontology Services: A new tool for healthcare professionals. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 62-70. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.003>
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 37-43
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behaviour*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *MBI: Maslach burnout inventory*. CPP, Incorporated.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 31-38. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x>
- McCormack, B., Roberts, T., Meyer, J., Morgan, D., & Boscart, V. (2012). Appreciating the 'person' in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*, 7(4), 284-294. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00342.x>
- McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S., Lowenstein, A., Podnieks, E., & Wahl, J. (2012). Institutional abuse of older adults: what we know, what we need to know. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(2), 138-160. <http://doi.org/10.1080/08946566.2011.646512>
- McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 148-158. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Mena, M. J., Sánchez, C., & Trianes, M. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212-220.
- Méndez, M. (2014). Carl Rogers y Martin Buber: las actitudes del terapeuta centrado en la persona y la relación yo-tú en psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 32 (2), 171-180.
- Méndez, I., Secanilla, E., Martínez, J. P., & Navarro, J. (2015). Estudio comparativo de burnout en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencias y otras enfermedades. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(2), 61-70. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v1i2.17>
- Michaels, P. J., López, M., Rüsck, N., & Corrigan, P. W. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 183-194.
- Molina, C., Moral, J. C. M., & Pardo, E. N. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 24(2), 312-319.
- Montorio, I., & Izal, M. (1991). Cuestionario sobre estereotipos hacia la vejez. *Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid*.
- Montoro, J. (1998). Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 8, 21-30.
- Moya, A., & Barbero, J. (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de Actuación*. Disponible en: <http://www.copib.es/pdf/imsero-malostratos-01.pdf>
- Müggenburg, C., Olvera, S., Riveros, A., Hernández-Guillén, C., & Aldana, A. (2015). Autoevaluación de enfermeras respecto a la comunicación percibida con pacientes como resultado de un entrenamiento. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 12-18. <http://doi.org/10.1016/j.reu.2014.10.001>

- Munuera, F., Gómer, C., Marín, J. M., & Tornel, N. (2017). *Guía de Buen Trato a las Personas Mayores*. Región de Murcia. Conserjería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., & Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense, S. A.
- Natan, M. B., Lowenstein, A., & Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *International Nursing Review*, 57, 113-120. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00771.x>
- Naz, S., Hashmi, A. M., & Asif, A. (2016). Burnout and quality of life in nurses of a tertiary care hospital in Pakistan. *Journal of Pakistan Medical Association*, 66(5), 532-536.
- Nerenberg, L. (2002). *Developing training programs on elder abuse. Prevention for in-home helpers*. National Center on Elder Abuse.
- Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing in Association with Journal of Clinical Nursing*, 13(3a), 45-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00926.x>
- Nosek, M. A., Foley, C. C., Hughes, R. B., & Howland, C. A. (2001). Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. *Sexuality and Disability*, 19(3), 177-189. <https://doi.org/10.1023/A:1013152530758>
- Nunally, J. C. (1991). *Teoría psicométrica*. Trillas.
- O'Brien-Pallas, L., Birch, S., Bauman, A., & Murphy, G. (2001). Integrating workforce planning, human resources and service planning. *Human Resources Development Journal*, 5(1-3), 2-16.
- Oddone, M. J. (2013). Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo. *Informes Envejecimiento en red*, 4. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/odonne-antecedentes-1.pdf>
- Oliva, Á. D., Mendizábal, M. R., & Asencio, E. N. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, 22, 153-168. https://doi.org/10.7179/PSRI_2013.22.11
- Olivares, V. E., Vera, A., & Juárez, A. (2009). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una Muestra de Profesionales que Trabajan con Personas con Discapacidades en Chile. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 63-71.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(6), 319-331.
- Ortega, C. P., Fajardo, E., & Núñez, M. L. (2020). Enfoques teóricos del envejecimiento y la vejez. *Revista Edu-Física, Ciencias Aplicadas al Deporte*, 12(26), 47-56. Disponible en: <http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/view/2218>
- Pabón-Poches, D. K. (2019). Riesgo de maltrato en personas adultas mayores: validación de contenido de una escala. *Psicogente*, 22(41), 1-27. <https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3299>
- Pal, S., & Tyler, J. K. (2016). Epigenetics and aging. *Science advances*, 2(7), 1-19. <https://doi.org/10.1126/sciadv.1600584>
- Palmore, E. B. (1977). The facts on aging: A sort quiz. *Gerontologist*, 17(4), 315-320.

- Palmore, E. B. (1988). *The facts on aging Quiz*. Springer.
- Pardo, A., & Ruiz, M. Á. (2002). *SPSS 11: Guía para el análisis de datos*. Mc Graw Hill.
- Pardo, A., Ruiz, M. Á., & San Martín, R. (2009). *Análisis de Datos en Ciencias Sociales y de la Salud I*. Editorial Síntesis.
- Pardo, A., & San Martín, R. (2010). *Análisis de Datos en Ciencias Sociales y de la Salud II*. Editorial Síntesis.
- Paredes, F. & Roca, J. (2002). Influencia de los radicales libres en el envejecimiento celular. *Offarm*, 21(7), 96-100.
- Parra, S., & Paravic, T. (2002). Satisfacción laboral en enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención médica de urgencia (SAMU). *Revista Ciencia y Enfermería*, 8(2), 37-48.
- Patlan, J. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29(129), 445-455. <http://doi.org/10.1016/j.estger.2013.11.010>
- Payne, B. K., & Fletcher, L. B. (2005). Elder abuse in nursing homes: Prevention and resolution strategies and barriers. *Journal of Criminal Justice*, 33(2), 119-125. <http://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2004.12.003>
- Perdue, C. W., & Gurtman, M. B. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26(3), 199-216.
- Pérez-Gil, J. A., Chacón, S., & Moreno, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*, 12(Sup2), 442-446.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., Regato, P., & Espinosa, J. M. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Medicina clínica*, 141(12), 522-526. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.09.048>
- Pérez-Rojo, G., Chulián, A., López, J., Noriega, C., Velasco, C., & Carretero, I. (2017). Buen y mal trato hacia las personas mayores: Teorías explicativas y factores asociados. *Revista Clínica Contemporánea*, 8, 1-14. <https://doi.org/10.5093/cc2017a3>
- Pérez-Rojo, G., López, J., Noriega, C., Martínez-Huertas, J. A., & Velasco, C. (2021). Validation of the professional good care scale in nursing homes (GCS-NH). *BioMedCentral Geriatrics*, 21(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02199-6>
- Pillemer, K., & Moore, D. (1989). Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Survey of Staff, *The Gerontologist*, 29(3), 314-320, <https://doi.org/10.1093/geront/29.3.314>
- Pillemer, K., & Bachman-Prehn, R. (1991). Helping and hurting: Predictors of maltreatment of patients in nursing homes. *Research on Aging*, 13(1), 74-95. <https://doi.org/10.1177/0164027591131004>
- Pillemer, K. A., Mueller-Johnson, K. U., Mock, S. E., Suito, J. J., & Lachs, M. S. (2008). Interventions to prevent elder mistreatment. In L. S. Doll, S., S. E. Bonzo., D. A. Sleet., J. A. Mercy. (Eds), *Handbook of Injury and Violence Prevention* (pp. 241-254). Springer.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies, *The Gerontologist*, 56(2), 194-205. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>
- Pinazo, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. En *Gerontología: Actualización, Innovación y Propuestas* (pp. 221-256). Pearson Educación.

