

D

e los Malos Tratos al Buen Trato en las personas mayores. Nuevo paradigma en la evaluación

From elder abuse to good treatment towards older people.
A new assessment paradigm.

PhD Pérez-Rojo, G.

PhD Velasco, C.

MsC López, P.

PhD Noriega, C.

PhD Carretero, I.

PhD López, J.

Departamento de Psicología y Pedagogía, Facultad de Medicina, Universidad San Pablo-CEU, CEU Universities.

Envío de correspondencia a la Dra. Gema Pérez-Rojo. Departamento de Psicología y Pedagogía, Facultad de Medicina, Universidad San Pablo-CEU, CEU Universities, Campus de Montepíncipe, 28925 Alcorcón, Madrid, Spain. Phone: (+34) 913724700. E-mail: gema.perezrojo@ceu.es

resumen

El modelo de atención institucional de larga duración a personas mayores está experimentando un cambio significativo a nivel mundial. Del cuidado de la salud centrado en la tarea se ha pasado al cuidado centrado en la persona como eje y motor del proceso. En línea con este modelo actual, también se ha producido un cambio de paradigma a la hora de abordar el fenómeno de los malos tratos, trasladándose al fomento del buen trato. Entre sus ventajas, este nuevo enfoque permite acercarse de un modo más preciso al desempeño real en las instituciones, al evitar incidir específicamente en los malos tratos y la estigmatización que supone. En esta revisión se presentan primeramente aspectos generales relacionados con los malos tratos hacia las personas mayores para posteriormente exponer las distintas aportaciones que han llevado al cambio de paradigma hacia el buen trato. Por último, se hace una revisión crítica de los cuestionarios que evalúan buenas-malas prácticas y sus deficiencias, para finalmente describir un instrumento desarrollado por nuestro equipo de investigación, siguiendo la tipología de Kayser-Jones (1996), así como las ventajas que ofrece.

palabras clave

Cuidado centrado en la persona. Instituciones gerontológicas. Buen-Mal trato. Evaluación.

abstract

The approach to the institutional long-term care for older people is experiencing a major change. From a health care focused on the task, the care has turned toward the person/elder as the core of the process. Along this model, it has taken place a shift in the paradigm addressing the phenomenon of elder abuse, moving, instead, toward the promotion of good treatment. Among the advantages of this new approach, it allows a more accurate assessment of actual performance at institutions, since it avoids focusing strictly in elder abuse and the stigma it carries. In this review general aspects related to elder abuse are firstly presented followed by the exposition of the theoretical contributions that have led to the change of paradigm from elder abuse to good treatment. Finally, questionnaires that evaluate good-bad practices and its weaknesses are discussed, to end with the description of a tool, based in Kayser-Jones (1996) typology of elder abuse, that is being developed by our research team, and the advantages it offers.

keywords

Person centered care. Gerontological institutions. Elder abuse-Good treatment. Assessment.

1. Los malos tratos a las personas mayores en instituciones: concepto, prevalencia y factores de riesgo

El exponencial incremento de la esperanza de vida ha provocado un cambio demográfico que, junto a otros cambios económicos y sociales, pueden tener consecuencias positivas y negativas en nuestro contexto sociocultural. A pesar de que no existe una relación causal entre la edad y la dependencia y/o enfermedad, lo cierto es que a medida que uno se hace mayor aumenta el riesgo de presentar problemas de salud a nivel físico y/o psicológico, una mayor probabilidad de necesitar cuidados de larga duración, disminución del apoyo social y dificultades para el acceso a recursos sociosanitarios (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO, 2007). Además, se ha demostrado que estas variables pueden influir en la aparición de un fenómeno: los malos tratos (Pérez-Rojo y Chulián, 2013).

Los malos tratos hacia las personas mayores ha sido un campo poco estudiado hasta hace algunos años. No obstante, en los últimos años, la investigación relacionada con este fenómeno, tanto a nivel nacional como internacional,

ha aumentado de modo exponencial. Además, este tema ha atraído el interés de la comunidad científica, de organismos oficiales y de la sociedad en general (Pérez-Rojo y Chulián, 2013; Pérez-Rojo *et al.*, 2017). No obstante, la mayor atención se ha centrado en el ámbito comunitario, en detrimento del ámbito institucional (Pérez-Rojo y Chulián, 2013). En esta línea, recientemente la revisión de estudios, publicada por Yon, Mikton, Gassoumis y Wilber (2017), señala que una de cada seis personas mayores sufre malos tratos, siendo éste un problema de gran magnitud que requiere una atención especializada por parte de los servicios de salud pública.

Conocer la prevalencia y las causas de los malos tratos a las personas mayores es un proceso complicado debido a diferentes razones: escasez de estudios, falta de rigurosidad a nivel científico y metodológico, ausencia de una definición consensuada, desconocimiento por parte de propia persona mayor acerca de la situación que está viviendo, qué hacer o dónde y a quién dirigirse. Esto provoca que en muchas ocasiones este fenómeno sea invisible y no detectado (McDonald *et al.*, 2012).

Existen pocos datos acerca de la prevalencia de los malos tratos hacia las personas mayores en las instituciones. Algunos estudios realizados en EEUU muestran que solo el 29% de las acciones de malos tratos denunciadas son atendidas por personas externas a la institución (Jogerst, Daly, Dawson, Peek-Asa y Schmuck, 2006). Goergen (2004), por su parte, encontró que el 20,4% de las personas en instituciones sufría malos tratos, mientras que en el realizado por Buzgová e Ivanova (2011) la cifra se elevaba a un 64%.

La prevalencia de malos tratos a mayores institucionalizados es difícil de estimar por las dificultades de detección, las dificultades de acceso y la autorización de los centros para llevar a cabo los estudios, a pesar de que se considera una cuestión grave y más frecuente de lo esperado (McDonald *et al.*, 2012). Los estudios indican que personas mayores en situaciones de vulnerabilidad corren un alto riesgo de malos tratos y/o negligencia (Jogerst *et al.*, 2006; Yon *et al.*, 2017). Además, la escasa formación del personal sociosanitario y la falta de protocolos ha dificultado la detección de esta problemática (Pearsall, 2006).

