



## LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

## **TESIS DOCTORAL**

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

La historia de vida como herramienta de mejora de  
los cuidados gerontológicos

Universitat Rovira i Virgili



**UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI**

**Departament d'Infermeria**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

La historia de vida como herramienta de mejora de los cuidados  
gerontológicos

TESIS DOCTORAL

Dirigida por la Dra. Carme Ferré Grau

Departament d'Infermeria



UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI

Tarragona  
2016

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D' INFERMERIA

Avinguda Catalunya, 35  
43002 Tarragona, Espanya  
Tel. 977 299 424 / 25  
Fax. 977 299 486

E-mail: sdinfern@urv.cat

Carme Ferré Grau. Professora Titular del Departament d'Infermeria de la Universitat  
Rovira i Virgili

CERTIFICO:

Que aquest treball de recerca titulat "La historia de vida como herramienta de mejora de los cuidados gerontológicos" que presenta la Sra María Jesús Aguarón García per a l'obtenció del títol de Doctor, ha estat realitzat sota la meva direcció al Departament d'Infermeria d'aquesta universitat i que aconpleix els requeriments per a la seva presentació.

Tarragona 26 de novembre 2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

“La vida sólo puede ser comprendida mirando hacia atrás,  
pero ha de ser vivida mirando hacia adelante”  
Kierkegaard (1813-1855)

“La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda,  
y cómo la recuerda para contarla”  
Gabriel García Márquez (1927-2014)

A Javier, Natacha y Miguel, por dar alegría, emociones y amor a mi vida.

A mis padres, a los que siempre echaré de menos.

A todas las personas que en algún momento se han cruzado en mi camino  
y me han dejado algo suyo, permitiendo que yo dejara algo en ellas.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## Agradecimientos:

En primer lugar mi más profundo agradecimiento a “mis informantes”, sin ellos no hubiera sido posible llegar hasta aquí. Gracias por compartir conmigo su vida, pero también las confidencias y momentos emotivos.

También quiero agradecer a los centros en que se ha llevado a cabo este estudio su colaboración, porque en todo momento han facilitado mi trabajo.

A mi directora de tesis Carme Ferre, gracias por acompañarme y animarme en todo el proceso, y por tus sabios consejos y correcciones.

A mis amigas y, además, compañeras de la Facultat d’Infermeria. Es una suerte trabajar rodeada de amigas. Gracias por vuestros ánimos y tener confianza en mí, más que yo misma.

A Carme Montcusí, por darme ánimos y ayuda inestimable, incluso en fin de semana.

A mis hermanas, tres eran tres y todas eran buenas. Sin vosotras no estaría aquí.

A mis alumnos, siempre son un estímulo para seguir aprendiendo.

A mi grupo de “triangulación”, gracias por vuestra ayuda, y esas reuniones de “gabinete de crisis” que hace que hasta en los momentos difíciles acabemos riendo. Y a mis amigas del “café de los viernes”.

A mi familia “extensa”, es una suerte tenernos los unos a los otros.

Gracias especialmente a Natacha, por su tiempo y correcciones. En esta ocasión la hija ha hecho de madre, y la madre de hija.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## Índice

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## ÍNDICE

Introducción.....	21
<b>I. Marco teórico</b>	
1. El desafío del envejecimiento.....	31
1.1 Envejecimiento demográfico: una revolución silenciosa.....	32
1.1.1 Transición demográfica.....	33
1.2 Consecuencias del envejecimiento demográfico.....	38
1.2.1 Consecuencias sociales.....	40
1.2.2 Consecuencias económicas.....	44
1.3 Envejecimiento como proceso vital. Vejez. Edad.....	46
1.4 Teorías del envejecimiento.....	52
1.4.1 Teorías biológicas.....	52
1.4.2 Teorías psicosociales.....	53
2. Las historias de vida.....	67
2.1 Aproximación histórica a las historias de vida.....	68
2.2 Historia de vida. Relato de vida. Autobiografía. Narrativas.....	70
2.3 Historias de vida y Ciencias de la Salud.....	76
2.4 Historias de vida y Enfermería.....	80
3. Institucionalización. Desarrollo del marco de atención social y sanitaria del anciano.....	87
3.1 La asistencia del anciano en Cataluña.....	90
3.1.1 La asistencia sociosanitaria en Cataluña.....	91
3.1.2 La asistencia social a los ancianos en Cataluña.....	94
3.2 Residencias geriátricas, de la beneficencia a la profesionalización....	97
3.3 La institucionalización geriátrica. ¿Residencias o instituciones?.....	103
4. Los cuidados en gerontología. Hacia un nuevo modelo de atención gerontológica .....	117
4.1 Hacia un nuevo modelo de atención a los ancianos: la Atención Gerontológica Centrada en la Persona.....	117
4.2 El cuidado en enfermería: de oficio a disciplina, ciencia y arte.....	123
4.2.1 Los cuidados del anciano en las diferentes Teorías de Enfermería.....	127
4.2.2 Teoría de las Necesidades de Virginia Henderson.....	130

4.2.3 La filosofía del Caring de Jean Watson.....	135
<b>II. Marco metodológico</b>	
5. Justificación del estudio.....	149
6. Pregunta de investigación. Objetivos. Hipótesis.....	155
7. Metodología del estudio.....	158
7.1 Enfoque metodológico.....	158
7.1.1 Metodología cualitativa.....	159
7.2 Trabajo de campo.....	168
7.2.1 Los preparativos o momento preliminar.....	168
7.2.2 La recolección de los datos.....	171
7.3 Trabajando con los datos.....	176
7.4 Análisis de los datos.....	177
<b>III. Los Informantes</b>	
8. Características sociodemográficas de los informantes .....	187
8.1 Los informantes.....	188
<b>IV. Resultados: análisis y discusión</b>	
9. Metacategorías.....	205
9.1 Infancia.....	205
9.2 Juventud y Edad Adulta.....	216
9.3 La vejez.....	237
9.4 Vivir en la residencia.....	242
<b>V. Conclusiones</b>	
10. Limitaciones del estudio.....	279
11. Conclusiones.....	281
12. Propuestas y sugerencias para la práctica.....	288
13. Futuras líneas de investigación.....	294
Bibliografía.....	299
Anexos.....	351

## **Índice de Figuras**

Figura 1.....	36
Figura 2.....	37
Figura 3.....	166

## **Índice de Tablas**

Tabla 1.....	58
Tabla 2.....	99
Tabla 3.....	128
Tabla 4.....	180
Tabla 5.....	187



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **ABREVIATURAS UTILIZADAS**

AVD: Actividades de la vida diaria

ACP: Atención Centrada en la Persona

CAP: Centro de Atención Primaria

EAIA: Equipos de Evaluación Integral

EEUU: Estados Unidos de América

GentCat: Generalitat de Catalunya

HDSS: Hospital de Día Socio Sanitario

HV: Historia de Vida

IC : Investigación cualitativa

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE: Instituto Nacional de Estadística

INEBASE: Base Almacenamiento informático del Instituto Nacional de Estadística

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification (Clasificación Intervenciones Enfermeras)

NOC: Nursing Outcomes Classification (Clasificación Objetivos Enfermeros)

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización Naciones Unidas

PADES: Programa de Atención Domiciliaria Especial de Soporte

PPCIC: Person-and People-centered Integrated Health Care for All Person-and People-centered Integrated Health Care for All

PVAA: Programa Vida al Anys

UE: Unión Europea

UME: Unidad Media estancia

ULE: Unidad Larga Estancia

UFISS: Unidades Funcionales Interdisciplinaria Socio Sanitaria

URV: Universitat Rovira i Virgili

VGI: Valoración Geriátrica Integral

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **Resumen**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## Resumen

La institucionalización del anciano en una residencia geriátrica puede ser la mejor opción cuando éste no puede continuar viviendo en su domicilio, pero la decisión del ingreso y el proceso de adaptación a la residencia no es fácil debido a que conlleva múltiples pérdidas asociadas: sociales, afectivas, autoestima, etc. Estas pérdidas, junto a otros factores de la vida en la residencia como son la rutina o la falta de individualidad en la atención, pueden producir efectos negativos como pérdida de identidad personal, desesperanza e incertidumbre.

Las enfermeras deben ser sensibles ante esta situación de vulnerabilidad del anciano y proporcionar unos cuidados que eviten los efectos negativos del ingreso y le ayuden a vivir su vejez con satisfacción. Para ofrecer este tipo de cuidados, la enfermera debe reconocer que la persona es el resultado de toda su trayectoria vital, con sus experiencias y vivencias. El conocimiento de la historia de vida, y los significados que para el anciano tiene, es una herramienta útil para planificar y realizar unos cuidados individualizados que repercutan en la satisfacción vital del anciano.

En la elaboración de la tesis se ha utilizado una metodología cualitativa, fenomenológica con la utilización de historias de vida. La pregunta de investigación formulada fue: ¿Conocer la historia de vida del anciano permite aplicar unos cuidados que refuercen la identidad, la individualidad y aumenten la satisfacción durante su estancia en la residencia geriátrica? En cuanto al objetivo general, éste es comprender los significados que los ancianos otorgan a su historia de vida y la influencia que ésta tiene sobre sus deseos y necesidades durante su vida en la residencia.

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, se realizaron historias de vida a través de entrevistas en profundidad a doce ancianos que vivían de forma permanente en dos residencias geriátricas. Del análisis de las historias de vida emergieron las siguientes metacategorías: Infancia; Juventud y Edad Adulta; Vejez; Vivir en la residencia. Cada una de ellas incluye diferentes categorías. La metacategoría "Infancia" está formada por las categorías: alejamiento parental; escolaridad; experiencias con la muerte; la guerra civil española y sus consecuencias. En la metacategoría "Juventud y Edad Adulta" encontramos:

noviazgo; matrimonio e hijos; sexualidad y deseo; trabajo; emigración. La “Vejez” incluye jubilación y percepción de la vejez. Por último, la metacategoría “Vivir en la residencia” comprende: el ingreso en la residencia; la adaptación; la cotidianidad; los familiares; las creencias; la presencia de la muerte.

En los resultados destaca que los ancianos entrevistados tuvieron una infancia muy corta, marcada por la guerra civil, alejamiento parental frecuente y experiencias muy tempranas con la muerte. Apenas hablan de su juventud, de la infancia se pasa al mundo adulto del trabajo. Los objetivos prioritarios en sus vidas eran trabajar, formar una familia y tener hijos. Los ancianos esperaban ser cuidados por sus hijos, vivir en la residencia no es la opción de vida deseada, pero decidir ellos mismos el ingreso les da sensación de empoderamiento y control sobre su proceso de envejecimiento. La vida en la residencia es muy solitaria a pesar de compartir espacios. No les gusta participar en las actividades propuestas por el centro, ni las encuentran adecuadas a sus necesidades. Y tienen una percepción cercana de la muerte.

A modo de conclusión, destacar que conocer las historias de vida permite a la enfermera comprender la repercusión que tiene el proceso vital de la persona en cómo afronta la vejez y los mecanismos de adaptación que utiliza ante las diferentes situaciones, lo que permite marcar objetivos y metas realistas que repercuten en la satisfacción vital del anciano. A su vez, ofrece al anciano la posibilidad de hacer visible su identidad, mostrando una gran parte de su vida que de otra forma queda invisible. Cuando el anciano narra su vida se siente escuchado, atendido y cuidado. Se siente reconocido como ser único e irrepetible, lo que mejora su autoestima y favorece el mantenimiento de su identidad.

## **Introducción**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento progresivo de la población, especialmente el del grupo de las personas mayores de 80 años, es un nuevo proceso demográfico que se está produciendo con mayor intensidad en las dos últimas décadas, principalmente en los denominados países desarrollados. La vejez no equivale a enfermedad, pero sí que lleva implícito el incremento de patologías crónicas, aumento de las dependencias tanto físicas como psicológicas y la necesidad de una atención socio-sanitaria especializada que dé soluciones eficaces, adecuadas y satisfactorias a esta población envejecida (Salvà, 2006; Abades, 2012).

Esta nueva situación demográfica plantea importantes retos sociales, políticos y sanitarios a los que hay que dar una respuesta rápida y efectiva, con una visión integral de la persona y una atención multidisciplinar.

Dos acontecimientos internacionales, como fueron la celebración del Año Internacional de las personas Mayores en 1999 y la celebración en Madrid de la Asamblea Mundial del Envejecimiento en el año 2002, supusieron una llamada de atención sobre la importancia que a nivel mundial empezaba a tener el envejecimiento de la población. En la Asamblea Mundial del Envejecimiento del 2002 surgió el *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*, que planteó como gran objetivo “*garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad, dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos de pleno derecho*”. Así mismo hacía hincapié en la importancia de un envejecimiento con calidad de vida, en el que la vejez supusiera una etapa de desarrollo y no de decrepitud.

El objetivo de las políticas asistenciales actuales es mantener al anciano en su domicilio durante el máximo tiempo posible, coincidiendo con el deseo de los mayores que prefieren continuar en su hogar y, si esto no es viable, trasladarse a vivir con los hijos de los que esperan que sean los responsables de su cuidado (López Doblás, 2004). Sin embargo, esto no siempre es posible. La incorporación de la mujer al mundo laboral - que hegemónicamente ha ejercido el papel de cuidadora familiar principal -, la reducción del tamaño de las familias y el insuficiente espacio físico de las viviendas hace que en muchas ocasiones no se pueda

atender adecuadamente al anciano en su casa o en la de la familia y obliga su ingreso en una residencia geriátrica. La institucionalización del anciano puede ser en ocasiones la mejor solución para ser cuidado aunque no la más deseada.

Cada vez más, los centros residenciales para mayores intentan acercarse a las características de un hogar, con la creación de mini residencias o viviendas tuteladas. Pero en la actualidad, la mayoría de las residencias, tanto de titularidad pública como privada, tienen una capacidad para más de cien residentes (Envejecimiento en Red, 2013). Para los centros de grandes dimensiones es muy difícil poder realizar una organización de actividades adaptadas a la individualidad y al deseo del anciano, funcionando más como instituciones totales en la idea que Goffman describió en su libro Internados (Goffman, 1970).

Al ingresar en la residencia geriátrica, el anciano vive un momento de vulnerabilidad ante el estrés que le supone un cambio de estas magnitudes en su estilo de vida, ya que deja su hogar (y todo lo que para él significa) por un entorno que de entrada le es totalmente desconocido. Los profesionales encargados de su cuidado, y especialmente las enfermeras, deben ser sensibles ante la nueva situación que vive el anciano. Así se podrá realizar una buena acogida e intentar paliar algunas de las dificultades o problemas relacionados con las pérdidas sufridas y derivados de situarse en un contexto institucionalizado, marcado por unos ritmos y horarios basados más en la funcionalidad de los servicios prestados que en las necesidades de los residentes. Los problemas derivados de esta situación son: la pérdida de identidad personal (consecuencia de la despersonalización), la falta de intimidad o la rutina excesiva, entre otros, que pueden ocasionar desesperanza ante la vejez y ante la vida.

Los cuidados en enfermería geriátrica-gerontológica deben ir dirigidos a evitar los factores negativos de la institucionalización, potenciando todas las capacidades que el anciano tiene. Para conseguir estos objetivos, la enfermera debe integrar en sus cuidados diarios la creencia de que el envejecimiento es una etapa más en el desarrollo de la persona, huyendo de ideas preconcebidas o estereotipos muy arraigados socialmente. Aunque el anciano es un adulto con capacidad de decisión, no es extraño ver en las residencias actitudes paternalistas que llevan a una infantilización.

Los cuidados deben ir encaminados a proporcionar una atención holística, es decir, ir más allá de lo meramente físico, dando cobertura a los aspectos emocionales, sociales y

espirituales (Watson, 2002). Pero, para ofrecer unos cuidados que cubran todas las dimensiones humanas, es necesario conocer cómo es el anciano, qué expectativas y deseos tiene. También es indispensable conocer el pasado: su historia de vida (HV). La persona es el resultado de toda su trayectoria vital, que en el caso del anciano es muy larga. No se le puede cuidar obviando la mayor parte de su vida.

Conocer la HV de las personas en las residencias geriátricas ayuda a comprender los significados que la persona da a sus experiencias vitales, entender sus actitudes y conocer la autopercepción que tiene sobre la vejez. De esta forma se podrán planificar y realizar unos cuidados individualizados que minimicen los efectos negativos de la institucionalización, refuercen la identidad y respondan a los deseos de los ancianos.

La HV del anciano no puede tomarse como un mero anecdotario de hechos de su vida. Para que la HV sea útil para la mejora de los cuidados, se le debe dar la importancia que merece, darle un tiempo y un espacio para realizarla. Debe ser escuchada “intencionadamente” a través de una escucha activa y realizando un análisis posterior. Entonces es cuando la HV dejará emerger aquellas experiencias o vivencias significativas para la persona, que pueden ser pasadas o proyectos de futuro. Aquí es el momento en que la enfermera puede utilizar esta información obtenida para planificar y realizar unos cuidados “generadores de vida”. Así se ayudará al anciano a vivir la vejez como una etapa de desarrollo y, como Erikson (2000) explica, conseguir la “integridad y la sabiduría”.

Para comprobar la utilidad de la HV se llevó a cabo una investigación cualitativa, fenomenológica con la utilización de HV en la que se entrevistó a doce residentes. Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, lo que ayudó a generar unos lazos de relación que favorecieron un clima distendido y de confianza, donde la persona iba desgranando su trayectoria vital. A lo largo de las entrevistas se vivieron momentos muy intensos, en los que aparecían y cambiaban rápidamente las emociones, algunas relacionadas con experiencias tristes, pero también hubo momentos de risas y complicidad. Se puede afirmar que el objetivo general de esta investigación, “comprender los significados que los ancianos otorgan a su HV”, se ha conseguido.

Al finalizar las entrevistas, todos los entrevistados verbalizaron que se sentían muy bien y que creían necesario que el personal de la residencia conociera sus HV.

Esta tesis está estructurada en cinco apartados: el primero corresponde al marco teórico; el segundo al marco metodológico; el tercero está destinado a los informantes; en el cuarto se exponen los resultados junto al análisis y discusión; para acabar con las limitaciones del estudio, conclusiones, propuestas para la práctica y futuras líneas de investigación.

El marco teórico está compuesto por cuatro unidades:

La primera trata del envejecimiento de las poblaciones y del envejecimiento de la persona como proceso vital. Desde una perspectiva demográfica, se hace un recorrido por el proceso de envejecimiento poblacional que se está produciendo en los últimos años, las causas de este fenómeno y algunas de sus consecuencias, como la mayor presencia social del anciano, el “sobre envejecimiento” y la feminización de la vejez. Se presenta el envejecimiento como proceso vital y las teorías biológicas (de una forma muy escueta) para desarrollar más ampliamente las teorías psicosociales del envejecimiento.

En la segunda unidad se abordan las historias de vida y se realiza un recorrido histórico de su utilización. Se diferencia entre historias de vida y otros métodos biográficos y se revisa su uso en las ciencias sociales y las ciencias de la salud, especialmente en enfermería.

La tercera unidad corresponde a la revisión de los servicios de atención sociosanitarios y sociales que se ofrecen a los ancianos en Cataluña, especialmente las residencias. Se revisa el concepto de institucionalización de Goffman y de institucionalización geriátrica.

En la última unidad del marco teórico se explora el nuevo modelo de “atención centrada en la persona” como una nueva manera de atención a los ancianos institucionalizados. Se revisa el concepto de cuidado y nos centramos en la teoría de Virginia Henderson y la filosofía del *Caring* de Jean Watson. La elección de estas teóricas se debe a que el modelo de las necesidades de Henderson es el más utilizado en las residencias geriátricas de nuestro entorno. Con la incorporación de la filosofía del *Caring* de Jean Watson, que enfoca el cuidado desde una visión holística dando gran importancia a la espiritualidad -algo imprescindible en la última etapa de la vida-, se produce una complementariedad que orientará en unos cuidados gerontológicos integrales y holísticos.

El segundo apartado de la tesis se destina al marco metodológico. Se expone la metodología del estudio enmarcado dentro de la investigación cualitativa, fenomenológica con utilización

de historias de vida. Aquí se detalla la investigación de campo, los preparativos y el trabajo posterior con los datos obtenidos.

El tercer apartado de la tesis corresponde a los informantes. En él se presentan las características demográficas de los informantes junto a una pequeña descripción realizada desde la perspectiva de la investigadora. Aunque dicha descripción se debe considerar totalmente subjetiva, ésta ayuda a conocer y familiarizarse con los informantes.

El cuarto apartado corresponde a los resultados, análisis y discusión de las historias de vida.

Para terminar, en el quinto y último apartado se exponen las conclusiones, junto a las limitaciones del estudio, las propuestas para la práctica y las futuras líneas de investigación.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **I Marco Teórico**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **El desafío del envejecimiento**

*“El mundo se encuentra en medio de un proceso irreversible y único de transición demográfica que resultará en poblaciones más envejecidas en todas partes. A medida que los índices de fertilidad disminuyen, se espera que la proporción de personas de 60 años o más se doble entre 2007 y 2050, y la cifra real será superior al triple, alcanzando los 2.000 millones en 2050. En la mayoría de los países, el número de personas de más de 80 años podría cuadruplicarse hasta alcanzar casi 400 millones para entonces.” (ONU, 2002)*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## 1. EL DESAFÍO DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento de las personas y como consecuencia de éste, el envejecimiento progresivo de la población, es el resultado de conquistas biológicas, higiénicas y tecnológicas, relacionadas con avances científicos en salud, pero también sociales y culturales.

Lo que debería verse como un éxito social, es en muchas ocasiones, percibido como un peligro que puede desequilibrar el estado de bienestar debido al gasto que el aumento de población anciana puede suponer en pensiones, sanidad, cuidados, etc. Vivir la vejez como un reto y anticipar soluciones a los problemas que algunos demógrafos y economistas plantean, será fundamental para aprovechar esta nueva situación en beneficio de toda la sociedad.

Ser anciano, viejo, mayor, o pertenecer a la tercera edad son categorizaciones sociales que no representan la realidad individual ni personal. Simone de Beauvoir (1983) explica que la vejez no es solo una cuestión biológica, sino también un problema cultural, existencial, concreto y ético. Entender el envejecimiento como proceso global, como una etapa más del ciclo vital, puede ayudar a ver el potencial que los ancianos tienen para la sociedad evitando imágenes estereotipadas y mitos arraigados socialmente, alejándonos de la visión de problema que plantea Beauvoir.

Envejecimiento demográfico, envejecimiento como proceso, vejez y edad, son términos interrelacionados entre sí con significados diferentes. En ocasiones son utilizados de forma sinónima, lo que puede llevar a confusión, como ocurre con el término “envejecimiento”, utilizado para referirse tanto al envejecimiento de las poblaciones como al envejecimiento de la persona o a la vejez.

El envejecimiento demográfico, hace referencia a datos estadísticos de población, indica la proporción de grupos de personas en edad avanzada, por encima de 65 años, con respecto al resto de edades (Santos, 1996). El envejecimiento de la persona, se refiere al proceso y efectos que el paso del tiempo produce en los individuos. Son las personas las que envejecen

no las poblaciones. En cuanto al término vejez también suele ser utilizado con bastante ambigüedad: vejez como una etapa, vejez individual, inicio de la vejez...

En este trabajo se considera como población anciana a las personas mayores de 65 años<sup>1</sup>. Se ha elegido este criterio principalmente por dos motivos: por ser el inicio de la edad de jubilación actualmente en España, y por coincidir con los grupos de edad utilizados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), lo que facilita poder utilizar estos datos estadísticos.

Los términos anciano, persona mayor, viejo, senescente, etc. Son utilizados a lo largo del trabajo de forma indistinta, sin que suponga ninguna connotación cultural ni mucho menos negativa o estereotipada.

### **1.1. Envejecimiento demográfico: una revolución silenciosa**

El envejecimiento de la población es una nueva realidad demográfica a la que se enfrentan principalmente los países occidentales, entre ellos España. Es el resultado de importantes cambios demográficos acaecidos en los últimos decenios, que suponen un cambio en la estructura social por edades provocando un aumento de la edad media del conjunto de la población (Fernández, Parapar, Ruíz, 2010)

Durante el siglo XX la población anciana aumentó siete veces su volumen mientras que el resto de la población solamente lo hizo dos veces. Por primera vez en la historia de España se ha producido una inversión demográfica: hay más personas mayores de 65 años que niños entre 0 a 14 años (INSERSO,2012). Cordero del Castillo (2006) citando a Abellán, propone un ejemplo muy clarificador en relación al crecimiento anual de personas mayores en nuestro país: *“De forma gráfica se puede afirmar que el incremento en los efectivos totales equivaldría a la aparición cada año en el mapa de España de una nueva ciudad del tamaño de Cádiz, Castellón o Salamanca”*. O para añadir un ejemplo más cercano, como la ciudad de Tarragona.

Este envejecimiento poblacional es consecuencia, principalmente, de dos factores: el aumento de la esperanza de vida, y el descenso de la natalidad. Ambos fenómenos son

---

<sup>1</sup> En este documento se considerará el inicio del envejecimiento en los 65 años. Pero la ONU en la mayoría de sus informes y documentos inicia esta etapa en los 60 años.

independientes entre sí, pero tienen el mismo efecto sobre la estructura de la población: el envejecimiento poblacional.