- Pinazo, S. (2013). Infantilización en los cuidados de las personas mayores en el contexto residencial. *Sociedad y Utopía, Revista de Ciencias Sociales*, 41, 252-282.
- Pinillos, M. (2016). Efectos positivos del entrenamiento de karate en las capacidades cognitivas asociadas a la edad / Possitive Effects of Continuous Practice of Karate in Cognitive Capacity Associtated to the Age. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 16(62), 537-559.
<http://dx.doi.org/10.15366/rimcafd2016.63.009>
- Ponce, J. A. (2021). Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(1), 140-164.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i1.213
- Powers, M., Gray, M., y Garver, K. (2013). Attitudes toward older adults: results from a fitness-based Intergenerational learning experience. *Journal of Intergenerational Relationships*, 11(1), 50-61. <http://doi.org/10.1080/15350770.2013.755067>
- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M., & Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 741-763. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.4.741>
- Proctor, A., Morse, J. M., & Khonsari, E. S. (1996). Sounds of comfort in the trauma center: How nurses talk to patients in pain. *Social Science & Medicine*, 42(12), 1669-1680.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00298-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00298-7)
- Puig, M., Lluch, M. T., Sabater, P., & Rodríguez, N. (2010). Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas. *Enfermería Global*, 19, 1-16.
- Quesada, J. (2014). Estereotipos de género y usos de la lengua. Un estudio descriptivo en las aulas y propuestas de intervención didáctica. [Tesis de doctorado, Universidad de Murcia]. Repositorio Universidad de Murcia.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida en adolescentes: Análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas. *Terapia Psicológica*, 32(3), 185-200.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000300002>
- Regal, M. L. L., Morales, R. C., Morey, R. J. R., Morey, J. R., Pérez, D. L. G., & González, L. B. (2018). La teoría del estrés oxidativo como causa directa del envejecimiento celular. *Medisur*, 16(5), 699-710.
- Rello, C. F., Bravo, M. D. L., & Plata, R. M. M. (2018). Estereotipos sobre la edad y el envejecimiento en estudiantes y profesionales de Ciencias de la Salud. *Revista Prisma Social*, 21, 108-122.
- Rico-Rosillo, M. G., Oliva-Rico, D., & Vega-Robledo, G. B. (2018). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(3), 287-294.
- Rinker Jr, A. G. (2009). Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(1), 110-115.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.11.002>
- Rivas, M. S., Cardoso, C. N. P., Mella, R. S., & Giler, S. M. L. (2018). Análisis de la carga laboral del personal de enfermería, según gravedad del paciente. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2).

- Robledo, C., & Orejuela, J. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Revista Guillermo De Ockham*, 18(1), 95-102. <http://doi.org/10.21500/22563202.4660>
- Rodríguez, M., & Jareño, D. (2015). Estigma social y adopción internacional en España. ¿Es la familia adoptiva un modelo familiar menos «auténtico» que los basados en lazos biológicos? *Papers*, 100(2), 211-236. <http://doi.org/10.5565/rev/papers.2070>.
- Rogers, C. R. (1942). The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12(3), 429–434. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1942.tb05930.x>
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin Company.
- Rojas, J. M., López, M. M., & García, M. (2020). La actividad física y envejecimiento exitoso: consideraciones de una relación necesaria. *Revista Conrado*, 16(74), 231-239. Recuperado en <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/1356>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rubio, J. C., Fernández, J. M., Páez, M. M., Muñoz, M. C., Cobo, J. G., & Balo, A. R. (2003). Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Atención Primaria*, 32(5), 288-295. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79277-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79277-4)
- Rueda, J. D., & Martín, F. J. (2011). El maltrato a personas mayores: Instrumentos para la detección del maltrato institucional. *Alternativas*, 18, 7-33. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2011.18.01>.
- Ruiz, A., López, M. P., Sáinz, R., & Villares, J. E. (2000). La satisfacción profesional en el equipo de atención primaria: oportunidades de mejora. *Cuadernos de Gestión del Profesional de Atención Primaria*, 6(2), 60-67.
- Ryan, E. B., Giles, H., Bartolucci, G., & Henwood, K. (1986). Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Language & Communication*, 6, 1–24. [https://doi.org/10.1016/0271-5309\(86\)90002-9](https://doi.org/10.1016/0271-5309(86)90002-9)
- Ryan, E. B., MacLean, M., & Orange, J. B. (1994). Inappropriate accommodation in communication to elders: Inferences about nonverbal correlates. *International Journal of Aging & Human Development*, 39, 273-291. <https://doi.org/10.2190/NPWX-3GDV-NG4B-KCA3>
- Salanova, M., & Llorens Gumbau, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67.
- Salari, S. M. (2005). Infantilization as elder mistreatment: Evidence from five adult day care centers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(4), 53-91. http://doi.org/10.1300/J084v17n04_04
- Salari, S. M., & Rich, M. (2001). Social and environmental infantilization of aged persons: Observations in two adult day care centers. *The International Journal of Aging and Human Development*, 52(2), 115-134. <https://doi.org/10.2190/1219-B2GW-Y5G1-JFEG>
- Sánchez-Aguadero, N. S. (2015). Abordaje del maltrato al anciano en el ámbito doméstico. Revisión bibliográfica. *Revista de Enfermería Castilla y León*, 7(1), 27-38.
- Sánchez, M., & López, J. (2017). Presente y futuro de la sociología de la vejez en España. Conclusiones de un estudio Delphi. *Revista Internacional de Sociología*, 75 (2), 1-14. <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.44>

