



FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EN ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN
SANITARIA ESPECIALIDADE: INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Curso académico 2021-2022

TRABALLO DE FIN DE MESTRADO

Experiencias de las personas mayores
institucionalizadas relativas a los cuidados recibidos:
un proyecto de investigación cualitativa

Myriam Miranda Osset

Presentación 20 de Julio de 2022

Tutora:

Dra. Carla Freijomil Vazquez

1.	LISTADO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	4
2.	RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	5
3.	ABSTRACT AND KEYWORDS	7
4.	Resumo y palabras clave	8
5.	ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	10
5.1	Envejecimiento de la población en España y Galicia	10
5.2	Institucionalización de las personas mayores	11
5.3	Necesidad de cuidados básicos y especializados de las personas mayores	14
5.4	Cambio de paradigma en la asistencia a personas mayores: del paternalismo a la participación en la toma de decisiones	15
5.5	Experiencias de las personas mayores institucionalizadas.....	17
5.6	Problema de investigación.....	20
5.7	Justificación y aplicabilidad.....	21
5.8	Pregunta de investigación	21
5.9	Objetivos.....	21
5.10	Posición de la investigadora	22
6.	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	22
6.1	Bibliografía más relevante	24
7.	HIPÓTESIS	27
8.	METODOLOGÍA	27
8.1	Encuadre metodológico: paradigma y tipo de diseño.....	27
8.2	Población de estudio	28
8.3	Ámbito de estudio:	28
8.4	Muestreo y selección de participantes.....	30
8.5	Variables demográficas	31
8.6	Acceso al campo y técnica de recogida de datos.....	31
8.7	Análisis de los datos	34
8.8	Rigor y credibilidad de la investigación.....	35
8.9	Limitaciones del estudio	36
9.	PLAN DE TRABAJO	36

10. ASPECTOS ETICOS	37
10.1 Consideraciones éticas.....	37
11. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS	38
11.1 Colectivos profesionales de interés	38
11.2 Difusión de resultados	38
12. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	42
12.1 Recursos necesarios	42
12.2 Posibles fuentes de financiación.....	43
13 AGRADecIMIENTOS	45
14 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
15 ANEXOS.....	51

1. LISTADO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
CAEIG	Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia
DUE	Diplomada Universitaria en Enfermería
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
IDEGA	Instituto Universitario de Estudios e Desenvolvemento de Galicia
IGE	Instituto Galego de Estadística
INE	Instituto Nacional de Estadística
MEC	Mini examen cognoscitivo
PREM	Experiencia reportada por el paciente
PROM	Resultado reportado por el paciente
QoC	Calidad de la atención

2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

TITULO: Experiencias de las personas mayores institucionalizadas relativas a los cuidados recibidos: un proyecto de investigación cualitativa

RESUMEN:

Introducción: Existe un envejecimiento progresivo de la población en España, y en especial en Galicia, que es la tercera comunidad autónoma con mayor porcentaje de personas mayores. En esta etapa vital, la institucionalización es un fenómeno cada vez más común. Este grupo etario, por otra parte, cada vez más longevo, necesita cuidados básicos y especializados tanto por sus condiciones de pérdida de autonomía propias del envejecimiento natural, como por sus patologías crónicas. El mundo sanitario ha sufrido un cambio de paradigma en donde se ha ido pasando de una atención paternalista a otra en donde la autonomía y capacidad de decisión de los pacientes cada vez está más presente, sin embargo, en el ámbito de los cuidados de las personas mayores, todavía hay un modelo excesivamente paternalista. Según la Sociedad Española de Geriátrica es necesario cambiar las tendencias actuales para llegar a un nuevo paradigma en la atención, evolucionando de un modelo paternalista a otro más acorde con entre otras cosas, el reconocimiento de sus derechos, el respeto y el apoyo para el ejercicio de su autonomía y el cuidado centrado en el desarrollo del proyecto de vida que hace única a cada persona.

Objetivo: Explorar las vivencias y las percepciones de personas mayores que se encuentren institucionalizadas en un centro residencial en relación a los cuidados recibidos y su participación en la toma de decisiones sobre sus cuidados.

Metodología: Se llevará a cabo un estudio cualitativo fenomenológico. Los informantes serán seleccionados a través de un muestreo intencional entre los residentes de dos Centros de Mayores del Área Sanitaria de A Coruña- Cee. La recopilación de los datos se realizará mediante entrevistas semiestructuradas individualizadas. El análisis de datos se llevará a cabo siguiendo la propuesta

fenomenológica de Colaizzi, en las siguientes fases: transcripción, reducción, codificación y categorización.

Palabras clave: Personas mayores, residencias de ancianos, cuidados, experiencias, toma de decisiones.

3. ABSTRACT AND KEYWORDS

TITLE: Institutionalised elderly people's experiences of care: a qualitative research project

ABSTRACT:

Introduction: There is a progressive ageing of the population in Spain, and especially in Galicia, which is the third autonomous community with the highest percentage of elderly people. At this stage of life, institutionalisation is an increasingly common phenomenon. This age group, on the other hand, which is increasingly older, needs basic and specialised care due to the loss of autonomy inherent to natural ageing, as well as to their chronic pathologies. The healthcare world has undergone a paradigm shift from paternalistic care to one in which the autonomy and decision-making capacity of patients is increasingly present; however, in the field of care for the elderly, there is still an excessively paternalistic model. According to the Spanish Society of Geriatrics, it is necessary to change the current trends to reach a new paradigm in care, evolving from a paternalistic model to one that is more in line with, among other things, the recognition of their rights, respect and support for the exercise of their autonomy and care focused on the development of the life project that makes each person unique.

Aim: To explore the experiences and perceptions of elderly people who are institutionalised in a residential centre in relation to the care they receive and their participation in decisions about their care.

Methodology: A qualitative phenomenological study will be carried out. The informants will be selected through a purposive sampling among the residents of two Elderly Care Centres in the Health Area of A Coruña-Cee. Data collection will be carried out by means of individualised semi-structured interviews. The analysis will be carried out in the following phases: transcription, reduction, coding and categorisation; using Colaizzi's phenomenological approach.

Keywords: Elderly people, nursing homes, care, experiences, decision making.

4. RESUMO Y PALABRAS CRAVE

TITULO: Experiencias das persoas maiores institucionalizadas relativas aos cuidados recibidos: un proxecto de investigación cualitativa

RESUMO:

Introdución: Existe un envellecemento progresivo da poboación en España, e en especial en Galicia, que é a terceira comunidade autónoma con maior porcentaxe de persoas maiores. Nesta etapa vital, a institucionalización é un fenómeno cada vez máis común. Este grupo etario, por outra banda, cada vez máis lonxevo, necesita cuidados básicos e especializados tanto polas súas condicións de perda de autonomía propias do envellecemento natural, como polas súas patoloxías crónicas. O mundo sanitario ha sufrido un cambio de paradigma onde se foi pasando dunha atención paternalista a outra onde a autonomía e capacidade de decisión dos pacientes cada vez está máis presente, con todo, no ámbito dos cuidados das persoas maiores, aínda hai un modelo excesivamente paternalista, segundo a Sociedade Española de Xeriatria é necesario cambiar as tendencias actuais para chegar a unha novo paradigma na atención, evolucionando dun modelo paternalista a outro máis acorde con entre outras cousas, o recoñecemento dos seus dereitos, o respecto e o apoio para o exercicio da súa autonomía e o cuidado centrado no desenvolvemento do proxecto de vida que fai única a cada persoa.

Obxectivo: Explorar as vivencias e as percepcións de persoas maiores que se atopan institucionalizadas nun centro residencial en relación aos cuidados recibidos e a súa participación na toma de decisión sobre os seus cuidados.

Metodoloxía: se levará a cabo un estudo cualitativo fenomenolóxico. Os informantes serán seleccionados a través dunha mostraxe intencional entre os residentes de dous Centros de Maiores da área Sanitaria da Coruña- Cee. A recompilación dos datos realizátese mediante entrevistas semiestructuradas

individualizadas. A análise se levará a cabo seguindo a proposta fenomenológica de Colaizzi, nas seguintes fases: transcripción, redución, codificación e categorización.

Palabras chave: Persoas maiores, residencias de anciáns, cuidados, experiencias, toma de decisións.

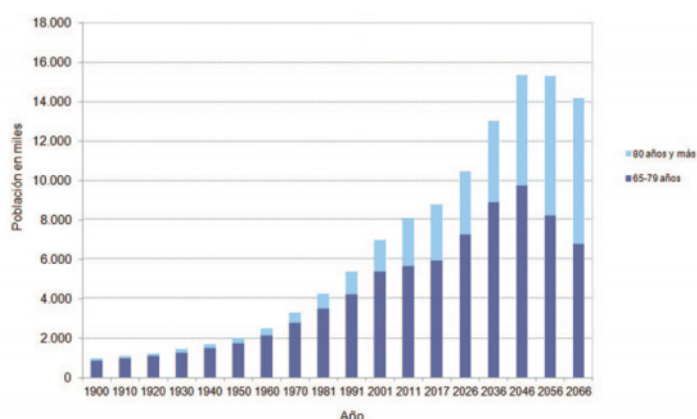
5. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

5.1 Envejecimiento de la población en España y Galicia

En España, la pirámide poblacional presenta un aumento progresivo del envejecimiento que se mide por la proporción de personas con 65 o más años (1). Según datos del INE, a 1 de enero del 2021 había un 19,77 % de personas mayores sobre el total de la población, y esta cifra sigue aumentando. En la proyección del INE (Figura 1) en 2068 se puede llegar a 14 millones de personas mayores lo que supone un 29,4 % del total (2) .

Por otra parte, la proporción de octogenarios sigue y ya representan el 6,1% de toda la población, y seguirán ganando peso entre la población mayor en un proceso de envejecimiento de los “ya mayores” y los centenarios empiezan a hacerse notar existiendo 11.229 empadronados en el 2020 (2)

Figura 1



Si analizamos los datos de envejecimiento por comunidades, Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco, Aragón y Cantabria son las comunidades autónomas más envejecidas, con proporciones de personas mayores que superan el 21%. En el lado contrario, Murcia, Baleares y Canarias son las comunidades con proporciones más bajas, por debajo del 16% (2). Además, los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE)(3) reflejan una tendencia que se ha mostrado imparable durante los últimos años, en la que Galicia, ha

vuelto a registrar un nuevo máximo nivel de envejecimiento, con un incremento 5,1 puntos respecto al año anterior (en 2020 la cifra fue del 202,2 %), alcanzando un 207,3 %. Estos datos se traducen en que hay 207 mayores de 64 años por cada 100 menores de 16.

Por provincias, Ourense es la más envejecida, con un índice del 303,7 %, seguida de Lugo (273%), A Coruña (198%) y Pontevedra (174%). Concretamente, Ourense y Lugo se sitúan en el segundo y tercer puesto de provincias con población más envejecida de España, solo adelantadas por Zamora, que cuenta con una tasa del 308,3 %(3).

Con estas cifras, Galicia se sitúa como la segunda comunidad autónoma con mayor tasa de envejecimiento. (3).

Además de las cifras actuales en donde se hace evidente el progresivo envejecimiento de la población gallega, hay que tener en cuenta cual es la tendencia y los estudios de proyección a futuro; En el documento de proyecciones demográficas para los horizontes 2015, 2020, 2025 y 2030, realizado para el “Instituto Universitario de Estudios e Desenvolvemento de Galicia (IDEGA)”, (Aldrey, Fernández y López, 2013)(4) se evidencia que Galicia, presenta una evolución demográfica y un saldo vegetativo tremendamente negativos, en un contexto de fuerte emigración tradicional y actual (con salidas importantes de adultos jóvenes). Según datos del Instituto Galego de Estadística (IGE) en el año 2031 más del 33% de los gallegos serán jubilados en 2031 frente al 24,3% de la actualidad (5).