Existen otros factores que pueden influir en las fluctuaciones de la población como son las emigraciones, desastres naturales que afecten a la población o incluso guerras. Pero estos últimos intervienen en situaciones puntuales. Mientras la baja natalidad y/o el aumento de la esperanza de vida, son los factores determinantes en la actualidad del aumento de la población en edades superiores a los 65 años en los países europeos. Estas conquistas sobre la mortalidad o el control de la natalidad que producen estos cambios demográficos, no se han ocasionado de una forma eruptiva, sino progresivamente a lo largo del tiempo, principalmente en los dos últimos siglos.

### ***1.1.1 Transición demográfica***

El fenómeno de envejecimiento progresivo de la población se conoce como “Teoría de la Transición Demográfica”, concepto que hace referencia al cambio de una sociedad preindustrial a una sociedad moderna, y está estrechamente relacionado con el desarrollo económico (Meil, 1999; de Diego, 2010). Esta teoría se utiliza para explicar los cambios en las características poblacionales de un determinado territorio, influidas por las tendencias de natalidad y mortalidad. Unas altas tasas de ambas indican características de una sociedad preindustrial. Mientras que unas tasas bajas de natalidad y fecundidad, son indicativas de una sociedad industrial o postindustrial.

La Transición demográfica se inició en varios países de Europa a finales del s. XVIII y s. XIX. En España comenzó más tarde y no se completó hasta bien entrado el s. XX. Este retraso tuvo que ver con varios factores: retraso de la industrialización, la gripe española de 1918 o la guerra civil entre otros.

La teoría original de la Transición demográfica explica que esta se produce en tres fases o etapas, pero en la actualidad los demógrafos hablan de una cuarta fase (de Diego 2010).

- 1ª fase. Régimen demográfico antiguo o pretransicional

Corresponde a una sociedad agrícola preindustrial, con tasas de natalidad y mortalidad muy altas. Se calcula que cada mujer tendría de media entre cinco a siete hijos, pero la mayoría

de ellos no llegaban a vivir un año, de cada 7-9 niños sólo sobrevivían 2-3 (Meil, 1999). La muerte era una experiencia cotidiana relacionada con las enfermedades, epidemias o guerras, lo que repercutía en que el aumento de la población fuese muy lento. Era un periodo de sobremortalidad que contrarrestaba la alta natalidad.

- 2ª fase. Régimen demográfico de transición

Aquí se inicia realmente la transición demográfica que lleva a la realidad actual, se produce durante el s.IXX en Europa y en España de forma más tardía ya iniciado el s.XX.

Esta fase se subdivide en dos:

- 1- En la primera, se inicia un importante descenso de la mortalidad, principalmente de la mortalidad infantil, pero manteniendo las altas tasas de natalidad, produciendo como consecuencia un crecimiento progresivo de la población. Esta disminución de la mortalidad infantil está relacionada con la introducción de avances higiénicos y sanitarios que repercuten de forma positiva en el aumento de la esperanza de vida.
- 2- A finales del siglo XIX dio comienzo la segunda subfase, cuya característica más importante es el descenso de la natalidad. En España este proceso aparece de forma más tardía que en otros países industrializados, (a partir de 1914). Se continúa produciendo un aumento significativo de la población pero de una forma más lenta que en la subfase anterior.

La Gripe española de 1918 por la alta mortalidad que produjo, o la guerra civil por la mortalidad en determinadas edades y su repercusión en la natalidad que se produce en estos años, son acontecimientos que influyeron en la evolución demográfica de este país. En los años de posguerra y propiciado por una política natalista, de nuevo hay un aumento de los nacimientos.

- 3ª fase. Régimen demográfico moderno

En España hubo una alta tasa de natalidad, fomentada por políticas natalistas, son los años del *baby boom*, que en nuestro país se produce con unos diez años de retraso respecto a Europa Occidental y EEUU (Cabré, Domingo, Menacho, 2002). Este aumento de natalidad fue acompañado de un descenso progresivo de la mortalidad al generalizarse el sistema de salud

del régimen de Seguridad Social, lo que repercutió en el aumento de la esperanza de vida y el rejuvenecimiento de la población española

A partir del año 1975, da comienzo un importante descenso de la natalidad. Autores como de Diego (2010), atribuyen este hecho a tres factores principales:

- Descenso de la edad fértil por retraso de la edad de matrimonio.
- Incorporación de la mujer al mundo laboral.
- Aumento general del nivel de vida.

- 4<sup>a</sup> fase. Régimen demográfico evolucionado

También conocida como "*Involución demográfica*", con una disminución muy acusada de nacimientos, en algunos países la mortalidad es superior a los nacimientos, por lo que el crecimiento de la población es negativo.

En España según datos del INE la tasa de natalidad ha descendido un 18% desde el 2008, cuando se contaban 1,46 hijos por mujer, a 1,27 en 2013, con un pequeño incremento del 0,1% en el 2014 (INE, 2014, 2015). Se consideran necesarios 2,1 hijos por mujer para asegurar el reemplazo generacional. En la actualidad, el número de hijos por mujer ya no garantiza el reemplazo generacional.

El proceso acelerado de envejecimiento tuvo en nuestro país una cierta ralentización con la llegada de emigrantes en la década pasada que ayudo a paliar el proceso demográfico de envejecimiento. Pero según las previsiones del INE (2010), la llegada de emigrantes ha disminuido considerablemente, y el retorno de muchos de ellos a sus lugares de origen, repercutirá de nuevo en un aumento del envejecimiento poblacional.

Este cambio demográfico es un proceso planetario (Pérez, Abellán, 2012), todavía no terminado debido a que el ritmo de envejecimiento no es homogéneo en todos los países. En España comenzó años más tarde que en otros países europeos, pero se está produciendo de una forma más acelerada. En menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años y continúa progresando en su envejecimiento, faltando por llegar a esta edad la llamada generación del "baby boom". Se consideran de esta generación a las



personas nacidas entre 1958 y 1977<sup>2</sup> que en estos momentos se encuentran en plena edad laboral e iniciarán su llegada a la jubilación sobre el 2024 (INE, 2010).

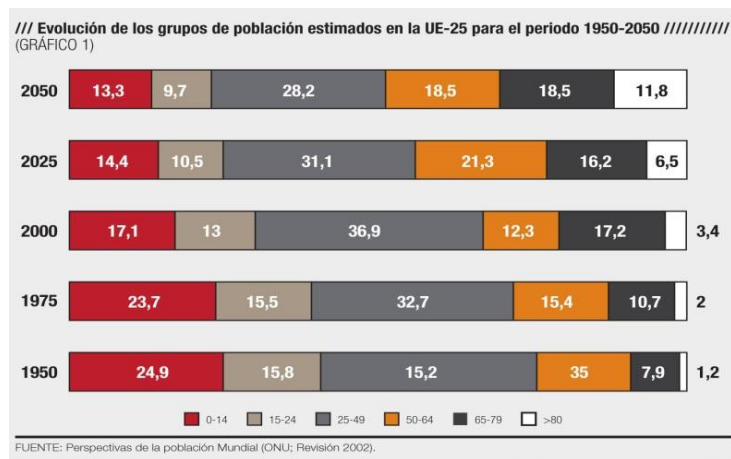


Figura 1. Evolución de los grupos de población estimados en la UE 1950-2050. Fuente: Fernández J. Parapar C. Ruiz M. El envejecimiento de la población. Lychnos -Cuad la Fund Gen CSIC [Internet]. 2010;(2):90

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2014), la población residente en España a 1 de enero de 2014 se situó en los 46,7 millones de habitantes. Las personas de 65 o más años representaban el 18,1% de la población total. Pero los mayores de 80 años suponían el 5,7% de la población y el 27,2% de los mayores de 65 años, poniendo de manifiesto una nueva situación demográfica: el envejecimiento del envejecimiento. Nos dirigimos hacia una sociedad no de octogenarios, sino de centenarios (Ramiro, 2014). Porcentaje que se verá incrementado de forma muy significativa con la llegada a esta edad de la generación “Baby boom”.

La ONU indica que en el año 2020 las personas mayores de 65 serán una cuarta parte de la población mundial. La proporción de personas de 60 años o más se duplicará entre el año 2007 y el 2050, alcanzando los 2000 millones, aproximadamente un 33% de la población, y el cambio más importante se dará en los mayores de 80 años que podrá duplicarse llegando a los 400 millones. En España la situación será muy similar, los mayores de 65 años representarán más del 30% de la población y habrá más de cuatro millones de octogenarios

<sup>2</sup> En estos años nacieron casi 14 millones de niños, 4,5 millones más que en los 20 años siguientes y 2,5 más que en los 20 anteriores (Abellán, Vilches, Pujol, 2014)

(Fernández, Parapar, Ruiz, 2010). Asgar Zaida (2008) define este fenómeno de envejecimiento como: *“Un crecimiento de los grupos de mayor edad que vivirán en el futuro en nuestras sociedades y estará acompañado por un decrecimiento generalizado de la población.”*

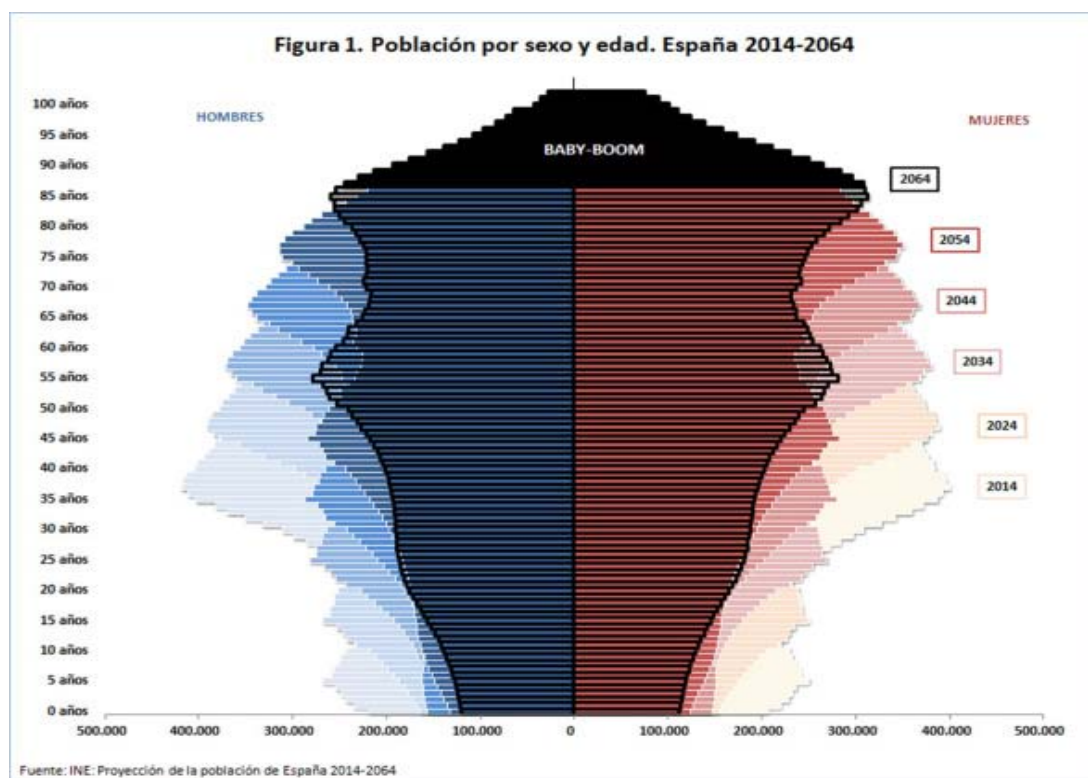


Figura 2. Pirámide previsión progresión de la población española 2014-2014.

Fuente: INE. Proyección de la población de España 2014-2064

A principios del siglo XX la esperanza de vida en España se situaba en 34 años, en la actualidad sobrepasa los 82 años, continuando con una tendencia creciente. En varones alcanza los 80 años, en mujeres 85,6 años (INE, 2013, 2014). Desde el 2012 las mujeres españolas son las más longevas de la Unión Europea, los hombres ocupan el tercer lugar tras los suecos e italianos. Estos datos indican una característica importante de la población envejecida en España: es predominantemente femenina. Existe un 34% más de mujeres que de hombres mayores de 65 años. Pero tanto hombres como mujeres han ganado dos años de vida en tan solo 20 años.

El aumento de población envejecida debe ser considerado un logro de nuestra sociedad: el éxito de la longevidad y la supervivencia. La esperanza de vida continúa aumentando. Cuando la persona llega a los 65 años tiene en el caso de los hombres una esperanza de vida de entre 16-20 años que en la mujer es de 19 a 22 años.

Pero reducir la vejez a números puede ser una visión que puede ir de simplista -que obvia las características particulares y diferenciales de una población que solo tiene en cuenta la edad cronológica- a una visión alarmista debido al aumento de población envejecida. Se debe huir de estas visiones para llegar a entender el envejecimiento como proceso global, de carácter universal y progresivo a nivel mundial y especialmente en España. El envejecimiento demográfico da cifras, pero no indica ni orienta sobre la realidad de la vejez de las persona.

El envejecimiento de la población es un desafío que se presenta a la sociedad que debe estar preparada para asumirlo. Las políticas sociosanitarias no pueden improvisarse, los gobiernos y la sociedad deben estar preparados para dar respuesta ante las nuevas necesidades que presentará este grupo de población, teniendo en cuenta las características diferenciales de estos nuevos ancianos con los de generaciones anteriores. Se deberán desarrollar nuevos roles para un grupo de población que será más numeroso según pasan los años, y que no solo vivirán más años, sino que lo harán en mejores condiciones.

## **1.2 Consecuencias del envejecimiento demográfico**

El envejecimiento demográfico es el resultado de dos factores principales: la baja natalidad y el aumento de la esperanza de vida. Y, en sí mismo, no tiene consecuencias positivas ni negativas. Son las respuestas sociales ante este nuevo fenómeno las que hacen que el aumento de personas ancianas pueda verse como un problema o un éxito social.

Si solo se valora el envejecimiento desde la perspectiva de sus variables demográficas, es fácil caer en una visión catastrofista de la repercusión que tiene el envejecimiento de la población. Abordar las consecuencias del envejecimiento demográfico desde este enfoque, supone obviar la parte más importante de lo que supone llegar a envejecer: el éxito de la humanidad ante las causas de muerte prematura y la expresión del desarrollo social, económico y de salud que supone. Pero González, San Miguel B. (2001) advierten:

*“Sin embargo, la vejez se percibe problemáticamente. El envejecimiento es con frecuencia calificado de "problema social", y socialmente parece extenderse el miedo al envejecimiento y el desarrollo de toda una serie de conductas que tratan no sólo de retrasarlo sino de negarlo”.*

Amando de Miguel (2004) señala que uno de los posibles motivos que llevan a ver la vejez como problema, es la “comparación” que las personas hacemos. No nos comparamos con las cohortes anteriores a nosotros, valorando los logros en longevidad y mejores condiciones de vida, sino que realizamos la comparación con nosotros mismos en relación a como éramos o estábamos unos años atrás. En esta comparación con nosotros mismos, puede ser difícil ver las aportaciones o los éxitos que envejecer conlleva.

La transición demográfica puede convertirse en una revolución social que ayude a ver a las personas mayores como agentes transformadores sociales que aportan experiencia, conocimientos y colaboración intergeneracional (Miralles, 2010; Pérez Díaz 2003). La sociedad les debe otorgar valor social y reconocimiento, para realizar una transformación social en que las personas mayores y ancianos pasen a ser un grupo visible, como personas productivas, que pueden ofrecer su ayuda para beneficio de toda la sociedad (Bazo, 1996; Tornstam, 1995; Betancor, 2009).

Simone de Beauvoir en su obra *La vejez* (1983) proporciona una idea de cómo debe abordarse la vejez: *“La vejez no es un hecho estadístico; es la conclusión y la prolongación de un proceso”*

Las características numéricas de una población indican valores estadísticos, pero no orientan en cómo son o cómo se comportan los grupos que representan estas estadísticas. Como indica Bazo (2011):

*“Las personas mayores se encuentran cada vez en mejor estado de salud, su apariencia es más joven que entre las generaciones pasadas, y sus recursos económicos, culturales y sociales son mayores que nunca.”*

Pero precisamente esta longevidad, logro importante de la humanidad, puede ser percibida por la sociedad como un riesgo para el mantenimiento futuro del estado de bienestar, al repercutir sobre dos de sus patas fundamentales: pensiones y sanidad. Según aumenta el número de mayores y su esperanza de vida, aumenta el gasto en pensiones, en sanidad y en

recursos sociosanitarios. Esto lleva a una de las discusiones más habituales que se generan en la actualidad en relación al aumento de las personas ancianas: las consecuencias que conlleva el envejecimiento poblacional.

### ***1.2.1. Consecuencias sociales del envejecimiento***

- Mayor presencia social de ancianos

Continuará el aumento progresivo de la presencia social de los ancianos. Dejarán de ser “invisibles” socialmente y reclamarán su espacio dentro de la sociedad. Habrá más ancianos pero en mejores condiciones de salud, con más implicación social y con unas necesidades sociales diferentes a los ancianos de las generaciones anteriores. Su peso social les ayudará a tener un protagonismo en la vida social y colectiva: serán parte importante del electorado; grupos numerosos de consumidores tanto de bienes de consumo como de ocio, etc. Pero este aumento del peso social puede tener también consecuencias negativas para los ancianos, puede dar lugar a prejuicios y estereotipos relacionados con la vejez: el edadismo.

La imagen social de la vejez es el resultado de una construcción realizada a lo largo de diferentes generaciones y años en los que la vejez era sinónimo de decrepitud, enfermedad, pobreza, soledad, etc. Se hace difícil eliminar estereotipos que se han ido integrando lentamente en el pensamiento social. Estereotipos que influyen en las actitudes que la sociedad tiene hacia los ancianos, pero también en la autopercepción, es decir, la imagen que uno tiene sobre sí mismo, que a su vez está influenciada por la imagen que los demás tienen de uno (Pinazo, 2011). Todavía hoy se mantienen ideas estereotipadas que se han ido interiorizando, dando lugar a una visión sobre la etapa de la vejez que no coincide con la realidad actual: una alta esperanza de vida libre de incapacidades durante muchos años, y con una protección económica por parte del estado.

Butler en 1973 estudió las conductas negativas hacia la vejez bajo el nombre de “*ageism*”. Salvarezza (1993), lo llamó “*viejismo*” y lo definió como: “*un conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad... este es un prejuicio comparable a otros que se aplican a las diversas minorías conocidas, e incluye la llamada gerontofobia que se refiere a una conducta, felizmente menos frecuente, caracterizada por el miedo u odio irracional hacia los viejos*”.

Más recientemente, Losada (2004), le llamó “edadismo” y citando a Butler dice: *“el edadismo ha sido señalado como la tercera gran forma de discriminación de nuestra sociedad, tras el racismo y el sexismo”*. El autor explica la dificultad que puede haber para detectarlo, que incluso, puede ser mantenido por los propios ancianos.

La discriminación hacia los ancianos tiene un componente cognitivo pero también conductual y emocional, no solo se piensa en la vejez en negativo, sino que se acompaña de sentimientos y de acciones. Trabajar contra estos prejuicios es fundamental para conseguir que a los ancianos se les reconozca como parte integrante de la sociedad, con plenos derechos y obligaciones.

También puede ocurrir la discriminación profesional hacia ellos (Montoro, 1998). Discriminación que puede tomar diferentes formas, desde la desvalorización del anciano al infantilismo. Cuando el edadismo se produce en personas que cuidan a los ancianos, (sean cuidadores informales o profesionales de la salud), llevará a los cuidadores a minimizar o desvalorizar las quejas, síntomas, deseos, que puede presentar el anciano. Esta desvalorización llevará a no captar todo el potencial de desarrollo que tiene el anciano. La infravaloración de las personas mayores y de sus capacidades puede favorecer la pérdida de autonomía e independencia, el aumento de la discapacidad y mayores índices de depresión (Losada, 2004).

Con el aumento de personas ancianas también habrá un aumento y un cambio en las demandas de recursos sociales. En los últimos años se está produciendo un aumento de los hogares unipersonales en mayores de 65 años, siendo más frecuente en las mujeres, más del doble de mujeres viven solas, un 27,8% frente al 12,4% de los hombres. El aumento de los hogares unipersonal tiene el riesgo del aumento de la soledad y de aislamiento social.

- El envejecimiento del envejecimiento

Una de las características del envejecimiento actual es el crecimiento de octogenarios, es el llamado “envejecimiento del envejecimiento”. Según estimaciones de Naciones Unidas, en el año 2050 las personas mayores de 80 años serán del 9% en los países desarrollados y un 4% en los países en vías de desarrollo. En España el número de personas mayores de 80 años se ha multiplicado por 19 desde principios del siglo XX, y son más de 2,4 millones, calculándose

que serán 5,6 millones en el 2049, siendo el grupo de edad que más va a crecer en el futuro inmediato (INE, 2015).

Pero no sólo ha aumentado el volumen de octogenarios. La disminución de la mortalidad en estas edades hace que cada vez haya más centenarios que seguirán aumentando rápidamente (Ramiro, 2014). Según proyecciones del INE los 10.291 centenarios que había en el 2014, pasará 14.442 en el 2020, y 64.841 personas en el 2049 (INE, 2015).

- La feminización de la vejez

Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres en todas las edades, lo que hace que sean más numerosas que los hombres. Este dato poco significativo en el pasado, debido a la menor longevidad, en la actualidad adquiere gran relevancia porque permite hablar de la feminización de la vejez. Será una vejez femenina, con más enfermedades y más pobres que los hombres, (Pérez Díaz, 2003; Observatorio de Personas Mayores, 2004; Juni, Urbano, 2008)

El estudio del envejecimiento en la mujer es bastante reciente, debido a que la gerontología social se ha preocupado más por estudios generales de la vejez o temas preferentemente masculinos (Pérez Ortiz, 2003; Observatorio Personas Mayores, 2004). Algunas de las diferencias del envejecimiento entre sexos vienen dadas por la mayor esperanza de vida de las mujeres que sobreviven en más de siete años a los hombres. Las mujeres viven más, pero lo hacen con peor salud, padecen más enfermedades crónicas y mayor número de enfermedades que los hombres, lo que repercute en su capacidad funcional.

Pérez Ortiz (2003), en su estudio sobre las características de las mujeres en España, encontró las siguientes características:

- Cuando aparecieron problemas de limitaciones en las actividades de la vida diaria, discapacidad o incapacidad, las dos terceras partes de las mujeres que necesitaban ayuda la recibían de la familia, principalmente de las hijas (32,9%), seguido del cónyuge (15,8%), Hijos (5,5%), nueras (2,6%), nietos (2,3%).
- La forma de vida más extendida es en pareja, lo que ocurre en una de cada tres mujeres. Le sigue la vida en solitario en un 27% de las mayores de 65 años. Y en aproximadamente otro 27% es algún hijo el que vive con su madre o padres. Apenas

un 7% vive en casa de algún hijo-a. A mayor edad de la mujer aumentan los porcentajes de vida en solitario por muerte de la pareja.

- Las relaciones sociales más frecuentes son con los hijos. En el caso de no tener hijos los contactos sociales más importantes son con miembros de la familia extensa. A mayor edad disminuyen las relaciones sociales y, al enviudar, disminuyen incluso con el círculo de los más íntimos. Según Pérez Ortiz (2003), no parece que los hijos intensifiquen las relaciones con sus madres para paliar la pérdida de la pareja. Las mujeres que viven en casa de otros son las que tienen menos relaciones sociales.
- En relación a las actividades a las que dedican el tiempo, se mantienen los roles tradicionales de género y la actividad a la que dedican más tiempo es a las tareas del hogar. A partir de los 80 años disminuyen las actividades del hogar y se encarga de ello alguna persona contratada. El hombre participa poco de estas actividades.

El cuidado de los nietos se ha convertido en una actividad habitual. Cuatro de cada diez mujeres entrevistadas cuidan habitualmente de ellos, y dos con frecuencia.

Otras actividades a las que dedican tiempo son: ver la televisión, rezar, pensar o meditar, oír la radio. Actividades pasivas que no fomentan el ejercicio ni la relación con otras personas.

- Al preguntarles por otros intereses, la cocina, avances médicos y cultura son las más nombradas.
- En cuanto a la política y religión, parece que hay un desinterés por los temas políticos, que como dice Pérez Ortiz (2003), contrasta con la alta participación electoral de estas personas. En cuanto a la religión aparece una alta religiosidad y prácticas religiosas.
- Son personas generalmente satisfechas con la vida: siete de cada diez dicen sentirse muy o bastante satisfechas.



- En relación a sentimientos de soledad, un 14,7% los experimenta con frecuencia y un 31,7% dice que algunas veces. La experiencia de soledad es más frecuente en personas de más de 75 años, con salud frágil y que viven solas.
- Creen que la sociedad las percibe como enfermas, divertidas y sabias.
- En cuanto a la edad en que creen que una persona es mayor, la media de respuestas dio un valor de 71,9 años.