- Sarabia-Cobo, C. M., & Castanedo-Pfeiffer, C. (2015). Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería. *Gerokomos*, 26(1), 10-12.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100003>
- Sarabia-Cobo, C. M., Díez, Z., San Millán, S., Salado, L., & Clemente, V. (2016). Relación entre estrés y calidad de vida en profesionales del área psicogeriatrica como medidor de intervención para mejora en el clima laboral. *Gerokomos*, 27(2), 48-52.
- Saveman, B., Aström, S., Bucht, G. & Norberg, A. (1999). Elder Abuse in Residential Settings in Sweden. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10(1-2), 43-60.
- Schiamberg, L. B., Oehmke, J., Zhang, Z., Barboza, G. E., Griffore, R. J., von Heydrich, L., Post, L. A., Weatherill, R. P., & Mastin, T. (2012). Physical abuse of older adults in nursing homes: a random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(1), 65–83.
<https://doi.org/10.1080/08946566.2011.608056>
- Schrijnemaekers, V. J., van Rossum, E., Candel, M. J., Frederiks, C. M., Derix, M. M., Sielhorst, H., & van Den Brandt, P. A. (2003). Effects of emotion-oriented care on work-related outcomes of professional caregivers in homes for elderly persons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(1), 50-57.
<https://doi.org/10.1093/geronb/58.1.S50>
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358-367. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>
- Shaw, M. M. (1999). Nursing home resident abuse by staff: Exploring the dynamics. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 9(4), 1-21. https://doi.org/10.1300/J084v09n04_01
- Shinan-Altman, S., & Cohen, M. (2009). Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: The effect of work stressors and burnout. *The Gerontologist*, 49(5), 674-684.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnp093>
- Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J., Stewart, B. J., Talerico, K. A., Rasin, J. H., Zink, R. C., & Koch, G. G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1795-1804.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x>
- Snyder, M., & Miene, P. (1994). On the functions of stereotypes and prejudice. *Journal the Psychology of Prejudice*, 7, 33-42.
- Soto, P., Masalan, P., & Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 288-300.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.05.001>
- Stangor, C. (2016). The study of stereotyping, prejudice, and discrimination within social psychology: A quick history of theory and research. In T. D. Nelson (Ed.), *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination* (pp. 3–27). Psychology Press.
- Steese, S., Dollete, M., Phillips, W., Hossfeld, E., Matthews, G., & Taormina, G. (2006). Understanding girls' circle as an intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control, and self-esteem. *Adolescence*, 41(161), 55-74.

- Steiger, J. H. (1998). A note on multiple sample extensions of the RMSEA fit index. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 5(4), 411-419. <https://doi.org/10.1080/10705519809540115>
- Straus, M. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and Family*, 41(1), 75-88. <https://doi.org/10.2307/351733>
- Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*, 67(3), 351-357. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.023>.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Analysis*. Pearson.
- Tajfel, H. (1984). *The social dimension: European developments in social psychology*. Cambridge University Press.
- Terada, S., Oshima, E., Yokota, O., Ikeda, C., Nagao, S., Takeda, N. Sasaki, K., & Uchitomi, Y. (2013). Person-centered care and quality of life patients with dementia in long term care facilities. *Psychiatry Research*, 205, 103-108. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.028>
- Todd, S. J., & Watts, S. C. (2005). Staff responses to challenging behavior shown by people with dementia: An application of an attributional-emotional model of helping behaviours. *Aging Mental Health*, 9, 71-81.
- Torres, M. T., & Estrella, I. M. (2015). Sensibilización y detección del maltrato en el anciano. Hacia una atención primaria adaptada a los mayores. *Gerokomos*, 26(3), 79-83. <http://doi.org/10.4321/S1134-928X2015000300002>
- Touhy, T. A. (2004). Dementia, personhood, and nursing: Learning from a nursing situation. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 43-49. <https://doi.org/10.1177/0894318403260639>
- Tullo, E. S., Spencer, J., & Allan, L. (2010). Systematic review: helping the young to understand the old. Teaching interventions in geriatrics to improve the knowledge, skills, and attitudes of undergraduate medical students. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(10), 1987-1993. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03072.x>
- Um, M. Y., & Harrison, D. F. (1998). Role stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress-strain-outcome model and an empirical test. *Social Work Research*, 22(2), 100-115. <https://doi.org/10.1093/swr/22.2.100>
- Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados España (UDP). (2016). *¿Cómo se previenen los malos tratos?* Ed. Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados España. Prevención de Malos Tratos a Personas Mayores.
- van der Cingel, M., Brandsma, L., van Dam, M., van Dorst, M., Verkaart, C., & van der Velde, C. (2016). Concepts of person-centred care: a framework analysis of five studies in daily care practices. *International Practice Development Journal*, 6(2), 1-17. <https://doi.org/10.19043/ipdj.62.006>
- Vargas, F., Rivas, C., Nursamaa, A., & Zoltan, T. (2007). Reacciones de radicales libres con relevancia biológica en la teoría del envejecimiento. *Avances en Química*, 2(2), 3-15. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/18328/rev1-2-2-07.pdf;jsessionid=513A9FB252A16124705BE3283974CF47?sequence=2>
- Vázquez, M. J., Rodríguez-Labajo, M. L., Fuertes, R. R., Rubio, J. C., & Ruiz, C. M. (2005). Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área 1 de Madrid. *Atención Primaria*, 36(2), 112-114. <https://doi.org/10.1157/13076605>