5.2 Institucionalización de las personas mayores

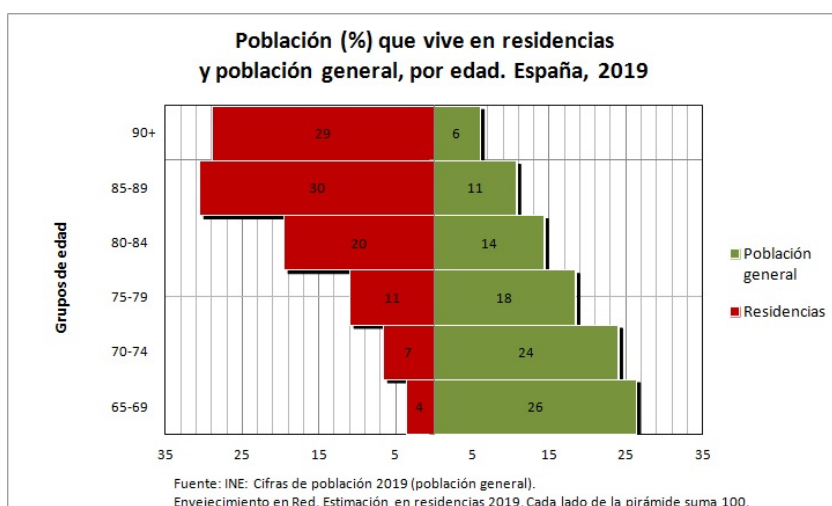
El ingreso en residencias ha sido denominado con el concepto de “institucionalización”, para diferenciarlo de la atención comunitaria y denotar su carácter de especialización (6).

Debido al envejecimiento paulatino de la población, cada vez es mayor el número de ancianos con necesidades especiales que deben ser realizadas por una tercera persona. En la mayoría de los casos la situación se convierte en insostenible para el cuidador, que suele ser un familiar, por lo cual, decide institucionalizar a la persona mayor (7) .

Los motivos de los cuidadores para la institucionalización de los ancianos son múltiples pudiendo encontrarse entre ellos los trastornos neuropsiquiátricos y de la conducta, la dependencia para las actividades de la vida diaria, los síntomas físicos y psicológicos del cuidador y la incapacidad del cuidador para hacerse cargo del anciano (7).

a. Datos y regulación de las residencias en España y Galicia

Según datos del INE Envejecimiento en Red (8) recogidos en el 2019, el porcentaje de personas mayores en residencias va desde el 4% en el grupo de edad de 65 a 69 años hasta el 30% aproximadamente en el grupo de 85 a 90+.



En cuanto a la cantidad de plazas en residencias en Galicia, que se cuantifica a través de la ratio de “plazas residenciales por 100 personas > de 60 años” esta es de 3,1 %, por debajo de la media española que es del 4,1 %, y dentro de Galicia, la provincia de A Coruña es una de las de menor porcentaje solo ligeramente por encima de Pontevedra con un 2,5. (9)

En cuanto a la relación público privado, la provincia de A Coruña tiene una proporción de residencias privados en relación a los públicos de 74,6%, por encima de la media española que es del 68%

El Decreto 243/1995, de 28 de julio, es el que regula lo relativo a las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores de la Consellería de Sanidade y Servicios Sociais de la Xunta de Galicia. En este decreto se definen, entre otras cosas, la clasificación del tipo de

residencia según su tamaño y los profesionales y la ratio de los mismos según tipo de residente que podemos ver en las siguientes tablas I y II (10).

Tabla I: Clasificación de las residencias

Mini residencias	De 13 a 59 plazas
Residencias	De 60 a 120 plazas
Grandes centros residenciales	Más de 120 plazas

Tabla II: Los requisitos de personal

Personal	Residencias
Personal atención directa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se entiende por atención directa personal gerocultor o sanitario. ▪ Ratio mínima 0,20 para módulos de personas válidas. ▪ Ratio mínima 0,35 para módulos de personas asistidas.
Personal atención indirecta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No menciona
Dirección	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe contar con la figura del responsable
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasta 40 plazas asistidas: Médico o DUE localizable 24 horas / día. ▪ 40 o más plazas asistidas: Médico localizable 24 horas / día y DUE presente 24 horas / día.

Esta ley dice que “Sin perjuicio de lo anterior se deberá prestar una asistencia sanitaria integral a todos los residentes, a través de prestaciones de servicios profesionales propios o concertados” pero no especifica titulaciones ni ratios para otro tipo de profesionales más allá de lo anteriormente expuesto en el cuadro anterior, esto hace que quede a la decisión del centro el contar con

perfiles como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, podólogos, psicólogos u otro tipo de profesionales. En cuanto al personal auxiliar/cuidadores y a pesar de la vaguedad de la ley que solo especifica (gerocultor o sanitario) las titulaciones que se consideran en estos momentos que cumplen este requisito son la de “Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería” que es un título de Formación profesional de grado medio y personas con “Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a personas dependientes” en instituciones sociales del Ministerio de Educación, formación que suele tener una duración de 5 meses y al que se accede con el requisito de estar en posesión del título de estudios de la ESO. Esta titulación se regula a nivel nacional según la ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las personas en situación de dependencia que dice que será obligatorio la obtención de dicho Certificado de Profesionalidad para trabajar en centros que presten servicios de Atención Sociosanitaria, centros residenciales, centros de día y centros de ayuda a personas dependientes (11).

5.3 Necesidad de cuidados básicos y especializados de las personas mayores

Las personas mayores requieren en mayor o menor medida cuidados permanentes por su condición de pérdida de autonomía para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) derivadas de la vejez, así como por un aumento de los problemas o enfermedades crónicas de larga duración que requieren además de los cuidados básicos (vestir, comer, aseo...), de cuidados asistenciales más especializados por parte de profesionales sanitarios cualificados para ello como pueden ser médicos, enfermeras, fisioterapeutas.... Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017 (12), la bronquitis crónica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la hipertensión, la diabetes y la artrosis son enfermedades prevalentes en las personas mayores (de 65 años y más) que, unidas a los procesos naturales y fisiológicos del envejecimiento, tienen como consecuencia una mayor demanda de cuidados básicos y especializados para este grupo de población

Según el Informe de Limitación y Discapacidad del ENSE 2017 del Ministerio de Sanidad (12) “En la población de 65 y más años con alguna limitación para ABVD, el 84,87% dispone de ayudas técnicas o personales al menos para una

de las actividades (el 87,26% de los hombres y el 83,86% de las mujeres). La disponibilidad de ayuda es mayor al avanzar la edad, disponiendo de ayuda el 76,24% del grupo de 65 a 74 años y aumentando hasta el 91,67% en el grupo de 85 y más años. Entre quienes presentan alguna limitación, el 57,71% necesita ayuda o más ayuda de la que dispone.

El proceso de aceptación, afrontamiento y adaptación que una persona inicia ante la necesidad de tener que vivir en una residencia, incluye la premisa añadida de aceptar que precisa ayuda continuada para cubrir gran parte de sus necesidades. Estas necesidades superan las de carácter físico extendiéndose a sus necesidades psicológicas y sociales (13).

5.4 Cambio de paradigma en la asistencia a personas mayores: del paternalismo a la participación en la toma de decisiones

En los últimos tiempos y dentro del ámbito sanitario (y en menor medida en el ámbito sociosanitario), se ha experimentado un cambio de cultura pasando de un paradigma paternalista en donde el profesional decide qué necesita la persona a su cuidado, a una nueva tendencia, en donde la persona pasa a estar en el centro de la atención, empoderándolo y dándole autonomía y capacidad de decisión (14)

Podríamos definir la toma de decisiones como una capacidad personal o individual que se transforma a lo largo de la vida de todos los que envejecen(15). Conforme el individuo avanza hacia la vejez, el proceso de toma de decisiones se va modificando. Participar en la toma de decisiones lo define Sheridan como «un proceso en el cual los pacientes se involucran como agentes activos junto al profesional sanitario en la clarificación de las diferentes opciones clínicas y en la elección de ciertos tratamientos adecuados a su caso» (16)

Sin embargo, en muchos casos, y por distintas razones, los ancianos dejan en manos de otras personas que los rodean, ya sea familiares o personas que están a su cuidado, la toma de decisiones de situaciones que pueden ser fundamentales para su bienestar, que Coulter lo resume como “*decision about me, without me*” (17)

Todo proceso de toma de decisiones tiene que analizar el nivel de independencia con el que la decisión es tomada, especialmente en aquellos casos en que por distintas circunstancias las personas se encuentran limitadas o incapacitadas para tomar decisiones por sí mismos como en casos de discapacidad mental, demencia senil, u otros trastornos generados por la edad o la vejez (18).

Es posible señalar al paternalismo como una de las posibles formas de detrimento de la autonomía del paciente. En las acciones paternalistas, con el propósito de proporcionar beneficios o evitar daños, un profesional, la familia o un cuidador puede decidir por y sobre la persona mayor, sin que este participe en dicha decisión

Según Feinberg J.(19) hablamos de paternalismo fuerte cuando las personas que rodean a la persona mayor deciden sobre ella, a pesar de ser capaz de decidir por sí mismo autónomamente y hablamos de paternalismo débil, cuando se decide por personas mayores incapaces de decidir por ellos mismos, así como por aquellos cuya autonomía se encuentra temporal o permanentemente comprometida

Por otra parte, hay quienes argumentan a favor del paternalismo, justificando que hay enfermedades y circunstancias que implican una reducción en la autonomía del paciente, siendo por ello aceptable que el profesional o la familia actúe con paternalismo no autorizado, porque su objetivo es siempre promover el bienestar de la persona(20)

Cuando el profesional se encuentra en una situación donde las consecuencias de la toma de decisión tienen como único protagonista al mayor debe tener presente la escucha orientada en la opinión, en el argumento, en su costumbre, en su motivo, en el disentir y contradecir, e incluso en su capricho como justificaciones para mantener o cambiar sin presiones su punto de vista. Centrarnos en la persona es posicionarnos en que la persona es el fin y no el medio para resolver el problema” (21)

En la actualidad existe una nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales: Se busca un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer su salud y su calidad de vida, que tomen sus decisiones y puedan seguir considerándose a sí mismos como personas independientes y plenas de derechos (22).

5.5 Experiencias de las personas mayores institucionalizadas

Hasta ahora se ha hablado de “satisfacción” para conocer el impacto de la atención sobre las personas atendidas. La satisfacción es una construcción muy subjetiva, extraordinariamente influida por las expectativas y muy relacionada con las habilidades comunicativas de los profesionales y del contexto del contacto(23). Manary et al (23) sugieren ir más allá de la satisfacción que se ha utilizado clásicamente para medir e interesarse por aspectos que definen las experiencias de las personas atendidas.

Cada vez hay más opiniones que sitúan la experiencia de paciente/usuario como el tercer pilar de la calidad de los cuidados y, además, como un elemento clave para la mejora de la asistencia en el contexto de la atención centrada en la persona en donde hay que dar un paso más y superar el paradigma que todavía está presente de “todo por el paciente/usuario, pero sin él” (17)

Necesitamos que las personas mayores compartan información sobre ellos mismos y sus necesidades para animarlas a participar en su atención y cuidados. “La conexión humana, es decir, generar confianza y compenetración, es fundamental para este intercambio de información; una conexión construida sobre las percepciones y aspiraciones de la persona mayor, de respeto y reconocimiento de su identidad, conducen a su participación en la atención de la salud” (24).

En la revisión de la literatura realizada por Cleveland et al (25) sobre la calidad de la atención y/o la atención centrada en la persona en el cuidado de personas mayores, se identificaron nueve temas clave como destacados para la calidad de la experiencia de atención centrada en la persona que incluyen:

- Tratar a las personas mayores con respeto y dignidad
- Reconocer y apoyar su identidad espiritual, cultural, religiosa y sexual
- Las habilidades y la formación del personal de atención a la tercera edad que brinda atención
- Relaciones entre la persona mayor y el personal de atención a la tercera edad
- Las relaciones sociales y la comunidad

- Apoyar a la persona mayor para que tome decisiones informadas
- Apoyar la salud y el bienestar de la persona mayor
- Garantizar la prestación de atención segura en un entorno de servicio cómodo
- La capacidad de presentar quejas y proporcionar comentarios a la organización de cuidado de personas mayores

Estos hallazgos resaltan la importancia de la atención centrada en la persona y conocer las experiencias de atención de los mismos como principios fundamentales de la calidad de la prestación de cuidados a personas mayores

El cambio de cultura en las residencias de mayores que está pasando de la atención orientada a las tareas a la atención centrada en la persona ha creado la necesidad de evaluar la calidad de la atención (QoC) experimentada desde la perspectiva del usuario para conocer sus expectativas y preferencias(26).