La detección temprana de estas situaciones se consigue, por ejemplo, conociendo los factores de riesgo que contribuyen a la presencia de estas situaciones. La presencia de uno o varios de estos factores no determina directamente la situación de malos tratos, pero sí pueden actuar como señales de alerta que conduzcan a una evaluación en profundidad de la situación (Pérez-Rojo *et al.*, 2017). Se trata de un fenómeno complejo, en el que la combinación de factores de la propia persona mayor (por ejemplo, deterioro cognitivo, problema de salud, sintomatología depresiva o ansiosa) (Buzgova y Ivanova, 2011; Schiamberg *et al.*, 2012), del responsable de los malos tratos (por ejemplo, el *burnout*, la

carga de trabajo, inadecuada formación) (Buzgova y Ivanova, 2011; Figueredo y Zabalegui, 2015; Schiamborg *et al.*, 2011; Shinan-Altman & Cohen, 2009) y/o del contexto de la situación podrían explicar la presencia de malos tratos (por ejemplo, normas de la institución, elevada rotación de los profesionales) (Buzgova y Ivanova, 2009; Goergen, 2004; Shinan-Altman & Cohen, 2009). Se hace necesario el conocimiento de estos factores por parte de la sociedad para aumentar la sensibilización y concienciación de este fenómeno (Pérez-Rojo, 2016; Pérez-Rojo y Chulián, 2013).

2. Modelos teóricos para la promoción del buen trato

Tradicionalmente, desde el modelo biomédico, se enfatizaba el papel pasivo del sujeto como mero receptor. Los centros gerontológicos eran vistos como lugares de tratamiento y proveedor de terapias de larga duración donde se valoraba la eficiencia, la consistencia y la toma de decisiones jerárquica (Rosher y Robinson, 2005). Sin embargo, las nuevas generaciones de personas mayores han expresado su preferencia por formas alternativas de cuidado y alojamiento y una mayor habilidad para ejercer el control sobre dónde vivir y la naturaleza y la calidad de los servicios que recibirán.

El modelo de atención en instituciones que proporcionan cuidados a personas mayores de larga duración está experimentando un cambio significativo a nivel mundial (McCormack, Roberts, Meyer, Morgan y Boscart, 2012). Este cambio refleja un cambio en la filosofía, desde un modelo institucional de cuidado (con énfasis en la enfermedad, la discapacidad y la dependencia y donde las necesidades de cuidado se cubrían a través de rutinas organizacionales), hacia uno que busca reconocer y celebrar el lugar de continuidad de la persona mayor en la comunidad, garantizando que la persona esté en el centro de la toma de decisiones sobre los modelos de proporción de cuidado (McCormack *et al.*, 2012).

En este cambio de paradigma, los profesionales han comenzado a tomar conciencia de la importancia de generar buen trato centralizado en las necesidades de las personas mayores. Ha sido señalada la dificultad para delimitar y conocer las causas de los malos tratos en las instituciones, así como los factores asociados al buen trato hacia las personas mayores. En este sentido, se han tratado de elaborar teorías explicativas sobre este fenómeno, aunque todavía no existe un consenso entre ellas (Perel-Levin, 2008; Pérez-Rojo *et al.*, 2017).

El cuidado centrado en la persona es un modelo más holístico que enfatiza las perspectivas de los individuos y sus experiencias (Epp, 2003). En general, se trata de colocar el énfasis en la centralidad de la persona y, sobre esta base,

diseñar servicios que respondan a las necesidades de las personas mayores, más que al mantenimiento de las normas institucionales, rutinas y rituales (McCormack *et al.*, 2012).

Los modelos orientados a la promoción del buen trato surgen a raíz del Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP). Este modelo pone a la persona como motor del proceso de atención, favoreciendo su participación activa en el proceso. Este enfoque tiene su origen a mediados del siglo xx con Rogers (1942), quién escribió las bases de la Terapia Centrada en el Cliente. Rogers (1942) proponía que esta aproximación, basada en la aceptación, el cuidado, la empatía, la sensibilidad y la escucha activa, fomentaba el crecimiento humano óptimo. Señalaba que, para alcanzar el crecimiento humano en la edad avanzada, los individuos debían tener acceso y oportunidades para el aprendizaje continuo, los desafíos personales y las relaciones cercanas e íntimas (Rogers, 1980). Además, señalaba que la capacidad del ser humano para el crecimiento no disminuía con la edad, ni la necesidad de crecimiento era menos relevante a medida que se envejece. El énfasis en la atención centrada en la persona es sobre el bienestar y la calidad de vida, tal y como es definida por el propio individuo (Crandall, White, Schuldheis y Talerico, 2007).

Otra de las figuras de mayor influencia en el contexto del desarrollo de la atención centrada en la persona aplicada a personas mayores ha sido Kitwood (1997), quien condujo las ideas humanistas y el trabajo de Rogers al campo del cuidado de personas con demencia, desarrollando el concepto de condición de persona. Este autor define la condición de persona como “la posición o estatus que es concedida a un ser humano, por otros, en el contexto de la relación y el ser social. E implica reconocimiento, respeto y confianza” (Kitwood, 1997, p.8). Esta definición reconoce la interdependencia y la interconectividad entre los seres humanos (Ryan, Byrne, Spykerman y Orange, 2005). Por tanto, hace referencia a una autoidentidad que es mantenida por las relaciones. En aquellos sujetos con deterioro, la condición de persona es mantenida a través de interacciones efectivas con aquellos que están cognitivamente intactos (McCormack *et al.*, 2012).

Como se puede observar, la perspectiva de Kitwood (1997) plantea que la condición de persona es socialmente construida y mantenida. Este énfasis por la condición de persona surge ante el historial de servicios que atendían a personas con demencia que demostraban la erosión de la misma y su cosificación (Askham, Briggs, Norman y Redfern, 2007). En este sentido, la condición de persona no depende de las habilidades cognitivas, tales como la racionalidad, la memoria o la habilidad para comunicarse (O’Connor y Purves, 2009). Kitwood (1997) señalaba la importancia de empatizar con la persona mayor como elemento fundamental que ayudara a promover el posible desarrollo de su independencia, individualidad y autonomía, atendiendo a sus preferencias, intereses y motivaciones.

Cabe señalar que uno de los objetivos principales en los últimos años ha sido fomentar la participación activa de las personas mayores en la sociedad, trabajando el empoderamiento (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez y Sancho, 2015). Por otro lado, Harrell *et al.* (2002) proponen acciones más concretas para promover el buen trato a las personas en las instituciones. Por ejemplo, afirman que los médicos deberían preguntar a los usuarios cómo se sienten y estar formados para detectar cualquier tipo de malos tratos.