- Vega, E., Gómez, J., Caballero, I., & Contreras, F. (2017). Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. *Informes Psicológicos*, 17(1), 87-105. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n1a05>
- Wang, J. J. (2005). Psychological abuse behavior exhibited by caregivers in the care of the elderly and correlated factors in long-term care facilities in Taiwan. *The Journal of Nursing Research*, 13, 271-280.
- Wang, J. J., Tseng, H. F., & Chen, K. M. (2007). Development and testing of screening indicators for psychological abuse of older people. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(1), 40-47. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.09.004>
- White, D. L., Newton-Curtis, L., & Lyons, K. S. (2008). Development and initial testing of a measure of person-directed care. *The Gerontologist*, 48(1), 114-123. https://doi.org/10.1093/geront/48.supplement_1.114
- Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M., & Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing and Society*, 25(4), 585-600. <http://doi.org/10.1017/S0144686X05003454>.
- Williams, K. (2006). Improving outcomes of nursing home interactions. *Research in Nursing & Health*, 29(2), 121-133. <https://doi.org/10.1002/nur.20117>
- Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. L. (2003). Improving nursing home communication: An intervention to reduce elder-speak. *The Gerontologist*, 43(2), 242-247. <https://doi.org/10.1093/geront/43.2.242>
- Worthington, R. L., & Whittaker, T. A. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34, 806-838. <http://doi.org/10.1177/0011000006288127>
- Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Marc, N., Escosteguy, N. U. y Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 31-39. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000100007>
- Yang, Y. (2008). Social inequalities in happiness in the United States, 1972 to 2004: An age-period-cohort analysis. *American Sociological Review*, 73(2), 204-226.
- Yang, L., Kleinman, A., Link, B., Phelan, J., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64(7), 1524-1535. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>.
- Yeatts, D. E., & Cready, C. M. (2007). Consequences of empowered CAN teams in nursing home settings: A longitudinal assessment. *The Gerontologist*, 47(3), 323-339. <https://doi.org/10.1093/geront/47.3.323>
- Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58-67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>
- Zamarrón, M. D. (2013). Envejecimiento activo: un reto individual y social. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 449-463.
- Zamora, Z. E. H., & Sánchez, Y. E. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 127-142.
- Zetina, M. G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5(19), 23-41. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11201903>.

- Zimmerman, S., Allen, J., Cohen, L.W., Pinkowitz, J., Reed, D., Coffey, O.W., Reed, P., Lepore, M. & Sloane, P.D. (2015). A measure of person-centered practices in assisted living: The PC-PAL. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16, 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.07.016>
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-23. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2>

Anexos:

Anexo 1: Protocolo evaluación Aprobación por parte del comité de ética



Cuestionario nº:

CUESTIONARIO Nº: (a rellenar por el investigador).

ESTUDIO SENSIBILIZACIÓN Y FOMENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN EL TRATO CON PERSONAS MAYORES EN INSTITUCIONES

NOMBRE Y APELLIDOS:				
CENTRO EN EL QUE TRABAJA:				
TELÉFONO:				
EMAIL:				
PROVINCIA: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
FECHA:				

Para garantizar el anonimato de sus respuestas esta primera página del cuadernillo será arrancada una vez haya sido codificada.

Muchas gracias por su colaboración

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (Copia para el equipo de investigación)

Proyecto de investigación **Sensibilización y fomento de buenas prácticas en el trato con las personas mayores en instituciones**

1) Información del objeto del estudio

El cuidado de personas mayores es una tarea compleja y supone un reto diario, pudiendo llegar a ser difícil en algunas circunstancias, conduciendo a consecuencias negativas como el estrés y, además, puede influir en el trato que se dispensa a las personas mayores. Si uno no se encuentra bien no puede cuidar bien.

Conocer la situación en la que se encuentran los profesionales que trabajan con personas mayores a nivel psicológico, emocional y social, posibilitará planificar y poner en práctica programas y políticas de intervención de apoyo y ayuda ante estas situaciones.

Es por ello que solicitamos su colaboración para participar en este proyecto de investigación.

2) Consentimiento informado:

1. He leído y comprendido la hoja informativa objeto del estudio.
2. He tenido la oportunidad de hacer preguntas.
3. Mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria.
4. He recibido información suficiente del estudio y de las pruebas a realizar.
5. Entiendo que la participación es voluntaria y puedo abandonar el estudio cuando lo desee sin que tenga que dar explicaciones.
6. Estoy de acuerdo en que mi consentimiento por escrito y otros datos estén a disposición de la Dra. Gema Pérez Rojo y el Dr. Javier López Martínez (como Investigadores Principales) y del proyecto de investigación en el que estoy participando, pero siempre respetando la confidencialidad y la garantía de que mis datos no estarán disponibles públicamente de forma que pueda ser identificado.
7. Los datos recogidos para este estudio serán incluidos junto con los de otras personas que participen en este estudio en una base de datos de carácter personal de la Universidad CEU San Pablo, al que sólo los investigadores aprobados para este proyecto tendrán acceso.
8. Si en algún momento surge alguna pregunta, desea cancelar su participación o considera que se ha visto perjudicado de alguna forma durante el transcurso de la investigación, le rogamos contacte con la Dra. Gema Pérez Rojo o el Dr. Javier López Martínez a través del email gema.perezrojo@ceu.es, jlopezm@ceu.es.
9. Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.
10. Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.



Cuestionario n°:

Firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación sobre **Sensibilización y fomento de buenas prácticas en el trato con las personas mayores en instituciones** hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre y apellidos del participante:

DNI/Pasaporte:

Firma:

Fecha:

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (Copia para el participante)

Proyecto de investigación **Sensibilización y fomento de buenas prácticas en el trato con las personas mayores en instituciones**

1) Información del objeto del estudio

El cuidado de personas mayores es una tarea compleja y supone un reto diario, pudiendo llegar a ser difícil en algunas circunstancias, conduciendo a consecuencias negativas como el estrés y, además, puede influir en el trato que se dispensa a las personas mayores. Si uno no se encuentra bien no puede cuidar bien.