En la actualidad, existe un creciente interés por evaluar la percepción en los servicios de atención, centrados en las relaciones y cuestiones prácticas, evaluados con medidas de experiencia informadas por el usuario (27)

En literatura científica existente se describen las experiencias de los residentes en cuanto a la organización de la atención sanitaria y los cuidados recibidos, así como su participación en los mismos. Uno de los temas más presentes en los estudios revisados (28–33) con respecto a la prestación de unos cuidados de calidad, es el de la rapidez con la que el personal debe atender a las demandas de las personas mayores. Las intervenciones cuidadoras eficaces suponen proporcionar cuidados de Enfermería a tiempo y ayudar a los residentes tan pronto como lo necesitan. Los/las residentes afirman con frecuencia que los profesionales de Enfermería siempre tienen prisa, siempre están ocupados como para atenderlos adecuadamente, y que tienen que esperar durante "eternidades" para tener respuesta a sus necesidades. (30) La situación de espera provoca en los/las residentes la percepción de que las personas cuidadoras no les están prestando suficiente atención y les produce sentimientos y estados negativos como ansiedad, abandono, desequilibrio, dependencia, suciedad, miedo, enfado, agitación, dolor, frustración, humillación, tristeza, pena, agresividad, molestia, vergüenza, depresión, disgusto, desesperación y malestar (30). También encontramos que algunas personas mayores, que se encuentran en

una situación de extrema dependencia hacia el personal asistencial, sienten mermada su capacidad de autodeterminación (30). En el estudio de Gutierrez et al., se concluye que, las personas mayores institucionalizadas, pierden parte de su libertad para decidir y obtienen a cambio seguridad. El poder de decisión es cedido; las personas mayores han de acogerse a una disciplina horaria, a unas normas de comportamiento y a unas normas referidas a los espacios físicos. Lo que la institución les ofrece a cambio de esta cesión con respecto a la toma de decisiones, es seguridad (32). En el estudio de BangerterL et al., se evaluó la calidad de la atención percibida por los ancianos y sus familiares en seis dominios clave en donde, sentirse como en casa en la propia habitación fue la característica más importante. El hecho de que el personal asistencial pueda pasar suficiente tiempo con los residentes, el sentirse como en casa en los espacios compartidos y el hecho de que el personal sea muy flexible en las rutinas de atención fueron también características identificadas como importantes para ambos grupos (28). El movimiento de cambio de cultura de las residencias de ancianos aboga por que los residentes puedan tomar decisiones sobre aspectos importantes de su atención (28). En el estudio de Bangerter L et al., se examinó también, la asociación entre la elección percibida por los residentes y la satisfacción con las preferencias de atención, concluyendo que, a mayor capacidad de elección percibida por los residentes, mayor sentimiento de satisfacción con sus preferencias de atención. Los participantes indicaron que no percibían ninguna opción como resultado de las rutinas, actividades y otros aspectos de la atención predeterminados. Tenían la sensación de que varios aspectos de la atención estaban predeterminados para el residente sin su opinión o elección y, sin embargo, los residentes sugirieron que la libertad de elección estaba asociada a una comunicación abierta con el personal sobre sus preferencias.

Las historias sobre experiencias, las llamadas narrativas, ayudan a las personas a dar sentido a su mundo, a sus relaciones y a sí mismas, y pueden ayudar a las residencias de ancianos a centrarse en lo que realmente importa (34). Pueden ayudar a identificar qué es lo más importante para los residentes y pueden respaldar iniciativas de mejora de la calidad (35). Las narrativas son capaces de capturar una experiencia que se enriquece al incorporar emociones, explicar la lógica y proporcionar detalles sobre las relaciones de cuidado (36)

5.6 Problema de investigación

El envejecimiento de la población presenta retos y nuevos planteamientos diferentes a los que existían hace años; unido a una mayor esperanza de vida y a una gran necesidad de cuidados en una larga etapa de la vida como es en estos momentos la llamada “vejez” está la dificultad de la sociedad para cuidar a su población mayor dentro del ámbito familiar y de una forma más individualizada. Por otro lado, aunque se ha avanzado mucho en cuanto a la autonomía de los pacientes en general, en el cuidado y el trato a los mayores todavía existe una cultura “paternalista” y unas estructuras de cuidados excesivamente estandarizadas en donde las decisiones sobre los cuidados que reciben son tomadas por otros, también hay que tener en cuenta, la falta de conocimiento de qué es lo verdaderamente importante para estas personas y de qué forma quieren ser cuidadas, por tanto, resulta cada vez más necesario darles voz y poder tener más conocimiento de sus valores y necesidades que no tienen por qué coincidir con las que puedan tener otros segmentos de la población que todavía no han llegado a esa edad. En la búsqueda bibliográfica realizada se ha encontrado que el conocimiento se ha centrado fundamentalmente en las experiencias de cuidadores o familia, pero raramente en las personas mayores, también aparece literatura sobre la medición de la satisfacción a través de herramientas cuantitativas como son las encuestas de satisfacción o calidad de vida y muy pocas a través de metodología cualitativa que pueda aportar matices a los que los cuestionarios cerrados no llegan.

Explorar profundamente lo que sienten, sus creencias y sus condicionantes sobre todo lo en todo lo que se refiere a sus cuidados, conocer el qué, el cómo, el dónde, el cuándo y el por quién con sus propias palabras puede aportarnos un saber y comprensión de una importante parte de nuestra sociedad como es la población mayor y que hasta ahora, por todo lo anteriormente expuesto ha sido muy poco escuchada.

Es especialmente importante realizar este ejercicio de conocimiento en el ámbito de la persona mayor institucionalizada ya que es más fácil que en lugares como las residencias de ancianos donde la atención y cuidados está muy estructurada, estandarizada y organizada por otras personas, se pierda la individualización de

los cuidados y se olvide la participación de los mayores en las decisiones que tienen que ver con lo que les concierne.

5.7 Justificación y aplicabilidad

El objetivo de este estudio es conocer las experiencias de las personas mayores institucionalizadas en cuanto a los cuidados recibidos. Tras realizar la búsqueda de la búsqueda bibliográfica se evidencia que la literatura científica sobre este tema es escasa. Los resultados de este estudio permitirán aportar conocimiento que ayude a mejorar los modelos de cuidados y de participación de las personas mayores en los mismos desde la base de sus necesidades y prioridades lo que puede ayudar a mejorar la calidad de vida de estas personas, la planificación de los cuidados podría adaptarse y organizarse en torno a las necesidades reales de las personas dando relevancia a su autonomía y dignidad.

5.8 Pregunta de investigación

La pregunta de investigación se ha estructurado según el acrónimo PICO (37)

- Paciente o problemas de interés (P): Personas mayores institucionalizadas
- Intervención (I) a considerar: intervención exploratoria
- Comparación (C) no procede por el tipo de diseño de estudio
- Resultado (O de outcome): Descripción de las experiencias relativas a los cuidados recibidos.

Por tanto la pregunta de investigación de este estudio es la siguiente: ¿Cuáles son las experiencias de las personas mayores institucionalizadas en cuanto a los cuidados recibidos?

5.9 Objetivos

Objetivo general:

- Conocer las experiencias de las personas mayores institucionalizadas en cuanto a los cuidados recibidos.

Objetivos específicos:

- Describir la percepción de las personas mayores institucionalizadas relativa a la relación establecida con los profesionales sanitarios que le brindan los cuidados.
- Conocer las experiencias de las personas mayores institucionalizadas en cuanto su participación en la toma de decisiones compartidas y su autonomía relativas a los cuidados recibidos por parte de los profesionales.

5.10 Posición de la investigadora

La investigadora es Diplomada en Enfermería y alumna del Máster en Asistencia e Investigación Sanitaria, perteneciente a la Universidad de A Coruña.

Tengo amplia experiencia profesional, tanto en el ámbito sanitario como enfermera y en el ámbito sociosanitario como docente; mi acercamiento al mundo del cuidado de los mayores en residencias se ha dado como formadora del título de Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria, en donde he podido apreciar, por una parte, la desigual calidad de atención de unos centros a otros, la escasa preparación de los cuidadores con esta certificación y por último, una concepción de la sociedad en general en la cual a las personas mayores no se les reconoce su capacidad para tomar decisiones por su edad o por su condición de dependencia. Esto unido a mi interés personal y profesional en la bioética, me hace por una parte conocer e interesarme por la temática de este estudio, pero por otra parte ser consciente de que puedo tener ya determinadas percepciones preconcebidas por lo que, para evitar condicionar el resultado, realizaré una aproximación a las vivencias de los participantes desarrollando preguntas abiertas, que no condicionen la respuesta, respetando su discurso y sin emitir juicios de valor.

6. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para hacer la búsqueda bibliográfica elegimos las palabras clave en la enciclopedia médica de MedlinePlus términos MESH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud). Se hizo una investigación bibliográfica referente al tema en distintas bases de datos como son: CINAHL,

Dialnet, PsycINFO, PubMed y Scopus. Dicha búsqueda se realizó entre enero y febrero de 2022

Se ha empleado el límite temporal en artículos publicados en los últimos 5 años. También se ha utilizado el límite de idioma (español, inglés y portugués). Así mismo, en algunas bases de datos se han aplicado otros filtros de búsqueda: en el caso de Scopus se ha limitado por área temática a las áreas de Medicina y Enfermería o se han excluido pacientes hospitalizados y externos en PsycINFO así como se ha filtrado la población a mayores de 65 años

En la siguiente tabla (tabla III) se muestra la estrategia de búsqueda.

1. Tabla III Estrategia de búsqueda

Base de datos	Palabras clave	Filtros	Resultados
CINAHL	"Nursing homes" AND "Patients experience"	Mayores de 65 años idioma inglés portugués y español Artículos académicos Últimos 5 años	63
Dialnet	("Nursing homes" OR "Homes for the aged" OR "Institutionalized patients") AND ("elderly people" AND "patients experiences")	Artículos de revista 5 últimos años	3
PsycINFO	"elder care" AND "nursing homes" AND "patients experiences"	5 años (01-02-2016 a 01-02-22) Español Inglés Portugués revistas científicas, excluidos pacientes hospitalizados y paciente externo. Mayores de 65 años	73
PubMed	("nursing homes" [Mesh] OR "homes for the aged" [Mesh] OR "institutionalized patients" [tiab]) AND ("patients experiences" [tiab])	Rango 5 años Inglés Español 65 años o más	71

Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("nursing homes") OR TITLE-ABS-KEY ("homes for the aged") OR TITLE-ABS-KEY ("institutionalized patients") AND TITLE-ABS-KEY ("patient experience") OR TITLE-ABS-KEY ("personal narrative") AND TITLE-ABS-KEY ("elderly people ")-	Rango de 5 años Español, inglés y portugués Medicina y Enfermería Artículos y Revisiones	211
Web of Science	"nursing homes" AND "patients experience"	Últimos 5 años Español inglés y portugués Artículos y Revisiones Áreas: Enfermería, Geriátría y gerontología. Servicios de cuidados en salud Medline excluida	87
Lilacs	"nursing homes" AND "patient experience"	Últimos 5 años Español, inglés y portugués	22

(Gestor bibliográfico Mendely)

6.1 Bibliografía más relevante

De la bibliografía seleccionada para realizar este proyecto de investigación, destacamos los siguientes artículos. El motivo de elección de los mismos es que el tema de investigación son las experiencias de las personas mayores en residencias en cuanto a sus necesidades y cuidados y su capacidad de participación en las decisiones sobre las mismas.