Brooker (2004) presentó cuatro componentes clave de la atención centrada en la persona: valorar a las personas con demencia y a los que cuidan de ellos, tratarles como individuos, mirar al mundo desde la perspectiva de la persona con demencia y proporcionarle un ambiente social positivo para facilitar su bienestar. Por su parte, McCormack (2004) proporcionó una aproximación teórica de los aspectos claves de la atención centrada en la persona en las instituciones gerontológicas: estando en relación (relaciones sociales), estando en un mundo social (biografía y relaciones), estando en lugar (condiciones ambientales) y estando con uno mismo (valores individuales). También se ha sugerido que la atención centrada en la persona es útil como filosofía para diseñar y proporcionar cuidado mostrando respeto, humanización y valores éticos que deben ser de beneficio para aquellos con demencia. Sin embargo, mayor evidencia de este modelo es aún necesaria (Edvardsson, Sandman y Rasmussen, 2008). El cuidado individualizado es otro término popular relacionado que describe un cuidado en el que se refleje la singularidad e individualidad de cada persona que recibe cuidado (Edvardsson y Innes, 2010).

En este sentido, uno de los modelos propuestos para profundizar en el buen trato hacia las personas mayores institucionalizadas, que permite evaluar y proponer áreas de mejora, es el elaborado por Kayser-Jones (1986). En uno de sus primeros estudios, Kayser-Jones (1979) comparaba el cuidado hacia personas mayores que se proporcionaba en EEUU y en Escocia. En su estudio pudo comprobar cómo factores como la independencia, la libertad, así como fomentar la capacidad de elegir, influían en la rutina diaria y favorecían una mayor calidad del cuidado y al mismo tiempo del bienestar en las personas mayores. Además, resultó muy relevante la variable sistema social, es decir, cómo es la relación entre las personas mayores y los profesionales, lo que resulta especialmente relevante.

Kayser-Jones (1979) realiza una crítica hacia las situaciones en las que se fuerza a la dependencia. Es decir, los profesionales que estarían en una posición de poder y podrían fomentar que la persona mayor no tuviera capacidad para elegir o dirigir su conducta hacia lo que desea o es importante para él/ella en ese momento. Es interesante la relación entre el cuidador formal y la persona mayor que Walent y Kayser-Jones (2008) describen. En esta relación, la sensa-

ción de poseer un mayor poder por parte de los trabajadores puede generar culpa en las personas mayores. Y, por otro lado, la sensación por parte de la persona mayor de carecer de recursos hace disminuir aún más sus propios recursos. Todas las personas, independientemente de su edad, tienen recursos, cada uno en su grado. Lo adecuado sería potenciar los mismos y no ejercer poder para que esos recursos cada vez sean menores.

La calidad del trato entre el personal y los usuarios para Kayser-Jones (1979) es un factor relevante para la promoción del buen trato. Kayser-Jones (1979; 1996) presenta un modelo con cuatro dimensiones relacionadas con los malos tratos: infantilización, despersonalización, deshumanización y victimización. A continuación, se describirá con mayor detalle cada uno de los factores.

2.1. Infantilización

No hay duda de que las personas que viven en instituciones experimentan innegables beneficios (Marson y Powell, 2014). Los centros proporcionan un cuidado profesional para el que las familias no están cualificadas (Marson y Powell, 2014). No obstante, en estos centros también es posible que las personas mayores experimenten situaciones negativas, tales como la infantilización (Marson y Powell, 2014). Ésta ha acaparado la atención de los investigadores durante las últimas décadas (Marson, 2013; Salari, 2005, 2013; Salari y Rich, 2001; Withbourne, Culgin y Cassidy, 1995). Concretamente, consiste en que el profesional considere a la persona mayor como si fuese un niño, de manera que éste partiría de una posición de poder frente al usuario, interactuando, respondiendo o tratando a la persona mayor como si fuese un niño. Un ejemplo típico de infantilización implica la utilización del “baby talk” y/o “elder speak” o “habla patrón”. Es un tipo de lenguaje en el cual se utiliza una entonación exagerada, un tono de voz elevado, un lenguaje excesivamente sencillo, etc. Otros comportamientos infantilizadores habituales son el uso de diminutivos en los nombres de los usuarios, comentar en público asuntos personales de la persona, así como utilizar materiales infantiles para realizar actividades (Salari y Rich, 2001).

Aunque muchos profesionales consideran estas conductas como protectoras y de apoyo, muchas personas mayores las perciben como condescendientes e irrespetuosas (Caporael, Lucaszewski y Culbertson, 1983; Withbourne *et al.*, 1995). Salari (2005) sostiene que la práctica de la infantilización es una forma de malos tratos hacia las personas mayores debido a sus efectos negativos. Por ejemplo, que la persona mayor acepte ser tratado de esta manera o, incluso, que crea que esas características atribuidas son ciertas, puede conllevar al fenómeno de autoprofecía autocumplida. Como resultado, la persona mayor realizará las conductas esperadas por los demás (Wood y Ryan, 1991). Esto puede provo-

car que, debido a la falta de práctica de habilidades que en principio poseía, el individuo obtenga como resultado niveles de capacidad mucho más bajos (Nussbaum *et al.*, 2005). Además, los profesionales, al ver que la persona mayor se comporta de manera consistente a la creencia que tenían, refuerzan esos estereotipos negativos relacionados con el envejecimiento (Ryan, Kennaley, Pratt y Shumovich, 2000).

Kitwood (1997) utilizaba el término infantilización para describir el trato a los usuarios como niños y el término cosificación para referirse al trato de personas con demencia como algo inerte, sin valores. Ambos tipos de interacciones menoscaban la dignidad y disminuyen la condición de persona del individuo de la misma manera, ya que ambas se incluyen dentro de una categoría más amplia, la falta de respeto (Hung y Chaudhury, 2010). La falta de respeto también consiste en tratar a los usuarios como si fueran niños u objetos sin sentimientos (Hung y Chaudhury, 2010). Algunos ejemplos de falta de respeto se pueden observar cuando los profesionales hablan de forma condescendiente a los usuarios o cuando utilizan órdenes autoritarias (Hung y Chaudhury, 2010).

El respeto consiste en tratar al usuario como un miembro valioso de la sociedad (Hung y Chaudhury, 2010). Consiste en reconocer la edad y la experiencia singular de cada usuario y adaptarse a sus preferencias personales y elecciones (Kitwood, 1997). Jonas-Simpson (2001) encontró en un estudio que llevó a cabo que cuando las enfermeras pasaban tiempo de calidad con los usuarios, es decir, “estaban ahí”, éstos se sentían respetados.

2.2. Despersonalización

Consiste en no tener en cuenta la singularidad de la persona mayor, sus necesidades, intereses, preferencias y tratarles a todos de forma homogénea.