La mujeres mayores no son un grupo homogéneo, sino que existen grandes diferencias entre ellas, en muchos casos estas diferencias viene marcadas por la edad, estado civil, nivel de instrucción, salud, entre otras.

### ***1.2.2. Consecuencias Económicas***

Una de las preocupaciones que acompaña a las tendencias demográficas futuras son los efectos económicos relacionados con la sostenibilidad del estado del bienestar, principalmente pensiones, sanidad y educación. Estos pilares del estado de bienestar están estructurados sobre una base de solidaridad intergeneracional, es decir, una relación adecuada entre número de cotizantes y número de receptores de prestaciones. La tendencia demográfica en España no augura que se pueda llegar a este equilibrio, mientras la población de más de 65 años va en aumento progresivo, la población de entre 16 a 64 años, (edad con capacidad de “producir”), disminuirá un 18,4%. Esta sobrecarga sobre la población activa se verá agudizada con la llegada de la generación del “baby boom” a la jubilación.

Según datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, en 2012 las pensiones contributivas por jubilación supusieron más de 5 millones/€ al mes, un 1,3% más que el año anterior. Estas cifras dan una idea de la categoría que el debate sobre la sostenibilidad de las pensiones tiene en la actualidad (Palacios, 2008).

Según el Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011), para el 90% de las personas mayores la principal fuente de ingresos son las pensiones. Esta misma fuente indica que hasta mediados de los años 90 se apreciaba una mejoría continuada en la situación económica de los ancianos, con un empeoramiento de la situación desde entonces. Apreciándose una relación directa entre mayor envejecimiento y menor renta relativa. En el año 2004 el riesgo

de pobreza entre los ancianos era de un 19,9%, llegando al 21,6% en el 2012 (INSERSO, 2014).

En la actualidad el riesgo de pobreza se acentúa en el caso de las mujeres que cobran prestación de viudedad, son las que perciben la cuantía más baja y más alejada de la media de las pensiones que es de 861,1 €/mes, mientras que la prestación por viudedad es de 603€. Desde la década anterior se observa un crecimiento de las pensiones de jubilación en decremento de las de viudedad en mujeres, relacionado con la incorporación de las mujeres al mundo laboral remunerado, pero se mantiene la diferencia en la cuantía de la pensión de jubilación favorable a los hombres. Existen tres factores de riesgo principales relacionados con la pobreza en los ancianos: ser mujer, vivir en poblaciones rurales y ser mayor de 80 años (Cordero del Castillo 2006).

Esta situación no parece que vaya a cambiar en un futuro inmediato, las mujeres seguirán presentando un mayor riesgo de pobreza, esto es debido a que su vida laboral en trabajos remunerados es más corta y sus cotizaciones menores (Comisión Europea, 2014). El sueldo de las mujeres con actividad laboral es un 20% más bajo que el de los hombres, aumentando la brecha salarial cuanto menor sea la cualificación laboral; un 23,4% tienen contratos a tiempo parcial, que les facilita la conciliación familiar pero que les quita posibilidades de cotización. El hecho de que la mujer sea la principal cuidadora tanto de los hijos como de los ancianos, repercute en una vida laboral más corta con menor cotización. Ambos factores, sueldo más bajo y menor cotización, repercutirán en la cuantía de sus pensiones al jubilarse. Las mujeres seguirán siendo más pobres (Jiménez, Nicodemo, Raya Martín, 2010).

Con la aprobación de la Ley 27/2011, se aprobó la reforma del sistema de pensiones. Se trata de una de las reformas más importantes en cuestión de pensiones realizada y, también, más polémica. Su implantación se desarrollará entre 2013 al 2027. Según un estudio realizado por Boado, Lanot (2012) sobre las consecuencias que tendrá la aplicación de la reforma, se puede destacar: se seguirá manteniendo la diferencia de cuantía en favor a los hombres, y se reducirá el número de personas que tendrán acceso a la jubilación. De lo que se deduce que si no se programan y aplican unas políticas que prevengan estas situaciones, avanzamos hacia una población más envejecida y más pobre.

En relación al gasto sanitario y farmacéutico, según un estudio realizado por Domínguez Gómez y García Navarro (2011) sobre las consecuencias sociosanitarias que tiene el aumento de ancianos y la dependencia, sobre una muestra de 10.000 personas, los autores encontraron que el 17% de los ingresos hospitalarios y el 16,4% de las consultas médicas eran realizados por mayores dependientes. En relación al consumo de fármacos, hallaron una relación directa entre consumo de fármacos y edad: en las dos semanas anteriores a la encuesta, las personas entre 65 a 74 años habían tomado algún fármaco en un 85%. Este porcentaje se eleva al 92% entre los mayores de 75 años.

No obstante estos datos que parecen desesperanzadores, es necesario conocerlos para que todos los profesionales comprometidos y/o implicados en la atención y cuidados de los ancianos, seamos capaces de aportar nuevas formas, más creativas y menos costosas de atender a nuestros ancianos de hoy, y a los ancianos del futuro.

Se debe desligar vejez de dependencia y enfermedad, los mayores cada vez son más numerosos, pero llegan a la vejez con mejor estado de salud y esperanza de vida. Conviene pensar en envejecimiento positivo, e invertir en envejecimiento activo, comprometido con la sociedad y programas de cooperación intergeneracional. De manera que los ancianos pasen a ser parte esencial y necesaria de la sociedad a la que pueden aportar grandes cosas y no como pasivos ni dependientes (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, López, Molina, Díez, Montero, Schettini, 2010).

### **1.3. Envejecimiento como proceso vital. Vejez. Edad**

Comenzaremos por marcar las diferencias de significado que estos tres constructos tienen. Como muy bien expresa Hidalgo (2005):

*“Este problema se hace obvio en la manera en que edad, envejecer, y envejecimiento son utilizados por lo gerontólogos. Por un lado, se asume que el envejecimiento, la vejez, son lo mismo. Más bien, la vejez es un sub-conjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto más global: el envejecimiento. Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos. La vejez es la etapa de 1a vida en que los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes. Aún un feto humano de siete meses manifiesta características etarias (edad-desarrollo y especialización biológica, psicológica, y hasta*

*social) diferentes a las de un feto humano de tres meses. Sin embargo, el dividir el lapso de la vida humana en etapas, no es más que una mera conveniencia conceptual.”*

En las culturas occidentales medimos el tiempo vivido en edades. Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento y se suele expresar en años. La edad puede ser interpretada de una manera muy amplia: como categoría social que indica permanencia a un grupo de personas (la tercera edad), edad de jubilación, de las pensiones, etc. (Hidalgo 2005). No hay una edad a partir de la cual se empieza a envejecer, pero edad (tener una edad, un tiempo), supone envejecer.

Al definir el envejecimiento de la persona, nos encontramos con numerosas definiciones (Laforest 91; Marin 2003). La OMS lo define como:

*“Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios, característicos para las especies, durante todo el ciclo de la vida. En los últimos años de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a esos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos, no son iguales.” (OMS, 1974)*

Castanedo, García, Noriega, Quintanilla (1999) lo definen como: *“el conjunto de transformaciones y/o cambios que se producen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales.”*

Para Marín (2003), una de las definiciones más aceptadas es la siguiente: *“el envejecimiento es el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos.”*

Lehr (1980), Laforest (1991), Gómez, Curcio (2002), Alvarado, Salazar (2014), coinciden en que el envejecimiento es un proceso multifactorial, dinámico e inherente a todos los seres vivos.

En lo que coinciden los diferentes autores es en que se trata de un proceso que se produce a lo largo de toda la vida, aunque no exista conciencia de que se está produciendo. Es un proceso vital, dinámico, en el que se va ganando edad y que implica dimensiones biológicas,

sociológicas y culturales. Por lo tanto, para entender lo que supone el envejecer o la vejez, debe realizarse desde una visión global de estas tres dimensiones (Duque, Mateo, 2008).

Si el proceso de envejecimiento se produce a lo largo de toda la vida, entonces ¿quién es viejo, anciano, senescente?, ¿se puede indicar un momento, un límite de edad para entrar en la vejez?, ¿o es un constructo social y también personal?

Según el diccionario de la Lengua Española, el significado de viejo es el siguiente:

*“Se dice de la persona de edad. Comúnmente puede entenderse como vieja la que cumplió 70 años.”*

El mismo diccionario define anciano como: *“dicho de una persona de mucha edad”*.

Estas definiciones no aportan un significado claro sobre la vejez. Catalogar a una persona de anciana o vieja, puede tener una importante apreciación subjetiva. Sólo desde un abordaje multidimensional e interdisciplinario se podrá dar respuesta a estas preguntas. Para valorar el envejecimiento de una persona, debemos tener en cuenta diferentes tipos de edades o vertientes sobre el envejecimiento:

- 1- *Envejecimiento o edad cronológica*, son los años que la persona tiene, viene dada por la cantidad de tiempo vivido. No da información realista sobre el envejecimiento de la persona.
- 2- *Envejecimiento biológico o edad biológica*, viene marcado por la biología del organismo, por los cambios morfológicos y funcionales del organismo. El envejecimiento físico no es sinónimo de enfermedad, pero sí que existe una mayor vulnerabilidad (Guardini, 2006; Salgado, Llera, Rupérez, 2002; Libro Blanco IMSERSO, 2005)
- 3- *Envejecimiento psicológico o edad psicológica*, relacionado con los cambios psicológicos y cognitivos de la persona y también el estudio de la personalidad y sus cambios.

Cada vez más la psicología y especialmente la psicología del ciclo vital, estudia el envejecimiento como una etapa de continuación del desarrollo de la persona, en la

que existen aspectos positivos. En este sentido Fernández Ballesteros (2004), indica que las emociones negativas se expresan con menor frecuencia a partir de los 60 años, y son más frecuente sentimientos positivos de gratitud, felicidad, alegría, que los sentimientos negativos de enfado, tristeza, etc.

Guardini (2006), sin embargo señala que en ocasiones el anciano se puede sentir frágil y esto le produce sensación de indefensión y debilidad, y la forma que tiene de defenderse es a través de lo que es y lo que posee: rígido en sus opiniones, costumbres, etc.

- 4- *Envejecimiento social o edad social*, se relaciona con los aspectos sociales de desarrollo de la persona. La jubilación es el acontecimiento que marca el envejecimiento social de la persona. Los sinónimos, negativos, relacionados con la jubilación como inactividad, no productivo, desvinculación del mundo laboral, etc. ayudan a mantener una visión pesimista y relacionada con “no útil” de la vejez. El efecto que la jubilación tenga para la persona estará muy relacionado con la satisfacción vital que le ha producido el desempeño de su rol laboral (Agulló, 2004; Forteza, 1990).

Ninguno de estos envejecimientos “parciales” dan por si mismos una idea aproximada de cómo vive la vejez y como se siente en este proceso la propia persona. Siendo necesaria la realización de una valoración global y conjunta de todos ellos, sin olvidar las emociones y sentimientos del anciano, para comprender lo que significa envejecer para cada individuo.

Rojas Marcos (1999) señala que aparecen tres desafíos en la vejez:

- Necesidad de adaptarse a una concepción distinta del tiempo. Los proyectos a largo plazo carecen de sentido, el futuro es el día a día.
- Repasar con benevolencia el ayer y aceptar que ya no se puede cambiar el pasado. Hacer balance de vida y aceptar la vida. Lo contrario puede llevar a la desesperación o el resentimiento.
- Mantener en lo posible cierta autonomía y una vida independiente. El miedo a la dependencia, el abandono y la soledad son las principales fuentes de angustia en la vejez.

Si es difícil el consenso sobre la vejez o el envejecimiento de la persona, tampoco lo hay sobre el nombre a asignar a las personas que pertenecen a este grupo: viejos, ancianos, senescentes, tercera edad, mayores, cuarta edad, edad dorada... La Comisión Europea para el Envejecimiento de la UE (Unión Europea), realiza un Eurobarómetro<sup>3</sup> para conocer la opinión de la población mayor de 60 años. Entre otras cuestiones se les preguntaba directamente cuál era el término preferido para referirse a ellas como colectivo (Walker, 96). Para ello se les daba a elegir entre:

- Ancianos
- Personas mayores
- Ciudadanos de tercera Edad
- Jubilados
- Viejos/personas de edad avanzada
- Mayores 60 años
- Edad dorada / años dorados / viejecitos
- Pensionistas

Los términos que tuvieron más aceptación en la UE fueron: personas mayores y tercera edad. En España un 55,1% de los encuestados eligieron “personas mayores”, seguido de “tercera edad” con 14,5% y en tercer lugar “ancianos” con un 13,3%. El término “viejo”, solo en Italia fue elegido como primer nombre y con un porcentaje muy elevado (36,6%). Mientras que en España solo un 0,3 % de los encuestados eligen este nombre para designar al colectivo.

Como explica Walker (1996), estos resultados son muy importantes. Los nombres genéricos de un colectivo tienen significados simbólicos relacionados con el estatus y rol social que se les asigna. Y “ser viejo” o “pertenecer al grupo de los viejos” no significa pertenecer a un grupo social bien valorado.

---

<sup>3</sup> El Consejo de las Comunidades Europeas, designó el año 1993 como el año Europeo de la Tercera Edad y la Solidaridad entre Generaciones. Con este motivo se realizaron dos Eurobarómetros para conocer las actitudes de los europeos hacia el envejecimiento. En el segundo se buscaba conocer las actitudes de los propios mayores, por lo que los participantes eran mayores de 60 años. En este momento la UE estaba formada por 12 países.

Un nombre también es un signo de identidad y pertenencia, para Sánchez Vera (1993) los términos genéricos como “tercera edad” o “mayores”, son un intento de restarle dramatismo a lo que ya es inevitable que ocurra: el culminar de la vida. Son términos de negación y ocultación, aunque reconoce que el término “viejo” cuesta ponerlo, porque es altisonante y suena “caduco”.

En los temas relacionados con la vejez parece que son difíciles los consensos, desde cuándo empieza, hasta el nombre a asignar a las personas que ya están en la etapa de la vejez. Pero se puede añadir otro elemento más en la subjetividad de la vejez: la propia percepción del envejecimiento. ¿Cuándo soy viejo?, o ¿cómo de viejo soy? Es un interrogante interesante, porque en relación a la vejez: ¿somos lo que los otros ven o somos lo que nosotros percibimos? La respuesta en apariencia simple para uno mismo, se complica y se vuelve incierta cuando intentamos averiguar cómo nos ven los otros.

Laín Entralgo (2001), expresa que el aspecto social de la vejez es el que hace tomar conciencia de la propia vejez. La percepción del propio envejecimiento a veces no coincide con la que perciben los otros. En muchos casos hay una disonancia entre como uno mismo percibe su vejez y la mirada de los otros. Es lo que de Juan (2013), Russo (2004) llaman el “reflejo recíproco”, es como si coexistiesen una vejez autopercebida y una vejez percibida por los otros (Catullo, 1998). Simone de Beauvoir (1983) también afirma que la experiencia de la vejez es irrealizable por la propia persona, es la mirada del otro la que nos hace viejos. En su tratado sobre la vejez la incluye en la categoría de “irrealizables Sartrianos”. Irrealizable *“porque no podemos reconocer la vejez en nosotros mismos”*. La podemos reconocer y ver en los otros, aunque estos otros tengan nuestra edad.

Se podría decir que “viejos siempre son los otros”. Como bien expresa Catullo (1998):

*“Cuando el sujeto que envejece dice: “ese no soy yo”, evidentemente nos dice que el rostro en el cual él se podría reconocer tranquilamente no es ese. [...] el reconocimiento del que hablamos no se refiere a una ignorancia del sujeto como tal, pues tanto el adolescente como el sujeto que envejece saben perfectamente que esa imagen les pertenece, pero experimentan ante ella una cierta extrañeza, un susto, como si la imagen fuese de otro: hay una falta de reconocimiento como imagen, no como sujeto. No es el rostro que le corresponde. Aquel ahí, el viejo del espejo, es otro, no es la representación conocida por él como su propio rostro.”*



Este mismo autor aporta una idea interesante para entender la complejidad de intentar definir la vejez:

*“La dificultad principal para categorizar la vejez consiste en que ella no es únicamente un estado, es un constante y siempre inacabado proceso de subjetivación. Así podemos decir que en la mayor parte del tiempo no existe un “ser viejo”, pero si un ser envejeciendo.” (Catullo Goldfarb, 1998)*

#### **1.4. Teorías del envejecimiento**

El envejecimiento es consecuencia de múltiples factores extrínsecos e intrínsecos, por lo que no es realista pensar que una sola teoría puede explicar este proceso. Son numerosas las teorías que intentan explicar las causas, el “por qué” de envejecer desde las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

No es objetivo de este trabajo hacer un recorrido pormenorizado y exhaustivo de las diferentes teorías existentes, (que en el caso de las teorías biológicas son más de 300). Se comentaran brevemente las teorías biológicas, para desarrollar más ampliamente las teorías psicosociales.

##### **1.4.1. Teorías biológicas del envejecimiento**

Las teorías biológicas intentan dar una explicación al “por qué” del envejecimiento fisiológico y lo relacionan con cambios degenerativos, reducción de capacidad de adaptación, cambios químicos, etc. Pueden agruparse en dos categorías principales: las teorías estocásticas (ambientales) y no estocásticas (deterministas).

Las teorías estocásticas o ambientales, afirman que el envejecimiento es el resultado de alteraciones tanto internas como externas que son producto del azar y que se acumulan a lo largo del tiempo. Estos daños van aumentando progresivamente hasta que son irreparables y producen la muerte.

Una de las más conocidas es la teoría de los radicales libres (Denham Harman 1916-2014). Según esta teoría el envejecimiento es causado por los radicales libres que se producen en el metabolismo celular a través de reacciones oxidativas, que causan alteraciones en los

cromosomas, en el colágeno y la elastina entre otros (Jin, 2010). Otras teorías estocásticas son: la teoría de error catastrófico; teoría del desgaste; del gasto energético; de los telómeros, etc.

Para las teorías no estocásticas, deterministas o programadas, el envejecimiento está predeterminado, correspondería a la última etapa dentro de la secuencia de eventos codificados en el genoma, por lo que la edad máxima de vida para cada especie está determinada. En este grupo encontramos las teorías genéticas; la teoría de la longevidad programada; la teoría inmunológica; teoría de la evolución o la endocrina entre otras.

#### ***1.4.2. Teorías psicosociológicas del envejecimiento***

El proceso de envejecimiento no es únicamente un hecho biológico, es también un proceso social y cultural. Se envejece no solo por el hecho de cumplir años, sino también y, en gran medida, el envejecimiento está influenciado por la biografía y el medio social en el que se desarrolla la persona (Sánchez Hidalgo, 1990). Los cambios psicológicos y sociales están estrechamente entrelazados en el proceso del envejecimiento. Es difícil explicar los procesos mentales, las conductas, emociones sin tener en cuenta la perspectiva de roles y normas sociales (Romero Cabrera, 2006).

Las teorías sociológicas intentan dar una explicación al “como envejecemos”. Cada sociedad y cada cultura construyen su propio significado de la vejez, por lo tanto, estas teorías son un reflejo de la visión que la sociedad tenía de los mayores y del rol que esperaba que ellos adoptaran en el momento que se realizaron. Hasta los años 60, se consideraban la infancia, la adolescencia y edad adulta como las etapas que marcaban el desarrollo de la persona, y a la vejez como un periodo de estancamiento. No es hasta los años 70 y, principalmente desde la psicología, que aparece una revalorización de la vejez, con la creación de teorías en las que se contempla la vejez como un continuum en el ciclo vital, con posibilidades de desarrollo y crecimiento.

- **Teoría de la desvinculación**

También conocida como de la *desconexión*, del *desacoplamiento* o del *retraimiento*, fue desarrollada por Cumming & Henry en 1961. Es una de las primeras teorías del envejecimiento y también de las más polémicas y discutidas. Se afirma que el

envejecimiento es un proceso en el que hay una separación gradual entre la sociedad y el individuo. Esta desconexión aporta beneficio y satisfacción para ambos: Por un lado la persona anciana no se verá sometida a situaciones estresantes y de difícil solución que le provocarían sentimientos de incapacidad y angustia. Del otro lado, la sociedad obtiene beneficio de la “retirada” de las personas que envejecen, ya que esto facilita la renovación generacional en la vida social y económica. Los autores no especifican quien inicia esta desconexión, que sería una anticipación de la desvinculación definitiva: el momento de la muerte. Produciéndose una muerte social antes que la biológica.

Cumming & Henry, basaron su teoría en un estudio realizado con 172 personas de clase media de 48 a 68 años de edad. De aquí surgieron las críticas más importantes, por considerar que la muestra no era representativa de las características medias de la población anciana, y que con una muestra tan pequeña no se podían generalizar los resultados al resto de población. Esta teoría fue muy discutida y revisada por diversos autores (Johnson, 2001; Salvarezza, 1988; Adatto, 1989).

- **Teoría de la actividad**

Realiza un planteamiento totalmente contrario a la anterior. Su precursor Havighurst (1963), parte de un estudio realizado con personas comprendidas entre los 50 y 90 años, afirma que la persona mayor debe seguir con sus actividades y estilo de vida habituales durante el mayor tiempo posible. Las personas necesitan actividad para sentirse bien y vivir un envejecimiento gratificante. Sugiere que cuando aparezcan dificultades para realizar unas actividades, se deben buscar otras sustitutorias, ya que la actividad fomenta el desarrollo y el bienestar físico, mental y social (Hidalgo, 2001; Mauk, 2009). En sus conclusiones indica que las personas que vivían más años libres de discapacidad coincidían con las personas que se mantenían activas.

Algunas críticas a esta teoría dicen que no todas las personas ancianas están dispuestas a continuar con una actividad similar a la que realizaban anteriormente. Muchos individuos presentan limitaciones o falta de recursos físicos, emocionales, sociales o económicos, para mantener un papel activo en la sociedad.

En este sentido, un estudio realizado por Maddox (1963), con 250 personas ancianas demostró que el nivel de satisfacción estaba directamente relacionado con el nivel de actividad, y el aumento de esta favorecía una moral alta.

También Havighurst, Neugarten y Tobin en 1968 realizan otro estudio comparando la teoría de la desvinculación y la de la actividad, y muestran su acuerdo con ambas teorías, (desvinculación y actividad), pero señalan que ninguna de las dos son concluyentes para demostrar todos los factores que influyen en el envejecimiento satisfactorio. Bühler en 1961, refiere que existen unos patrones conductuales de acomodación satisfactoria en la vejez, y en ellos también se encuentran aspectos de ambas teorías:

- El deseo de descansar y relajarse porque se ha cumplido el tiempo de trabajo
- Desear y conseguir mantenerse activos
- Aceptar las limitaciones
- Sentimiento de frustración con el tipo de vivienda

Posteriormente, Fernández Ballesteros (2000), después de realizar un estudio con personas comprendidas entre los 50 y los 90 años, observó que las que estaban mejor adaptadas, y eran más activas, sobrevivían más y en mejores condiciones.

Ni la teoría de la disociación ni la de la actividad proporcionan una explicación global sobre el envejecimiento social. Los ancianos son un grupo heterogéneo, cada uno a nivel individual optará por una forma de estar en la sociedad, opción que en muchos casos no es individual, sino que se verá influenciada por múltiples variables como estado de salud, economía, motivación, etc. Para Carstensen (1990) lo importante no son la cantidad de actividades o de relaciones sociales que realiza el anciano, sino el significado que la persona les otorga.

Esta teoría ha orientado la creación de políticas sociales para los ancianos que se basan en promocionar y aumentar la actividad, y la creación de múltiples actividades en las instituciones geriátricas. Hay que recordar lo que dice Carstensen (1990), lo importante no es la cantidad de actividades sino la significación que tienen para el anciano: el deseo de hacerlas. Si no se tiene en cuenta el deseo del anciano, se pueden programar, preparar múltiples actividades en las residencias y que apenas tengan éxito.

- **Teoría de la continuidad**

Se basa en la teoría de la actividad y concibe a la persona en permanente desarrollo. Atchley (1989) considera la vejez como una prolongación de las etapas evolutivas anteriores y el comportamiento de la persona estaría condicionado por las habilidades desarrolladas. Para el autor la continuidad es una estrategia de adaptación a los cambios que se producen en el envejecimiento, no es estática sino dinámica. Diferencia entre continuidad interna y externa: La continuidad interna tiene que ver con la personalidad, experiencias, afectos... y es la que conforma la identidad de la persona. La continuidad externa, está relacionada con el comportamiento social y los contextos. Ambas ayudan a la persona a reconocer situaciones, experiencias, a relacionar el pasado con el presente y mantener una continuidad en sus actitudes y comportamientos.

La vida en las residencias o instituciones geriátricas deberían promover esta continuidad, a través del conocimiento profundo del anciano, se puede colaborar con él en el fomento de actividades intencionadas que favorezcan la continuidad de sus actividades o roles, que reforzarían su identidad y satisfacción vital. Las enfermeras pueden explorar las rupturas de continuidad en la biografía de la persona y facilitarles de nuevo esta continuidad o bien explorar con ellas el desarrollo de nuevas actividades satisfactorias. Las discontinuidades repercuten en la identidad y es necesario ayudar al anciano a reorganizarla.