- Blanca-Gutiérrez, JJ, Linares-Abad M et al. The Experiences of Older People Living in Nursing Homes: The Theory of "Exchange Dyads". Aquichan 2013;12

Este estudio cualitativo tiene como objetivo el estudiar las experiencias vitales y el proceso de adaptación social de las personas mayores que viven en 16 hogares para ancianos de la provincia de Córdoba, el resultado obtenido ha sido que en las residencias para ancianos se establece una situación de intercambio, en la que la persona mayor cede la totalidad o parte de una serie de cualidades, obteniendo a cambio otras que son características de este tipo de instituciones. Estas cualidades que se intercambian pueden organizarse en forma de díadas, siendo la principal la cesión del poder de decisión, a cambio de la obtención de unas condiciones más óptimas de seguridad y aceptación (32).

- Milte R, Ratcliffe J et al. What Characteristics of Nursing Homes Are Most Valued by Consumers? A Discrete Choice Experiment with Residents and Family Members. Value in health. 2018; 21:7

El objetivo de este estudio fue generar un algoritmo de puntuación ponderado en función de las preferencias de 126 residentes en Australia para evaluar la calidad de la atención en las residencias en seis dominios clave. Los resultados indicaron que los seis atributos investigados fueron factores estadísticamente significativos para los participantes. Sentirse como en casa en la propia habitación del residente fue la característica más importante tanto para los residentes como para los familiares. El hecho de que el personal asistencial pueda pasar suficiente tiempo con los residentes, el sentirse como en casa en los espacios compartidos y el hecho de que el personal sea muy flexible en las rutinas de atención fueron también características identificadas como importantes (29).

- Milte R, Mpundu-Kaambwa C et al. What Constitutes Preferred Long-Term Care Provided in Residential Aged Care Facilities? An Empirical Comparison of the Preferences of the General Population, Residents, and Family Members. Value in Health. (2018) 21(7) 843-849

El objetivo de este estudio es comparar las preferencias de tres grupos: la población general, los residentes y los familiares de las personas que viven en centros de asistencia de larga duración en Australia. Los 6 atributos a estudiar incluyeron: el nivel de tiempo que el personal de atención pasaba con los residentes, la comodidad de los espacios compartidos, la comodidad de sus propias habitaciones, el acceso al exterior y a los jardines, la frecuencia de las actividades significativas y la flexibilidad de las rutinas de atención. Las conclusiones fueron que, tanto para la población general como para la muestra de residentes, el hecho de que su propia habitación se sintiera "como en casa" fue lo que más influyó en las preferencias generales. Para la muestra de familiares, el mayor impacto lo tuvo el hecho de que el personal asistencial pudiera pasar suficiente tiempo (31).

- Bangerter LR, Heid AR et al. Honoring the Everyday Preferences of Nursing Home Residents: Perceived Choice and Satisfaction With Care. *The Gerontologist*. 2017, Vol. 57

El objetivo de este estudio es describir la percepción de 39 residentes de residencias de ancianos de Pensylvania (EEUU), sobre las opciones que tienen en cuanto a los cuidados que reciben mientras están en el entorno de la residencia. Examinando la asociación entre la elección percibida por los residentes y la satisfacción con las preferencias de atención que se cumplen utilizando un enfoque de métodos mixtos. El resultado obtenido fue que hay una asociación positiva entre la elección percibida por los residentes de y los sentimientos de satisfacción con el cumplimiento de sus preferencias de atención (28).

- Ogrin R, Meyer C, Appannah A, McMillan S, Browning C. The inter-relationship of diversity principles for the enhanced participation of older people in their care: A qualitative study. *Int J Equity Health*. 2020 Jan 28;19(1).

En este estudio cualitativo se exploró cómo se consideran los siguientes principios acerca de las necesidades de cuidados como son la conciencia de prejuicios y sesgos inconscientes, la promoción de la inclusión y la participación de las personas mayores en sus cuidados, el acceso y equidad,

el compromiso apropiado y la interseccionalidad desde la perspectiva de las personas mayores en Australia (38).

7. HIPÓTESIS

Los estudios cualitativos se centran en explorar el significado de las experiencias, la percepción y puntos de vista individual de las personas así como sus pensamientos. Las hipótesis no suelen establecerse antes de acceder al campo y de empezar a recoger datos y por tanto no se establece una hipótesis inicial, sino que surge a medida que la investigación se va realizando (39). Por tanto, parece más adecuado formular una pregunta de investigación: ¿Cuál es la experiencia de las personas mayores institucionalizadas en cuanto a los cuidados recibidos?

8. METODOLOGÍA

8.1 Encuadre metodológico: paradigma y tipo de diseño

Se llevará a cabo una investigación cualitativa desde un enfoque fenomenológico. El enfoque fenomenológico de investigación se fundamenta en el estudio de las experiencias de vida respecto de un suceso, desde la perspectiva del sujeto. Este enfoque asume el análisis de los aspectos más complejos de la vida humana, de aquello que se encuentra más allá de lo cuantificable. El objetivo que persigue es la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno. Para llevar a cabo una investigación bajo este enfoque, es indispensable conocer las vivencias por medio de los relatos, las historias y las anécdotas y entender la esencia misma, el modo de percibir la vida a través de experiencias y los significados que las rodean(40) .

El papel del investigador será describir y entender la experiencia de los participantes (41)

La pregunta clave a contestar desde la fenomenología será ¿Cuál es la experiencia y la percepción de las personas mayores institucionalizadas acerca de los cuidados recibidos y su participación en las decisiones sobre los mismos?

En la búsqueda de esta experiencia transitaremos por distintas fases que tendrán como objetivos (41):

- 1- **Describir el fenómeno:** Partiendo de la experiencia describirla de la manera más rica posible
- 2- **Buscar distintas perspectivas:** Tratando de obtener la mayor información posible desde distintos puntos de vista y fuentes.
- 3- **Buscar el significado y la estructura:** Encajar las piezas del puzzle buscando la estructura y sus relaciones, los investigadores deben hacer un ejercicio de distanciamiento de la actividad para verla sin juicios
- 4- Y por último **interpretar el fenómeno** sacando a la luz lo que no es obvio o superficial y profundizando y reflexionando sobre los significados encontrados

8.2 Población de estudio

La población de estudio serán las personas mayores de 65 años institucionalizadas del Área Sanitaria de A Coruña.

8.3 Ámbito de estudio:

Según datos de la memoria del 2020 del Área Sanitaria de A Coruña y Cee, esta área presta atención sanitaria a una población de 548.503 personas (262.368 hombres y 286.135 mujeres) (42)

Teniendo en cuenta esta misma área y según datos del CSIC (43) existen 47 centros residenciales distribuidos por población de la siguiente forma:

Población	Nº Centros	Población	Nº Centros
A Coruña	17	Coirós	2
A Laracha	2	Culleredo	5
Arteixo	1	Curtis	1
Bergondo	2	Oleiros	4
Betanzos	2	Pontedeume	3
Cambre	1	Sada	1
Carballo	2	Vilasantar	1
Carral	1	Vimianzo	2
TOTAL			47

Y distribuidos por tipo de centro:

Públicos	Privados sin ánimo de lucro	Privados	Total
8	9	30	47

Según los datos obtenidos, hay una mayoría de centros privados o privados sin ánimo de lucro, generalmente gestionados por órdenes religiosas o fundaciones como la “Fundación Amancio Ortega”.

De las 47, excepto 17 que están en la ciudad de A Coruña, el resto se encuentran dispersas por diferentes poblaciones más pequeñas del área.

Se pretende obtener un grupo heterogéneo en donde se dé cabida a las distintas percepciones en diferentes tipos de residencia, por lo que el grupo de participantes pertenecerá a mayores institucionalizados de 2 residencias diferentes, una del ámbito privado y otra pública. Las residencias seleccionadas son Residencia Domus VI de Matogrande y la Residencia Torrente Ballester. La residencia Domus VI de Matogrande es de titularidad privada y pertenece a una empresa de atención sociosanitaria llamada DOMUS VI con 206 centros en España, dispone de plazas privadas y de plazas concertadas con la Xunta de Galicia; en total dispone de 135 plazas residenciales y cuenta con los siguientes perfiles profesionales:

- Equipo médico
- Equipo de enfermería
- Auxiliar de enfermería de geriatría
- Trabajador social
- Terapeuta ocupacional
- Fisioterapeuta
- Monitor de ocio y tiempo libre

Esta residencia está situada en la ciudad y cuenta con un edificio de varias plantas que dan a la calle sin zonas exteriores ni jardines.

La residencia Torrente Ballester es de titularidad pública y su titularidad pertenece a la Consellería de Política Social, tiene 64 plazas para válidos y 32 para asistidos y cuenta con los siguientes perfiles profesionales:

- Servicio médico propio las 24 horas
- Personal de Enfermería propio las 24 horas

- Fisioterapia,
- Podología,
- Terapia ocupacional,
- Trabajador social

Además, cuenta con una unidad especializada en ancianos con Alzheimer. El edificio se encuentra en la ciudad cerca del mar, tiene varias plantas y cuenta con zonas exteriores.

8.4 Muestreo y selección de participantes

Los participantes serán seleccionados mediante muestreo intencionado, que es aquel en el que los sujetos de la muestra no son elegidos siguiendo las leyes del azar, sino de alguna forma deliberada (44). Para ello se establecerá, a través de los siguientes criterios de inclusión y de exclusión, perfiles de informantes cuyas características respondan al objeto de estudio (Tabla IV):

Tabla IV. Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Tener 65 años o más	Presentar diagnóstico de deterioro cognitivo o test MEC con puntuación < 23(*)
Residir en la residencia Domus VI o en la residencia Torrente Ballester durante al menos 1 año.	Encontrarse en una situación aguda en el momento
Personas que vivan en alguna de estas residencias permanentemente, independientemente del sexo.	No aceptar participar y/o no firmar el consentimiento informado

Para garantizar que se cumplen el criterio en cuanto a deterioro cognitivo, se deberá comprobar que no existe diagnóstico médico de deterioro cognitivo o en caso de que no exista esta información se podrá realizar el test previamente a la inclusión.

(*) El Mini Examen Cognoscitivo (MEC) (ver Anexo I), es un breve test desarrollado por Folstein et al, que se utiliza para detectar la existencia de deterioro cognitivo.

Este cuestionario, está conformado por diferentes áreas (45):

- Orientación: esta sección se compone de 5 preguntas para cada uno de los apartados de tiempo y espacio.
- Fijación: esta área tiene como objetivo que el sujeto fije y retenga en un corto periodo de tiempo 3 palabras.
- Concentración y cálculo: contiene dos tareas relacionadas con los números.
- Memoria: en este apartado se evalúa la capacidad de retención de las palabras expuestas en el área Fijación.
- Lenguaje y construcción: se recogen actividades asociadas a la nominación, comprensión lectura, escritura y dibujo.

Este test cuenta con una puntuación máxima de 35 puntos, existiendo diferentes niveles de deterioro cognitivo a partir de las siguientes puntuaciones (45):

Paciente geriátrico: punto de corte 23/24 (menos de 23 existe deterioro cognitivo, más de 24 no).

Se estima que el número de participantes será de entre 10 y 15, aunque es el criterio de saturación de datos el que determinará cuándo se dejará de seleccionar participantes. En la observación participante y en las entrevistas cualitativas no se conocen de antemano ni el número ni el tipo de informantes. A medida que progresa la investigación se van añadiendo nuevos casos. La selección de sujetos finaliza cuando el investigador considera que no hay nada nuevo en lo que dicen los informantes, esto es, cuando se ha alcanzado la saturación (46).

8.5 Variables demográficas

Los datos sociodemográficos que se recogerán a los participantes serán: tiempo viviendo en la residencia, edad, estado civil y si tienen hijos.

8.6 Acceso al campo y técnica de recogida de datos

a. Acceso al campo y estrategia de recogida de datos

Inicialmente, la investigadora se pondrá en contacto con los responsables o directores de los dos centros seleccionados, Domus VI y Torrente Ballester con

la finalidad de la proveer información referente a la naturaleza y el procedimiento del estudio a realizar, así como solicitar la autorización para el mismo.