Al igual que es indudable que todos presentamos algunas características comunes, también lo es que somos únicos. Esa singularidad también está presente en el envejecimiento, que tiene como característica la variabilidad interindividual, lo que refleja la presencia de una gran heterogeneidad y diversidad. Esto hace que parezca imprescindible que la atención que cada uno reciba sea personalizada e individualizada. La persona no sólo es biología, sino también biografía. Es decir, se podría imaginar que en el momento de nacer alguien colocara a cada uno una mochila que va llenando de las experiencias que va viviendo a lo largo de su trayectoria vital, de ahí que el resultado de lo que cada uno es sea único e individual. Kitwood (1997), por ejemplo, destacó que el cuidado de una persona con demencia requería más que sentido común y debía incluir algo de comprensión hacia la experiencia que está viviendo la persona con demencia.

Los usuarios no suelen ser preguntados sobre sus preferencias, sino que son los profesionales, los que tienden a tomar las decisiones por ellos (Hung y Chaudhury, 2010). Conocer los detalles de los hábitos personales de cada usuario por parte del personal ayuda a que se sientan importantes, valorados y respetados (Hung y Chaudhury, 2010). Estas acciones no sólo parecen ser claves para el nivel de satisfacción de los usuarios, sino que ayudan a mantener el sentido de identidad de estos y enriquece la relación entre el personal y los usuarios. Todo el mundo es diferente y es necesario respetar sus deseos (Hung y Chaudhury, 2010).

Brooker (2004) alerta de que el cuidado puede llegar a ser mecánico y automático y los usuarios pueden ser fácilmente etiquetados de desobedientes, agresivos o agitados cuando el cuidado es proporcionado sin referencia a sus necesidades individuales y su perspectiva.

La personalización enfatiza la perspectiva del usuario como persona autónoma capaz de tomar sus propias decisiones y elecciones (Lehning y Austin, 2010). Cuando los usuarios son apoyados como personas autónomas, sus rutinas habituales y preferencias que han sido establecidas son destacadas, y su capacidad de tomar decisiones sobre su cuidado son enfatizadas (Ragsdale y McDougall, 2008).

Determinados aspectos relacionados con la personalización se han destacado (Bridges, Flatley y Meyer, 2010) e incluyen: mantener la identidad (quién se es), compartir la toma de decisiones (involucrarse) y crear comunidad (conectar con uno). La capacidad del personal para reconocer y responder a las necesidades de los usuarios varía mucho. El “empowerment” consistiría en permitir que los usuarios mantengan el control y que se les proporcione la ayuda que sea necesaria para que puedan emplear sus habilidades y destrezas (Kitwood, 1997). Esto puede tener importantes implicaciones sobre la autoestima, por ejemplo.

2.3. Deshumanización

Según el Diccionario de la Real Academia Española, la humanización es la *acción y efecto de humanizar o humanizarse* y humanizar consiste en hacer *humano, familiar y afable a alguien o algo*. Así pues, implica mostrarse benevolente, amable, compasivo y generoso. Consiste en “ver” a la persona y no vulnerar su derecho a la intimidad, privacidad, confidencialidad y dignidad.

Parece claro que los avances a nivel tecnológico y centrados en la intervención, tratamiento y curación han conseguido mejorar la salud y el bienestar de la población en general y eso incluye también a las personas mayores. Ade-

más, se considera que lo importante y lo que proporciona valor como profesionales es tener el conocimiento técnico sobre las estrategias y protocolos a seguir en cada momento, lo que da lugar a una buena calidad técnica. Si bien esto es cierto, no se debe olvidar que se trabaja con y para personas y que, por tanto, la calidad humana debe estar presente tanto como la técnica, si no más. Pero, parece que la dimensión humana del cuidado ha sido enmascarada para centrarse en la, a veces necesaria, dimensión tecnológica y especializada. Esto es debido, entre otras razones, al modelo tradicional biomédico que se ha centrado sobre todo en estos aspectos. No obstante, el desarrollo del modelo biopsicosocial establece la necesidad de atender de forma integral los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la persona, implicando de forma implícita a la dimensión humana, pero parece que el avance en este punto está siendo más lento. El cumplimiento de los aspectos técnicos es necesario, pero no es suficiente para cubrir las necesidades de las personas mayores.

Un ejemplo de deshumanización lo encontramos en situaciones donde la “cosificación” emerge y esto puede incluir, por ejemplo, a personas mayores que están en silla de ruedas y donde en ese momento se “mimetizan” con la silla de ruedas, de manera que le llevan y le traen sin avisar y sin decirle adónde van. En este caso, la persona pierde la percepción de control sobre su situación.

Touchstone (2010) identificó los valores humanistas centrales para los profesionales sanitarios: honestidad e integridad, cuidado y compasión, altruismo, empatía y respeto hacia el otro. Howard, Davis, Pope y Ruzek (1977), tras una revisión de la literatura especializada, sugerían varias variables para humanizar el cuidado de los pacientes: percibirles como únicos y como una unidad global, permitirles participar en la toma de decisiones, fomentar su autonomía y que los profesionales muestren empatía al tratarles.

Habitualmente, en una institución, el equipo técnico es el que toma las decisiones siguiendo un proceso de toma de decisiones de arriba-abajo. Sin embargo, los recientes modelos de atención centrada en la persona, en este caso, en el usuario, animan a incluirles en la planificación de las rutinas diarias (Castle, Ferguson y Hughes, 2009). Kane *et al.* (2003) señalan que la autonomía es un factor esencial para la calidad de vida de las personas mayores que viven en instituciones.

2.4. Victimización

Hace referencia a las situaciones más evidentes de malos tratos hacia las personas mayores. En esta dimensión no se considera necesario profundizar, ya que es la que ha recibido mayor atención por parte de la investigación y es la más conocida.

En este sentido, Kayser- Jones (1979) aporta algunos ejemplos para ilustrar cada una de las anteriores dimensiones. Por ejemplo, hablar de modo directo como si fuera su padre o madre (ej.: “siéntate, no te levantes”), dirigirse a ellos con diminutivos, ignorar las llamadas, no prestar atención durante el aseo, cambiarles en lugares visibles (como en un pasillo), que todas sus pertenencias estén en lugares públicos, la falta de privacidad, etc. Todos estos fueron aspectos que se han encontrado en algunas instituciones. Por lo tanto, se trata de un modelo que sirve como propuesta para el cambio de paradigma y para generar conciencia sobre otro tipo de malos tratos más sutiles que anteriormente no han sido evaluados.