Conocer la situación en la que se encuentran los profesionales que trabajan con personas mayores a nivel psicológico, emocional y social, posibilitará planificar y poner en práctica programas y políticas de intervención de apoyo y ayuda ante estas situaciones.

Es por ello que solicitamos su colaboración para participar en este proyecto de investigación.

2) Consentimiento informado:

1. He leído y comprendido la hoja informativa objeto del estudio.
2. He tenido la oportunidad de hacer preguntas.
3. Mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria.
4. He recibido información suficiente del estudio y de las pruebas a realizar.
5. Entiendo que la participación es voluntaria y puedo abandonar el estudio cuando lo desee sin que tenga que dar explicaciones
6. Estoy de acuerdo en que mi consentimiento por escrito y otros datos estén a disposición de la Dra. Gema Pérez Rojo y el Dr. Javier López Martínez (como Investigadores Principales) y del proyecto de investigación en el que estoy participando, pero siempre respetando la confidencialidad y la garantía de que mis datos no estarán disponibles públicamente de forma que pueda ser identificado.
7. Los datos recogidos para este estudio serán incluidos junto con los de otras personas que participen en este estudio en una base de datos de carácter personal de la Universidad CEU San Pablo, al que sólo los investigadores aprobados para este proyecto tendrán acceso.
8. Si en algún momento surge alguna pregunta, desea cancelar su participación o considera que se ha visto perjudicado de alguna forma durante el transcurso de la investigación, le rogamos contacte con la Dra. Gema Pérez Rojo o el Dr. Javier López Martínez a través del email gema.perezrojo@ceu.es, jlopezm@ceu.es.
9. Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.
10. Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.



Cuestionario nº:

Firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación sobre **Sensibilización y fomento de buenas prácticas en el trato con las personas mayores en instituciones** hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre y apellidos del participante:

DNI/Pasaporte:

Firma:

Fecha:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**P.1. Sexo**

- HOMBRE1
 MUJER.....2

P.2. Edad _____**P.3. ¿Cuál es su estado civil?**

- Soltero1
 Casado/conviendo2
 Separado/Divorciado.....3
 Viudo/a4

P.4. ¿Nacionalidad?

- ESPAÑOLA.....1
 OTRA.....2

Si no es española, ¿cuántos años lleva en España? _____

P.5. ¿Podría decir cuál es el nivel de estudios más alto terminado por Vd. mismo/a?

Nivel de estudios más alto terminado	
1. Educación Primaria incompleta	1
2. Educación Primaria (Bachiller Elemental)	2
3. Educación Secundaria (Bachillerato Superior)	3
4. Formación Profesional	4
5. Enseñanza Universitaria	5
6. Otros estudios no reglados	6

P.6. Actualmente, ¿cómo calificaría su estado de salud?

- Muy bueno.....1
 Bueno.....2
 Regular3
 Malo4
 Muy malo.....5

P.7. Indique el tiempo que lleva trabajando con personas mayores _____**P.8. Indique el tiempo que lleva trabajando en esta institución _____****P.9. ¿Ha recibido formación específica para desarrollar las tareas que realiza en su trabajo actual?**

- Ninguna formación 1
 Alguna formación 2
 Bastante formación..... 3
 Mucha formación..... 4

P.10. ¿Le gusta el trabajo con personas mayores?

- SÍ 1
 NO 2

P.11. ¿Por qué trabaja con personas mayores?

P.12. ¿Existe rotación por plantas o secciones?

- SÍ.....1
 NO.....2

En caso de rotación, ¿cada cuánto tiempo tiene lugar? _____

P.13. ¿Está contento con las rotaciones?

- SÍ.....1
 NO.....2

P.14. ¿Aproximadamente a cuántos usuarios ha atendido durante los últimos tres meses?

P.15. Indique su satisfacción con el trabajo

- Alta4
- Media.....3
- Baja.....2
- Ninguna1

P.16. ¿Qué nivel de motivación siente respecto a su trabajo?

- Alta4
- Media.....3
- Baja2
- Ninguna1

P.17. ¿Piensa en dejar su trabajo alguna vez?

- Sí.....1
- NO.....2

En caso de pensarlo, ¿con qué frecuencia?

- Muchísimo 4
- Mucho 3
- Bastante 2
- Algo 1

P.18. ¿Podría indicar lo que percibe económicamente por el trabajo que realiza?

De 601 a 900 €	1
De 901 a 1.200 €	2
De 1.200 a 1.800 €	3
Más de 1.800 €	4

P.19. ¿Considera que su sueldo es?

- Adecuado1
- Algo inadecuado2
- Bastante inadecuado3
- Muy inadecuado4

P.20. Categoría profesional (auxiliar, médico, terapeuta ocupacional, etc) _____

P.21. Considera que la rotación de los profesionales en la residencia es:

- Baja1
- Media2
- Alta3

P.22. Tipo de residencia

- Privada1
- Concertada.....2
- Pública3

P.23. Jornada laboral

- Completa1
- Media jornada.....2
- Sustituciones3
- Fin de semana4

P.24. Turno al que pertenece

- Mañana1
- Tarde2
- Noche3
- Rotatorio4

P.25. ¿Cómo considera la cantidad (ratio) de personal en su centro de trabajo?

- Suficiente personal1
- Personal algo insuficiente2
- Personal bastante insuficiente.....3
- Personal muy insuficiente4

P.26. ¿Considera que trabaja bajo la presión del tiempo?

- Nada de presión1
- Algo de presión2
- Bastante presión3
- Mucha presión4

P.27. ¿Experimenta alguna sobrecarga asociada a su trabajo?

- Nada de sobrecarga1
- Algo de sobrecarga.....2
- Bastante sobrecarga.....3
- Mucha sobrecarga.....4

P.28. ¿Tiene a su disposición el equipamiento adecuado para realizar su trabajo?