En caso de que los centros acepten la participación en la presente investigación (Ver Anexo II), la investigadora se reunirá con los posibles participantes a través de los responsables de los centros para informarles acerca del estudio y solicitar su participación.

La investigadora tendrá una primera reunión con cada uno de los posibles participantes en la que explicará de forma individual, en qué consiste la investigación y en la que se dará un espacio para resolver dudas. Una vez explicado, se les dará un tiempo de aproximadamente una semana para que puedan pensar si desean participar y en caso afirmativo, la investigadora volverá a reunirse con los que hayan aceptado de forma individual y se les hará entrega de la hoja de información al participante (Anexo III) y el consentimiento informado (Anexo IV). En relación a los documentos, se modificará el tamaño y tipo de letra según las necesidades de la persona para garantizar que sea accesible. Una vez firmados los documentos, se establecerá fecha y hora de forma consensuada con ellos para la realización de la entrevista.

En cuanto a la estrategia de recogida de datos utilizaremos la entrevista en profundidad que será del tipo semi-estructurada. Los motivos por los que se ha elegido esta técnica son, porque presenta un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que, aunque se parte de preguntas “guionizadas”, durante el transcurso de la misma el investigador puede relacionar unas respuestas del informante con otras que van fluyendo en la entrevista y construir nuevas preguntas enlazando temas y respuestas. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los participantes con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (47).

a. Desarrollo de la entrevista

La entrevista se realizará en un lugar concertado, tranquilo, neutro como puede ser una sala de visitas del centro, o en algún otro lugar en el que se garantice que no estará presente ninguna persona ajena al estudio y en el que el participante se sienta cómodo, sin ruido y tranquilo. El momento es muy importante, porque la entrevista requiere de un tiempo concreto suficiente y tanto

el investigador como el participante no deben tener prisa. Es decir, cuando se inicia una entrevista esa debe ser toda la dedicación de los participantes. En principio hay que ajustarse al tiempo pactado de una hora.

Previamente se contará con un guion con los temas y preguntas (ver anexo IV) que se realizarán y se tendrán en cuenta las consideraciones éticas comprobando que tanto la hoja informativa como el consentimiento informado han sido debidamente explicados, comprendidos y firmados (ver anexo V).

Las pautas que guiarán la entrevista serán las siguientes:

Al inicio se explicará al entrevistado los propósitos de la entrevista y se solicitará autorización para grabarla o videograbarla

Se comenzará con preguntas fáciles y generales para romper el hielo para después entrar en los temas concretos vinculados a los objetivos de la investigación;

La actitud general de la entrevistadora debe ser receptiva y sensible y no mostrar desaprobación en los testimonios. Se seguirá la guía de preguntas de manera que el entrevistado hable de manera libre y espontánea, si es necesario se modificara el orden y contenido de las preguntas de acuerdo al proceso de la entrevista. No se debe interrumpir el curso del pensamiento del entrevistado y se dará libertad para tratar otros temas que la entrevistadora perciba relacionados con las preguntas. Con prudencia y sin presión invitar al entrevistado a explicar, profundizar o aclarar aspectos relevantes para el propósito del estudio (47). Por último, se hará una recapitulación de la conversación mantenida y se procurará que la entrevista termine con sensación de bienestar.

Las entrevistas se grabarán en audio y, tras la realización de las mismas, se tomarán las notas de campo oportunas, donde se registrarán las impresiones de la investigadora. Las entrevistas se transcribirán y se codificarán las identidades de los participantes con códigos alfanuméricos correlativos para garantizar su anonimato. Al finalizar el proceso de análisis, se procederá a la eliminación de los archivos de audio.

El material necesario estará formado por:

- Lápiz o bolígrafo.

- Cuaderno de campo o cuaderno de notas.
- Guión temático la de entrevista
- Grabadora a través de teléfono móvil para realizar la grabación de la conversación y facilitar posteriormente su transcripción (se utilizará la aplicación para móvil RecForge II audio recorder).

8.7 Análisis de los datos

Se utilizará el enfoque del análisis de contenido que se define como el proceso de identificación, codificación y categorización de los principales ejes de significado subyacente de datos. Este va más allá de la descripción de los componentes obvios y visibles de los datos (contenido manifiesto) para interpretar, realizar una abstracción de los datos accediendo así al significado oculto de los mismos (contenido latente) (48) El análisis se llevará a cabo a través de la propuesta fenomenológica de Colaizzi (49), siguiendo cuatro fases:

1. Transcripción:

1.1. Primera escucha de las grabaciones de las entrevistas.

1.2. Segunda escucha de las grabaciones de las entrevistas y transcripción literal de las mismas. Se transcribirán dejando pasar el mínimo tiempo posible desde que se realizaron. Se añadirán a las transcripciones las notas de campo recogidas durante las entrevistas (aspectos no verbales como gestos, silencios, dificultades, actitudes, impresión personal de la investigadora, etc.). Para finalizar, se llevará a cabo una lectura en profundidad de las transcripciones para darle sentido a los relatos de los participantes.

2. Reducción: se eliminarán los datos que no se ajusten a los objetivos del estudio.

3. Codificación: se asignará a cada idea o concepto (frase o párrafo) un código. Cada código irá acompañado de una definición en la que se explicará su significado

4. Categorización: las ideas y conceptos previamente codificados se agruparán en diferente categoría/tema. Tras la agrupación se realizará una representación gráfica de las relaciones entre categorías (diagramas de flujo) (49).

Para facilitar el manejo de los datos durante el análisis se empleará el programa informático ATLAS.ti.

8.8 Rigor y credibilidad de la investigación

Con el fin de aumentar el conocimiento científico las investigaciones deben asegurar una forma de trabajar rigurosa. Los criterios de veracidad que aseguran la rigurosidad y credibilidad de las investigaciones según Lincoln y Guba 1985 (50) son: la credibilidad, la transferibilidad, la consistencia y la confirmabilidad

La credibilidad (valor verdadero) se refiere a la consistencia entre los datos recogidos por el investigador y los datos presentes en el fenómeno de estudio (51). Para poder cumplir con este aspecto del rigor de la investigación, se tomarán las siguientes medidas: Para poder cumplir con este aspecto del rigor de la investigación, la investigadora, se servirá del cuaderno de campo para poder recoger por escrito aquellos aspectos, tanto objetivos como subjetivos, que iban apareciendo durante la realización de la entrevista. Además, las entrevistas se transcribirán al pie de la letra siguiendo el discurso de los participantes.

La transferibilidad (aplicabilidad) hace referencia al grado en el que los hallazgos pueden ser aplicados a otros contextos (51). Para poder garantizar este aspecto, se describirá detalladamente el proceso de investigación destacando el contexto, el ámbito de estudio, las características del muestreo o las variables sociodemográficas de los participantes que se han tenido en cuenta en este proceso.

La consistencia es la estabilidad y replicabilidad de los datos obtenidos. “Es el grado en que diferentes en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes” (51) Si otro investigador realizase una réplica del estudio en el mismo contexto los datos serían similares, pero no contradictorios. Para poder cumplir con este requisito y dado que este estudio solo lo realiza una investigadora, se asegurará que quede reflejada una descripción exhaustiva del proceso seguido en el desarrollo de la investigación y, especialmente, en el análisis de los datos.

La confirmabilidad (neutralidad) “Se trata de la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho” (51) para poder cumplir con este requisito se hará una descripción detallada y una transcripción literal de los datos, se contrastará los resultados con la literatura existente revisando los descubrimientos de otros investigadores. También se identificarán y se describirán posibles limitaciones de la investigadora

8.9 Limitaciones del estudio

Los resultados que se obtengan en el estudio pueden ser transferidos a otras personas mayores en residencias de mayores en otros contextos similares al de nuestro estudio, pero no se podrán establecer conclusiones generales.

Durante la entrevista, los participantes pueden sentir que las personas que les cuidan pueden llegar a conocer su opinión y temer de alguna manera que eso pueda perjudicarles. Se hará hincapié en que se mantendrá el anonimato de los/las participantes, y que conocer las experiencias nos permitirá ofrecerles una mejor atención de cuidados basados en las necesidades de los/las residentes.

9. PLAN DE TRABAJO

El plan de trabajo para llevar a cabo el proyecto se muestra en la Tabla II será desarrollado desde el mes de julio del 2022 hasta diciembre de 2023 con una duración de 18 meses.

Tabla V: Cronograma de trabajo

ACTIVIDADES	AÑO 2022						AÑO 2023										
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
Búsqueda bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Solicitud de los permisos	■	■															
Entrega y recogida de los consentimientos informados a los participantes			■	■	■												
Recogida de datos			■	■	■	■											
Transcripción de las entrevistas			■	■	■	■	■										
Análisis de los datos			■	■	■	■	■	■	■								
Redacción de resultados, conclusiones y discusión											■	■	■	■			
Difusión de resultados															■	■	■

10. ASPECTOS ETICOS

10.1 Consideraciones éticas

Uno de los requisitos indispensables para poder llevar a cabo la investigación, será contar con la aprobación del Comité Autnómico de Ética de la Investigación de Galicia (CAEIG) y el permiso al acceso al estudio por parte de las dos residencias de mayores elegidas del Área Sanitaria de A Coruña (anexos II y V). La investigación se realizará bajo el marco ético de la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y el Convenio de Oviedo, garantizando el cumplimiento de los principios bioéticos de la investigación médica en seres humanos: respeto a las personas, justicia, beneficencia y no maleficencia (del Estado, 1999; Manzini, 2000). Durante todo el proceso de estudio se garantizará la confidencialidad en cuanto a los datos e identidad de los participantes de acuerdo con la legislación vigente (53):

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica

reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Previo a la recogida de datos el investigador le explicará de forma detallada el estudio a los/as participantes y aclarará todas sus dudas. Será imprescindible que todos los/as participantes hayan leído y firmado tanto la hoja informativa (anexo II) como el consentimiento informado (anexo III). Cabe destacar que la participación de los sujetos es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar el estudio en el momento que lo deseen, si lo estiman oportuno. De ser así, todos los datos recogidos sobre el/la participante serán destruidos

A cada entrevistado/a se le adjudicará un código alfanumérico (EX) que se empleará durante todo el proceso de investigación para mantener su anonimato. El investigador se responsabilizará de eliminar cualquier dato o información de las transcripciones y grabaciones mediante los cuales los sujetos puedan identificarse. Todas las grabaciones estarán guardadas bajo clave en el ordenador del investigador y se destruirán una vez el estudio haya concluido.

11. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

11.1 Colectivos profesionales de interés

Se considera que los resultados del estudio son de interés para gerocultores (auxiliares de geriatría), profesionales de Enfermería, Medicina, Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social.

11.2 Difusión de resultados

Una vez concluida la investigación, sus resultados y conclusiones se difundirán en el ámbito científico tanto en publicaciones en revistas como a través de presentaciones en congresos y jornadas; el objetivo es llegar al mayor número de profesionales interesados en el tema de estudio

a. Revistas científicas

Para seleccionar las revistas científicas, internacionales y nacionales en las que se publicarán los resultados de investigación, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- El objetivo y el alcance de la revista: revistas que publiquen investigaciones en el contexto de los cuidados a personas mayores, especialmente en el ámbito residencial y que estén dirigidas a profesionales de Enfermería, gerocultores, trabajadores sociales, psicólogos y a otros profesionales de la salud.
- El impacto de la revista: se tendrá en cuenta el factor de impacto, seleccionando revistas con factor de impacto según los índices de calidad de Cuiden citación del año 2022 y Scientific Journal Ranking (SJR).