Más aun, cuando las personas son dependientes para algunos aspectos básicos de su cuidado personal, como puede ser la realización del aseo personal, la movilidad reducida, etc., su vulnerabilidad a recibir este tipo de trato todavía es mayor. Si ante una persona que no puede ni siquiera coger un vaso de agua, lo pide y no se le da, se está ejerciendo de modo negativo un poder sobre esa situación. De tal modo que esta situación podría representar un ejemplo de deshumanización y victimización, ya que, por un lado, no se está atendiendo a su derecho de pedir ayuda y, por otro lado, se le está haciendo daño con una situación en la que la persona tiene sed, es decir, no se estaría cubriendo una de sus necesidades básicas.

En la misma línea del cambio de paradigma, resulta muy interesante conocer qué es para las personas mayores un buen trato, es decir, de qué modo se puede saber que las instituciones lo están “haciendo bien”. En esta línea, Walent y Kayser-Jones (2008) presentaron un estudio en el que la combinación de factores sobre la experiencia, la biografía y el contexto se ponían en juego a la hora de evaluar cómo era el cuidado de la persona mayor en las instituciones, con lo cual se presenta un fenómeno complejo en ocasiones difícil de conocer y manejar. En este estudio, algunos de los elementos facilitadores que hacían que la persona mayor se sintiera escuchada y atendidas eran los siguientes (Walent y Kayser-Jones, 2008):

– *A nivel personal*: poder identificar y expresar sus necesidades y deseos, sentir autonomía, poder sentirse eficaces y persistentes y tener libertad de movilidad física.

– *A nivel organizacional*: diseño de programas en los que los trabajadores puedan promocionar laboralmente, acceso directo por parte de las familias a los trabajadores y los administradores del centro y constancia de los cuidadores (que sean los mismos).

– *A nivel social*: fomento del compromiso y presencia de la familia, creación de relaciones interpersonales de ayuda entre los residentes y confianza en la relación con el personal.

– *A nivel cultural*: congruencia del personal con los principios éticos de la organización y uso de un lenguaje compartido con las personas que viven en la institución para favorecer la adecuada expresión.

En resumen, el modelo de trabajo propuesto por Kayser-Jones (1979) considera fundamental las relaciones interpersonales y, entre ellas, el trato hacia las personas mayores basado en los cuatro factores. Por ello, las relaciones deben estar centradas en las necesidades del usuario, a la vez que se debe cuidar el bienestar de los trabajadores, el contexto y todos los factores que se han señalado como relevantes para prevenir posibles situaciones de malos tratos en las instituciones (Bonnie y Wallace, 2003).

3. Instrumentos de medida empleados en las instituciones para evaluar el buen-mal trato a personas mayores

Disponer de una herramienta válida y fiable resulta necesario e imprescindible para, no sólo detectar posibles conductas abusivas en las instituciones, sino también analizar la prevalencia de malas prácticas y, más importante aún, poder identificar los factores de riesgo para, a su vez, poder desarrollar programas de sensibilización, prevención e intervención apropiados (Cohen *et al.*, 2010).

Los indicadores y factores de riesgo de los malos tratos hacia las personas mayores se han utilizado como elementos clave para desarrollar, a partir de ellos, instrumentos que permitan medir la presencia de estas situaciones. Las investigaciones desarrolladas con el objetivo de desarrollar un instrumento de medida para identificar y evaluar las situaciones de malos tratos a personas mayores son muy escasos y, en la mayoría de ellas, los instrumentos no presentan una fiabilidad y validez suficiente (Castle, Ferguson-Rome y Teresi, 2015; Torres y Estrella, 2015). Otras limitaciones relacionadas con los instrumentos de detección en este campo son: el lenguaje utilizado al redactar los ítems, el tiempo de aplicación y la formación necesaria del profesional que lo aplica (Barbero *et al.*, 2005). Para la revisión del presente trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Ebsco o Scielo, utilizando como palabras clave “instrumentos”, “personas mayores”, “malos tratos” e “instituciones”.

En el caso concreto de las herramientas creadas para su aplicación en el ámbito institucional, Rueda y Martín (2011) proponen utilizar un instrumento que pueda medir el punto de vista de las personas mayores. Para ello, elaboraron un cuestionario con 59 ítems, agrupados en diferentes categorías, entre las que se encontraban aspectos relacionados con la institución (por ejemplo, el trato recibido por los profesionales), aspectos relacionados con el maltrato físico, económico o financiero, aspectos psico-afectivos y la negli-

gencia o abandono. No describen las propiedades psicométricas que tiene el instrumento.

En esta línea, el Geriatric Mistreatment Scale (GMS), que en su versión final incluye 22 ítems con cinco subescalas: maltrato físico, psicológico, económico, sexual y negligencia (Giraldo-Rodríguez y Rosas-Carrasco, 2013). La consistencia interna es adecuada con un alfa de Cronbach de .83. Los resultados observados muestran que a partir de los 80 años los malos tratos aumentan y que las variables sexo y tipo de malos tratos están relacionadas. De manera específica, parece que las mujeres tienen una mayor probabilidad de ser víctimas de abusos sexuales, así como de los casos más graves de abuso físico, psicológico y emocional.

En nuestro contexto socio-cultural, Torres y Estrella (2015) crearon el “Cuestionario de ayuda al profesional de enfermería de atención primaria para la detección precoz de los malos tratos a personas mayores” con el que querían ayudar a estos profesionales a detectar la existencia de malos tratos hacia las personas mayores por parte de cuidadores o familiares. El cuestionario está dividido en dos partes, en la primera se incluyen cinco ítems sobre cómo se siente el cuidador o familiar al tratar con la persona mayor, y la segunda evalúa a la persona mayor utilizando 10 ítems sobre diferentes aspectos de los malos tratos. El cuestionario no está validado, por lo que no se pueden ofrecer datos sobre su validez o fiabilidad.

Otros investigadores han elaborado cuestionarios *ad hoc*. Sin embargo, no se dispone de información sobre sus características psicométricas (Goergen, 2004). La utilización de estos instrumentos para la identificación de malos tratos en personas mayores conlleva riesgos en la detección, por ejemplo, con la presencia de falsos positivos o falsos negativos, con las consecuencias que eso tendría para la persona mayor y los profesionales a los que afectaría (Pillemer, Mueller-Johnson, Mock, Sutor y Lachs, 2008).