- **Teoría del Apego**

El ser humano necesita relacionarse, interrelacionarse y vincularse con los otros individuos. Esta necesidad de relación es fundamental para las personas y sirve de base para la teoría del apego. Desde la infancia hasta la muerte la persona va generando apegos que pasan a formar parte de su vida biológica y psicológica (Merchan, Cifuentes, 2011).

Henri Bianchi (1992), define el apego como:

“Por apego sólo entiendo la idea de un vínculo afectivo muy fuerte con situaciones, estados, signos, y finalmente objetos (entendidos como personas, entidad o un ideal que proveen satisfacción). Se podría decir que el apego es propio de todo psiquismo suficientemente desarrollado, es decir, no solamente del hombre sino de las especies animales.”

El mismo autor señala los momentos de apego de la persona:

- *Momento de apego primario*, se produce en la niñez y tiene una función constructora de la vida
- *Momento de apego sustituible*, propio de la vida adulta, se generan vínculos y apegos que pueden ser sustituidos. Es un apego relativo, y su función sigue siendo constructiva
- *Momento del retorno del apego*, se da en la vejez y aquí la sustitución de los apegos (sean cosas o personas) va siendo más difícil. La persona se da cuenta de esta realidad y va tomando conciencia de la finitud de la vida.

La enfermera debe ayudar al anciano a transformar estos apegos que se van perdiendo, ayudándole a encontrar otros vínculos que le hagan sentirse bien y “con vida”.

- **Teoría del desarrollo del ciclo vital de Erikson**

Erikson (1950) desarrolla su teoría a partir de la “reinterpretación de las fases psicosexuales” de Freud, pero haciendo un especial énfasis en los aspectos sociales. Se centra en el desarrollo del ego, destaca la influencia del medio ambiente y las relaciones interpersonales en el proceso de desarrollo, dando gran relevancia al proceso de autoformación a lo largo de toda la vida.

Erikson entiende el desarrollo psicológico como un progreso continuo, de superación de las diferentes crisis que se van produciendo en las diferentes etapas de la vida y sitúa el inicio de la vejez en los 65 años. Divide el ciclo vital en ocho etapas (tabla 1). Cada etapa del desarrollo se caracteriza por una combinación única de impulsos biológicos y demandas de la sociedad, esto quiere decir que cuando el contexto ambiental hace nuevas demandas, surgirá una nueva “crisis” de desarrollo. Cada una de ellas enfrenta a la persona a una crisis de crecimiento, un conflicto que debe ir superando para pasar de una etapa a la siguiente. Cada una de las etapas se puede resolver de forma positiva (sintónica) o negativa (distónica).

<i>Estadios</i>	<i>Crisis Psicosociales</i>	<i>Fuerzas básicas</i>	<i>Patologías básicas anticipadas</i>
<i>I Infancia</i>	<i>Confianza Versus (v.) desconfianza</i>	<i>Esperanza</i>	<i>Retraimiento</i>
<i>II Niñez temprana</i>	<i>Autonomía v. vergüenza, duda</i>	<i>Voluntad</i>	<i>Compulsión</i>
<i>III Edad de juego</i>	<i>Iniciativa v. culpa</i>	<i>Finalidad</i>	<i>Inhibición</i>
<i>IV Edad Escolar</i>	<i>Industria v. inferioridad</i>	<i>Competencia</i>	<i>Inercia</i>
<i>V Adolescencia</i>	<i>Identidad v. confusión identidad</i>	<i>Fidelidad</i>	<i>Repudio</i>
<i>VI Juventud</i>	<i>Intimidad v. aislamiento</i>	<i>Amor</i>	<i>Exclusividad</i>
<i>VII Adultez</i>	<i>Generatividad v. desesperanza</i>	<i>Cuidado</i>	<i>Actitud rechazadora</i>
<i>VIII Vejez</i>	<i>Integridad v. desesperanza</i>	<i>Sabiduría</i>	<i>Desdén</i>

Tabla 1: Etapas del ciclo vital según Erikson

Al superar cada crisis (etapa), el ser humano desarrolla una competencia que le dará sensación de dominio, a lo que Erikson llama “fuerza del ego”. Cuando se supera una crisis se está preparado para la próxima. Cuando una persona no es capaz de resolver las demandas de una etapa, será un desafío en su vida posterior. La última etapa corresponde a la vejez, y Erikson plantea una crisis entre la integridad (elemento sintónico), frente a la desesperanza, (distónico). Es el momento de los balances de vida, y si la persona es capaz de aceptarse a sí mismo y aceptar su trayectoria vital, se consigue la integridad del Yo (*ego*)

*integrity*) y la sabiduría. Para Erikson la sabiduría es “una especie de preocupación informada y desapegada por la vida misma, frente a la muerte misma”. La ausencia de integridad lleva a la persona a la desesperanza, falta de aceptación de la vida y miedo ante la muerte.

Posteriormente la esposa de Erikson, Joan M. Erikson (2000) revisó y completó la teoría de su marido en la obra *El ciclo vital completad* añadiendo una novena etapa (80 – 90 años) y un nuevo capítulo sobre la gerotrascendencia. Formuló la hipótesis de que si el anciano acepta los cambios que se van produciendo debido al envejecimiento, alcanza la madurez y la sabiduría. Se necesita tranquilidad y un cierto alejamiento de las prisas y tensiones, se da una interiorización, un cierto replegamiento, donde el anciano revive su vida y sus recuerdos.

J. Erikson, en su capítulo sobre “vejez y comunidad”, habla de la importancia de que haya “viejos” en las comunidades, que sean visibles, no podemos aprender lo que es la vejez sino la contemplamos y convivimos con ella:

*“Todo ser humano va rumbo a su vejez, con todas sus alegrías y con todos sus pesares. Pero ¿cómo vamos a aprender de nuestros ancianos la manera de prepararnos a este final de vida, al que todos debemos enfrentarnos solos, si nuestros modelos a imitar no viven con nosotros?” (J. Erikson, 2000)*

En su obra la autora también realiza una propuesta de cuidado para las personas institucionalizadas: la utilización del tacto.

*“El uso consciente y cuidadoso de las manos haría que nuestras vidas tuvieran más sentido en el cuidado y en el confort de las relaciones con los pacientes que se sienten aislados y un poco abandonados. Las manos son esenciales para estar vitalmente implicados en la vida.” (J. Erikson 2000)*

Así mismo diferencia entre “toque de mantenimiento”: tocar al ayudarlos a levantarse, asearlos etc.; y el “toque de comunicación”, tocar para establecer contacto humano. Y concluye, el tacto de mantenimiento puede hacerse de una forma respetuosa y humanizante para que los ancianos sientan que se les trata como a humanos y no como a objetos.

Uno de los objetivos de este trabajo es comprobar si como afirma E. Erikson, en la etapa de la vejez y a través de la escucha de las historias de vida de los ancianos entrevistados,



aparecen las características que el autor asigna a la vejez: integridad como aceptación de la vida y de la muerte, o desesperanza frente a la vejez y la proximidad de la muerte.

- **Gerotranscendencia**

La teoría de la Gerotranscendencia fue desarrollada por Lars Tornstam, (1989, 1996, 2003), profesor del Departamento de Sociología de la Universidad de Uppsala (Suecia). Para el desarrollo de su teoría se basó en investigaciones anteriores y en las teorías de Jung y Erikson. Para este autor el proceso de envejecer incluye un potencial de madurar y convertirse en lo que él denomina “*gerotranscendencia*”.

*“Partiendo de nuestros estudios así como de teorías y observaciones de otros investigadores [...] sugerimos que el envejecimiento humano, el mero proceso de acercarse a la vejez, se acompaña en general de un potencial de gerotranscendencia. Expresada en su forma más sencilla, la gerotranscendencia es un cambio en la metaperspectiva de una visión materialista y racional a una visión cósmica y trascendente, acompañada, por lo general, de un incremento de satisfacción vital [...] Al igual que en la teoría del proceso de individualización de Jung, la gerotranscendencia se contempla como el estadio final en un proceso natural hacia la madurez y la sabiduría.”*  
(Tornstam, 1989)

Según Tornstam, el envejecimiento humano se caracteriza por una tendencia general a la trascendencia, que implica un desarrollo en el que las personas van cambiando de forma gradual sus concepciones básicas, pasando de una visión más materialista y racional a una visión más cósmica y trascendente que hace que la persona se sienta parte de un contexto más amplio. Ya no es tan importante el individuo en sí mismo, el miedo a la muerte se reduce y aumenta la satisfacción con la vida.

La trascendencia implica cambio en la percepción del tiempo, de modo que se borran los límites entre pasado, presente y futuro. Lo mismo ocurre con los límites entre el individuo y los demás. No son tan importantes ni significativos. El mundo espiritual se convierte en más relevante que el mundo material, por lo que el anciano necesita más tiempo para meditar, estar en contacto consigo mismo, muestra un interés decreciente por las cosas materiales y los contactos superficiales. La soledad positiva se vuelve muy importante y es necesaria para el desarrollo de la espiritualidad. Es más selectivo en sus actividades y las relaciones con los

otros. En palabras de Tornstam (2003) *“es un sentimiento de comunión cósmica con el espíritu del universo, y una redefinición del tiempo, el espacio, la vida y la muerte”*.

Tornstam afirma que la gerotranscendencia es un proceso largo, continuo, instintivo y transcultural, pero que hay sucesos que pueden acelerarlo como es a través de la meditación o por situaciones de la vida como enfermedades, cambios significativos, etc. Pero también puede haber procesos que la retrasen y pone como ejemplo nuestra cultura que es muy racional. La gerotranscendencia es el resultado de un proceso natural hacia la madurez y sabiduría, en la que la realidad se percibe de una manera diferente que en la primera mitad de la vida. El cambio de metaperspectiva que se produce es normal para todos los individuos ya que está condicionado por la genética.

Como se ha comentado anteriormente, J. Erikson (2000) también desarrolla el significado de gerotranscendencia y describe lo que siente la persona que se encuentra en este proceso:

- Se produce una comunión cósmica con el espíritu del universo.
- Para cualquier persona de más de 90 años, el tiempo se circunscribe al “ahora”, o “tal vez la semana que viene”, más allá de esto la ventana se empaña.
- Lentamente, el espacio se va reduciendo de dimensiones dentro del radio de nuestras capacidades físicas.
- La muerte se convierte en sintónica, en el sentido de todo lo vivido.
- El sentido del yo propio se expande hasta incluir a una esfera más amplia de otros interconectados.

Tanto Tornstan como J. Erikson, coinciden al describir que en la vejez se produce una interiorización y aumento de la espiritualidad. A su vez ambos coinciden con E. Erikson, al afirmar que cuando se produce esta interiorización, hay una cierta desconexión con el mundo exterior y una percepción del acercamiento de la muerte, a la que se ve como parte natural y final de la vida, afrontándose con menos miedo y desesperanza.

A modo de resumen de este capítulo, se ha realizado un recorrido sobre la actualidad demográfica, las consecuencias que tiene el envejecimiento de la población. Se ha diferenciado entre los conceptos de envejecimiento demográfico y envejecimiento como proceso vital. Se ha revisado la dificultad de contestar a la pregunta ¿Quién es viejo?. Para

terminar con una revisión de las teorías psicosociales del envejecimiento, de las cuales la teoría del ciclo vital de E. Erikson y las actitudes ante la muerte en la vejez expresadas por el autor, servirán de referencia para comprobar si aparecen y coinciden con las de los informantes de este estudio.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## Las Historias de Vida

*“Así, quien recuerda y narra su relato autobiográfico, se impone como tarea el contar su propia historia; se trata de reunir los elementos dispersos de su vida personal y agruparlos en un esquema de conjunto en donde la experiencia a través de la conciencia del recuerdo, imprime, en el acto mismo de su recapitulación, un nuevo significado.” (Salazar, 2007)*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## 2. LAS HISTORIAS DE VIDA

En los últimos años, la introducción de metodologías cualitativas en la investigación geronto-geriátrica ha permitido profundizar en el conocimiento de la vejez y el envejecimiento desde aspectos poco desarrollados anteriormente, como pueden ser la autopercepción del envejecimiento, los procesos de adaptación o la vida cotidiana en la residencia entre otros.

Es con la metodología cualitativa, dentro del enfoque narrativo y especialmente con la utilización de las historias de vida (HV), donde los investigadores han encontrado la manera de dar la palabra a la propia persona, para aproximarse al estudio de la vejez desde la autopercepción y significados que le otorga el anciano, (Villar 2006; Eliopoulos, 2014).

En el presente trabajo se optó por la utilización de HV, de manera que a través de la voz de los propios mayores, podamos conocer la autopercepción sobre de la vejez y la vida en una institución geriátrica, así como las emociones que despierta en ellos esta etapa de la vida. Además, la HV nos posibilita el conocimiento de la trayectoria vital del anciano y, a través de su análisis, poder comprender actitudes, comportamientos o redescubrir proyectos, que deben servir para proporcionar unos cuidados basados en las expectativas y deseos del anciano, porque ser viejo no significa dejar de tener proyectos en la vida.

El retorno a métodos biográficos utilizados principalmente por antropólogos y sociólogos en los años 20, es un retorno de la investigación de “sujeto a sujeto”, que como dice Bertaux (1993), no convierte al hombre común en objeto de observación, sino en informante que construye su identidad a través de la narración de su vida.

Paul Ricoeur (1995) afirma que el relato es el medio privilegiado que ofrece el lenguaje para que el sujeto puede darle sentido a su pertenencia al mundo y construir su historicidad, es decir, su ser en la historia.



## 2.1. Aproximación histórica de las Historias de Vida

La utilización de las HV aparece en los años 20 dentro de las ciencias antropológicas y sociales coincidiendo con el apogeo de la escuela de Chicago. A partir de ahí se fue desarrollando en primer lugar como una técnica de investigación, para finalmente, ser considerada un método de investigación. Su utilización ha sido fluctuante a lo largo de los años, pasando de tener gran influencia en la escuela de Chicago, hasta 1935, momento en el que comienza a ser desplazada por tendencias cuantitativas que inician su hegemonía absoluta a partir de 1949 (Moreno, 2004; Martínez, 2011).

En su obra *El campesino polaco*, Thomas & Znaniecki (1918) utilizan por primer vez las HV como una técnica con valor científico para comprender desde dentro el mundo del protagonista. Pero para Thomas, esta historia sólo tendrá validez si va acompañada de otros documentos que confirmen los datos obtenidos por la HV, dando más importancia científica a estos documentos que a la propia HV (Moreno, 2004).

Por su parte, Oscar Lewis en la introducción de su obra *Los hijos de Sánchez* (1961) se plantea algunas dudas conceptuales y metodológicas sobre las HV, dudas que en algunos casos persisten en la actualidad. Lewis se planteaba las siguientes cuestiones:

- ¿La HV es una nueva técnica o una metodología? Lewis en su obra utiliza los dos términos.
- Los problemas de confiabilidad, validez y objetividad de las HV. Para Lewis la confiabilidad viene dada por la multiplicidad de narradores y narraciones. La validez por las palabras de los personajes mismos y la objetividad por la independencia de los datos con respecto al investigador.
- La duda sobre la veracidad de los datos aportados.
- El prejuicio del investigador. Lewis lo resuelve dando la palabra a los propios actores.

Dentro de la escuela francesa, Daniel Bertaux (1993) es uno de los sociólogos que mayores aportaciones ha hecho a la investigación con HV. Para él éstas no son sólo una nueva técnica, sino una nueva posibilidad sociológica, ya que una de las características de las mismas sería reconciliar la observación y la reflexión. Como señala Bertaux citado por Bazo

(1992) *“cuando la experiencia puede ser transmitida, es ahí donde reside el valor de los relatos de vida”.*

Bertaux, al igual que Thomas, clasifica la documentación utilizada para la elaboración de las HV en:

- Documentos primarios, que es la propia HV.
- Documentos secundarios, resto de documentos que se pueden utilizar para profundizar aún más en la HV: cartas, artículos periodísticos, fotografías, etc.

Posteriormente, Ferrarotti (1990) da a la HV un sentido teórico, epistemológico y metodológico específico, la historia es creada desde abajo y desde un entendimiento de lo individual y lo social. El mismo autor considera que el ser humano no es jamás un individuo:

*“Sería mejor denominarle en universo singular que al tiempo es totalizado y universalizado por su época, él también la “retotaliza” reproduciéndose en ella como singularidad. Es universal a través de la universalidad singular de la historia humana, y singular a través de la universalidad singular de la historia humana, y singular a través de la singularidad universalizante de sus proyectos. Por ello se hace preciso estudiarlo bajo los dos aspectos”.*

El autor compara la investigación social cuantitativa y cualitativa: la investigación cuantitativa descuida el contexto histórico específico, utilizando esquemas, cuestionarios preelaborados y categorías preestablecidas; mientras que la investigación cualitativa deja “emerger” desde abajo y en contacto directo con el objeto de investigación. De este modo el autor afirma que *“No es casualidad que, para la reunión de los datos empíricos a través del análisis cualitativo, sea fundamental la historia de vida”* (Ferrarotti 2007).

Hurtado, Toro (2001) afirman: *“el sujeto es lo que se ha de conocer, pues es el único hombre que existe en la realidad concreta y es en su historia donde se le puede captar toda su dinámica. Además el sujeto lleva en sí toda la realidad social vivida. En él se concreta cada grupo social a que ha pertenecido y toda su cultura en la que ha transcurrido su existencia. Al conocer al sujeto se conoce al grupo y la cultura tal como se dan en concreto, de manera subjetiva, vivida.”*

## 2.2. Historia de Vida. Relato de vida. Autobiografía. Narrativas

Se debe diferenciar el concepto HV de otros utilizados en los métodos biográficos, que en ocasiones se hacen servir de forma prácticamente sinónima. Los términos a clarificar son: documentos biográficos, biografías, relatos de vida, HV (Pujadas, 1992).

- *Documentos biográficos*. Son documentos que se refieren de manera directa o indirecta a una parte o a la totalidad de la vida de una persona o un grupo. Incluye toda clase de textos y documentos que pueden ser tanto orales como escritos.
- *Biografías*. Forman parte de los documentos biográficos, es la narración total del recorrido de vida de una persona. Su finalidad es presentar la vida de un personaje. Aunque no se las considera dentro de la investigación como HV, de hecho lo son, sólo que no se utilizan con este fin.
- *Relato de vida*. No tiene por qué narrarse toda la vida sino parte de ella. Son más utilizados cuando se quiere conocer un solo aspecto de la realidad o de un hecho. Pero también se utiliza este término cuando la persona narra su vida y no se utiliza documentación complementaria.
- *Autobiografía*. Relato de vida compuesto por la persona sobre sí misma. Puede ser escrita u oral.
- *Historia de vida*. El sujeto narra su vida a otra persona, presente físicamente. El relato es obtenido por el entrevistador mediante entrevistas sucesivas. Su objetivo es mostrar el testimonio subjetivo de una persona, en la que se recogen tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de ella. Si se utiliza para fines de investigación debe ser grabada y luego transcrita.

Otros autores como Behar (1991) y Sanz (1997) ayudan a clarificar qué es la HV y sus diferencias con otras narraciones, especialmente de la autobiografía:

- En la HV la persona narra su vida a petición de otro sujeto. No surge por la necesidad o deseo de contar la propia historia como ocurre en la autobiografía.
- Da la oportunidad a personas que, por su lugar en la sociedad habitualmente no habrían podido expresarse, puedan relatar su vida, lo que supone un cambio

cualitativo importante en las características de las personas que narran su vida. Cualquier persona puede relatar su HV.

- La HV es el relato de la experiencia vital de una persona, en la que realiza un relato retrospectivo a través de sus recuerdos, que son recogidos por un entrevistador.
- En la autobiografía hay tiempo para revisar, corregir, eliminar lo dicho o escrito. La espontaneidad no existe, todo es revisado, mientras en la HV la espontaneidad juega un papel fundamental, ya que se recogerá la información tal y como la facilita el entrevistado.

La confusión más habitual suele darse entre HV y relato de vida. Pujadas (1992) diferencia *HV (Life History)* de *relato de vida (Life story)*. El relato de vida o biográfico, corresponde a la narración de la vida tal como la cuenta la persona, reservando el término HV no sólo a la narración de vida por la propia persona sino a la utilización de cualquier otro tipo de información o documentación adicional que ayude en la reconstrucción de la vida de la persona.

Coincidiendo con Pujadas (1992), Hernández Moreno (2011) indica la diferencia entre ambos conceptos, relato de vida e HV, a la que define como “*el estudio de caso referido a una persona determinada, que comprende no sólo su relato de vida sino cualquier otro tipo de información o documentación adicional que permita la reconstrucción de la forma más exhaustiva y objetiva posible*”.

Amezcu, Hueso (2004) definen el relato biográfico como: “*un documento que recoge la narración de una experiencia vivida por una persona y expresada con sus propias palabras. Es un tipo de investigación cualitativa, de carácter descriptivo en el que el relato del informante adquiere la mayor importancia*”. Para estos autores el relato no tiene por qué abarcar toda la trayectoria vital. Puede referirse a un momento, periodo o experiencia concreta.

Pero Denzin (1970) introduce otra diferencia entre historia y relato de vida a las señaladas por los autores anteriores: en el *life story* o relato (también traducido por “narrativas de vida”) no es necesario la comprobación de los hechos narrados, la valorización viene dada por la propia persona que narra la historia.

En el presente estudio, en todos los casos se ha utilizado información adicional como fotografías, cartas, escritos, etc. facilitados por los propios informantes, pero la finalidad no

era la comprobación de la verdad, sino un medio más de profundizar en el conocimiento de la vida del anciano. Por lo tanto, en esta investigación aunque se realizan HV, podríamos afirmar que también nos situamos en los relatos de vida, ya que no se ha utilizado la información adicional con el objetivo de comprobar la veracidad de las historia, sino como complementación a la información oral.

Ruiz Olabuénaga (1999) explica la HV como un relato totalmente subjetivo, la objetividad es exclusiva de la persona que la ha vivido. Este autor justifica la utilización de HV como método de investigación cualitativa por cuatro objetivos principales:

1. *Captar la totalidad de una experiencia biográfica.* Desde la infancia al presente. La totalidad en tiempo y espacio.
2. *Captar la ambigüedad y cambio.* La vida no es un proceso estático, es un proceso vital, cambiante. La HV intenta captar estos cambios.
3. *Captar la visión subjetiva* con la que se ve uno mismo.
4. *Descubrir las Claves de Interpretación* de fenómenos sociales de ámbito general e histórico, que sólo se pueden explicar y entender a través de la experiencia personal de las personas.

El mismo autor clasifica las HV en función del motivo de investigación en tres clases:

- *Reminiscencias.* Construcción de una época o de un contexto concreto a través del desarrollo biográfico.

En su aplicación en geronto-geriatria trabajar las reminiscencias de la persona es ayudarle a solucionar asuntos pendientes que para ella son importantes de resolver.

- *Assessment.* Conocer una problemática o estado determinado, como pueden ser las necesidades que presentan los ancianos, aspiraciones, condicionamientos...

A un nivel "micro" nos permitirán conocer la realidad de la propia persona, como vive su vejez, qué necesita, qué desea y qué puede realizar, y a partir de aquí aplicar unos cuidados centrados en el anciano satisfactorios para la persona cuidada.

A nivel "macro", conocer estas "realidades" permitirá mejorar y planificar adecuadamente las políticas asistenciales geriátricas.

- *Investigación Teórica*. Conocer los factores y condicionantes que han influido en la vida de una persona, y generar teorías

A pesar de que Ruiz Olabuénaga diferencia estos tres objetivos de investigación con HV, la utilización de esta metodología en enfermería permite abarcar los tres aspectos conjuntamente: 1) trabajando las reminiscencias a través de los recuerdos, se puede ayudar al anciano a resolver asuntos pendientes o a disfrutar de los buenos recuerdos, así como también facilita entender el contexto tanto social como histórico en el que se ha desarrollado la vida de la persona. 2) Podemos conocer la vejez de mano de sus protagonistas, y partiendo de la individualidad llegar a una globalidad en el conocimiento de las realidades de la vejez y las necesidades que tienen nuestros ancianos. 3) En cuanto a la investigación teórica, no hay duda que una persona es resultado de lo que ha vivido y como lo ha vivido. Esta experiencia de vida será clave para entender los mecanismos de adaptación, confrontación o la forma de vivir su estado de salud y de enfermedad, lo que ayudará a generar conocimiento en el cuidado gerontológico con la finalidad de la mejora de los cuidados a los mayores.

A través de la narración de la HV se puede ayudar al anciano a hacer una revisión de su historia vital, que es un proceso de reflexión intencional de las experiencias del pasado. La revisión de vida es importante porque las experiencias pasadas están relacionadas con el concepto que tenemos sobre nosotros mismos, y en el caso de los ancianos, pueden ayudarles a apreciar que sus vidas han tenido significado y a reforzar su identidad (Eliopoulos, 2014).