Las revistas seleccionadas y sus datos aparecen en la siguiente tabla:

Tabla VI: Revistas nacionales e internacionales seleccionadas y su factor de impacto

REVISTA	ISSN	PAIS	FACTOR DE IMPACTO	
			CUIDEN	(SJR)
Revista Española de Geriatria y Gerontología	0211139X, 15781747	España		0,243
Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología. GEROKOMOS	1134928X	España	0,440	0,183
Age and Ageing	00020729, 14682834	Reino Unido		1,750
Journal of The American Geriatrics Society	28614	Reino Unido		2,133
BMC Geriatrics	14712318	Reino Unido		1,153

Descripción de las revistas nacionales:

- Revista Española de Geriatria y Gerontología (REGG)

La Revista Española de Geriatria y Gerontología, es una revista fundada en 1966. Se publican principalmente artículos originales de investigación y revisiones, al igual que notas clínicas, informes, protocolos y guías de actuación consensuados por la Sociedad. Cubre todas las áreas de la medicina, pero siempre desde el punto de vista de la atención al paciente anciano. Los trabajos siguen un proceso de “peer review”, revisión por pares externos.

- Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica (GEROKOMOS)

Gerokomos es la revista oficial de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, y órgano de expresión del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) y de la Fundación Sergio Juan Jordán para la Investigación y el Estudio de las Heridas Crónicas. Es una publicación trimestral dirigida a personal de enfermería dedicado a la gerontología y geriatría, así como a otros profesionales implicados en la asistencia al anciano y en el cuidado de las heridas crónicas

Esta revista, publica trabajos originales, artículos de revisión o recopilación, artículos de opinión, así como los que presenten algún caso de aplicación de plan de cuidados relevante, contruidos sobre un método científico, referentes a todos los aspectos de la enfermería geronto-geriátrica y la atención de las heridas crónicas que contribuyan al avance de su conocimiento.

Descripción de las revistas internacionales:

- Age and Ageing

Age and Ageing es la revista de la Sociedad Británica de Geriatría, dedicada a la atención sanitaria de las personas mayores.

Esta revista, publica investigaciones originales arbitradas, artículos de revisión y editoriales sobre medicina geriátrica y gerontología clínica. Su ámbito de aplicación incluye la investigación aplicada y clínica sobre el envejecimiento humano y los aspectos clínicos, epidemiológicos y psicológicos de la tercera edad, la educación médica y la mejora de los servicios.

- Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)

Journal of the American Geriatrics Society (JAGS) es una revista de referencia para la investigación clínica sobre el envejecimiento. Proporciona a una comunidad diversa e interprofesional de profesionales de la salud, conocimientos sobre la educación geriátrica, la práctica clínica y las políticas públicas, todo ello en apoyo de la atención centrada en la persona.

- BMC Geriatrics

BMC Geriatrics es una revista de acceso abierto que publica artículos de investigación originales revisados por pares sobre todos los aspectos de la salud y la asistencia sanitaria de las personas mayores, incluidos los efectos de los sistemas y las políticas de asistencia sanitaria. La revista también acoge investigaciones centradas en el proceso de envejecimiento, incluidos los procesos celulares, genéticos y fisiológicos y las modificaciones cognitivas.

b. Congresos

Los congresos y jornadas para la presentación y difusión del presente estudio han sido seleccionados con los siguientes criterios: que la temática del congreso esté dirigida a la atención geriátrica y gerontológica, que esté orientado a profesionales de la salud dedicados a la atención y al cuidado de las personas mayores, dentro del ámbito nacional como el internacional y, por último, que se garantice calidad científico- técnica avalada por alguna sociedad científica preferentemente.

Los congresos nacionales seleccionados son:

- Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriátrica.

Este congreso se realiza de forma anual por la Sociedad Española de Geriátrica y que tiene como lema: *“Envejecer: un desafío”*, en donde se quiere resaltar el envejecimiento como un proceso continuo, dinámico y modificable, en donde la edad cronológica pierde valor en pro de un óptimo estado cognitivo y funcional que hay que trabajar a lo largo de la vida.

- Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica (SEEGG

Congreso anual organizado por la Sociedad Española de Geriátrica, dirigido fundamentalmente a profesionales de enfermería dentro del ámbito de los cuidados sociosanitarios.

Los congresos internacionales seleccionados son:

- Congreso Mundial de Gerontología y Geriatria.

Congreso anual que organiza la Asociación Internacional de Geriatria y Gerontología (IAGG) y está dirigido a médicos (especialistas en geriatría, en atención primaria, etc.), sociólogos, diplomados en enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, pedagogos, terapeutas, ocupacionales, fisioterapeutas... Uno de los temas a tratar será el de la prevención dentro del envejecimiento saludable.

12. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

12.1 Recursos necesarios

Para llevar a cabo este estudio se necesitan una serie de recursos tanto humanos como materiales (ver tabla VII. Recursos necesarios para la realización del estudio), así como fuentes de financiación que proporcionen ayudas económicas. Una vez terminado el proyecto, el mismo será presentado en diferentes congresos por lo tanto se incluye la traducción de los documentos, las inscripciones, los desplazamientos, las dietas y los alojamientos.

Tabla VII: Recursos necesarios para la realización del proyecto

RECURSOS NECESARIOS	COSTE UNITARIO EN EUROS	CANTIDAD	COSTE TOTAL EN EUROS
Infraestructuras	0	0	0
Recursos humanos	Altruista	0	0
Recursos materiales			
Material fungible			
Folios	3		3
Bolígrafos	0,3	2	0,6
Material Inventariable			
Impresora	80	1	80
Toner impresora	65	1	65
Ordenador personal Mac book	800	1	800
Memoria USB 32GB	8	1	8
Grabadora de voz (APP)	0	0	0
Licencia de estudiante ATLAS. ti	75	1	75
Difusión de resultados			
Traductor	250	3	750
Inscripción a congresos	500	3	1500
Estancias y desplazamientos a congresos	600	3	1800
TOTAL			5082

12.2 Posibles fuentes de financiación

Entidades públicas

- Bolsa de investigación de la Diputación da Coruña: Se concede a titulados universitarios que estén realizando una investigación en el área de ciencias de la salud con una cuantía de 8000€.

Entidades privadas

- Fundación MAPFRE: *“Ayudas a la investigación de Ignacio H. de Larramendi”*. Son ayudas de carácter anual para realizar proyectos de investigación relacionados con la promoción de la salud y seguro y previsión social, en el ámbito tanto académico como profesional. Página web: <https://www.fundacionmapfre.org>

- Obra social “La Caixa”: programa de ayudas a proyectos que promuevan la vida independiente, la calidad de vida y la autonomía de las personas mayores. Página web: <https://obrasociallacaixa.org/es/>

- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEEG): becas de formación en centros españoles y beca de asistencia al congreso de la SEGG. Página web: <https://www.segg.es/>

- Becas Fundación San Rafael: destinadas a promover iniciativas de progreso profesional para mejorar el potencial humano y científico. Página web: <http://fundacionsanrafael.org/becas-2019/>

- Cáser Fundación: ayudas a la investigación sociosanitaria. Página web: <https://www.fundacioncaser.org/>

13 AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a mi tutora Carla Freijomil Vázquez el haber accedido a guiarme en mi Trabajo de Fin de Máster y sobre todo, por haberme corregido y enseñado para conseguir que este proyecto saliese adelante.

14 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INE - Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Encuesta de Población Activa (EPA). 2018 [cited 2022 Mar 28]. Available from: <https://www.ine.es/>
2. CSIC. Informes EnR? Enr? [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 28];25. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
3. INE. INEbase Demografía y población [Internet]. Cifras de población y Censos demográficos. 2019 [cited 2022 Jun 12]. Available from: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984
4. Vázquez A, Del D, Franqueira R. Crónica de un envejecimiento anunciado: Galicia 2015-2030. 2014.
5. Xunta de Galicia. IGE - Proyecciones de población [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 12]. Available from: https://www.ige.eu/web/mostrar_actividade_estadistica.jsp?idioma=es&codigo=0201001004
6. Rojas MJ, Toronjo A, Rodriguez RJ. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. Gerokomos [Internet]. 2006 [cited 2022 Jun 12]; Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000100002
7. Martinez S. Reasons of caregivers for the institutionalization of the elderly. Sanum [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 12];3. Available from: https://redib.org/Record/oai_articulo2999907-reasons-caregivers-institutionalization-elderly
8. Abellán A, Aceituno P, Fernández I, Ramiro D, Pujol R. Una estimación de la población que vive en residencias de mayores – EnR? [Internet]. EnR? 2020 [cited 2022 Mar 25]. Available from: <https://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>
9. García AA, del Pilar M, Nieto A, Fariñas DR. Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019. CSIC [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 4]; Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf>
10. Gobierno de España. Ley orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2007 [cited 2022 Jun 4];89(de 13 de abril de 2007):16241–60. Available from: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/1996/19960506/Anuncio6A3E_es.html
11. Jefatura del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de

- dependencia [Internet]. Boletín Oficial del Estado 2006 p. 44142–56. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
12. ENSE. Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 28]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
 13. Crews DE, Stewart JA. Human Longevity and Senescence. *Human Evolutionary Biology* [Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2022 Mar 25];528–50. Available from: <https://www.cambridge.org/core/books/human-evolutionary-biology/human-longevity-and-senescence/A35196F3D26C47F85544994F39F8BB>
 14. Paniagua R. La ética del cuidado y mayores [Internet]. 2015 [cited 2022 Mar 22]. Available from: www.funderetica.org
 15. Mendizabal G, Ortega JM, Rodríguez R MM. La Toma de Decisiones en AM: Reflexiones sobre Autonomía y Libertad. In: *Envejecimiento Poblacional y Protección Social* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 7]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/317387377_La_Toma_de_Decisiones_en_AM_Reflexiones_sobre_Autonomia_y_Lbertad
 16. González Mestre A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2014;24(1):67–73. Available from: file:///11308621/0000002400000001/v1_201402130026/S1130862113001769/v1_201402130026/es/main.assets
 17. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality No decision about me, without me. In: *The King's Fund*, editor. London; 2011 [cited 2022 Mar 22]. Available from: www.kingsfund.org.uk
 18. Montorio I, Fernández De Trocóniz MI, Sanchez M, Colodrón S, Losada A, Cerrato IM. Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Rev Mult Gerontol*. 2002;12(2):61–71.
 19. Arlettazz F. Paternalismo jurídico y convecciones religiosas. *Ius et Praxis* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 7];19(1):223–54. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-00122013000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 20. Alemany M. La estrategia de la benevolencia (Sobre las relaciones entre el paternalismo y la bioética). *Doxa Cuadernos de Filosofía del Derecho*. 2003;
 21. Gómez Trenado R. La autodeterminacion de la persona mayor en la intervención social: la protección a su toma de decisión. *Trabajo Social Hoy*. 2012;66:19–32.
 22. Romeo CM, Casabona R. *Tratado de Derecho y Envejecimiento La adaptación del Derecho a la nueva longevidad*. Escuela de Pensamiento. 2021;
 23. Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW. The patient experience and health outcomes. *N Engl J Med* [Internet]. 2013 Jan 17 [cited 2022 Mar 28];368(3):201–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23268647/>

24. Ogrin R, Meyer C, Appannah A, McMillan S, Browning C. The inter-relationship of diversity principles for the enhanced participation of older people in their care: A qualitative study. *International Journal for Equity in Health*. 2020 Jan 28;19(1).
25. Cleland J, Hutchinson C, Khadka J, Milte R, Ratcliffe J. What defines quality of care for older people in aged care? A comprehensive literature review. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Mar 23];21(9):765–78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34258840/>
26. Sion KYJ, Verbeek H, de Boer B, Zwakhalen SMG, Odekerken-Schröder G, Schols JMGA, et al. How to assess experienced quality of care in nursing homes from the client’s perspective: results of a qualitative study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2020;20:67. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1466-7>
27. Nadash P, Hefele J, Wang J, Barooah A. Nursing home satisfaction measures: What is their relationship to quality? *Innovation in Aging* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2022 Mar 23];1(Suppl 1):542. Available from: </pmc/articles/PMC6246266/?report=abstract>
28. Bangerter LR, Heid AR, Abbott K, van Haitsma K. Honoring the Everyday Preferences of Nursing Home Residents: Perceived Choice and Satisfaction With Care. *Gerontologist* [Internet]. 2017 [cited 2022 Jul 11];57(3):479–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26874190/>
29. Milte R, Ratcliffe J, Chen G, Crotty M. What Characteristics of Nursing Homes Are Most Valued by Consumers? A Discrete Choice Experiment with Residents and Family Members. *Value in Health*. 2018 Jul 1;21(7):843–9.
30. Blanca-Gutiérrez JJ, Linares-Abad M, Grande-Gascón ML, Jiménez-Díaz M del C, Hidalgo-Pedraza L. Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: Metaestudio cualitativo. *Aquichan* [Internet]. 2012 [cited 2022 Jul 11];12(3):213–27. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4282988>
31. Milte RK, Mpundu-Kaambwa C, Chen G, Crotty M, Ratcliffe J. What Constitutes Preferred Long-Term Care Provided in Residential Aged Care Facilities? An Empirical Comparison of the Preferences of the General Population, Residents, and Family Members. *Value in Health*. 2022 Feb 1;25(2):257–67.
32. Blanca-Gutiérrez J, Linares- Abad M GGM. The Experiences of Older People Living in Nursing Homes: the Theory of “Exchange Dyads.” *Aquichan* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jul 7]; Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000100005
33. Cleland J, Hutchinson C, Khadka J, Milte R, Ratcliffe J. What defines quality of care for older people in aged care? A comprehensive literature review. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Jul 7];21(9):765–78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34258840/>
34. Kenyon GM, Randall WL. Introduction: Narrative gerontology. *Journal of Aging Studies*. 1999;13(1):1–5.