Además, los pocos instrumentos conocidos hasta el momento se han centrado en las tipologías tradicionales descritas en la literatura sobre malos tratos a mayores, concretamente, maltrato físico y/o psicológico, dejando de lado otras tipologías presentes con mayor frecuencia (Castle *et al.*, 2015). Estas tipologías, en general, hacen referencia a las situaciones más explícitas de malos tratos, dejando de lado otras más sutiles, implícitas e imperceptibles, aunque, no por ello menos importantes. Curiosamente, mientras que desde el ámbito académico las investigaciones se focalizan en el maltrato explícito, el estudio *Voces Ausentes* (OMS. INPEA, 2002) señalaba que las personas mayores consideraban la falta de respeto (aspecto sutil), la forma más dolorosa de maltrato. Uno de los participantes incluso señalaba que “el respeto es más importante que la comida y la bebida” (p.326). Si realmente se plantea aplicar el modelo de atención centrada en la persona, uno

de los primeros pasos es atender a sus propias demandas y, en este caso concreto, centrarse en aquello que les preocupa. Además, convendría evaluar al profesional como testigo y como autor de estas situaciones, lo cual puede permitir controlar, en cierto modo, la deseabilidad social.

Una de las herramientas desarrolladas desde el enfoque de la atención centrada en la persona es la Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT; Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas y Muñiz, 2016). Se realizó una validación del instrumento para población española, con una muestra de 1339 profesionales en 56 residencias. Los resultados encontrados mostraron una estructura unidimensional, encontrando unas propiedades psicométricas adecuadas, con un coeficiente alfa de .88 y un coeficiente de confiabilidad test-retest de .79.

No obstante, se ha considerado que con estos instrumentos no se profundizaba, de forma completa, en las buenas-malas prácticas en instituciones por parte de profesionales a personas mayores institucionalizadas. Por ello, parece oportuno trabajar en el desarrollo de un cuestionario que aborde de forma más completa esta situación.

4. Diseño de un cuestionario de evaluación sobre buenas prácticas

Tras revisar diferentes cuestionarios sobre las buenas-malas prácticas se ha llegado a la conclusión de que éstos no ofrecen, en general, una garantía de fiabilidad y validez para medir estas prácticas en las instituciones. En muchos de los casos, no han sido validados, por lo que se desconoce sus propiedades psicométricas. Además, en la gran mayoría de los casos, los ítems se centran en un tipo de malos tratos, mientras que deja de lado las situaciones más frecuentes en este ámbito.

Por todo ello, el equipo de investigación constituido por los autores de este artículo decidió crear un cuestionario con el que se pudiesen evaluar todos los aspectos que parecen determinantes y que pueden estar siendo causantes de malos tratos, de forma explícita o sutil, en las instituciones. Para poder llevar a cabo este objetivo contamos con el apoyo de la Universidad CEU San Pablo gracias a la concesión de un proyecto precompetitivo (FUSPBS_PPC01/2015).

En primer lugar, se debatió sobre el término “buena práctica”, ya que es muy abstracto y debe ser bien delimitado. Por ello, se adoptó la definición aportada por Martínez (2010, p.3):

“Recomendaciones para el buen hacer profesional en el ‘día a día’. (...) modos recomendables para la actuación profesional cotidiana (quizás, por ello, sería más adecuado, en este caso, hablar de buena praxis). Recomendaciones que

tienen que ver con una amplia variedad de asuntos cotidianos (decisiones, opciones metodológicas, comportamientos, interacciones, actitudes y habilidades implicadas en el buen trato) y que son cardinales en la calidad de vida de las personas. Indicaciones relacionadas con el buen hacer profesional, que, a su vez, pueden dirigirse hacia aspectos relacionales (trato con las personas usuarias, con las familias o entre los profesionales) como hacia cuestiones organizativas o metodológicas”.

Partiendo de esta definición, se propuso como objetivo crear un instrumento de evaluación auto-aplicado destinado a los profesionales que trabajan con personas mayores en instituciones, especialmente auxiliares al ser los profesionales que prestan una atención más directa. El cuestionario desarrollado, a diferencia de otros, aportará sus propiedades psicométricas. Además, no sólo evaluará maltrato explícito (físico, psicológico, sexual, económico y negligencia), sino también el sutil, muchas veces ignorado, entre los que se incluyen la violación de derechos (despersonalización y deshumanización) e infantilización.

Para el diseño del cuestionario se ha partido de una búsqueda exhaustiva de los indicadores de malos tratos en instituciones, así como las herramientas ya existentes que aparecen en la literatura científica. Además, se valoraron indicadores e instrumentos del ámbito comunitario, ya que algunos signos son compartidos. La mayoría de ítems utilizados en otros países son muy directos, y tras ver lo reticentes que son las instituciones cuando se menciona la palabra malos tratos, se ha decidido evaluarlo, pero desde otra perspectiva, es decir, desde el buen trato, ya que la falta de éste es constitutiva de malos tratos.

Además, se ha seguido la tipología enunciada por Kayser-Jones (1996) relativa a los tipos de violencia presentes en instituciones. Con este cuestionario se pretende identificar cuatro categorías de malos tratos: infantilización, despersonalización, deshumanización y victimización.

Así, por ejemplo, uno de los ítems que se han desarrollado para la evaluación de la infantilización es el siguiente: “Se utilizan materiales adecuados a las capacidades y a las características propias de cada usuario cuando se realizan las actividades (programas de memoria, terapia ocupacional, etc.) (p.ej.: lecturas, actividades que les puedan interesar, objetos que tengan que ver con su vida diaria, etc.)”.

En cuanto a la despersonalización, la detección temprana y el apoyo adaptado al cambio de las necesidades individuales en personas mayores se ha convertido en un importante desafío para la sociedad actual. Uno de los ítems diseñados para evaluar esta dimensión es: “La ropa de los usuarios no se pierde y van vestidos solo con su ropa, no con la de otros usuarios”.

Uno de los ítems diseñados para el factor deshumanización es “Se respeta su privacidad e intimidad durante el aseo, realizándose con la puerta ce-

rrada y evitando que otros lo vean (p.ej.: cambio de pañal, cambios posturales, necesidades fisiológicas, curas, conversaciones)”

En cuanto a la victimización, uno de los ítems diseñados para abordarla es: “Se les hace sentir que ya no sirven para nada”.

La primera versión del cuestionario estaba compuesta por 58 ítems directos e inversos y fue evaluada por cinco expertos del ámbito de la gerontología, la violencia y la atención a personas mayores a los que se pedía que evaluaran diferentes aspectos:

– Evaluación de los ítems del cuestionario: Indicaban el nivel de relevancia y representatividad, así como el nivel de concisión y claridad de cada uno de los ítems a partir de una escala de 0 a 10. También se les pedía que indicaran si el ítem correspondía adecuadamente al factor propuesto. Además, podían incluir comentarios y sugerencias para cada ítem.

– Criterio de exclusión/inclusión de los participantes.