La HV recoge todas aquellas experiencias que consideramos significativas en nuestra trayectoria vital y les da unidad y propósito: se convierten en nuestra identidad. Podemos definir la identidad como el *“conjunto de significados personales en referencia a lo que somos, cómo hemos llegado a ser lo que somos y cómo esperamos o deseamos cambiar en el futuro”* (Villar, 2006).

Para Bolívar, Domingo y Fernández (2001) las personas nos comunicamos imaginando o contando historias. Es el lenguaje narrado el que nos permite construir significados y experiencias del mundo en el que vivimos.

Cuando el anciano explica su HV hay dos aspectos fundamentales que se deben considerar. El primero es que permite escuchar cómo se define y, el segundo, deja entrever su identidad. Al explicar su vida da permiso para entrar en la intimidad de sus recuerdos y experiencias que él considera significativas. Muestra su identidad y, a la vez, el hecho de narrar su vida fortalece su identidad y autoestima.

La identidad es lo que permite que alguien se reconozca a sí mismo, la expresión que cada persona tiene de su individualidad. El psicólogo social Tajfel (1984), creador de la *Teoría de la Identidad Social*, afirma que tenemos dos identidades: una identidad personal formada por nuestros caracteres personales únicos, una identidad social que es el autoconcepto de un individuo, que deriva del conocimiento de pertenencia a un grupo social junto con el significado valorativo y emocional asociado a dicha pertenencia.

La *Teoría de la Identidad Social* sugiere que la gente tiene la necesidad de identificarse con grupos porque le ofrecen tanto identidad cultural (nos dicen quiénes somos) como autoestima (nos hacen sentir bien con nosotros mismos). En la identidad social hay tres elementos fundamentales:

- El cognitivo, consciencia de pertenecer a un grupo.
- El evaluativo, valor positivo o negativo que se le otorga a la pertenencia a un grupo.
- El emocional, compromiso afectivo con el grupo.

El anciano al ingresar en una institución tiene que iniciar un nuevo proceso de identificación grupal, deja unos roles y relaciones y debe adaptarse a un nuevo contexto que afectarán a su identidad social e incluso personal. Deberá introducirse en el nuevo grupo e identificarse con él.

Si uno de los problemas que tiene la institucionalización es la pérdida o remodelación de identidad, como indica Goffman (1970), narrar sus recuerdos autobiográficos ofrece una oportunidad de revisión y reflexión sobre situaciones, momentos que son especiales para el anciano, y que dan lugar a sentimientos de satisfacción vital (Salazar 2007). Cuando propiciamos al anciano estos momentos de revisión y reflexión estamos propiciando momentos para la gerotranscendencia (Tornstam 1989; Erikson J. 2002; Salazar 2003) o, como afirma Erikson E. (1982), para desarrollar la integridad y sabiduría.

Taylor (1996) afirma que el hombre ordena su experiencia y su identidad de manera narrativa. A través de las narraciones nuestra mente es capaz de dar sentido al mundo. Es lo que se llama “*mente narrativa*” (Bruner citado por Villar, 2006).

También Ricoeur (1981,1986, 1995) relaciona identidad con narración. En su obra *La identidad narrativa* (1986), la identidad propuesta por este filósofo no viene dada y constituida, sino que se debe construir, es por lo tanto una identidad móvil y dinámica. Afirma que somos narratividad, somos la narración de un relato en el que se entrecruzan diversos relatos pasados y presentes. Ricoeur vincula tiempo y narración, porque el tiempo resulta humano cuando se expresa en narrativa:

*“Al considerar la dimensión narrativa, surgen aspectos del sí mismo que no se han puesto de manifiesto en los estudios anteriores: En primer lugar, se encuentra la dimensión temporal de la experiencia humana. Aunque es cierto que el agente, el emisor de enunciados y el sujeto de imputación moral se designan a sí mismos en la acción, que no es intemporal, no tiene en cuenta el tiempo.”* (Ricoeur 1995)

*“Quisiera introducir dicha dimensión temporal mediante el concepto de “historia de una vida” [...] Para dar sentido al concepto de historia de una vida, no carecemos de instrumentos lingüísticos de carácter analítico. El relato es la dimensión lingüística que proporcionamos a la dimensión temporal de la vida. Aunque es complicado hablar directamente de la historia de una vida, podemos hablar de ella indirectamente gracias a la poética<sup>4</sup> del relato. La historia de una vida se convierte en una historia contada.”* (Ricoeur 1995)

Otro aspecto importante que ofrece la utilización de HV en los cuidados geriátricos, es la oportunidad que le brinda al anciano de ser reconocido como una persona única e irrepetible. A través de su narración se va a reconocer características y aspectos de la persona que de otra forma no son visibles: como eran de jóvenes, qué hacían, con quién se relacionaban... Es como si enseñaran el reverso de la moneda y esto les da la oportunidad de ser reconocidos, en cierta manera de destacar del grupo y ser valorados. En una sociedad en que la vejez todavía se relaciona con estereotipos como dependencia, soledad, tristeza... explicar su HV puede ser muy útil para que se sienta “visible” de una forma total, no sólo en la vejez.

---

<sup>4</sup>P. Ricoeur hace referencia al modelo trágico elaborado por Aristóteles en Poética



Bazo, en su obra *La ancianidad del futuro (1992)*, utiliza las HV como método de investigación del envejecimiento. Según esta autora, la selección de las HV deben cumplir uno de los siguientes tres criterios:

- 1- La marginalidad. Se seleccionan a los protagonistas por considerarlos pertenecientes a los grupos marginales sociales, a través de la individualidad se llega a generar el conocimiento de “los iguales”.
- 2- La excelencia. En este caso la elección está dirigida por el destaque social positivo. Son personas que sobresalen entre los demás. La propia Bazo en la obra citada utiliza el criterio de la excelencia de las personas a las que realiza las HV. La obra se basa en el análisis de 14 HV de ancianos que destacan por su longevidad y vida activa a pesar de los años.
- 3- La normalidad. Es el criterio menos utilizado. Parece como si la “normalidad” no fuese interesante para profundizar en ella, cuando es en esta normalidad donde se encuentra el mayor porcentaje de la población.

Es precisamente este criterio de “normalidad” el que se selecciona en este proyecto. Las personas a las que se les realizará la HV no es necesario que destaquen del grupo ni por su excelencia ni su marginalidad. Todos los ancianos tienen un bagaje y experiencia de vida que es necesario conocer para planificar y llevar a la práctica los mejores cuidados.

### **2.3. Historias de Vida y Ciencias de la Salud**

En las Ciencias de la Salud se encuentran investigaciones que han hecho una gran aportación en la utilización de las HV en una doble vertiente: como metodología de investigación y como método terapéutico.

Dentro de la psicología del desarrollo hay una gran utilización de las HV, donde se debe citar en primer lugar a Ch. Buhler (1942), considerada la fundadora de la psicología del desarrollo. En su libro *El curso de la vida como problema psicológico (1942)*, Buhler recoge 200 HV en las que muestra los diferentes cursos vitales. A pesar de ser una obra antigua, se considera la

obra de referencia en la utilización de HV, y a Buhler la precursora de la investigación autobiográfica en psicología del desarrollo.

Otro estudio imprescindible de comentar es la investigación de Holmes, Rahe (1967). A través de las HV estudiaron los sucesos vitales de la persona y la relación que estos tenían con su malestar o enfermedad. A partir de este trabajo elaboraron la *“Escala de reajuste social”*, para determinar las relaciones entre cambios vitales e índices de salud y ajuste. Esta investigación marcó un hito en la psicología y el estudio del estrés, la *Escala de reajuste social* se ha convertido en la más estudiada para determinar las relaciones entre cambios vitales e índices de salud y ajuste.

Más recientemente, Serra, González y Oller (1989) utilizaron la HV para el estudio de la psicología evolutiva en el adulto. En este estudio analizaban los hechos o sucesos importantes ocurridos en las vidas de personas entre 15 y 85 años que originaron cambios no patológicos en sus vidas. Mostraron que a medida que se avanzaba en el ciclo vital individual los hechos que se recordaban como negativos aumentaban progresivamente. En sus conclusiones proponen la utilización de la HV terapéutica en los ancianos.

Haight (1992) intentó demostrar que las HV pueden ser útiles y servir a los sujetos cuando se aplican en un momento de transición crítica como es la vejez o etapa final de la vida. El autor examinó los efectos a largo plazo en un proceso de análisis de vida en un grupo de 51 personas de edades comprendidas entre 61 y 99 años. Los resultados mostraron que a las 8 semanas el grupo mostraba un aumento significativo en dos variables: satisfacción de vida y bienestar psicológico.

En la misma línea de Erikson en su teoría del ciclo vital, Fishman (1992) intentó demostrar la existencia de una relación entre la forma en cómo una persona analiza su vida, la integridad del ego y la ansiedad ante la muerte. Realizó entrevistas a 115 personas entre 65 y 93 años. En los resultados demuestra que hay una correlación entre una profunda revisión de su vida y menor ansiedad ante la muerte.

A través de la revisión biográfica, de Génova (1993) en un estudio con una muestra de 122 personas entre 54 y 91 años, investigó que les gustaría hacer de forma diferente en sus vidas si pudieran volver a vivirlas. Los resultados mostraron que era en el área de salud donde introducirían más cambios. Las variables que se revelaron como predictoras

importantes de la satisfacción vital en la revisión de vida fueron: la salud, el nivel educacional, la actividad social y los ingresos. Encontrando que a mayor a mayor nivel de estas variables existían más satisfacciones vitales.

Whitbourne y Powers (1994) investigaron variables que a lo largo de la vida puedan predecir el ajuste y satisfacción posterior, con el objetivo de que al conocer estas variables se pueda actuar sobre ellas, para que la vejez sea una etapa de satisfacción. Recogieron información de 68 mujeres entre 63 y 92 años. Los resultados demostraron que la mayor satisfacción o ajuste positivo se daba en las mujeres que a lo largo de su vida habían mantenido el control externo, habían estado orientadas hacia el futuro y habían definido su vida en términos de familia.

En su trabajo, Serra y Cerda (1997) hacen una revisión de estudios en los que se utilizan HV. Se declaran defensores del método biográfico en los ancianos y consideran el análisis de las HV necesario para mejorar la atención geriátrica:

*“No es sólo un método de investigación sobre el curso de la vida, sino también un método terapéutico y de optimización evolutiva para personas mayores, que puede contribuir de manera nada trivial a la integridad personal y al reconocimiento de los hechos vividos como propios y parte de la propia identidad al final de la vida.”*  
(Serra y Cerda, 1997)

En su estudio proponen sugerencias para la investigación con ancianos a través de las HV:

- El objetivo prioritario a trabajar en sujetos mayores es avanzar en la resolución del conflicto psicosocial entre integridad y desesperación al final de la vida que describe Erikson. La sabiduría es la aceptación de la vida que lleva a la no desesperación ante la muerte
- Dada la tendencia al aumento de acontecimientos percibidos como negativos con la vejez, es importante trabajar con las HV en dos sentidos:
  - a) Reevaluar el concepto de crisis como encrucijada y oportunidad de crecimiento personal, para mejorar la autoestima y dar proyección de futuro.
  - b) Analizar los hechos considerados negativos como productores de efectos positivos y negativos. Evitando la desesperación y falta de objetividad.

- Proponen la conveniencia de creación de “grupos autobiográficos”, compuestos por personas de la misma generación y del mismo sexo que pueden compartir sus HV.
- En último lugar refuerzan la importancia de que la HV sea conducida por un sujeto no solo entrenado metodológicamente sino que debe tener una formación rigurosa en gerontología como complemento indispensable.

Un estudio relevante por la metodología utilizada de HV es la tesis doctoral de M<sup>a</sup> Paz Calatayud, *Las relaciones de amor a lo largo del ciclo vital: cambios generacionales* (2008). En su investigación, la autora utiliza métodos cuantitativos y cualitativos. En la parte cualitativa, utiliza como método las HV aunque se podría hablar de relatos de vida, ya que los informantes no narran toda la trayectoria vital, sino tres relaciones de amor de su vida a través de entrevistas semiestructuradas. Calatayud entrevistó a 42 personas mayores de 55 años. Entre las conclusiones se puede destacar: la mayoría de las historias de amor son de larga duración, y a mayor edad de la persona, mayor duración de la relación; los componentes de la relación amorosa (intimidad, pasión y compromiso), se mantienen en el tiempo.

Por su parte, Salazar (2008) en su tesis doctoral *Estudio de las características de la memoria autobiográfica en la vejez: la reminiscencia en sujetos sin deterioro cognitivo y en sujetos con demencia tipo Alzheimer*, desarrolló un protocolo de intervención de la técnica de reminiscencia. El objetivo era mejorar la calidad de vida y bienestar funcional a través de la aplicación del protocolo de intervención creado. En la investigación se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos, en estos últimos se usaron narraciones autobiográficas. En sus conclusiones, Salazar destacó las mejoras observadas en la memoria, cognición y situación funcional. También observó efectos positivos sobre la depresión y estados de ánimo.

Margarita Murgieri (2011) investiga el erotismo y la sexualidad en los ancianos institucionalizados, para ello utiliza entrevistas e HV que realiza a 15 ancianos institucionalizados. Destaca que existen fuertes representaciones sociales que niegan la sexualidad del anciano y que esto repercute en una persona conformada, en la que “*la profecía se autoincumple*” cuando percibe la falta de control sobre este aspecto al estar en la residencia, y se convence de que el erotismo y la sexualidad son utopías a su edad. El encuentro de una nueva pareja dentro de la institución es un punto de inflexión en su vida a la que le puede dar otro sentido. Por otro lado, la falta de intimidad es otra de las

dificultades expresadas por los ancianos. En su estudio, Murgieri también destaca que existen prejuicios y desconocimiento por parte del personal de las instituciones sobre el deseo y expresiones sexuales de los ancianos.

## 2.4 Historias de Vida y Enfermería

En enfermería con el auge de los últimos años de la investigación cualitativa, son abundantes los trabajos que se basan en las narrativas de las propias personas para profundizar en el conocimiento de la disciplina. Pero la utilización de las HV parece que aún no está suficientemente instaurado. Es más frecuente el uso del término “biografía” o “autobiografía” en la bibliografía revisada, por lo que se incluirán los trabajos de enfermería que utilizan estas metodologías biográficas. La mayoría de estudios pertenecen principalmente a autores de países nórdicos o Reino Unido.

Según Velasco Juez (1999), la utilización de HV como metodología de investigación cualitativa, es poco utilizada en enfermería. En su estudio plantea la sistemática de realización de una HV y propone un ejemplo de diseño autobiográfico en enfermería, pero de una forma muy escueta, relacionado con los cambios en el cuidado materno infantil.

Clarke (2000) describe como el uso del enfoque biográfico en la práctica de enfermería, permite la comprensión de las personas mayores como individuos y este conocimiento debe servir para fomentar una práctica del cuidado centrada en la persona. En otro trabajo realizado durante seis meses, Clarke, Hanson, Ross (2003) estudiaron la introducción del enfoque biográfico en el cuidado de las personas mayores en una unidad hospitalaria, con el objetivo de comprobar si era posible utilizar el enfoque narrativo para estimular la práctica centrada en la persona. En los resultados hallaron que el uso del enfoque biográfico ayudó a las enfermeras *“a ver a la persona que hay detrás del paciente”*, y a construir y fortalecer las relaciones con los pacientes y familiares.

Un estudio muy interesante es el de Kellet, Moyle, McAllister, King, Gallagher (2010) en Nathan (Australia). Los autores realizan y evalúan un “Taller de Biografía Familiar” (Family Biography Workshop - FBW), en el que participan siete cuidadores familiares de ancianos con demencia y siete personas pertenecientes a la institución. El objetivo era reducir los

conflictos y el estrés de los familiares relacionados con el cuidado de la personas con demencia en la institución. Los talleres consistían en encuentros semanales de dos horas en los que durante seis sesiones se reconstruyó la biografía de la persona con demencia. En los resultados destacan que reconstruir los recuerdos de su familiar, permitió a los cuidadores familiares “ver más allá” del contexto saturado de la enfermedad. Para el personal, “ver” al residente dentro del contexto familiar les ayudó a realizar prácticas participativas del cuidado en el que incluían a la familia.

Rubiano, Ruiz (2012) proponen la narrativa biográfica como metodología para investigar la relación enfermera-personas viviendo con VIH/SIDA. Explican que el enfoque narrativo biográfico es el más adecuado para estudiar los valores, sentimientos y acciones morales que articulan la relación entre enfermeras y personas seropositivas.

La única tesis encontrada que utiliza el método de HV es la de M<sup>a</sup> del Mar Pastor Bravo (2014). En su tesis doctoral *La voz de la mujeres sometidas a mutilación genital femenina: saberes para la disciplina enfermera*, utilizó como método las HV. En ella entrevista a 24 mujeres procedentes de países donde la mutilación genital femenina se práctica de forma habitual, que en la actualidad residen en la región de Murcia. La autora indica que las entrevistas eran abiertas y las entrevistadas podían hablar libremente de lo que considerarán oportuno, iniciando la entrevista con la pregunta “Cuénteme su historia relacionada al hecho de la mutilación genital femenina”.

Las HV no solo están encaminadas al progreso de la práctica, también pueden ser un método muy útil para la investigación del desarrollo de la disciplina o profundizar en el conocimiento de la profesión.

Sanjuán, Cibanal, Gabaldon, Cartagena, Vizcaya, Pérez et al. (2008) realizan un proyecto de investigación en el que, a través de la utilización del método biográfico narrativo, pretenden desarrollar en los estudiantes de enfermería la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y las de los demás.

Ferreira (2008) y Días, Mauro (2007) citan la obre de Costa, Hebe (2007), en la que a través de las HV de quince pioneras de la enfermería brasileña, se va mostrando el desarrollo de la enfermería en Brasil, pero también de las mujeres y la feminización del cuidado.

El conocimiento enfermero no siempre viene de la investigación directa de las personas o la enfermedad. Power, Jackson, Weaber, Wilkes, Carter (2011) utilizaron autobiografías literarias en las que se narraban experiencias de enfermedad o discapacidad desde la perspectiva del paciente o la familia. Proponen esta revisión como una forma barata y fácil de disponer de narrativas autobiográficas para generar nuevos conocimientos sobre la experiencia de la enfermedad. Según los autores, su utilización con los estudiantes permite ayudarles a comprender el significado que la enfermedad y la discapacidad tienen para las personas. En su trabajo proponen preguntas que se pueden hacer en relación a los criterios de inclusión o exclusión de las autobiografías, para que estas respondan a los objetivos de aprendizaje marcados. En sus conclusiones dicen que las autobiografías proporcionan a las enfermeras una ventana a la intimidad de las personas cuidadas y ayudan a fomentar la empatía y la comprensión de las personas.

Dentro de la enfermería las referencias a la utilización de las HV es pequeña y los estudios encontrados en relación a su utilización en geriatría en nuestro contexto son escasos, aunque sí que se han encontrado algunos relatos de vida relacionados con la vejez o los cuidados en esta etapa (Álvarez, 2006; Aguarón, Ferré, 20013, 2014; Aguarón, 2013).

El presente estudio puede aportar una visión diferente de entender el cuidado a los ancianos que viven en una residencia, teniendo en cuenta sus experiencias vitales desde la infancia hasta la actualidad, y comprendiendo los significados que la persona mayor otorga a su experiencia vital, su autopercepción de la vejez y la vida cotidiana en una institución geriátrica. La utilización de las HV en los ancianos que viven de forma permanente en residencias geriátricas permite también su uso en su doble vertiente de investigación:

- Ampliar conocimiento sobre el envejecimiento y su relación con la trayectoria vital de la persona.
- Como método terapéutico. Nos encontramos con personas que se encuentran al final de su trayectoria vital, y la reconstrucción del pasado en forma de recuerdo biográfico puede ayudar a la persona a dar sentido a su vida, realzar los logros conseguidos y, a la vez, hacer de espejo exterior, que permite al anciano transmitir al entrevistador toda su trayectoria vital, desde una retrospectiva positiva, en la que se da a conocer en facetas que en este momento nos parecen lejanas: como era de

joven, sus relaciones, boda, nacimientos, hechos significativos, experiencias vitales que le han llevado a este momento.

Como indica McAdams, citado por Cano (2005), la HV de la persona es su identidad. El *yo* es el narrador y el *mi* es su HV. El *yo* construye el *mi*, definiendo la identidad como: *“una historia- o colección de historias- de vida internalizada y evolutiva, una narración coherente, continua y vívida que integra a la persona en la sociedad de forma productiva y generativa y proporciona una autohistoria con propósito que explica como el yo de ayer se convirtió en el yo de hoy y se convertirá anticipadamente en el yo del mañana.”*

A modo de resumen, en este capítulo se ha hecho un recorrido histórico de la utilización de las HV, desde sus comienzos en la escuela de Chicago. Se ha diferenciado entre los diferentes métodos biográficos, especialmente entre HV y relato de vida. También se ha revisado la utilidad que puede tener la utilización de las HV en investigación, y esencialmente en gerontología. Para terminar con algunos ejemplos de su utilización en las ciencias de la salud, y especialmente, en enfermería.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **Institucionalización del anciano**

*“Las instituciones de ancianos, las actuales residencias, se erigen en lugares privilegiados para el estudio del significado social que tiene o se le da hoy a la vejez en nuestro país.”*

(M. Pia Bareyns, 1992)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

### **3. DESARROLLO DEL MARCO DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA DEL ANCIANO**

El aumento progresivo del número de personas mayores y de su esperanza de vida ha hecho necesario la creación de servicios dirigidos a dar cobertura a las necesidades específicas que presenta esta población. Aunque el objetivo prioritario es conseguir la permanencia del anciano en su domicilio durante el mayor tiempo posible, esto en muchas ocasiones no es viable debido a problemas de salud, sociales o ambos, por lo que uno de los servicios de atención más importantes a lo largo de los últimos años han sido las residencias geriátricas.

La protección social en España es relativamente reciente, no es hasta 1969 con la elaboración del “Plan Gerontológico Nacional de Mutualidades Laborales”, en que se realiza por primera vez un análisis de las características de la población anciana en España. El proyecto analizaba la vejez española desde tres dimensiones: económica, sanitaria y asistencial. El estudio dejaba al descubierto la falta de cobertura en la asistencia social. Establecía el umbral de la vejez a los 65 años y destacaba la importancia de que toda política en favor de los ancianos, era inseparable de la política de empleo (Campos, 1996). En sus resultados describía una ancianidad relacionada con la dependencia, la enfermedad y la espera de la muerte (Jiménez Navascués 2013).

En 1971 se aprobó por primera vez dentro de la Dirección General de Seguridad Social y de las Mutualidades Laborales de Pensionistas, un servicio social de la Seguridad Social de Atención a los Ancianos: el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia al Anciano. Este plan es considerado como el primer Plan Gerontológico Español (BOE N. 53 de 3 marzo 1971; Rodríguez Domínguez, 1989), aunque no era exclusivo para ancianos, también estaba dirigido a viudas e inválidos.

En él se planteaba la creación de diferentes servicios:

- Hogares y club de pensionistas
- Residencias para pensionistas que pueden valerse por sí mismos
- Centros geriátricos que constarían de:

- Residencias asistidas para pensionistas que no pudieran valerse por sí mismos
  - Sanatorios geriátricos de rehabilitación con finalidad de tratamiento y diagnóstico precoz, rehabilitación de inválidos y tratamientos especiales prequirúrgicos y postquirúrgicos.
  - Hospital de día
- Turnos de vacaciones en residencias y balnearios.
  - Ayuda a domicilio a pensionistas que su estado de salud lo requiera.

En la realidad el desarrollo del Plan Gerontológico fue muy escaso. Los informes de esta época muestran una situación muy desoladora, como refleja el informe GAUR (1975)<sup>5</sup> estudio sociológico sobre la vejez en España, realizado cuatro años más tarde de la creación del Plan Nacional de la Seguridad Social de Atención al Anciano. Los resultados de dicho estudio mostraban lo siguiente:

*“La pobreza está presente en los ancianos en proporciones escandalosas... un 12% no tienen ningún ingreso estable, uno de cada tres percibe menos de 1.000 pesetas mensuales y los ingresos del 50% no llegan a las 2.000 pesetas. En conjunto, cada anciano cuenta con unas 85 pesetas diarias para atender sus necesidades (...). El 75% de sus viviendas carecían de uno o varios equipamientos básicos, el 45% del total de los ancianos no podía realizar su deseo de utilizar la radio, TV, periódico o cine por falta de dinero.” (Informe Gaur, 1975)*

El mismo informe realiza un análisis sobre los recursos destinados a atender a los mayores, que según indica se reducen prácticamente a las residencias que siguen recordando a los asilos:

*“Unos 40.000 de un total de cerca de tres millones y medio de ancianos españoles viven actualmente en asilos y Residencias. De ellos, seis de cada diez son viejos de más de 75 años que han ingresado allí por indigencia, carentes de familia o alejados totalmente de ella... Uno de cada ocho asilados está insuficiente y deficientemente alimentado, según los propios directores/as. Seis de cada diez viejos viven y duermen en salas de más de*

---

<sup>5</sup> El informe Gaur: La situación de los ancianos en España. Es el primer estudio en profundidad sobre la realidad social de los ancianos. Fue realizado bajo el patrocinio de la Federación de Cajas de Ahorro. En él se destacaban las malas condiciones de vida de los ancianos

*siete camas cada una, alineadas unas junto a otras, sin espacio entre ellas. Obligando a una vida forzosa y forzosamente pública de exhibición permanente y total ante los demás.” (Informe Gaur, 1975)*

En 1982 se celebró en Viena la I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, con el lema “Envejecer en casa”. En ella participaron 126 países, entre ellos España, estableciéndose unos acuerdos y directrices a seguir dentro del denominado “Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento”, con una clara apuesta por los servicios domiciliarios con el objetivo de evitar la institucionalización del anciano ( Regato, 2002; Jiménez, 2013) A pesar de estas buenas intenciones, la atención domiciliaria cuesta que se desarrolle, iniciándose principalmente en los países del norte de Europa y anglosajones, donde comenzó un cambio en el paradigma de los cuidados a los mayores. Se apostaba por mantenerlos en su hogar, evitando la institucionalización durante el mayor tiempo posible. Mientras en España, se vivía la expansión de la construcción de macro residencias, que basaban la atención en aspectos más relacionados con los cuidados físicos y de alojamiento: alimentación, vestido, cobijo... En muchos casos estas residencias se situaron lejos de los núcleos urbanos lo que propiciaba el desarraigo forzoso del anciano de su entorno habitual. Pero también supuso un aumento en la cobertura de la atención a los mayores con la creación de infraestructuras y un aumento de la participación social de los mayores (Codón, 2003).