- No hay equipamiento adecuado1
- Equipamiento algo adecuado2
- Equipamiento bastante adecuado3
- Equipamiento muy adecuado4

P.29. Persona a la que cuida presenta:

- Dependencia cognitiva.....1
- Dependencia física2
- Ambas (cognitiva y física).....3

P.30. A continuación, se presentan una serie de conductas relacionadas con el trabajo con personas mayores en instituciones. Por favor, indique el nivel de frecuencia si **EN EL ÚLTIMO MES** éstas han sido llevadas a cabo en su institución en general. Por favor, piense en los usuarios en general, independientemente de su nivel de deterioro físico y/o cognitivo.

La frecuencia se medirá de la siguiente manera:

Nada: si no ocurre en el último mes.

Una vez: si ocurre una vez en el último mes.

Algo: si ocurre entre 2 y 5 veces en el último mes.

Bastante: si ocurre entre 6 y 10 veces en el último mes.

Mucho: si ocurre más de 10 veces en el último mes.

LISTADO DE CONDUCTAS	En su INSTITUCIÓN se realiza, ¿Con qué frecuencia?				
	Nada	Una vez	Algo (2-5 veces)	Bastante (6-10 veces)	Mucho (más de 10 veces)
1. Utilizar materiales adecuados a la edad de los usuarios, evitando utilizar materiales infantiles.					
2. Atender a los usuarios de modo personalizado.					
3. Atender a la mayor brevedad las peticiones de los usuarios.					
4. Proporcionar cuidados a los usuarios con prisa.					
5. Tratar los utensilios de aseo del usuario de manera intransferible.					
6. Administrar fármacos a los usuarios sin estar pautados.					
7. Fomentar el papel activo de los usuarios en el centro.					
8. Pedir permiso para entrar en la habitación de cada usuario.					
9. Evitar que los usuarios estén un número elevado de horas en la misma posición.					
10. Preguntar a los usuarios cómo quieren ser llamados antes de utilizar diminutivos (Carmencita, Juanito, etc.).					
11. Ocultar información relevante a los usuarios.					
12. Hablar de los usuarios en su presencia como si no estuvieran presentes.					
13. Atender a los usuarios en la medida en la que necesitan ayuda.					
14. Preguntar a los usuarios si quieren ser llamados de tú o de usted.					
15. Insistir para que el usuario firme documentos <u>legales</u> aunque no quiera.					
16. Hablar sin gritar a los usuarios.					

LISTADO DE CONDUCTAS	En su INSTITUCIÓN se realiza, ¿Con qué frecuencia?				
	Nada	Una vez	Algo (2-5 veces)	Bastante (6-10 veces)	Mucho (más de 10 veces)
17. Procurar que los usuarios vayan vestidos con su ropa (no con la de otros).					
18. Administrar medicamentos, sin consultar al médico, para facilitar el trabajo de los profesionales.					
19. Facilitar a los usuarios el acceso a sus prácticas religiosas.					
20. Llevar de la mano a los <u>usuarios</u> , aunque no lo necesiten.					
21. Procurar un plan individualizado de cuidados para cada usuario.					
22. Dejar los elementos de higiene íntima (están) a la vista de cualquiera.					
23. Respetar la intimidad de los usuarios durante el aseo, realizándose con la puerta cerrada.					
24. Acostar al usuario con la vestimenta con la que esté acostumbrado a dormir habitualmente.					
25. Castigar a los usuarios en caso de que no se comporten como se espera.					
26. Explicar a los usuarios por qué se hacen las cosas.					
27. Dirigirse a los usuarios con respeto.					
28. Apoyar el desarrollo de actividades voluntarias a las que los usuarios pueden decidir libremente si asistir o no.					
29. Permitir que, si el usuario tiene capacidad para gestionar sus recursos económicos, los administre como le parezca conveniente.					
30. <u>Considerar</u> que los usuarios (personas mayores) ya no sirven para nada.					
31. Mezclar las pastillas con los alimentos sin informar a los usuarios.					
32. Mantener discreción sobre cuestiones personales de los usuarios.					
33. Facilitar a los usuarios la llave de su armario.					
34. Dar tiempo para que los usuarios cuenten lo que les sucede.					
35. Realizar acciones que dañan físicamente al usuario.					
36. Tener en cuenta la toma de decisiones de los usuarios.					
37. Realizar el aseo de manera mecánica.					

LISTADO DE CONDUCTAS	En su INSTITUCIÓN se realiza, ¿Con qué frecuencia?				
	Nada	Una vez	Algo (2-5 veces)	Bastante (6-10 veces)	Mucho (más de 10 veces)
38. Utilizar sujeciones físicas para facilitar el trabajo a los profesionales.					
39. Trasladar al usuario cuidadosamente.					
40. Tener en cuenta necesidades de dietas especiales.					
41. Utilizar materiales infantiles en las distintas actividades.					
42. Manejar adecuadamente la situación (con calma y respeto), aunque el usuario trate inadecuadamente al profesional.					
43. Proporcionar los cuidados físicos necesarios teniendo en cuenta las características propias de cada usuario.					
44. Forzar a comer a los usuarios si su vida no está en peligro.					
45. Respetar las pertenencias del usuario.					
46. Utilizar castigos como si fueran niños.					
47. Permitir que los usuarios capaces para ello firman su documentación.					
48. Dejar al usuario la elección de dormir siestas durante el día.					
49. Aunque no sea necesario, poner babero a todos los usuarios en el comedor.					
50. Informar explícitamente a los usuarios de los cambios en el tratamiento.					
51. Dirigirse a los usuarios con palabras como cielo, cariño, mi amor o similares.					
52. Organizar el armario del usuario contando con su permiso.					
53. Ser claro con los aspectos económicos del usuario.					
54. Tocar a los usuarios de forma inapropiada (brusca, íntima).					
55. Permitir personalizar la habitación para que los usuarios se sientan más cómodos.					
56. Incluir a los usuarios en las conversaciones cuando están presentes.					