Con respecto al cuestionario se pedía su opinión sobre determinadas cuestiones: instrucciones del cuestionario y formato de respuesta, si consideraban que era un instrumento de fácil uso en cuanto a la comprensión, cumplimentación, tiempo de administración y sistema de obtención de los resultados, adecuación de su longitud, nivel de relevancia, ajuste a los objetivos de partida, si cubría adecuadamente las dimensiones que pretendía evaluar, opinión general sobre la prueba, aspectos clave omitidos y sugerencias y comentarios.

Una vez analizados los resultados que se obtuvieron de los expertos, el equipo de investigación trabajó en la mejora de esta herramienta. Se modificaron ítems en los que no había un acuerdo suficiente. De manera que se eliminaron dos ítems y otros se cambiaron de categoría. La segunda versión del cuestionario contiene 56 ítems. Nuevamente, se consultó a tres expertos más, que respondían a las mismas preguntas que los anteriores, de manera que se pretendía analizar si las modificaciones llevadas a cabo habían mejorado la escala. Estas valoraciones fueron, de nuevo, debatidas por el equipo de investigación. A partir de esta versión definitiva se inició un nuevo estudio piloto en el que se está trabajando para analizar los primeros resultados del cuestionario.

5. Conclusión

En el presente artículo se ha querido mostrar el cambio de paradigma del estudio de los malos tratos a personas mayores en instituciones, de manera que ahora el foco está colocado en el buen trato a personas mayores. Algunas de las principales conclusiones podrían ser la necesidad de fomentar un cuidado

individualizado en que se atiendan a las necesidades concretas de las personas mayores sin ejercer situaciones de poder. Por otro lado, la formación y la organización de las instituciones son puntos clave para la prevención de los malos tratos a las personas mayores en las instituciones, así como el cuidado de los trabajadores. No obstante, los malos tratos a las personas mayores no siempre son tan explícitos como el físico o el sexual, sino que existen otras categorías, como las nombradas en los modelos preventivos, a las que se debería prestar mayor atención para favorecer un trato adecuado a las personas mayores y, de este modo facilitar, su propio bienestar.

6. Referencias bibliográficas

- Askham, J., Briggs, K., Norman, I., & Redfern, S. (2007). Care at home for people with dementia: as in a total institution? *Ageing and Society*, 27, 3-24. doi: 10.1017/S0144686X06005307
- Barbero, J., Barrio, I. M., Gutiérrez, C., Izal, M., Martínez, A., Moya, A.,... & Yuste, A. (2005). Malos Tratos a Personas Mayores: Guía de actuación. *Colecciones Manuales y Guías. Serie Personas Mayores. Observatorio de Personas Mayores*. Madrid: IMSERSO.
- Bonnie, R. J., & Wallace, R. B. (2003). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington (DC): National Academies Press.
- Bridges, J., Flatley, M., & Meyer, J. (2010). Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 89-107. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.09.009.
- Brooker, D. (2004). What is Person Centred Care for people with dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215-222. doi: 10.1017/S095925980400108X
- Buzgova, R., & Ivanova, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16(1), 110-126. doi:10.1177/096973300809799
- Buzgova, R., & Ivanova, K. (2011). Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing Ethics*, 18(1), 64-78. doi: 10.1177/0969733010385529
- Caporael, L. R., Lukaszewski, M. P., & Culbertson, G. H. (1983). Secondary baby talk: Judgments by institutionalized elderly and their caregivers. *Personality and Social Psychology*, 44(4), 746-754. doi: 10.1037//0022-3514.44.4.746

- Castle, N. G., Ferguson, J. C., & Hughes, K. (2009). Humanism in nursing homes: The impact of top management. *Journal of Health and Human Services Administration, 31*(4), 483-516.
- 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, 20*(10), 1-37. doi: 10.1177/0733464813492583
- Cohen, M., Halevy-Levin, S., Gagin, R., Priltuzky, D., & Friedman, G. (2010). Elder abuse in long-term care residences and the risk indicators. *Ageing & Society, 30*(6), 1027-1040. doi: 10.1017/S0144686X10000188
- Crandall, L. G., White, D. L., Schuldheis, S., & Talerico, K. A. (2007). Initiating person centered care practices in long-term facilities. *Journal of Gerontological Nursing, 33*, 47-56.
- Edvardsson, D., & Innes, A. (2010). Measuring Person-centered Care: A critical comparative review of published tools. *The Gerontologist, 50*(6), 834-846. doi: 10.1093/geront/gnq047
- Edvardsson, D., Sandman, P., & Rasmussen, B. (2008). Swedish language Person-centred Climate Questionnaire-patient version: Construction and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing, 63*(3), 302-309. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04709.x.
- Epp, T. (2003). Person-centred dementia care: A vision to be refined. *The Canadian Alzheimer's Disease Review, 5*(3), 14-18.
- Figueredo, N., & Zabalegui, A. (2015). Perceptions of abuse in nursing home care relationships in Uruguay. *Journal of Transcultural Nursing, 26*(2), 164-170. doi: 10.1177/104365961452645
- Giraldo-Rodríguez, L., & Rosas-Carrasco, O. (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatrics Gerontology International, 13*, 466-474. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x
- Goergen, T. (2004). A multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. *Journal of Adult Protection, 6*(3), 15-25. doi: 10.1108/14668203200400016
- Harrell, R., Toronjo, C. H., McLaughlin, J., Pavlik, V. N., Hyman, D. J., & Dyer, C. B. (2002). How geriatricians identify elder abuse and neglect. *The American Journal of The Medical Sciences, 323*(1), 34-38. doi: 10.1097/00000441-200201000-00006