35. Heliker DM. A narrative approach to quality care in long-term care facilities. *J Holist Nurs* [Internet]. 1997 [cited 2022 Mar 25];15(1):68–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9146196/>
36. Finucane ML, Martino SC, Parker AM, Schlesinger M, Grob R, Finucane ML, et al. A framework for conceptualizing how narratives from health-care consumers might improve or impede the use of information about provider quality Recommended Citation. *Health Services Research Patient Experience Journal*. 2018;5.
37. Landa-Ramírez E, Arredondo-Pantaleón J. Herramienta pico para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia. *Psicooncología* [Internet]. 2014 Nov 28 [cited 2022 Mar 28];11(2–3):259–70. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/47387>
38. Ogrin R, Meyer C, Appannah A, Mcmillan S, Browning C. The inter-relationship of diversity principles for the enhanced participation of older people in their care: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health* [Internet]. 2020;19. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1124-x>
39. Ruiz Olabuénaga JI. Teoría y práctica de la investigación cualitativa. *Ciencias Sociales*. 2012;29.
40. Elida D, Guillen F. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico Qualitative Research: Hermeneutical Phenomenological Method. *Propósitos y Representaciones* [Internet]. 2019;7(1):201–29. Available from: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267> ORCID: <https://orcid.org/http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
41. Vivar CG, McQueen A, Whyte DA, Canga N. Primeros pasos en la investigación cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación. *Index de Enfermería* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 6];22(4):222–7. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
42. Xunta de Galicia. Area sanitaria da Coruña y Cee. Memoria anual 2020. 2020.
43. Deleuze V, Chalhoub E, El-Hajj R, Dohet C, le Clech M, Couraud PO, et al. TAL-1/SCL and Its Partners E47 and LMO2 Up-Regulate VE-Cadherin Expression in Endothelial Cells. *Molecular and Cellular Biology* [Internet]. 2007 [cited 2022 Jun 4];27(7):2687–97. Available from: http://envejecimiento.csic.es/recursos/residencias/por_provincia.html
44. Hernández O. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 12];37. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002
45. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR, Fanjiang G. MMSE Examen Cognoscitivo Mini-Mental. In 2000.
46. J Taylor R Bogdan PS. Introducción a los métodos cualitativos. PAIDOS; 2000.
47. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación*

- Médica [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 6];2(7):162–7. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_arttext
48. Cano A, González T. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación (II). Nure Investigación [Internet]. 2010 [cited 2022 Jun 7];45(li):1–10. Available from: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/485/474>
 49. Galvez A. Lectura Crítica de un Estudio Cualitativo. Index de Enfermería. 2003;42.
 50. Hidalgo L. Confiabilidad y Validez en el Contexto de la Investigación y Evaluación Cualitativas [Internet]. Revista venezolana de investigación. 2016 [cited 2022 Apr 20]. Available from: http://revistas.upel.edu.ve/index.php/sinopsis_educativa/article/view/3583
 51. Salgado AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos [Internet]. Liberabit. 2007 [cited 2022 Jun 7]. 3–10 p. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272007000100009&script=sci_arttext&tlng=en
 52. Manzini JL. Declaración de Hensinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioeth [Internet]. 2000 Dec [cited 2022 Jun 12];6(2):321–34. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 53. Boletín Oficial del Estado. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina). Boletín Oficial del Estado (BOE) [Internet]. 1999 [cited 2022 Jun 12];36825–30. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>

15 ANEXOS

Anexo I: Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)

Anexo II: Hoja de autorización a directores de las residencias

Anexo III: Hoja informativa para los participantes

Anexo IV: Folla informativa para os participantes (gallego)

Anexo V: Documento de consentimiento para la participación en un estudio de investigación

Anexo VI: Documento de consentimiento para a participación nun estudo de investigación (gallego)

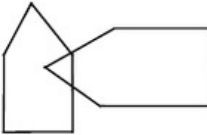
Anexo VII: Guía de preguntas

Anexo VIII: Guía de preguntas (gallego)

Anexo IX: Carta presentación Comité de Ética

Anexo I: Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente.....	Edad.....	
Ocupación.....	Escolaridad.....	
Examinado por.....	Fecha.....	
ORIENTACIÓN		
• Dígame el día..... fecha..... Mes..... Estación..... Año.....		___5
• Dígame el hospital (o lugar).....		
Planta..... ciudad..... Provincia..... Nación.....		___5
FIJACIÓN		
• Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)		___3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		
• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando?		___5
• Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás		___3
MEMORIA		
• ¿Recuerda las tres palabras de antes?		___3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN		
• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj		___2
• Repita esta frase: En un trigal había cinco perros		___1
• Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?		___2
• ¿Que son un perro y un gato?		___3
• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa		___1
• Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS		___1
• Escriba una frase		___1
• Copie este dibujo ___1		
		
<p>Puntuación máxima 35. Punto de corte Adulto no geriátricos 24 Adulto geriátrico 20</p>		

Anexo II: Informe favorable por parte de la Dirección de la residencia de mayores para la entrada al campo

Informe favorable para la entrada al campo

Don/Doña con DNI....., en calidad de director/a de la residencia de mayores.....otorgo el permiso para el acceso al campo para la realización del estudio “Experiencias de las personas mayores institucionalizadas relativas a los cuidados recibidos: un proyecto de investigación cualitativa”

Firma.....

Fecha.....

Anexo III: Hoja de información al participante

Hoja de información al participante

Título del estudio: “Experiencias de las personas mayores institucionalizadas relativas a los cuidados recibidos: un proyecto de investigación cualitativa”

Investigador principal: Myriam Miranda Osset

Centro: Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidade de A Coruña.

Este documento tiene por objeto facilitarle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Coruña-Ferrol.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea puede llevar el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no. La participación en este estudio es completamente voluntaria. Ud. puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

¿Cuál es la finalidad del estudio?

El propósito del estudio, y objetivo principal del mismo, es conocer y describir las experiencias de las personas que viven en una residencia de ancianas sobre los cuidados que reciben y su participación en las decisiones sobre los mismos

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Ud. es invitado a participar en el estudio ya que cumple con los criterios de inclusión establecidos, ya que Ud. es vive de forma habitual en una residencia desde hace más de un año, es mayor de 65 años y no tiene un deterioro cognitivo que le impida su participación

Este documento tiene por objeto facilitarle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Coruña-Ferrol.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea puede llevar el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no. La participación en este estudio es completamente voluntaria. Ud. puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación en el estudio tendrá lugar en un día concertado con usted con una duración estimada de una hora. Esta reunión estará ajustada a su disponibilidad horaria y se realizará en una sala asignada por la residencia

El objeto de las reuniones se centrará en recoger sus experiencias y vivencias en cuanto a los cuidados recibidos por los profesionales que le atienden y su participación en las decisiones sobre los mismos

Se emplearán las siguientes herramientas y/o técnicas de recogida de la información: Entrevista semiestructurada que será grabada en audio para facilitar la transcripción literal de sus palabras; posteriormente, la conversación será transcrita literalmente y se procederá a la codificación de los datos para que no se puedan identificar aspectos personales (nombres propios, referencias a lugares concretos, etc.) y finalmente el audio de la grabación se eliminará.

La normativa que regula el tratamiento de datos de personas le otorga el derecho a acceder a sus datos, oponerse, corregirlos, cancelarlos, limitar su tratamiento, restringir o solicitar la supresión de los mismos. También puede solicitar una copia de estos o que esta sea remitida a un tercero (derecho de portabilidad). Para ejercer estos derechos puede Ud. puede dirigirse a la Delegada de Protección de Datos del centro a través de los medios de contacto antes indicados o al investigador principal de este estudio en el correo electrónico:

_____y/o teléfono_____. Así mismo, Ud. tiene derecho a una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, cuando considere que alguno de sus derechos no se haya respetado. Únicamente el equipo investigador, que tienen el deber de guardar la confidencialidad, tendrá acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda identificarse. Al finalizar el estudio, los datos recogidos serán eliminados o guardados anónimos para su uso en futuras investigaciones según lo que Ud. escoja en la hoja de firma del consentimiento.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene mi participación?

La participación en este estudio no contempla riesgos o inconvenientes de carácter significativo. Sin embargo, se podrían producir molestias debido al tiempo necesario que tendrá que dedicar a la cumplimentación de los cuestionarios y la realización de las entrevistas.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que Ud. obtenga beneficio directo por participar en este proyecto. La investigación tiene como finalidad obtener información sobre las experiencias de las personas mayores en residencia sobre los cuidados que reciben. Esta información podrá ser de utilidad en un futuro para otras personas.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Ud. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán utilizados para la elaboración y exposición de un Trabajo de Fin de Máster en Asistencia e Investigación Sanitaria. Asimismo, posteriormente los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión. En ambos casos, no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes. Información referente a sus datos:

¿Existen intereses económicos en este estudio?

Esta investigación no recibe la aportación de fondos externos. Los investigadores no recibirán retribución específica por la dedicación al estudio. Ud. no será retribuido por participar.

¿Cómo contactar con el investigador de este estudio?

Ud. puede contactar con Myriam Miranda en el teléfono _____ y/o en el correo electrónico: _____

Falla informativa para o participante

Título do estudo: "Experiencias de persoas maiores institucionalizadas respecto da atención recibida: un proxecto de investigación cualitativa"

Investigadora principal: Myriam Miranda Osset

Centro: Facultade de Ciencias da Saúde da Universidade da Coruña.

Este documento ten como finalidade proporcionarlle información sobre un estudo de investigación no que está a ser convidado a participar. Este estudo foi aprobado polo Comité de Ética da Investigación de Coruña-Ferrol.

Se decides participar nel, debes recibir información personalizada do investigador, ler previamente este documento e facer toda as preguntas que precisas para comprender os detalles sobre o mesmo. Se o desexas, podes levar o documento contigo, consultalo con outras persoas e tomarte o tempo para decidir se queres participar ou non. A participación neste estudo é totalmente voluntaria. Podes decidir non participar ou, se o aceptas, cambiar de opinión retirando o consentimento en calquera momento sen necesidade de motivar.

¿Cal é a finalidade do estudo?

A finalidade do estudo, e o seu obxectivo principal, é coñecer e describir as experiencias das persoas que viven nunha residencia de maiores sobre os cuidados que reciben e a súa participación nas decisións ao respecto.

¿Por qué me ofrecen participar?

Estás convidado a participar no estudo xa que reúnes os criterios de inclusión establecidos, xa que levas máis dun ano vivindo habitualmente nunha residencia, tes máis de 65 anos e non presentas un deterioro cognitivo que che impida participando

Este documento ten como finalidade proporcionarlle información sobre un estudo de investigación no que está a ser convidado a participar. Este estudo foi aprobado polo Comité de Ética da Investigación de Coruña-Ferrol.