P.31. Por favor, señale su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

	Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 <u>años de edad</u> , aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.	1	2	3	4
2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo.	1	2	3	4
3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias".	1	2	3	4
4. La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales.	1	2	3	4
5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes.	1	2	3	4
6. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles.	1	2	3	4
7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la Salud.	1	2	3	4
8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas.	1	2	3	4
9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños.	1	2	3	4
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás.	1	2	3	4
11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos.	1	2	3	4
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad.	1	2	3	4
13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez.	1	2	3	4
14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven	1	2	3	4
15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chochean".	1	2	3	4

P.32. Por favor, indique la frecuencia con la que experimenta las siguientes situaciones MBI.

0= Nunca. **1=** Pocas veces al año o menos. **2=** Una vez al mes o menos.

3= Unas pocas veces al mes. **4=** Una vez a la semana. **5=** Pocas veces a la semana. **6=** Todos los días.

Ítems		0	1	2	3	4	5	6
1.	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2.	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.							
3.	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.							
4.	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.							
5.	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6.	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.							
7.	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.							
8.	Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9.	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.							
10.	Siento que me he hecho más duro con la gente.							
11.	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12.	Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
13.	Me siento frustrado en mi trabajo.							
14.	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15.	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.							
16.	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17.	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.							
18.	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.							
19.	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
20.	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.							
21.	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.							
22.	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.							

P.33.

A continuación, encontrará una serie de ítems, por favor, conteste de 1 a 10 a las siguientes afirmaciones, siendo:

Nada (valores 1-2); **Algo** (valores 3 a 5); **Bastante** (valores 6 a 8); **Mucho** (valores 9-10).

PREGUNTA	RESPUESTA DEL 1 AL 10									
	Nada		Algo			Bastante			Mucho	
1. Cantidad de trabajo que tengo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Conflictos con otras personas de mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Falta tiempo para mi vida personal.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Incomodidad física en el trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Carga de responsabilidad.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Interrupciones molestas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Estrés (esfuerzo emocional).	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Satisfacción con el tipo de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Motivación (ganas de esforzarme).	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Apoyo de mi familia.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Ganas de ser creativo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Estoy capacitado para hacer mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Me siento orgulloso de mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo actual.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Apoyo de mi equipo (sólo coordinadores).	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Lo que tengo que hacer queda claro.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Satisfacción con el sueldo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Posibilidad de promoción.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PREGUNTA	RESPUESTA DEL 1 AL 10									
	Nada		Algo			Bastante			Mucho	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Reconocimiento de mi esfuerzo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Apoyo de mis jefes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Apoyo de mis compañeros.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Recibo información de los resultados de mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Posibilidad de ser creativo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Posibilidad de expresar lo que siento y necesito.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31. Tengo autonomía o libertad de decisión.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32. Variedad en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33. Posibilidad de que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34. Capacidad para desconectar del trabajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35. Calidad de vida global.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

P.34. En primer lugar, va a leer algunas afirmaciones generales sobre la atención que se dispensa en este centro. Rodee con un círculo el número que mejor refleje su opinión.

1	2	3	4	5
Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. A menudo analizamos cómo proporcionar una atención centrada en la persona.	1	2	3	4	5
2. Tenemos reuniones de equipo para analizar la atención a las personas usuarias.	1	2	3	4	5
3. La historia de vida (biografía, modo de vida, preferencias, etc.) de las personas usuarias está incluida en los planes personalizados de atención.	1	2	3	4	5
4. Consideramos que la calidad de la interacción entre los profesionales y las personas usuarias <u>e</u> más importante que la realización de las tareas.	1	2	3	4	5
5. Tenemos libertad para alterar las rutinas de trabajo en función de las preferencias de las personas usuarias.	1	2	3	4	5
6. A las personas usuarias se les da la posibilidad de implicarse de modo individual en las actividades cotidianas del centro.	1	2	3	4	5
7. No tengo tiempo para proporcionar una atención centrada en la persona.	1	2	3	4	5
8. El ambiente del centro es caótico.	1	2	3	4	5
9. Tenemos que realizar nuestro trabajo antes de que podamos preocuparnos de conseguir un clima hogareño.	1	2	3	4	5
10. La organización del trabajo me impide proporcionar una atención centrada en la persona.	1	2	3	4	5
11. Tenemos en cuenta las necesidades de las personas usuarias a diario.	1	2	3	4	5
12. Es difícil para las personas usuarias orientarse en este centro.	1	2	3	4	5
13. Las personas usuarias pueden acceder a la parte exterior del centro cuando lo desean.	1	2	3	4	5

P.35.

A continuación, encontrará distintas afirmaciones de cuestiones algo más concretas sobre las personas a las que cuida y la atención que se dispensa en este centro. Si alguna afirmación la encuentra algo alejada de la realidad actual del centro, no se preocupe, **conteste lo que en su opinión considere.**

Conteste, por favor, a las diferentes preguntas, rodeando con un círculo el número que mejor refleje **su opinión.**

1	2	3	4	5
Muy pocas o ninguna	Algunas	Entorno a la mitad	La mayoría	Todas o casi todas

Pensando en las personas que usted cuida o atiende, **cuántas de ellas:**

1. Pasan el tiempo que quieren con animales en el centro.	1	2	3	4	5
2. Deciden dónde quieren comer.	1	2	3	4	5
3. Escuchan su música preferida.	1	2	3	4	5
4. Participan en actividades recreativas acordes con sus intereses.	1	2	3	4	5
5. Participan en el diseño y actualización de sus planes personalizados de atención.	1	2	3	4	5
6. Deciden cómo deben ser sus cuidados personales diarios.	1	2	3	4	5
7. Toman sus propias decisiones, incluso si ello supone que pueden correr algún riesgo (por ejemplo, que una persona diabética coma dulces, alguien con enfisema que fume o alguien que rechace la medicación para la tensión, etc.).	1	2	3	4	5