Con la elaboración entre 1988-2000, del Plan Gerontológico Español 1992-2000, y su puesta en marcha en 1992, se inició un cambio importante en la asistencia social y sanitaria a los ancianos (Sancho, 2002). La creación de este Plan Gerontológico supuso un avance en la clarificación de la organización de atención a los mayores e introdujo novedades importantes como los nuevos servicios de centros de día o las estancias temporales en residencias. En él también se abordaba la realidad del cuidado informal, la perspectiva de género (prácticamente inexistente hasta este momento) y la necesidad de la coordinación sociosanitaria. Pero quizás la novedad más importante introducida por el Plan Gerontológico es la apuesta por un modelo público, con un claro protagonismo de la atención comunitaria y bajo el lema “*Envejecer en casa*”. En definitiva, se apuesta por un modelo comunitario próximo al instaurado en otros países europeos y de acuerdo con las directrices que la OMS había marcado en el año 1974 y la I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982. El Plan Gerontológico intentó dar una respuesta global e integral a

los mayores, y se estructuró en cinco áreas: Pensiones, Salud y Asistencia Sanitaria; Servicios Sociales; Cultura; Ocio y Participación.

La puesta en marcha del Plan Gerontológico coincidió con la celebración en Madrid en 2002, de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, con el lema *“Una sociedad para todas las edades”*. Ambos acontecimientos tuvieron gran repercusión en la elaboración de planes globales de intervención a nivel estatal y autonómico.

Cataluña fue pionera en la coordinación sociosanitaria con la creación y puesta en funcionamiento del programa *“Vida als Anys”* (PVAA) en el año 1986, dentro del Departament de Sanitat i Seguretat Social. En este programa se integraban los servicios sociales y sanitarios en una misma y única prestación. Con esta iniciativa se intentó adaptar los servicios asistenciales a las necesidades que presentaba una población cada vez más envejecida. Este programa sirvió de guía para muchos de los planes gerontológicos creados con posterioridad no sólo en Cataluña sino también en diferentes comunidades autónomas, y entre ellos el Plan Gerontológico Nacional (Salvà, Llevadot, Mirò, Rovira, Vilalta, et alt. 2004).

El Programa *“Vida als Anys”*, marcó el inicio de una nueva manera de entender la asistencia, quedando separada la atención sociosanitaria de la atención social. Este programa estaba dirigido a: personas mayores con problemas de salud, sin suficiente autonomía y que necesitaban una asistencia continuada que en ocasiones no se les podía proporcionar en su domicilio; enfermos crónicos y personas en situación terminal. Promovía un modelo de evaluación y atención integral de todas las necesidades de la persona, que hacía necesaria la intervención de un equipo interdisciplinar capacitado para realizar una valoración integral y propuestas de intervención multidisciplinar.

### **3.1 La asistencia al anciano en Cataluña**

La asistencia sociosanitaria en Cataluña viene regulada por el *“Pla Director Sociosanitari”*, que es el instrumento de planificación, ordenación y evaluación del departamento de Salut de La Generalitat de Catalunya. El Pla Director Sociosanitari (2006) sigue potenciando las líneas estratégicas marcadas por el programa *“Vida als Anys”*: la atención de la salud en los

ancianos; la atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias; la atención a personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad y la atención a las personas al final de la vida. Los servicios de asistencia sociosanitaria dependen del Departament de Salut, mientras los servicios de asistencia sociales, pertenecen al Departament de Benestar Social (Mapa Serveis Socials, 2014).

### ***3.1.1 La Asistencia Sociosanitaria en Cataluña***

Uno de los objetivos en la atención sociosanitaria es conseguir una reducción de la institucionalización, potenciando la atención domiciliaria y recursos sociales. Se intenta ir de un modelo sanitario y complejo a un modelo donde se potencie la atención sanitaria de menor complejidad (Generalitat de Catalunya Departament de Salut 2006; 2008).

La atención sociosanitaria en Cataluña se encuentra formada por tres niveles diferenciados de atención (Departament de Salut 2008; 2012):

- Servicios de hospitalización de internamiento, comprende la atención intermedia: Subagudos (convalecencia); Post-agudos (media estancia) y larga estancia.
- Servicios de atención diurna: Hospital de día Sociosanitario, con el Hospital de día evaluador y Hospital de día terapéutico.
- Equipos de evaluación integral ambulatoria (EAIA) y Equipos de valoración y soporte.

#### **3.1.1.1 Servicios de hospitalización de internamiento**

- Atención Intermedia: subagudos y postagudos

*Las Unidades de Media Estancia (UME)*, incluyen las unidades de subagudos (convalecencia), postagudos, cuidados paliativos o unidades de media estancia polivalente (subagudos/convalecencia y paliativos indiferentemente). Un pilar fundamental de la atención a los ancianos que ingresan en estas unidades se basa en la valoración geriátrica integral, realizada por un equipo interdisciplinar experto en geriatría que elaborará un plan de atención integral e individualizado (Generalitat de Catalunya 2012).

*Las Unidades de Subagudos* son unidades destinadas a la atención de personas con procesos crónicos diagnosticados, que precisan de planes terapéuticos interdisciplinares, requieren



múltiples cuidados de enfermería y precisan de una atención centrada en la persona más que en la enfermedad. También va dirigida a aquellas personas que necesitan periodos de rehabilitación inferior a 15 días.

El ingreso se realiza directamente desde una hospitalización de agudos, Centros de Atención Primaria (CAP), Hospital de día de agudos o Sociosanitarios. La estancia media es inferior a 12 días. Tras el alta el 15% son derivados a otras unidades de sociosanitarios, , mientras un 70-80% de los casos vuelven a su domicilio habitual (se incluye residencias). Finalmente, la mortalidad se calcula en un 10% (Generalitat de Catalunya 2012)

Las *Unidades de Postagudos* están destinadas a pacientes con enfermedad diagnosticada y que necesitan rehabilitación intensiva y/o continuación de tratamientos médicos. El paciente ingresa en estas unidades en vez de en el hospital de agudos. La estancia prevista es inferior a 12 días. En esta unidad también se encuentran incluidas las unidades de cuidados paliativos.

- Hospitalización de Larga Estancia

Las Unidades de Larga Estancia (ULE) están destinadas a atender de forma continuada a personas con enfermedades o procesos crónicos con diferentes niveles de dependencia que no pueden ser atendidos adecuadamente en su domicilio o en una residencia y, habitualmente, con escasas posibilidades de recuperación. Estas personas necesitan cuidados continuos clínicos y de enfermería. Sus objetivos son el tratamiento rehabilitador, el control de síntomas, el mantenimiento de la autonomía y la mejora de la calidad de vida. Aunque no es un servicio exclusivo para ancianos, estos constituyen la mayoría de usuarios. Es un servicio de hospitalización, que en la práctica tiene grandes rasgos en común con los centros residenciales. La estancia media se mide en meses y las altas no llegan al 25%.

Según datos de la Generalitat de Catalunya (2012), de los casos atendidos en larga estancia un 25% corresponden a rehabilitación especial (media estancia); el 50% son de larga estancia y un 25% de residencia con deterioro cognitivo, trastornos de conducta, etc.

Los objetivos de estas unidades los podríamos resumir en:

- Mejorar la atención integral de las personas con enfermedades crónicas complejas.
- Evitar el uso de urgencias, ingresos hospitalarios y estancias hospitalarias innecesarias en hospitales de agudos favoreciendo una mayor eficacia del sistema sanitario.
- Conseguir una mayor eficacia del sistema de atención socio sanitaria
- Reducir la institucionalización permanente

### 3.1.1.2 Servicios de atención diurna ambulatoria

Aquí se encuentran los Hospitales de Día Sociosanitarios (HDSS), Equipos de Evaluación Integral (EAIA), Programa de Atención Domiciliaria Especial de Soporte (PADES) y Unidades Funcionales Interdisciplinarias Socio Sanitarias (UFISS). Todos ellos son de atención diurna.

- Hospitales de Día Sociosanitario (HDSS)

HDSS atienden principalmente a personas ancianas enfermas y enfermos crónicos que necesitan atención integral de rehabilitación, tratamiento, diagnóstico o un seguimiento especializado.

Hay diferentes unidades de Hospital de día específicas: Hospital de día terapéutico y rehabilitador; para enfermos de Alzheimer y demencias; paliativo y para personas con enfermedades neurodegenerativas y daño cerebral.

- Equipos de valoración y soporte (PADES)

Son equipos especializados que dan soporte a la atención primaria en el ámbito de la geriatría y cuidados paliativos. Existen diferentes tipos de PADES especializados dirigidos a enfermos terminales, lesionados medulares, etc.

- Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias (UFISS)

Son equipos interdisciplinarios que dan soporte a los diferentes servicios del hospital de agudos, especialmente para valoración y control de síntomas en pacientes ancianos y personas con enfermedad terminal

### 3.1.1.3 Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria (EAIA)

Estos equipos habitualmente multidisciplinares, valoran las necesidades y capacidades de pacientes con síntomas complejos y de difícil control, para diseñar un plan de intervención global e individual para cada paciente.

Existen tres tipos de EAIA:

- EAIA geriátrico, cuyo objetivo es la evaluación, diagnóstico y seguimiento de ancianos frágiles o con enfermedades evolutivas o crónicas.
- EAIA en trastornos cognitivos, valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con demencia.
- EAIA de cuidados paliativos, evalúan, diagnostican y realizan el seguimiento de pacientes en fase final de la vida.

## **3.1.2 La Asistencia Social a los ancianos en Cataluña**

La atención social de los ancianos en Catalunya depende del Departament de Benestar Social i Familiar de la Generalitat de Catalunya, que cuenta con diferentes recursos para atender a las necesidades de los ancianos como son los centros de día, viviendas tuteladas y centros residenciales.

### 3.1.2.1 Centros de día para personas mayores.

Es un servicio de acogida diurno para mayores de 65 años. Entre sus objetivos se encuentran promover la recuperación y autonomía del anciano favoreciendo la permanencia en su entorno, así como proporcionar apoyo a las familias que cuidan de estos ancianos. Cuenta con profesionales que ofrecen atención geriátrica especializada, terapia ocupacional, fisioterapia, atención sanitaria, psicológica, social y animación sociocultural.

### 3.1.2.2 Viviendas tuteladas

Son un conjunto de viviendas adaptadas que no presentan barreras arquitectónicas y comparten una serie de espacios comunes. Es un servicio de acogida para ancianos autónomos que por diferentes circunstancias no pueden permanecer en sus hogares, puede ser de carácter temporal o permanente. Es una buena alternativa para aquellas personas que no pueden vivir en sus casas pero presentan suficiente autonomía para no hacer necesario su ingreso en una residencia.

El equipo profesional encargado de atender a los ancianos debe estar formado por un director/a, trabajador social responsable de la coordinación con los servicios sanitarios de Atención Primaria y un conserje o servicio de teleasistencia disponible las 24 horas.

### 3.1.2.3 Centros residenciales

Dirigidos a la atención de personas mayores de 65 años con diferentes grados de dependencia. Son centros donde pueden ir de forma temporal o bien, de forma permanente a vivir en ellos. Hay dos tipos de residencias en relación a las características de los ancianos que admiten en ellas: Hogar Residencia y Residencia Asistida.

- Servicio Hogar Residencia (Servei llar residència)

Son centros sustitutos del hogar del anciano. Están destinados a ancianos que aun siendo autónomos para las actividades de la vida diaria (AVD), requieren cierta ayuda o soporte personal y que presentan riesgo social. Se crearon con el objetivo de proporcionar alojamiento, manutención, acogimiento, convivencia y soporte personal.

El personal que debe tener este tipo de centros son: Director/a responsable de la dirección técnica, responsable sanitario (médico/enfermera) y personal para las prestaciones de alojamiento, manutención, acogimiento, convivencia y soporte personal.

- Servicio de residencia asistida

Destinadas a dar una asistencia integral a aquellas personas ancianas que no tienen un grado suficiente de autonomía para la realización de las AVD, que requieran una supervisión

constante y con una situación sociofamiliar que no permita la permanencia del anciano en el hogar.

Sus objetivos son facilitar un entorno sustitutorio del hogar del anciano, adecuado y adaptado a las necesidades que presenta y favorecer la recuperación o mantenimiento de la máxima autonomía de las personas que acoge. Tiene las siguientes funciones: acogida y convivencia, atención personal en la realización de actividades de la vida diaria, mantener funciones físicas, cognitivas y hábitos de autonomía y la dinamización socio-cultural. Así como las propias de hostelería: alojamiento, manutención, lavandería (Departament Benestar i Família, 2014).

Los profesionales que trabajan en estos centros deben formar un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales de la enfermería, medicina, psicología, fisioterapia, terapia ocupacional, educadores sociales, auxiliares de gerontología. Con la participación de estos profesionales se intenta garantizar una atención adecuada e integral a los residentes.

Existen también residencias denominadas “mixtas”, en las que admiten tanto ancianos autónomos como con dependencias.

Los centros residenciales pueden ser de gestión pública, privada o privadas con plazas concertadas, en relación a quién y como se asume el coste de la estancia en ellas.

El IMSERSO (2013), realiza una clasificación de las residencias atendiendo al número de residentes que puede acoger:

- Menos de 25 residentes
- Entre 25 – 50 residentes
- Entre 50-99 residentes
- Más de 100 residentes

A nivel estatal, tanto en las residencias de gestión privada como en las de gestión pública, las más frecuentes son las que se puede denominar como macro residencias, es decir, por encima de 100 residentes de capacidad. Seguidas de las que tienen una capacidad entre 50 a 99 residentes. En Cataluña varía un poco esta tipología, existiendo en la gestión privada prácticamente el mismo número de residencias con capacidad entre 50 y 99 residentes, que las de más de 100 residentes. Sin embargo, en las residencias públicas es más frecuente

encontrar residencias con capacidad entre 50 y 99 residentes, alrededor de un 25% más que las macroresidencias.

Estos datos en relación a la capacidad indican que en España, y en Cataluña en menor medida, nos movemos en un marco de macro residencias, más cercanas a un funcionamiento como institución que como hogar (Bareyns, 2012; 1993; Bazo, 91; Martín 2012).

Una vez revisados los diferentes servicios de atención tanto sanitaria como social, a continuación desarrollaremos con más detalle los servicios de residencia para los ancianos, marco físico en el que se desarrolló este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en residencias asistidas, pero las características de las unidades de larga estancia sociosanitaria, tienen muchos elementos en común con las unidades de una residencia asistida, por lo tanto también se podría llevar a cabo en estas unidades.

#### Servicios de Asistencia Social en Cataluña.

- Centros de día
- Viviendas tuteladas
- Centros residenciales:
  - Hogar Residencia
  - Residencia Asistida

### 3.2 Residencias geriátricas, de la beneficencia a la profesionalización

Las residencias son un recurso social que sustituye al hogar del anciano sea temporal o definitivamente, cuyo objetivo es ofrecer una atención integral y continuado en función de las necesidades del anciano (Pérez, Gómez, 2010; IMSERSO, 2013).

A pesar de los cambios que se han producido en el concepto y la filosofía de estas instituciones, se hace difícil borrar el estereotipo social existente sobre ellas. De la misma

manera que el concepto de las residencias o instituciones geriátricas ha evolucionado a lo largo de los años, lo mismo ha ocurrido con el nombre utilizado para designarlas. De este modo, estas instituciones han recibido el nombre de asilos, hogares de ancianos, de la tercera edad, geriátricos, instituciones geriátricas, residencias asistidas, de válidos, etc. Sin embargo, parece que ninguno de ellos consigue dejar atrás el lastre de relacionar las residencias con los antiguos asilos. Según Bareyns (1992), la forma de denominar las instituciones geriátricas es muy importante porque está relacionada con la función social que han tenido a lo largo de los años: los “asilos” daban cobijo, las instituciones “recluían”, etc.

La institucionalización del anciano, con el significado que tiene en la actualidad, es un fenómeno relativamente nuevo. Surge a finales del siglo XX fruto de las profundas transformaciones sociales y familiares que se están produciendo en las últimas décadas, que hacen que en muchos casos el anciano no pueda ser atendido dentro del seno familiar.

En la primera mitad del siglo XX, los antiguos asilos tenían una finalidad más de beneficencia que de atención especializada, recogían a los pobres, vagabundos, enfermos mentales y personas que no tenían familia. Estas instituciones estaban generalmente regidas por órdenes religiosas y su función principal era cubrir las necesidades más básicas de alimento y cobijo. Estos asilos fueron los precursores de las residencias actuales que aún arrastran parte del simbolismo negativo que aquellos tenían.

Es a partir de los años 50, después de la II Guerra mundial, cuando en Europa empezaron a surgir los primeros Servicios Sociales que se hacían responsables de la atención a los ancianos, dando comienzo a la “profesionalización” de las residencias. Paralelamente a esta profesionalización se inicia la “medicalización” de estas instituciones, hecho que les ayuda a obtener prestigio social, pasando de ser un servicio utilizado casi exclusivamente por indigentes a su utilización por ancianos de todo tipo de clases sociales (Bareyns, 1992). Se inicia, por lo tanto, la transformación que llevará la institucionalización geriátrica de la beneficencia y voluntariado a la asistencia profesionalizada actual. El incremento del prestigio social, junto al de personas ancianas y los cambios familiares, fomentaron el aumento progresivo de creación de centros residenciales.

En España este proceso se inició sobre los años 70, con la construcción de residencias de grandes dimensiones, en muchos casos alejadas de las zonas urbanas. Sin embargo, la familia seguía siendo el principal soporte para los ancianos (Bazo 2001, 2008; Abellan, Vilches, Pujol, 2014). Esta forma de entender el cuidado de los mayores dentro del ámbito familiar se ha mantenido a lo largo de los años. La sociedad española continúa percibiendo los cuidados del anciano como una obligación moral de la familia, que se debe dar en el ámbito privado y no como una responsabilidad del Estado (Sancho Castiello, 2002. López Doblas, 2005). Esta percepción de obligación moral se está modificando lentamente, influenciada por los cambios de las estructuras familiares y la incorporación de la mujer al mundo laboral.

Estos cambios repercuten en la capacidad de atender al anciano dentro del seno familiar, lo que ha motivado la creación de residencias geriátricas tanto de iniciativa privada como pública, que intentan dar respuesta a las necesidades de atención de aquellos ancianos y/o familias que deben recurrir a este servicio (Díaz, Sancho 2012).

Los centros residenciales en España tuvieron un gran auge en la primera década de este siglo (IMSERSO, 2012; Envejecimiento en Red, 2015). Desde el año 2000 al 31 de diciembre del 2011 se incrementaron 139.154 plazas de residencia, 1195 centros y un incremento de cobertura de 1,14% en España, lo que supone un incremento medio al año de 13.915 plazas. Observándose un crecimiento prácticamente nulo en los últimos 5 años.

Año	Plazas	Centros	Índice de cobertura
2000	215.156	4158	3,06%
2001	239.761	4800	3,34%
2011	344.310	5343	4,2%
2015	359.034	5340	4,19%

Tabla 2: Elaboración a partir de: Envejecimiento en Red 2015

De las plazas disponibles un 25% son públicas, un 29% concertadas con financiación pública y



el 46% privadas. Si se tiene en cuenta las ayudas a su financiación desde la administración pública, un 54% tiene esta financiación. Es decir, algo más de la mitad están subvencionadas total o parcialmente. Si consideramos que en las concertadas el anciano puede llegar a hacer una aportación importante de dinero para completar el costo, encontramos que en el 75% de las plazas, la mayor aportación económica se realiza por parte del residente y/o familia. En muchas ocasiones esta última es la única alternativa residencial que tienen el anciano y la familia, ya que el tiempo medio de espera para ingresar en una residencia pública es de aproximadamente 2 años. Sólo un 13% de las plazas a nivel del estado español son de titularidad pública frente al 87% de titularidad privada (incluyendo las plazas concertadas). De modo que en más de tres cuartas partes el costo de la residencia es total o parcialmente a cuenta del anciano.

En Cataluña en el 2012 había un total de 62.484 plazas con una tasa de cobertura del 4,85% mientras que en el año 2015 encontramos 59.263 plazas, con un índice de cobertura del 4,35%, lo que indica un retroceso en la oferta residencial en un momento en el que hay un progresivo aumento de población anciana. En cuanto a la titularidad, el 79,5% son privadas con 47.117 plazas, y un 20,3% de titularidad pública con 12.059 plazas (Departament de Benestar Social i Família 2014; Envejecimiento en Red 2015).

El perfil de los ancianos que viven en residencias es el siguiente:

- Edad avanzada, por encima de los 80 años
- Promedio de edad al ingreso de 82 años. 80 para los hombres, 83 para las mujeres.
- Feminización de los residentes. Un 66% son mujeres.
- El 71% de los residentes son dependientes.
- El 24% ocupan plazas de psicogeriatría.

En los últimos años se han introducido algunas novedades en los centros geriátricos, con la creación de nuevas formas de convivencia como los pisos tutelados o viviendas para mayores. Están dirigidas a personas que aun manteniendo autonomía e independencia para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), tienen alguna dificultad para poder continuar viviendo en su hogar. Son centros pequeños con 15 o menos plazas, permiten recrear un ambiente más hogareño y familiar, hecho que facilita la adaptación del anciano al nuevo entorno. Las viviendas para mayores son una modalidad de alojamiento que va en aumento

de forma progresiva. Según datos del IMSERSO, en diciembre del 2011 había una oferta de 10.416 plazas de viviendas para mayores, que suponen un 3% de la oferta residencial.

El ingreso en un centro geriátrico puede ser en ocasiones la mejor solución para la atención y cuidado del anciano, pero es una situación que puede suponer una gran ruptura con su estilo de vida anterior y no es la alternativa deseada por los mayores. Ellos prefieren quedarse en casa (Delgado, 2001). Pero si se tiene en cuenta las características de una población cada vez más envejecida, con un aumento de ancianos que viven solos, que son atendidos por cuidadores informales que también se encuentran en edad geriátrica, junto a la incorporación de la mujer al mundo laboral, hacen prever un aumento de las demandas de asistencia residencial.

Estos aspectos: ancianos que viven solos, cuidadores informales de edad avanzada y la mujer inmersa en el mundo laboral, tienen una relación directa en las posibilidades que tiene el anciano de permanecer en su hogar o en el de algún familiar, especialmente en el de las hijas. El conocimiento de estas nuevas situaciones ayuda a comprender las dificultades de la permanencia en el hogar y la demanda creciente de atención en centros residenciales.

Según el Observatorio Social de las Personas Mayores (2014), se están produciendo cambios en la composición de hogares y formas de convivencia de las personas mayores. El 59% de las personas mayores de 65 años viven con su cónyuge, el 22% viven solas, un 8% vive con algún hijo/a y otro 8% con algún pariente. Si se revisan estos datos teniendo en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres:

- Los hombres viven con su pareja en un 75% de los casos, mientras que en las mujeres es un 45%
- Las mujeres que viven solas es un 29% frente al 14% de los hombres
- Las mujeres que viven con un hijo/a es un 12%, que en el caso de los hombres es un 3%

Cada vez es más frecuente encontrar personas mayores de 65 años que viven solas, y la mayoría son mujeres (López Doblas, 2004; Puga 2004; Observatorio Social de las Personas Mayores, 2014).

Los mayores quieren permanecer en su casa y este debe ser el objetivo principal de la atención social y sanitaria. Pero ¿estamos preparados para ofrecer la ayuda necesaria para cumplir este objetivo?, la realidad actual nos dice que el llamado “cuidado informal”, tienen una importancia capital en el cumplimiento de este objetivo. La familia es el principal apoyo y suministradora de cuidados que requiere el anciano (Rodríguez, 1994; IMSERSO, 1995; Campo 2000; López Doblas, 2004; Observatorio Social Personas Mayores, 2014).