- Howard, J., Davis, F., Pope, C., & Ruzek, S. (1977). Humanizing health care: The implications of technology, centralization and self-care. *Medical Care*, 15(5), 11-26.
- Hung, L., & Chaudhury, H. (2010). Exploring personhood in dining experiences of residents with dementia in long-term care facilities. *Journal of Aging Studies*, 25, 1-12. doi: 10.1016/j.jaging.2010.08.007
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2007). *Malos tratos a personas mayores*. Colección Documentos: Serie Documentos Técnicos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Jogerst, G. J., Daly, J. M., Dawson, J. D., Peek-Asa, C., & Schmuch, G. (2006). Iowa nursing home characteristics associated with reported abuse. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(4), 203-207. doi: 10.1016/j.jamda.2005.12.006
- Jonas-Simpson, C. (2001). From silence to voice: Knowledge, values, and beliefs guiding healthcare practices with persons living with dementia. *Nursing Science Quarterly*, 14(4), 304-310.
- Kane, R. A., Kling, K. C., Bershadsky, B., Kane, R. L., Giles, K., Degenholtz, H. B. Liu, J., & Cutler, L. J. (2003). Quality of life measures for nursing home residents. *The Journals of Gerontology: Series A*, 58(3), 240-248. doi: 10.1093/gerona/58.3.M240
- Kayser-Jones, J. (1979). Care of the Institutionalized Aged in Scotland and the United States: A Comparative Study. *Western Journal of Nursing Research*, 1(3), 190-200. doi: 10.1177/019394597900100305
- Kayser-Jones, J. S. (1986). Institute of Gerontology: A comprehensive approach to the care of the elderly. *Educational Gerontology*, 12(1), 43-55. doi:10.1080/0380127860120107
- Kayser-Jones, J. (1996). Mealtime in nursing homes: the importance of individualized care. *Journal of Gerontological Nursing*, 26-53. doi:10.3928/0098-9134-19960301-09
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: the Person Comes First*. Buckingham and Philadelphia: Open University Press.
- Lehning, A. J., & Austin, M. J. (2010) Long-Term Care in the United States: Policy Themes and Promising Practices. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(1), 43-63. doi: 10.1080/01634370903361979
- Marson, S. (2013). Editorial: Is infantilization ethical? An ethical question. *Journal of Social Work Values & Ethics*, 10(1), 1.

- 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.
- Martínez, T. (2010). Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia. *Informes Portal Mayores*, 98. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/buenaspracticadependenciamartinez.pdf>
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P., Sancho, M. (2015). Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. *Informes Envejecimiento en red*, 12. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., & Muñoz, J. (2016). Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Aging & Mental Health*, 20(5), 550-558. doi: 10.1080/136007863.2015.1023768
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: An overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3A), 31-38. doi: 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. doi: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. doi:10.1080/08946566.2011.646512
- National Center on Elder Abuse. (2017). *Types of Abuse* [on-line]. Diponible en: <https://ncea.acl.gov/faq/index.html>
- Nussbaum, J., Pitts, M. J., Huber, F. N., Krieger, J. L., Raup, J. L., & Ohs, J. E. (2005). Ageism and ageist language across the life span: Intimate relationships and non-intimate interactions. *Journal of Social Issues*, 61(2), 287-305. doi: 10.1111/j.1540-4560.2005.00406.x
- O'Connor, D., & Purves, B. (2009). *Decision-making, Personhood and Dementia: Exploring the Interface*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Organización Mundial de la Salud. INPEA. (2002). Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(6), 319-331. doi: 10.1016/S0211-139X(02)74838-5

- Pearsall, C. (2006). *Detection and management of elder abuse: Nurse practitioner self-perceptions of barriers and strategies*. [Tesis doctoral]. Pennsylvania: Duquesne University.
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing Screening For Elder Abuse at Primary Health Care*. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf
- Pérez-Rojo, G. (2016). *Tema 2. Buen trato – mal trato. Módulo 1. El buen trato a la persona mayor*. Curso online Experto en Buen Trato y Atención centrada en la Persona. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- 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. doi: 10.5093/cc2017a3
- Pérez-Rojo, G., & Chulián, A. (2013). Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 127-167
- 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, 522-526. doi: 10.1016/j.medcli.2012.09.048
- 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.E. Bonzo,., D.A. Sleet, J.A., Mercy (Eds.), *Handbook of Injury and Violence Prevention*. Boston, MA: Springer.
- Ragsdale, V., & McDougall, G. J. (2008). The changing face of long-term care: looking at the past decade. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 992-1001. doi: 10.1080/01612840802274818
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy; newer concepts in practice*. Oxford, England: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1980). *A Way of Being*. Boston, M.A: Houghton Mifflin Company.
- Rosher, R. B., & Robinson, S. (2005). Impact of the Eden Alternative on family satisfaction. *Journal American Medical Directors Association*, 6, 189-193. doi: 10.1016/j.jamda.2005.03.005
- Rueda, J. D., & Martín F. J. (2011). El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. *Alternativas*, 18, 7-33.

- Ryan, E. B., Byrne, K., Spykerman, H., & Orange, J. B. (2005). Evidencing Kitwood's personhood strategies: Conversation as care in dementia. In B. H. Davis (Ed.), *Alzheimer talk, text and context: Identifying communication enhancement* (pp. 18-36). New York: Palgrave Macmillan.
- Ryan, E. B., Kennaley, D. E., Pratt, M. W., & Shumovich, M. A. (2000). Evaluations by staff, residents, and community seniors of patronizing speech in the nursing home: Impact of passive, assertive, or humorous responses. *Psychology & Aging, 15*(2), 272-286. doi: 10.1037/0882-7974.15.2.272
- Salari, S. M. (2005). Infantilization as elder mistreatment: Evidence from five adult day care centers. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 17*(4), 53-91. doi: 10.1300/J084v17n04_04
- Salari, S. M., & Rich, M. (2001). Social and environmental infantilization of aged persons: Observations in two adult day care centers. *International Journal of Aging & Human Development, 52*(2), 115-135. doi: 10.2190/1219-B2GW-Y5G1-JFEG
- Schiamberg, L. B., Barboza, G. G., Oehmke, J., Zhang, Z., Griffiore, R. J., Weatherill, R. P.,... & Post, L. A. (2011). Elder abuse in nursing homes: an ecological perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 23*(2), 190-211. doi: 10.1080/08946566.2011.558798
- Schiamberg, L. B., Oehmke, J., Zhang, Z., Barboza, G. E., Giffiore, R. J., Von Heydrich, L., & 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*, 65-83. doi: 10.1080/08946566.2011.608056
- 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. doi: 10.1093/geront/gnp093
- 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. doi: 10.4321/S1134-928X2015000300002
- Touchstone, M. (2010). Professional Development. Part 5: core humanistic values. *Emergency Medical Services Magazine, 39*(6), 27-28.
- Walent, R. J., & Kayser-Jones, J. (2008). Having a voice and being heard: nursing home residents and in-house advocacy. *Journal of Gerontological Nursing, 34*(11), 34-42.
- Whitbourne, S. K., Culgin, S., & Cassidy, E. (1995). Evaluation of intonation and content of speech directed at the aged. *International Journal of*

Aging & Human Development, 41(2), 109-117. doi: 10.2190/J9XE-2GB6-H49G-MR7V

Wood, L. A., & Ryan, E. B. (1991). Talk to elders: Social structure, attitudes and forms of address. *Ageing and Society*, 11, 167-187. doi: 10.1017/S0144686X00003998

Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147-e156. doi: 10.1016/s2214-109x(17)30006-2