Se decides participar nel, debes recibir información personalizada do investigador, ler este documento previamente e facer toda as preguntas que precisas para comprender os detalles sobre él. Se o desexas, podes levar o documento contigo, consultalo con outras persoas e tomarte o tempo para decidir se queres participar ou non. A participación neste estudo é totalmente voluntaria. Podes decidir non participar ou, se o aceptas, cambiar de opinión retirando o consentimento en calquera momento sen necesidade de motivar.

¿En qué consiste a miña participación?

A súa participación no estudo realizarase nun día concertado con vostede cunha duración estimada dunha hora. Esta reunión axustarase á súa dispoñibilidade horaria e celebrarase nunha sala asignada pola residencia

Os encontros terán como finalidade recoller as súas experiencias respecto da atención que reciben dos profesionais que as atenden e da súa participación nas decisións sobre elas.

Utilizaranse as seguintes ferramentas e/ou técnicas de recollida de información: Entrevista semiestructurada que se gravará en audio para facilitar a transcripción literal das súas palabras; Posteriormente, transcribirase literalmente a conversa e codificaranse os datos para que non se poidan identificar aspectos persoais (nomes propios, referencias a lugares concretos, etc.) e finalmente eliminarase o audio da gravación.

A normativa que regula o tratamento dos datos persoais outorgalle dereito a acceder aos seus datos, opoñerse, corrixir, cancelar, limitar o seu tratamento, restrinxir ou solicitar a súa supresión. Tamén pode solicitar unha copia destes ou que se envíe a un terceiro (dereito de portabilidade). Para exercer estes dereitos, pode poñerse en contacto co Delegado de Protección de Datos do Centro a través dos medios de contacto indicados anteriormente ou co investigador principal deste estudo no correo electrónico: _____ e/ou teléfono _____.

Así mesmo, ten dereito a presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos, cando considere que algún dos seus dereitos non foi respectado. Só o equipo investigador, que ten o deber de gardar a

confidencialidade, terá acceso a todos os datos recollidos polo estudo. A información que non se pode identificar pode transmitirse a terceiros. Ao final do estudo, os datos recollidos eliminaranse ou manteranse anónimos para o seu uso en futuras investigacións segundo o que elixas na folla de sinatura de consentimento.

¿Qué inconvenientes ten a miña participación?

A participación neste estudo non contempla riscos ou inconvenientes significativos. Non obstante, poden producirse inconvenientes debido ao tempo necesario que terás que dedicar a cubrir os cuestionarios e realizar as entrevistas.

¿Terei algún beneficio por participar?

Non se espera que tire beneficio directo de participar neste proxecto. A finalidade da investigación é obter información sobre as experiencias das persoas maiores en residencia sobre a atención que reciben. Esta información pode ser útil no futuro para outras persoas.

¿Recibirei a información obtida do estudo?

Se o desexa, facilitarase un resumo dos resultados do estudo.

¿Publicaranse os resultados deste estudo?

Os resultados deste estudo serán utilizados para a elaboración e presentación dun Traballo Fin de Máster en Asistencia e Investigación Sanitaria. Así mesmo, posteriormente os resultados deste estudo serán remitidos a publicacións científicas para a súa difusión. En ambos os casos non se transmitirán datos que poidan dar lugar a identificación dos participantes. Información sobre os teus datos:

¿Hai intereses financeiros neste estudo?

Esta investigación non recibe a achega de fondos externos. Os investigadores non recibirán compensación específica pola dedicación ao estudo. Non se lle compensará por participar.

¿Como contactar co investigador deste estudo?

Podes contactar con Myriam Miranda no número de teléfono _____ e/ou
no correo electrónico: _____

Anexo V: Documento de consentimiento para la participación en un estudio de investigación

Consentimiento informado para la participación en un estudio de investigación

Título del estudio: “Experiencias de las personas mayores institucionalizados relativas a los cuidados recibidos: un proyecto de investigación cualitativa”

Yo, _____

- Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con Myriam Miranda Osset y hacer todas las preguntas sobre el estudio necesarias.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Autorizo Myriam Miranda Osset , investigador principal, a entrevistarme, grabar la entrevista en formato audio y a publicar y difundir los resultados de manera anónima sin permitir la identificación de ningún aspecto por parte de terceras personas y con fines exclusivamente de investigación.
- Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio. Una vez terminado el estudio, acepto que mis datos sean:
 - Eliminados.
 - Conservados anonimizados para usos futuros en otras investigaciones.

Fdo.: El/la participante,

Nombre y apellidos:

Fdo.: El investigador

Myriam Miranda Osset

Fecha:

Anexo VI: Documento de consentimiento para a participación nun estudo de investigación

Consentimiento informado para la participación nun estudo de investigación

Título do estudo: "Experiencias de persoas maiores institucionalizadas respecto da atención recibida: un proxecto de investigación cualitativa"

Eu,

- Lin a folla de información do participante do estudo anterior que me foi entregada, puiden falar con Myriam Miranda Osset e facer toda as preguntas necesarias sobre o estudo.
- Entendo que a miña participación é voluntaria, e que podo retirarme do estudo en calquera momento, sen indicar motivo.
- Acepto o uso dos meus datos nas condicións que se detallan na ficha informativa do participante.
- Autorizo a Myriam Miranda Osset, investigadora principal, a entrevistarme, gravar a entrevista en formato audio e publicar e difundir os resultados de forma anónima sen permitir a identificación de ningún aspecto por terceiros e exclusivamente con fins de investigación.
- Dou libremente o meu consentimento para participar neste estudo. Unha vez rematado o estudo, acepto que os meus datos son:
 - Eliminado.
 - Manteñen o anonimato para o seu uso futuro noutras investigacións.

Asinado: O participante

Nome e apelidos:

Asinado.: A investigadora

Myriam Miranda Osset

Data:

Anexo VII: Guion de la entrevista semi-estructurada (castellano)

Guion de la entrevista semi-estructurada

Para comenzar me gustaría que me contase que cuidados recibe habitualmente, qué es capaz de hacer usted solo y en qué cuidados necesita ayuda. También cuales son las personas que le cuidan según el tipo de cuidado (auxiliares, enfermeras...)

1. ¿Cómo se siente con los cuidados que recibe? ¿Cree que recibe todos los que necesita? ¿Echa de menos alguno? ¿Cuáles?
2. ¿Cómo se siente con las personas que le cuidan? ¿Cree que saben lo que usted quiere o necesita? ¿Le preguntan? ¿Siente que tienen en cuenta su opinión? Si es que no, ¿Por qué cree que sucede esto?
3. ¿Qué cambiaría en la manera en que está organizadas las actividades habituales del centro? ¿El horario, las veces que le atienden, tiene que esperar demasiado tiempo? ¿Alguna otra cuestión? ¿Participan los residentes en la organización de las actividades?, si es que no, ¿por qué cree que no participan? ¿Querría usted participar? ¿Es importante para usted? ¿Por qué?
4. Cuándo pide o solicita ayuda para alguna necesidad como ir al baño, comer, levantarse, lavarse... ¿Es escuchado? ¿Recibe esa ayuda? Si es que no, ¿Por qué cree que esto sucede?
5. ¿Recibe usted cuidados especiales por parte de enfermeras? ¿Como valora estos? ¿Cree que cumplen con lo que usted necesita?, ¿Por qué?
6. ¿Tiene usted conversaciones con las enfermeras sobre sus cuidados? ¿llegan a acuerdos?
7. A la hora de tomar decisiones sobre su salud ¿siente que usted participa? ¿cree que es importante su opinión? Si es que no, ¿Por qué cree que no se tiene en cuenta?
8. Si en algún momento usted no quiere recibir algun tipo de cuidado ¿siente que no se tiene en cuenta su negativa? ¿Se siente obligado? ¿le gustaría recibir más información? ¿Por qué es importante para usted? ¿Puedes contarme alguna experiencia de este tipo?

9. ¿Cree que si estuviese en su casa los cuidados serían distintos?, Si es que sí, ¿por qué lo cree? ¿Qué aspectos le parecen positivos y cuales negativos de estar en una residencia en cuanto a esto?
10. ¿ Que les pediría a las personas que le cuidan para que usted se sintiera mejor? ¿Qué necesita y no tiene? ¿Qué debe cambiar en la residencia para que usted sienta que es tratado como desearía? ¿Puede contarme todo lo que cree que debería hacerse de forma diferente?

Anexo VIII: Guion da entrevista semi-estruturada (gallego)

Para comezar, gustaríame que me dixeses que cuidados recibes habitualmente, que é capaz de facer por ti mesmo e con que cuidado necesitas axuda. Tamén quen son as persoas que te coidan segundo o tipo de cuidados (auxiliares, enfermeiras...)

1. Como te parece a atención que recibes? Cres que tes todo o que necesitas? Botas de menos algún? Cal?
2. Como te sentes coas persoas que te coidan? Cres que saben o que queres ou necesitas? Pregúntanche? Cres que se ten en conta a túa opinión? Se non, por que cres que está a pasar isto?
3. Que cambiarías na forma en que se organizan as actividades habituais do centro? Tes que esperar demasiado no momento, os horarios que te atenden? Calquera outra pregunta? Os veciños participan na organización das actividades?, se non, por que cres que non participan? Gustaríache participar? É importante para ti? Por que?
4. Cando pides ou pides axuda para algunha necesidade como ir ao baño, comer, levantarte, lavar... Escóitache? Recibes esa axuda? Se non, por que cres que ocorre isto?
5. Recibes cuidados especiais por parte das enfermeiras? Como valoras estes? Cres que cumpren o que necesitas?
6. Ten conversas coas enfermeiras sobre os seus cuidados? chegan a acordos?
7. Á hora de tomar decisións sobre a túa saúde, sentes que participas? Cres que a túa opinión é importante? Se non, por que cres que non se ten en conta?
8. Se nalgún momento non quere recibir algún tipo de atención, considera que non se ten en conta a súa negativa? Sénteste obrigado? Queres recibir máis información? Por que é importante para ti? Podes contarme algunha experiencia deste tipo?
9. Cres que se estiveses na casa a atención sería diferente?, en caso afirmativo, por que o pensas? Cales cres que son aspectos positivos e negativos de estar nunha residencia a este respecto?

10. Que lle pedirías ás persoas que te coidan para que te sintas mellor? Que necesitas e que non tes? Que debe cambiar na residencia para que sintas que te tratan como che gustaría? Podes dicirme todo o que pensas que debería facerse doutro xeito?

Anexo IX: Carta de presentación al Comité de ética

CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN A LA RED DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/D^a:

Myriam Miranda Osset

con teléfono:

630268705

y correo electrónico:

myriam.miranda@udc.es

SOLICITA la evaluación de:

- Estudio nuevo de investigación
 Respuesta a las aclaraciones solicitadas por el Comité
 Modificación o Ampliación a otros centros de un estudio ya aprobado por el Comité

DEL ESTUDIO:

Título:

Experiencia de las personas mayores institucionalizados relativas a los cuidados recibidos: un proyec

Promotor:

No procede

MARCAR si el promotor es sin ánimo comercial y confirma que cumple los requisitos para la exención de tasas de la Comunidad Autónoma de Galicia (más información en la web de comités)

Tipo de estudio:

- Ensayo clínico con medicamentos
 Investigación clínica con productos sanitarios
 Estudio observacional con medicamento de seguimiento Prospectivo (EOM-SP)
 Otros estudios no catalogados en las categorías anteriores.

Investigadores y centros en Galicia:

Myriam Miranda Osset

Y adjunto envío la documentación en base a los requisitos que figuran en la web de la Red Gallega de CEIs, y me comprometo a tener disponibles para los participantes los documentos de consentimiento aprobados en gallego y castellano.

Fecha:

25-5-2022

Firma:

**Red de Comités de Ética de la Investigación
Xerencia Servizo Galego de Saúde**