Pero dentro de la familia ¿Quién es la persona responsable principal de los cuidados? (Observatorio Social Personas Mayores, 2014):

- Cuando la persona cuidada es mujer, la responsabilidad del cuidado recae principalmente sobre hija/s (34,4%), seguido del cónyuge o pareja (12,5%), hijos (y amigos (13,3%), empleados (9,1%), servicios sociales (2,9%).
- Si la persona cuidada es un hombre: el cuidado viene dado principalmente por la esposa o pareja (38%), seguido de una hija/s (21%), hijos (5%), otros familiares y amigos (10%), empleados (6%), servicios sociales (0,9%).

Estos datos indican claramente que la cuidadora principal es mujer, sea la pareja o hija, coincide con los obtenidos en años anteriores por el IMSERSO (2005) sobre el perfil sociodemográfico característico de la persona que prestaba apoyo informal: mujer de 53 años, casada, con estudios primarios y cuyas actividades principales son las tareas del hogar. Datos bastante similares, (excepto la edad), a los aportados por López, Vilorio, Pallardo, Cerrada, Lázaro, Ribera (2000), en un estudio descriptivo trasversal sobre cuidadores informales, exponen que las características más habituales del cuidador informal son: mujer de 61 años de edad, casada, jubilada, nivel educativo bajo, e hija del anciano.

López Doblas (2004), en su estudio sobre personas mayores que viven solas, explica como algunos de los ancianos entrevistados esperaban ser cuidados por las hijas, y como en algún caso que sólo tenía una hija, a pesar de tener hijos viviendo cerca, se quejaba de que la hija vivía muy lejos, y por lo tanto veía la institucionalización como su destino final en caso de pérdida de autonomía. Como indica el autor, esto indica lo arraigada que está en nuestros mayores la idea de que el rol de cuidadora es asumido por la mujer. Este estudio coincide con los de Bazo (1991, 2006, 2008) en los que destaca que la familia es el primer recurso que

desean utilizar los ancianos para ser cuidados cuando necesitan ayuda, y solo recurriendo a la residencia cuando la situación es muy difícil de sostener.

En los últimos años se está produciendo una nueva situación dentro del cuidado informal: el envejecimiento de los que cuidan. Si son los cónyuges los cuidadores, lo más habitual es que ambos se encuentren en una edad similar. Pero con el aumento de esperanza de vida aparece un nuevo fenómeno del cuidar: los hijos-as que cuidan a los padres se encuentran ya en plena edad geriátrica. Costa, Costa, Oliveira, Rodrigues, Correia, (2007), en su estudio sobre ancianos que cuidan a otros ancianos realizado en las Azores con una muestra de 66 personas, encontraron los siguientes resultados: el 77,3% de los cuidadores eran mujeres, principalmente las esposas (63,3%). Los cuidadores que tenían entre 65-70 años representaban un 34,8%; entre 71-75 había un 25,8%; de 76-80 un 21,2%; de 81 a 85 un 18,2%. Cada vez será más frecuentes situaciones como la de este estudio, personas ancianas que tienen a su cargo a otros ancianos.

### 3.3 La Institucionalización Geriátrica. ¿Residencias o instituciones?

Goffman en su texto *Internados* (1970) define una institución como “*un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.*”

Este autor clasifica las instituciones totales en cinco grupos<sup>6</sup>:

- 1- Instituciones para cuidar a las personas incapaces e inofensivas: hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes.
- 2- Instituciones para personas incapaces de cuidarse por sí mismas y son una amenaza involuntaria para la sociedad: hospitales de enfermos infecciosos, psiquiátricos, leproserías.
- 3- Instituciones para proteger a la comunidad contra quiénes son un peligro intencional para ella: cárceles, presidios, campos de trabajo y de concentración.

---

<sup>6</sup> Se debe considerar que E. Goffman escribió *Internados* en los años 70. Desde esta fecha han cambiado, modificado e incluso desaparecido algunas de las instituciones que él enuncia. Pero esto no modifica la valía del significado de institucionalización total que utiliza

- 4- Instituciones destinadas a la mejora o formación laboral: escuelas de internos, barcos, campos de trabajo, diversos tipos de colonias, dependencias de servicio en mansiones señoriales.
- 5- Instituciones concebidas como refugios del mundo como son las abadías, conventos, monasterios.

Y marca el significado de lo que sería una institucionalización total:

*“Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas, y un cuerpo de funcionarios. Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional deliberadamente concebido para el logro de objetivos propios de la institución.” (Goffman, 1970)*

Son muy importantes las evoluciones y transformaciones que se han producido en los últimos años en las instituciones geriátricas desde que Goffman realizó su teoría, pero todavía se puede comprobar como permanecen características de la institucionalización total que definió este autor:

- Las actividades se desarrollan en la misma residencia, a pesar de que se programen salidas, (“excursiones”), de forma periódica al exterior, cuando estas se realizan existe un control absoluto sobre lo que pueden o no hacer los ancianos. La mayoría de las actividades se lleva a cabo dentro de la propia residencia. También se programan actividades en las que los ancianos son visitados por “agentes de exterior”, visitas que suelen concentrarse en momentos determinados del año, principalmente Navidad, en el que suelen recibir la visita de diferentes grupos y asociaciones culturales.
- Las actividades se realizan en compañía de otras personas. En las residencias hay poco espacio para la intimidad o el aislamiento deseado en un momento. Sólo aquellos que gozan del privilegio de tener una habitación individual pueden

permanecer durante algún tiempo en una soledad deseada. Pero no es fácil obtener una habitación individual. En la mayoría de residencias las habitaciones son dobles y prácticamente sólo se encuentran individuales en las residencias privadas, lo que encarece considerablemente el precio de la residencia.

- Las actividades están estrictamente programadas. Los horarios de las diferentes actividades tanto de la vida diaria como es la hora de levantarse, comer, acostarse, duchas, etc. o las de las actividades lúdicas están programadas no tanto por el beneficio de los ancianos, sino para la buena y más fácil organización de la propia institución y de las personas que trabajan en ella.

Mientras en otros países europeos ya desde la década de los años 90, se buscaba un modelo de atención gerontológica basado en mantener al anciano en su hogar el mayor tiempo posible, en España los esfuerzos se centraron en la creación de grandes residencias con un diseño hotelero y médico-clínico (Leturia, 1999; Diaz-Veiga, Sancho, 2012). Este modelo de grandes residencias implica la presencia de normas y organización para el buen funcionamiento del centro (Zolotow, 2010). El mismo autor dice que *“este tipo de instituciones están teñidas de tradición y de historia y nacen y se desarrollan bajo concepciones asilares”* (Zolotow, 2010).

Las instituciones totales se caracterizan por tener un control burocrático de las necesidades humanas de un grupo de personas (Goodman, 2013). Las instituciones geriátricas intentan alejarse de la percepción de asilo de épocas anteriores y del concepto de institucionalización de Goffman, pero las residencias geriátricas no dejan de ser el resultado de la evolución de estos asilos cuya función era dar cobijo a aquellos que no tenían familia y/o un lugar en la sociedad (Bareyns, 1992; Fernández Garrido, 2009).

Bareyns (2012), asegura que las residencias geriátricas son instituciones totales que cumplen las características señaladas por Goffman, ratificando los resultados de su tesis *Residencias de ancianos de Barcelona. Análisis sociológico* (1990), en la que realizaba esta misma afirmación. Según Bareyns en la institucionalización se produce primero una pérdida del control y en segundo lugar, el aislamiento progresivo del mundo exterior (extrañamiento). Presenta diez conclusiones sobre la institucionalización geriátrica:

1. *El ingreso*: en el ingreso aparecen una serie de personajes (Goffman les llama “galería”) que aseguran al anciano y a su familia que es la mejor decisión. La intervención de estos “personajes galería” hace que tanto el anciano como la familia no se encuentren obligadas en la decisión pero se produce una actitud de resignación. El lugar que ocupe el anciano será el último que haya quedado vacío.
2. *La adaptación o integración*: se requiere un tiempo de unos dos años, durante el cual la persona va modificando su personalidad para adaptarse mejor al funcionamiento del centro. “*El mejor interno es el más dócil*”.
3. *El proceso de mortificación*: tras las pérdidas que supone el ingreso en la residencia, la persona debe adaptarse a otras personas desconocidas, y abandonar hábitos, costumbres, rasgos de su personalidad. La queja es interpretada como síntoma de inadaptación y rechazo por el personal. Es frecuente “etiquetar” a los residentes.
4. *Pérdida progresiva del control de la cotidianidad*: horarios, actividades... todo está programado pero no en relación a las necesidades del anciano o sus deseos, sino para facilitar la funcionalidad institucional.
5. *Control social que invade la intimidad del anciano*: se va asemejando al resto de residentes, se van uniformando. Si sale al exterior deberá adaptarse a los horarios del centro, todo el mundo sabe si recibe visitas o a donde va. Las pocas posesiones que tiene serán un pequeño reflejo de un pasado que nadie tiene en cuenta
6. *Las relaciones sociales*: las relaciones que se dan en la residencia son iguales que en una institución total. La autoestima está reflejada en el trato con que le obsequian los demás, tanto residentes como cuidadores. Se intenta conservar como propio un territorio, sillón, almohada...
7. *Las estrategias de adaptación secundarias*: para Goffman son la manera de buscar la supervivencia dentro de un entorno institucional, como son pequeños favores entre los internos y con el personal. El aburrimiento y la pasividad hacen de los ancianos personas dóciles y fáciles de manejar
8. *Aculturación o subcultura propia*: cada vez hay más diferencia entre interior y exterior. No interesa el exterior ya que no se va a salir de allí.

9. *Institucionalización*: cuanto más dependiente es el anciano más pertenecerá a la institución y menos capacidad de control. Según cambie su estado de salud y dependencia, el anciano puede ser trasladado de unidad. Traslado que es temido por los residentes.

10. *Totalización*: el anciano inicia una carrera su ingreso en una residencia que acaba con la muerte. Se podría decir que la institución total cierra la vida de la persona

Se pueden encontrar algunos reflejos de las afirmaciones que Bareyns hace sobre la institucionalización geriátrica, en las opiniones que tienen los ancianos no institucionalizados sobre las residencias:

Juan López Doblas (2004), en su estudio sobre “Personas Mayores Solas” (2004), explica como las personas entrevistadas se mostraban muy críticas con las residencias. Estas críticas iban dirigidas principalmente a la pérdida de intimidad que supondría el ingreso en ellas, ya que deberían compartir con personas extrañas tanto la vivienda como el dormitorio, ante la dificultad de poder permitirse una habitación individual, información que coincide con lo que Bareyns (1992), llama “expolio de la privacidad”. Otra crítica que realizan está relacionada con la calidad de la comida, ven a la residencia como una institución con fines lucrativos por lo que no creen que la comida sea de calidad, ni preparada tan adecuadamente como en casa. También valoran negativamente la pérdida de libertad que supone el vivir en la residencia al tener que amoldarse a horarios y ritmos preestablecidos. Y aunque reconocen que hay residencias de todas las clases, unas precarias y otras con buenos servicios, esto está relacionado con un coste económico que no siempre pueden asumir. Pero aceptan la institucionalización en caso de pérdida de salud y de autonomía, y aún teniendo familia, aceptarían el ingreso para no producir trastornos a los familiares. Ven el ingreso en la residencia como la ruptura entre una vida autónoma e independiente y el inicio de una vida monótona y soledad.

Sólo un pequeño porcentaje, -un 3% según Bazo (1991), un 7% según el CIS (2006)- de los ancianos desean ingresar en una residencia, aunque la mayoría toman la decisión ellos mismos, en muchos casos la decisión viene motivada para no causar trastornos a la familia. En cuanto a las relaciones dentro de la institución, Bazo dice que se establecen dos tipos de ellas: las que realizan los residentes entre sí y las que se desarrollan entre los residentes y el



personal. Las relaciones de amistad en las residencias son escasas, existe incomunicación entre los residentes (Bazo, 1990).

Según Bazo (1991) la decisión de internamiento en una residencia viene motivada por la interrelación entre tres variables:

- 1- El deterioro físico.
- 2- La incapacidad o falta de voluntad de con quienes convive de prestar cuidados al anciano.
- 3- Falta de servicios comunitarios que ayuden a llevar una vida independiente.

Para Bazo no es la falta de salud la que determina la institucionalización, sino la falta de apoyo social. Esta autora coincide en los motivos de ingreso con Castellón Sánchez (2003) para quien los motivos de institucionalización se relacionan en muchas ocasiones con la mala percepción de la calidad de vida como son la soledad, la viudedad o enfermedad. En esta línea, también Pac, Vega, Formiga, Mascaró (2006), realizaron un estudio sobre los motivos de ingreso en residencias geriátricas en Calahorra. De 237 residentes, encontraron que la primera causa de ingreso fue la problemática social en el 49% de los casos, seguidos de enfermedades psico-cognitivas en un 40% y, finalmente, problemas somáticos en el 37% de los casos. Precisan que solo en el 26,5% de los ingresos por problemática social era esta la única causa de ingreso. En este estudio había un porcentaje elevado de personas que llevaban más de 15 años en la residencia, en su mayoría varones, con retraso mental severo, que habían ingresado a la muerte de los padres. Esto justifica que la problemática social y sobre todo las enfermedades mentales sean los primeros motivos de ingreso en los centros estudiados. Pero en su discusión añaden que frecuentemente el ingreso en una residencia ocurre después de una hospitalización que provoca un deterioro funcional.

En relación al ingreso en centros sociosanitarios o residencias después de una hospitalización, Cabré, Serra-Prat (2004), en su estudio sobre 585 pacientes con una edad media de 84 años, encuentran que los factores de riesgo que determinan la derivación son: la pérdida de capacidad funcional, los antecedentes de caídas y la inmovilidad. No tanto las enfermedades concomitantes, aunque si estas afectan a la movilidad y la realización de las AVD, tienen un efecto indirecto.

También Acevedo, Alcaraz, Benito, Robert, Navalón (2014), realizaron un estudio sobre la situación de los mayores en residencias y las necesidades para su integración. Encontrando que las personas institucionalizadas presentaban mayor incidencia de enfermedades mentales, neurológicas y osteoarticulares que los ancianos no institucionalizados, lo que les lleva a afirmar que el grado de dependencia física y/o psicológica constituye el factor determinante para el ingreso en la residencia.

El ingreso en una residencia geriátrica comporta una ruptura con una gran parte de las costumbres, hábitos y lazos significativos de la persona que pueden suponer una pérdida de su identidad, estatus social e incluso familiar. El periodo de adaptación a la residencia es el momento en que la persona se vuelve más vulnerable a los efectos negativos que puede conllevar la institucionalización a pesar de que esta alternativa sea elegida por la propia persona.

Según Bender, Lloy y Cooper (1996) la elección de ingreso en una residencia es una decisión crucial en la vida del anciano y va acompañada de un gran nivel de estrés relacionado con las pérdidas que comporta.

Las principales pérdidas que sufre el anciano que vive en residencia, según Delgado (2001) son: la familiaridad de objetos, rutinas, costumbres, personas... que proporcionan confort y seguridad; pérdida de libertad, en decidir a donde ir, horarios de comidas o levantarse, tener que compartir los espacios etc.; la intimidad y dignidad, compartir habitación, la mesa en el comedor, falta de espacios de uso exclusivo. Esto coincide con el estudio de Buendía, Riquelme (1997), que señalan como principales efectos negativos y de estrés en el ingreso: la nostalgia, la soledad, la monotonía, la falta de afecto, la masificación, la falta de intimidad, la relación con los compañeros, pérdida de libertad, falta de control, las comidas, el trato con el personal y los horarios.

La adaptación a la residencia puede suponer un periodo de estrés importante para el anciano. Izal y Fernández Ballesteros (1990), a través de los Modelos Ambientales sobre la Vejez, las autoras hacen un recorrido sobre estos modelos: Modelo Ecológico de Competencia (en el que se encuentra el Modelo ecológico del envejecimiento de Lawton, 1975); el Modelo de Congruencia (Kahama, 1975); y Modelos Integradores Carp y Carp, 1987). El Modelo Ecológico del Envejecimiento, defiende que la conducta es una función de

la competencia del individuo y de la presión ambiental que supone una determinada situación; el comportamiento una combinación de la presión ambiental, que actúa sobre el individuo y cómo éste la percibe. Si la demanda es excesiva para el nivel de competencia del anciano, la percepción es negativa y aumenta el nivel de estrés. Pero si la demanda es escasa, produciría una disminución de la competencia debido a la falta de práctica de la misma. Por lo tanto el ambiente más favorable sería aquel en que el nivel de exigencia se situase al máximo del nivel de conducta. Estas autoras citando a Lawton (1972), dicen que este autor utiliza la hipótesis de la docilidad ambiental según la cual un alto nivel de competencia está asociado con independencia del individuo respecto a las presiones ambientales sobre el comportamiento, pero en escaso grado de competencia hay mayor vulnerabilidad a las presiones ambientales. Por lo tanto se debería buscar el equilibrio entre las demandas de adaptación que debe hacer el anciano con las posibilidades de respuesta que tiene.

En el estudio de Rojas, Toronjo, Rodríguez P, Rodríguez R. (2006) compararon la adaptación a la residencia en el momento del ingreso y después de un año y medio. Encontraron que los ancianos que se veían obligados a ingresar en la residencia, compartir la vida con extraños y adaptarse a horarios y hábitos, tenían más probabilidades de enfermar y se sentían perdidos en un entorno que no dominaban y utilizaban mecanismos reguladores de adaptación. Uno de estos es dejar de hacer actividades que en sus domicilios hacían por sí mismos. Todos los residentes mostraron empeoramiento en su percepción de salud desde el ingreso. En sus conclusiones expresan que existe una relación directa entre institucionalización y deterioro, que vuelve vulnerables a los ancianos. Esta vulnerabilidad hace que la mortalidad sea más prevalente y deban aprender a vivir con la muerte con más normalidad que otros grupos. También explican que su muestra es pequeña y por lo tanto no extrapolable a todas las residencias. Coinciden con Leturia (1999) que indica que uno de los efectos de la institucionalización es el aumento de la dependencia relacionado con baja actividad, y también con la baja expectativa de autonomía que tienen los cuidadores respecto a los ancianos, lo cual afecta negativamente a esta, favoreciendo un aumento de la dependencia. Aparece una disminución de la capacidad de autodeterminación y control sobre sus vidas, relacionado con las rutinas marcadas por la institucionalización, pudiendo ocasionar una disminución de contactos con la sociedad y comunidad en general.

Uno de los objetivos de las residencias es mantener activos a los ancianos, pero en ocasiones estas actividades no consiguen entusiasmar a los residentes. Aller, Van Ess Coeling (1995), para valorar las actividades que influían en la calidad de vida de los ancianos que vivían en residencias, entrevistaron a ocho ancianos en una residencia de EEUU. Los temas que identificaron los residentes como importantes fueron: habilidad para comunicarse con los demás, poder cuidarse por si mismos y habilidad para ayudar a los otros. Otro estudio realizado por Van't Leven y Jonsson (2002), a través de la entrevista a diez ancianos sobre las actividades ocupacionales que realizaban, llegaron a la conclusión que deberían ser una continuación de las actividades que tuvieran un interés personal, relacionadas con actividades que les fueran familiares; así como poder tener elección y control sobre ellas y las relaciones sociales que se establecían.

Stefani, Feldberg (2006) hacen una comparativa sobre el estrés y afrontamiento en la vejez entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados argentinos. En sus resultados destacan que los ancianos no institucionalizados contaban con más recursos adaptativos, y mayor percepción sobre el control de sus vidas. Mientras que los que vivían en residencias debían adaptarse a las normas de la institución, lo que les llevaba a adoptar un comportamiento pasivo, con menor percepción de control. Un resultado interesante que obtuvieron está relacionado con aspectos positivos de la institucionalización: la valoración positiva de los beneficios que aporta la residencia al no tener que solucionar los problemas que tenían antes del ingreso. Según las autoras esta valoración positiva está relacionada con el ingreso voluntario y “probablemente” provenir de un contexto familiar deficitario.

El vivir en una institución obliga al anciano a compartir espacios comunes como son las salas de estar, comedores, etc. En el estudio de Hauge, Kristin (2008), sobre la utilización de los espacios comunes en dos residencias de Noruega, comprobaron que la sala de estar, era percibida como un espacio ambiguo entre lo público y lo privado, y que las relaciones que establecían en ella eran muy débiles y forzadas. Los residentes más independientes intentaban no utilizarlas. Aunque las habitaciones eran individuales opinaban que era difícil mantener privacidad.

En la institución los ancianos se relacionan con otros ancianos y realizan nuevas amistades, pero el concepto amistad o amigo puede tener un significado diferente en la residencia. Silva, Menezes, Santos, Varvalho, Barreiros (2006) entrevistaron a 15 ancianos

institucionalizados y comprobaron que utilizaban el concepto de amistad y amigo en relación a las carencias que tenían en la institución, no teniendo en cuenta las diferencias de edad, culturales o físicas.

La institucionalización del anciano puede ser en ocasiones la mejor alternativa de cuidado, pero es necesario que el personal encargado de ello y especialmente las enfermeras, tengan presente todo lo que puede suponer para la persona el ir a vivir a ellas. Entender las pérdidas que se producen, la dificultad que puede existir en la adaptación y las dificultades con las que puede encontrarse el anciano en esta nueva etapa, ayudará a poder paliar algunos de estos efectos de la institucionalización. Como se ha visto en algunos de los estudios expuestos, se debe entender la vejez como una etapa de desarrollo, ver todas las potencialidades que el anciano tiene para que ejerza el control sobre su propia vida, y paliar el aumento de dependencias y la pasividad.

En este capítulo se ha visto el desarrollo de la atención social y sanitaria al anciano en España, para centrarnos especialmente en la asistencia sociosanitaria y social en Cataluña. Se profundiza en las residencias geriátricas por ser el contexto en el que se desarrolla la investigación. Se han visto los tipos y características de las residencias, también la tipología de los residentes, y la repercusión que los cambios en las formas de convivencia y el cuidado informal tienen como factores relacionados con la institucionalización del anciano. Para terminar con un apartado sobre la institucionalización, en el sentido que Goffman le otorgaba. Esto nos servirá para comprobar en el trabajo de campo, si las residencias geriátricas actuales continúan teniendo características de instituciones totales tal como afirmaba Goffman y posteriormente Bareyns.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **Hacia un nuevo modelo de atención gerontológica**

### **Los cuidados en gerontología**

*“La enfermera es la responsable de elaborar y desarrollar el plan de cuidados que llevará a cabo con los cuidadores y/o familia y la persona anciana, considerando sus valores y su historia de vida, el entorno y los recursos disponibles, realizando regularmente la valoración integral y sistemática de su estado de salud.” (Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 2002)*



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **4. LOS CUIDADOS EN GERONTOLOGÍA. HACIA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA**

### **4.1 Hacia un nuevo modelo de atención a los ancianos institucionalizados: la Atención Gerontológica Centrada en la Persona**

Durante muchos años la atención a los ancianos, sobre todo si ésta era ejercida en instituciones geriátricas, ha sido un área poco popular y reconocida dentro de la propia disciplina enfermera, donde se valoraba más las prácticas profesionales que se desarrollaban en unidades de agudos más tecnificadas, como las unidades de urgencias y críticos (Eliopolus, 2013). Este panorama ha ido cambiando en las últimas décadas, motivado por varios factores: la incorporación a los planes de estudios de la asignatura de enfermería geriátrica, la medicalización de las residencias que les dieron cierto prestigio social, y más recientemente en España, la creación de la especialidad de enfermería geriátrica (Orden SAS/3225/2009 del 13 de noviembre).

Esta formación académica, junto a la investigación creciente de las enfermeras, ha hecho comprender la complejidad que el cuidado del anciano conlleva y la necesidad de cambiar de un paradigma más curativo a un cuidado integral, holístico, en el que la unidad central de atención sean el anciano y la familia (Hayan, 2005; Palacios, Peñafiel, 2011). Una forma de cuidado donde se puedan llevar a la práctica los principios en los que se basa la atención gerontológica: integral, de promoción de la autonomía e independencia, que favorezca la privacidad, la integridad, y la participación del anciano entre otros (Martínez Rodríguez, 2010).

Estos principios de la atención gerontológica, junto al mayor conocimiento de lo que supone la vejez y la importancia de la calidad de vida, están produciendo un gran cambio en la forma de concebir cómo deben ser cuidadas las personas mayores que viven en instituciones geriátricas. Se está emprendiendo una transformación en la que se ve la necesidad de que las instituciones deben adaptarse a la persona, considerándola el núcleo de la atención asistencial, y no a la inversa, donde se deberán tener en consideración las experiencias de vida, expectativas y proyectos del anciano (Navarro, 2014). Uno de los modelos que está

surgiendo con mayor ímpetu y se va extendiendo progresivamente, es el modelo de atención conocido como “Atención Centrada en la Persona” (ACP), orientado hacia la persona como núcleo de la relación, su calidad de vida y su bienestar cotidiano (Martínez Rodríguez, 2011).