Pensando en las personas que cuida o atiende, **a/con cuántas usted puede:**

8. Ponerse en su lugar y captar su experiencia de vivir en el centro (o acudir al mismo).	1	2	3	4	5
9. Ayudarles a corresponder a los demás (por ejemplo, ayudándoles a devolver un favor a otra persona o a tener gestos de agradecimiento...).	1	2	3	4	5
10. Centrarse en lo que pueden hacer más que en lo que no pueden.	1	2	3	4	5
11. Ayudarles a conseguir lo que quieren.	1	2	3	4	5
12. Preguntarles sobre sus deseos.	1	2	3	4	5
13. Tener conversaciones con ellas sobre temas distintos a su cuidado.	1	2	3	4	5
14. Darles la oportunidad de aprender cosas nuevas.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Muy pocas o ninguna	Algunas	Entorno a la mitad	La mayoría	Todas o casi todas

Pensando en las personas que usted cuida o atiende, de **cuántas usted:**

15. Conoce sus miedos y preocupaciones.	1	2	3	4	5
16. Conoce sus sentimientos acerca de la muerte.	1	2	3	4	5
17. Conoce lo que hace que pasen un buen día.	1	2	3	4	5
18. Conoce sus hábitos preferidos (por ejemplo, por la mañana, por la noche, la hora de las comidas).	1	2	3	4	5
19. Conoce sus comidas favoritas.	1	2	3	4	5
20. Conoce qué cosas le molestan.	1	2	3	4	5
21. Conoce su música favorita.	1	2	3	4	5

Pensando en las personas que usted cuida o atiende, a/con **cuántas usted puede:**

22. Ayudar rápidamente (en menos de 10 minutos) a ir al servicio cuando se lo piden o necesitan ayuda.	1	2	3	4	5
23. Reducir o aliviarles el dolor.	1	2	3	4	5
24. Adaptar los tipos y tamaños de sillas de ruedas.	1	2	3	4	5
25. Saber cuándo necesitan ir al servicio, incluso si no pueden hablar.	1	2	3	4	5
26. Colaborar en la elaboración de sus planes personalizados de atención.	1	2	3	4	5
(CONTESTAR SOLO EN RESIDENCIAS, NO EN CENTROS DE DÍA).	1	2	3	4	5
27. Proporcionar los cuidados al final de su vida según sus deseos.	1	2	3	4	5
28. Tranquilizarlas cuando están agitadas o se sienten molestas.	1	2	3	4	5
(CONTESTAR SOLO EN RESIDENCIAS, NO EN CENTROS DE DÍA).	1	2	3	4	5
29. Dejarlas dormir sin interrupción durante toda la noche.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Nunca o casi nunca	A veces	Entorno a la mitad de las veces	La mayor parte de las veces	Siempre o casi siempre

Pensando en las personas que usted cuida o atiende, con qué frecuencia usted puede:

30. Mantenerlas en contacto con sus familias.	1	2	3	4	5
31. Mantenerlas en contacto con grupos y asociaciones que frecuentaban (por ejemplo, la iglesia, clubes, teatro u otros intereses).	1	2	3	4	5
32. Mantener a sus familias y a otras personas importantes para ellas implicadas en sus vidas.	1	2	3	4	5
33. Incluir a sus familias como parte del equipo de cuidados.	1	2	3	4	5
34. Ayudarles a pasar tiempo con las personas de su agrado.	1	2	3	4	5
35. Pasar tiempo hablando con las personas usuarias o simplemente haciéndoles compañía.	1	2	3	4	5

Pensando en las personas que usted cuida o atiende, con qué frecuencia:

36. Disponen de espacios para pasear o ir en silla de ruedas.	1	2	3	4	5
37. Las habitaciones de las personas usuarias reflejan sus vidas y personalidad.	1	2	3	4	5
38. Tienen cosas interesantes que hacer a lo largo del día en el centro.	1	2	3	4	5
39. El centro dispone de fondos para apoyar las actividades de las personas usuarias.	1	2	3	4	5

Pensando en su trabajo:

40. Tiene la información que necesita para apoyar las preferencias de las nuevas personas usuarias que ingresan en el centro.	1	2	3	4	5
41. Es capaz de actuar en defensa de las personas usuarias.	1	2	3	4	5
42. Colabora con otros profesionales del centro para comprender y buscar nuevas formas de afrontar los comportamientos difíciles de las personas usuarias.	1	2	3	4	5
43. Colabora en la planificación de las actividades de cada persona usuaria (a parte del programa general de actividades del centro).	1	2	3	4	5
44. Se le anima a que colabore con otros profesionales del centro para resolver algunos problemas.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Nunca o casi nunca	A veces	Entorno a la mitad de las veces	La mayor parte de las veces	Siempre o casi siempre

Pensando en su trabajo:

45. Dispone de tiempo suficiente para atender a las personas usuarias como es debido.	1	2	3	4	5
46. Sus jefes/as inmediatos responden a sus preocupaciones acerca de las personas usuarias.	1	2	3	4	5
47. Siente que forma parte de un equipo de trabajo.	1	2	3	4	5
48. Disfruta con su trabajo.	1	2	3	4	5
49. Le parece que la formación continua que recibe es adecuada.	1	2	3	4	5
50. Sus jefes/as inmediatos son evaluados según el apoyo que dan a los trabajadores de atención directa.	1	2	3	4	5

Anexo 2: Aprobación por parte del comité de ética



Vicerrectorado de Investigación

Dña. Coral Barbas Arribas, Presidenta del Comité de Ética de Investigación de la Universidad CEU San Pablo,

Hace constar que: Una vez revisado el estudio clínico **“Sensibilización y fomento de buenas prácticas en el trato con las personas mayores en instituciones”**, asociado al proyecto de investigación del mismo título, cuya Investigadora principal es la Dra. Gema Pérez Rojo, el Comité de Ética de Investigación de la Universidad CEU San Pablo considera que se ajusta a las normas éticas esenciales adoptadas como referencia en este ámbito y aprueba la investigación propuesta en dicho proyecto.

Y para que así conste, firma el presente documento en Madrid, a doce de diciembre de dos mil trece.