El modelo de atención centrado en la persona, se basa en los principios de: autonomía, participación, integralidad, individualidad e intimidad, inclusión social, independencia, bienestar, continuidad. Con el objetivo de preservar la dignidad de la persona (Rodríguez Rodríguez, 2011).

Esta forma de entender la atención gerontológica, obliga a la incorporación de nuevos métodos para realizar la evaluación del anciano a su ingreso en la residencia. Métodos que deben ayudar a conocer a la persona en todas sus dimensiones como ser holístico. Esta forma de evaluar va más allá de la medición de sus capacidades a través de escalas o instrumentos que no transmiten la realidad de la persona. Es aquí donde la incorporación de la historia de vida del anciano adquiere una gran relevancia para realizar una evaluación integral que permita desarrollar los cuidados holísticos planificados.

La OMS (2014) define así la atención centrada en la persona:

*“La atención que se consigue cuando se pone a la persona como eje sobre el que giran el resto de las dimensiones relacionadas con: la intervención basada en evidencia científica, la organización del servicio, el equipo y la interdisciplinariedad y el ambiente.”*

Esta Organización a raíz de la 7th Geneva Conference on Person-centered Medicine, adoptó algunos de los criterios establecidos en esta conferencia y realizó la declaración: “Geneva Declaration on Person-and People-centered Integrated Health Care for All (PPCIC)” (2014). En ella dice que la PPCIC integra las relaciones entre las personas que buscan y que prestan atención, por lo que el cuidado es:

- *De la persona*, abordando necesidades físicas, mentales, sociales y espirituales. Incluyendo sus vulnerabilidades y sus fortalezas
- *Por la persona*, con la participación de la persona en la toma de decisiones
- *Para la persona*, ayudando a las personas a que consigan sus proyectos de vida y de salud

- *Con la persona*, basado en unas relaciones de respeto mutuo, asertivas y de comprensión.

La Psicóloga y gerontóloga social, Rodríguez Rodríguez (2010) que ha llevado a cabo varios proyectos de implantación de la ACP, la define como:

*“La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación activa.”* (Rodríguez Rodríguez, 2010)

Los inicios de la ACP, se atribuyen a Carl Rogers (1902-1987), que junto a Maslow (1908-1970), se les considera los fundadores de la psicología humanista. Rogers considera que nadie se conoce mejor que la propia persona, y no intenta resolver los problemas por el paciente, sino a través de una relación empática ayudarle a comprender y dirigir su propia vida y toma de decisiones.

No es un modelo de atención exclusivo para mayores, pero es dentro de la gerontología donde ha tenido mayor expansión. Su desarrollo en los países nórdicos y Holanda, fue anterior a nuestro país que su instauración se está realizando de una forma más lenta, pero especialmente se está produciendo en la atención geronto-geriatria.

En los inicios de su aplicación se utilizó en personas con demencia, aportando una manera de cuidar a estas personas totalmente innovadora. Kitwood (1992,1993), fue el primero que utilizó el término “Atención Centrada en la Persona con Demencia”, al observar que era necesario cambiar las actitudes y forma de cuidar a estas personas, que en muchos casos existía una interacción negativa entre los pacientes y los cuidadores. Kitwood lo denominó “psicología social maligna”, y según el autor, podía ser la causa de muchas alteraciones de conducta en las personas con demencia.

La ACP nace como una corriente crítica y alternativa a la atención gerontológica tradicional, en la que se intenta huir de modelos paternalistas, donde el poder y control recae sobre los profesionales. El objetivo de la ACP es que el anciano tenga un papel activo, de empoderamiento de su propia vida, que apoyado por las personas que lo cuidan, pueda gestionar y tomar las decisiones sobre su vida (Martínez, 2014 b).

El ACP es un modelo profesionalizador que basa sus cuidados en conseguir que la persona tenga el control sobre su vida y entorno. Se fundamenta en los potenciales y capacidades que la persona tiene, no en las incapacidades y déficits. Los cuidados deben pasar de ser “planificados para” a un “planificados con”, donde el anciano tiene una participación activa, lo que estimulará la autonomía y autoestima de la persona. La ACP es una forma de entender el cuidado en el que se facilitan los apoyos que necesita la persona teniendo en cuenta su historia vital, sus capacidades y deseos, para que sea ella quien planifique las metas o proyectos que quiere conseguir. Dawn Brooker, citada por Rodríguez (2013), propuso una fórmula para concretar y sintetizar el significado de ACP aplicada a personas mayores:  $V=I+P+S$

- “V” son los valores significativos de la persona y su disfrute en los entornos en que se mueve le proporcionan bienestar.
- “I” es la individualidad de la persona, por lo tanto única.
- “P” se refiere a la personalización, mirar la realidad desde la perspectiva de la persona.
- “S” la creación de un entorno social positivo, lleno de sentido para ella.

Todos los profesionales involucrados en la atención del anciano son los encargados de potenciar su empoderamiento. La base de su relación debe iniciarse con el conocimiento de su historia de vida, utilizando la escucha activa, y con la intencionalidad de ayudar a la persona a desarrollar todas sus capacidades (Martínez 2015). La enfermera tiene un papel estelar dentro del equipo multidisciplinar para desarrollar este modelo, que se define como: *“una propuesta para la buena vida desde la atención profesional. Un modelo para cuidar bien y ganar en calidad de vida”* (Martínez, Diaz- Veiga, Sancho, Rodríguez 2015).

Los pilares en los que se fundamenta la ACP son los siguientes:

- *El respeto a la dignidad de la persona*, a sus decisiones, a su intimidad, a sus costumbres y valores, etc. Esto se reflejará en un cuidado integral y personalizado a través de los “Planes de Atención a la Vida”, en los que se facilita al anciano el desarrollo de sus proyectos de vida.

- *Apoyar los proyectos de vida*, para ello se debe conocer lo que es importante y significativo para la persona en el momento actual de su vida, y ayudarle en el desarrollo y logro del mismo.
- *Modelo profesionalizado que busca la calidad de vida*, la persona es el núcleo de la organización y esta la que debe adaptarse, ponerse en sintonía con el anciano y no al revés.

En este modelo se concede gran relevancia a los profesionales que intervienen en la atención al anciano, siendo necesaria la implicación y colaboración de todos ellos para poder implantar cambios en los modelos de atención actuales. Pero son los responsables de las organizaciones y los centros residenciales los que deben liderar el cambio de modelo. Introducir cambios de este tipo, requiere sensibilización y comunicación entre todas las partes implicadas en el cambio y adaptar el proyecto a las características de cada organización.

### Decálogo de la Atención Centrada en La Persona

1. Todas las personas tienen dignidad. La dignidad es inherente al ser humano.
2. Cada persona es única y tiene su propio proyecto vital.
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad. Por tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención.
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida. Se respeta la autonomía de las personas.
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo.
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar y salud de las personas.
9. Las personas son interdependientes.
10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios. En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales diversos.

Teresa Martínez Rodríguez (2013)

Este decálogo de la ACP lleva implícitos cambios fundamentales en la atención a los mayores, que influyen no sólo en la forma de cuidar, sino también en los aspectos estructurales y de ambiente, que en ocasiones no son tenidos en cuenta.

Sin embargo, encontramos que el término ACP no es utilizado con un único significado (Martínez Rodríguez, 2013). Morgan, Yoder (2012) realizaron una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (CINAHL, Medline, PubMed, Cochrane Review) y un recorrido por las características, antecedentes y consecuencias de la aplicación de este modelo. Estos

autores encontraron que existían diferentes maneras de entender la ACP y diversas definiciones, pero todas tenían en común la importancia de la dignidad de la persona, el empoderamiento en las decisiones sobre su vida y la importancia de la biografía para la atención holística.

Este modelo de atención se va extendiendo de una forma muy lenta, en España se encuentra la experiencia de la Fundación Matia, que cuenta con diferentes unidades de atención geronto-geriátrica y un Instituto Gerontológico. Fueron los pioneros en la aplicación práctica de este modelo (Martínez Rodríguez, Díaz Vega, Sancho Rodríguez Rodríguez, Castiello, 2015), y han creado instrumentos de evaluación de la ACP (Martínez Rodríguez, 2015; Martínez, Suarez-Álvarez, Yanguas, Muñiz, 2015).

Las enfermeras gerontológicas deben involucrarse en la incorporación de modelos asistenciales como la ACP, que supondrán un cambio en los objetivos y manera de llevar a cabo sus cuidados, dirigidos a potenciar las capacidades del anciano, evitando infantilismos y pérdidas del control sobre su propia vida. El anciano será más autónomo y sentirá que sigue siendo capaz de dirigir su vida dentro de la institución, lo que le llevará a sentirse como persona adulta que es, con poder y decisión sobre su vida.

Las enfermeras han de impulsar cambios necesarios para implantar nuevos modelos de atención gerontológica que mejoren la calidad de vida de los ancianos dentro de las instituciones. Pero también necesitan un marco propio que les oriente sobre cómo llevar a cabo sus cuidados a la práctica, a través de una filosofía, teoría o modelo de enfermería. Utilizar una filosofía, teoría o modelo enfermero, no sólo va a servir como guía en su práctica, sino que también fomentará el desarrollo de conocimientos dentro del cuidado y al crecimiento de la disciplina enfermera.

#### **4.2 El cuidado en enfermería: de oficio a disciplina, ciencia y arte**

La acción de cuidar es inherente al ser humano y se ha realizado durante todos los tiempos, no es un acto exclusivo de las enfermeras (Davis 2007). Su significado ha estado ligado y se ha ido modificando según se han transformado los conceptos de salud y enfermedad (Martínez, Chamorro, 2011).



Se ha recorrido un largo camino para llegar hasta la profesionalización del cuidado tal y como lo concebimos hoy en día, momento en el que se sitúa como la “esencia” y el núcleo indiscutible de la ciencia enfermera. Collière (1993) describe cuatro etapas a lo largo de la historia en el desarrollo de los cuidados: doméstica, vocacional, técnica y profesional.

La enfermera Florence Nightingale (1820-1910) inicia el proceso de profesionalización de la enfermería, con ella se empieza a vislumbrar el significado que el término “cuidar” adquiriría para la disciplina enfermera. Nightingale, en su libro *Notas de enfermería. Qué es y que no es*, comienza una reflexión sobre los contenidos y saberes de la enfermería que todavía continúa en la actualidad. La autora también pone límites, es decir, especifica “que no es” la enfermería, comenzando a diferenciarla de otras disciplinas. La publicación de este libro es un acontecimiento especial debido a que Nightingale, en su decisión de dejar por escrito su idea de la enfermería, inicia la visibilidad de la enfermería (Núñez, 2011). A pesar de considerarse la primera teórica de enfermería, ella no pretendía generar teoría ni escuela:

*“De ninguna manera estas notas tienen la intención de ser una regla de pensamiento por la cual las enfermeras pueden enseñarse a sí mismas a cuidar, ni mucho menos un manual para enseñar a las enfermeras el arte de cuidar.”* (Nightingale, 1859)

Nightingale también fue pionera en hablar del cuidar como un arte unido a la práctica, que *“cada mujer debe aprender prácticamente”*. Sólo las personas que han recibido formación enfermera deben administrar cuidados pero, como dice Núñez (2011), entrega su libro a todas las mujeres como estrategia para mejorar la salud de las familias. Las mujeres son las cuidadoras de la familia tanto en salud como en caso de enfermedad. Incorporar el conocimiento de medidas de higiene ayuda a mantener la salud, prevenir enfermedad o recuperarse de ella (Nightingale, 1991). Aunque a Nightingale se le reconoce el uso del término cuidado, Medina (1999) aclara que ella no explicó ni definió su función, sino que para ella el cuidado se relacionaba con limpieza, higiene, buena alimentación, etc.

Posteriormente, Virginia Henderson (1955) da otro gran paso en los intentos de dar pleno significado al cuidado y aporta una nueva definición:

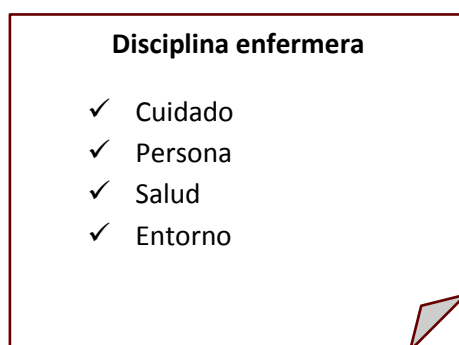
*“La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza,*

*voluntad o conocimientos. Así mismo corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.”*

A partir de los años 50 surgen enfermeras estudiosas de los campos y significados de la enfermería que generan teorías mediante las que desarrollan el concepto de cuidar: Peplau (1952), Henderson (1955), Orem (1959), Rogers (1970), Roy (1971), B. Neuman (1975), Leininger (1978) y Parse (1981), entre otras (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major, 2007). Todas estas autoras definen su concepción del significado de *cuidado*, que poco a poco se va consolidando como el núcleo de la profesión enfermera con una visión holística del mismo. Es decir, viendo al ser humano como un todo unificado, cuya totalidad es más que la suma de sus partes (Martínez, Chamorro, 2011).

De todas las teóricas de enfermería que han desarrollado el concepto de cuidado, se reconoce a Leininger como una de las impulsoras de la investigación en el concepto de cuidar (Medina, 1999;Waldow 2013). Leininger (1978) identifica tres formas diferentes del cuidado: cuidado genérico; cuidado profesional; cuidado profesional enfermero. Para la autora, el cuidado profesional enfermero tiene características que lo diferencian del resto de cuidados: son modos de ayuda basados en una ciencia y un arte humanista que se aprenden, cuyo objetivo es *“mantener y desarrollar la salud y el bienestar de las personas”* (Medina 1999; Raile, Marriner, 2011).

Fawcett (1984, 1989), citado por Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major, (2007), estudió las obras de varias teóricas enfermeras y encontró que junto al concepto de *“cuidado”* aparecen otros interrelacionados entre sí: *“persona”, “salud”* y *“entorno”*. Conceptos que forman el metaparadigma de la disciplina enfermera. Su estudio e investigación ha dado como resultado el desarrollo de diferentes modelos y teorías enfermeras.



Desde el punto de vista disciplinar, el cuidar es el objeto de conocimiento de enfermería y es un criterio para distinguirla de otras disciplinas (Medina, 1999). Es de gran complejidad debido a su naturaleza humana y social, por lo que no existe una definición única ni un concepto homogéneo para definirlo. A medida que se han ido desarrollando las diferentes filosofías, teorías y modelos de enfermería, cada una de ellas ha generado su propio concepto de cuidar. Esta forma diferente de entender el cuidado está relacionada con las orientaciones y fundamentos en las que se basa cada teoría, (Garzón, 2005). Sin embargo, la falta de homogeneidad también proporciona la riqueza de la diversidad, permite que las enfermeras elijan como marco conceptual aquel con el que se sienten más identificadas o el modelo que mejor se adapta al tipo de cuidados que deben realizar. De este modo, la falta de homogeneidad también es un estímulo para continuar investigando sobre los significados del cuidar, como demuestran los siguientes estudios.

Daza, Medina, (2006) querían describir e interpretar el significado que los profesionales de una institución de tercer nivel tenían sobre el cuidado de enfermería. Para ello, mediante el uso de una metodología cualitativa fenomenológica, interrogaron a 75 profesionales sobre qué es enfermería, qué es cuidado y cómo se aborda el cuidado. En sus conclusiones destacaron que a la pregunta ¿qué es enfermería?, la tendencia era definirla como profesión, con características como: tratar con seres humanos vulnerables; las necesidades que maneja el profesional son de tipo personal; el paciente debe confiar en los conocimientos del profesional y tener seguridad de que los usará en su beneficio. Las personas preguntadas consideraban la enfermería como disciplina que debe tener un cuerpo propio de conocimientos. En cuanto al cuidado, no tenían un concepto único ni homogéneo, lo relacionaban con una acción dirigida hacia la recuperación del estado de bienestar mediante la planificación y la evaluación de actividades. En relación a como se abordaba el cuidado, encontraron que la tendencia estaba orientada a la valoración de necesidades básicas y el uso del proceso de enfermería. También resaltaban la importancia de realizar un cuidado individualizado.

Una importante aportación fue la de Morse, Solberg, Neander, Bottorff, Jhonson (1990). Estos autores identificaron cinco categorías de cuidado: es un rasgo humano, un imperativo moral, una forma de afecto, una relación interpersonal y una relación terapéutica. También

observaron las relaciones existentes entre las diferentes categorías y la presencia de la dimensión ética en todas ellas.

Los autores Pavan, Ferreira, Ferreira,(2007) utilizaron la clasificación de Morse para conocer la percepción del cuidado entre los estudiantes (de último curso y de especialización), profesionales y profesores de enfermería, a través de las cinco categorías de Morse (característica personal humana; imperativo moral; afecto; relación interpersonal; intervención terapéutica). Las mayores diferencias entre los grupos se encontraron entre alumnos y profesores. Mientras que los profesores señalaron más el cuidado como característica humana, los alumnos lo indicaron como imperativo moral. Ante estos resultados, los autores proponen realizar una seria reflexión sobre la educación y formación de los enfermeros que están en la universidad y los que ya están en la práctica.

Asimismo, Ramos (1992) realizó entrevistas en profundidad a 15 enfermeras sobre la interacción enfermera-paciente en el momento del cuidado y encontró tres niveles de interacción: el nivel instrumental, en el que la relación es mínima y siempre para la realización de un tratamiento; el nivel de protección, en el que las enfermeras son sensibles a los sentimientos y vulnerabilidad del paciente; el nivel de relación mutua, que las enfermeras perciben como el cuidado más beneficioso.

#### ***4.2.1. Los cuidados del anciano en las diferentes Teorías de Enfermería***

Todas las teorías de enfermería desarrollan el concepto de cuidar, sin embargo, las aportaciones dirigidas al cuidado de los mayores parecen más bien escasas.

Wadenesten y Carlsson (2003) hacen una revisión de 17 teorías y modelos de enfermería buscando las aportaciones específicas que realizan al cuidado de los ancianos (Tabla 3). Para ello analizaron si estaban presentes la descripción del desarrollo de la persona; la descripción del proceso de envejecimiento; y la descripción del cuidado de los ancianos.

Teoría Enfermera	Descripción del desarrollo humano	Descripción de la persona mayor	Consideraciones de cuidados a los ancianos
Benner and Wrubel (1989)	Sí	No	Indirectamente
Katie Eriksson (1979)	Sí	No	No
Henderson (1964)	No	No	No
King (1971)	Sí	No	Indirectamente
Leininger (1978)	Sí	No	No
Martinsen (1978)	Indirectamente	No	No
Newman (1982)	Sí	No	No
Nightingale (1946)	No	No	No
Orem (1971)	Indirectamente	No	No
Orlando (1961)	No	No	No
Parse (1981)	Sí	No	No
Peplau (1952)	Sí	No	No
Rogers (1970)	Sí	No	No
Roy (1971)	Sí	No	No
Travelbee (1961)	Sí	No	Indirectamente
Watson (1979)	Sí	No	Indirectamente
Wiedenbach (1964)	No	No	Indirectamente

Tabla 3. Traducida de : Wadenesten & Carlsson. *Nursing theory viewws on how to support the process of ageing*

Con su trabajo, Wadenesten & Carlsson demostraron que, aunque la mayoría de ellas (11) describen el desarrollo humano, no lo hacen de la vejez ni aportan ninguna orientación sobre cómo debe ser el cuidado de los ancianos y la forma de apoyarlos durante este

proceso. Sólo cinco de ellas realizan indirectamente alguna consideración sobre los cuidados en los ancianos que, como dicen Wadenesten y Carlsson (2003), pueden servir de orientación sobre el cuidar a los mayores, como es en el caso de Jean Watson y Benner & Wrubel.

J. Watson considera que la persona tiene tres dimensiones: el espíritu, el cuerpo y el alma. Y su objetivo es conseguir la armonía en estas dimensiones. A medida que la persona crece y madura, intenta lograr una mayor armonía espiritual que se convierte en la dimensión más relevante. En el anciano, al haber tenido una vida larga, esta parte espiritual se debe tener en cuenta de una manera especial. El objetivo de la enfermera es proteger, fortalecer y mantener el sentido de dignidad de la persona, lo que contribuirá a su armonía interior. Watson también dice que la persona está influenciada y cambiada por el pasado, presente y futuro.

Benner y Wrubel utilizan la perspectiva del ciclo vital para comprender cómo la persona afronta diferentes situaciones en la vida. El modo en cómo lo haga estará influenciado por las experiencias previas y el momento en que se sitúa la persona. Las crisis por las que atraviesa la persona son oportunidades para el crecimiento. Aunque hablan de que las necesidades varían a lo largo de las diferentes fases de la vida, no mencionan directamente la vejez ni como la enfermera puede ayudar en esta etapa.

Wadenesten y Carlsson (2003) llegan a la conclusión de que las teorías revisadas no orientan sobre cómo se debe cuidar a los ancianos ni la forma de apoyarlos en este proceso. Así pues, es importante desarrollar un modelo de atención de enfermería que tome en consideración el envejecimiento humano y las características que el cuidado específico a los mayores debería tener.

Como se ha visto, el cuidado se considera la esencia de la enfermería pero no hay un claro consenso sobre el significado ni las actitudes que deben tener las personas que cuidan profesionalmente: las enfermeras. Cada teórica describe una propuesta diferente sobre el concepto de cuidado (Davis, 2007), sin embargo ninguna orienta de forma precisa cómo debe ser en la edad geriátrica, pero sí que ofrecen un marco filosófico en el que encuadrar nuestros cuidados.

Una vez comprobado que no existe un modelo ni concepto de cuidado teórico específico para los ancianos, y a pesar de que el presente trabajo no tiene una aplicación práctica, se considera fundamental la elección de un modelo de cuidados como orientación filosófica y metodológica en la que enmarcar la presente investigación. El objetivo de profundizar en las vivencias y significados que los ancianos otorgan a sus experiencias vitales, la autopercepción de la vejez y los significados de vivir en una institución como punto de partida para su cuidado, estimula a escoger como referencia el concepto de cuidado desde un enfoque fenomenológico que lo define como *ontológico*. Una forma de cuidar cuya base es lo que le importa a “ese” ser humano y lo que está experimentando en ese momento en su mundo. Es decir, un cuidado que se centra en la persona y su mundo, que nos lleva a situarnos en la filosofía y la *Teoría del cuidado transpersonal* de Jean Watson. Pero no se puede perder de vista los modelos que utilizan en la práctica las enfermeras que trabajan en instituciones geriátricas. Todas las residencias del entorno en el que se ha realizado esta investigación utilizan el modelo de Virginia Henderson. Aunque éste es uno de los modelos más antiguos, se puede considerar que se ha convertido en un modelo “clásico” que sigue utilizándose no sólo a nivel de residencias geriátricas sino también en hospitales de agudos.

El modelo de Henderson y la filosofía del *caring* de Jean Watson pueden complementarse entre sí a la hora de llevar a cabo los cuidados gerontológicos. Henderson proporciona una guía fácil para valorar necesidades que, aunque incluye necesidades espirituales, el peso importante se encuentra en valoraciones más relacionadas con aspectos físicos. La filosofía de Watson puede complementar estos cuidados en su vertiente más emocional y espiritual, favoreciendo el acompañamiento en el proceso de vida en la residencia y la gerotranscendencia.

#### ***4.2.2 Teoría de las Necesidades de Virginia Henderson***

El modelo de Virginia Henderson se ubica dentro de la escuela de las Necesidades. La autora reconoce que su obra está influenciada por la fisiología de Stackpole y el psicólogo Thorndike, pero también en su experiencia profesional y en la conceptualización de Orlando sobre el rol propio de enfermería (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major, 2007; Raile,

Marriner, 2011). También algunos autores comentan que en el modelo de Henderson puede observarse la influencia de Maslow, aunque ella no lo reconoce.

El modelo de Henderson es uno de los más conocidos en el ámbito de la enfermería en España y uno de los que han tenido mayor aceptación para llevarlo a la práctica. Varios factores han influido en que, a pesar de ser un modelo creado en los años 60, siga estando vigente actualmente. Como indican Bellido, Ríos, Fernández (2010), el modelo de Henderson es compatible con el proceso enfermero y es posible integrar los lenguajes estandarizados de los diagnósticos de enfermería de la NANDA, así como las intervenciones NOC-NIC.

Otra de las ventajas de su utilización puede estar motivada por ser fácil de entender y su organización en las 14 necesidades, resulta una guía muy práctica para realizar la valoración de la persona cuidada. Para Vernet (2007), el modelo de Henderson, sus valores y postulados son fáciles de adaptar a la atención gerontológica.

Entre las contribuciones más importantes que Henderson realizó se encuentran: la definición de enfermería; las funciones autónomas; los objetivos interdependientes para el paciente; y el concepto de independencia.

En su libro *The Nature of Nursing* (1966), definía la enfermería como:

*“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.”*

En esta definición se observa que, según el modelo de Henderson, el papel de la enfermera es de suplencia y ayuda, en aquellas acciones que la persona no puede desarrollar por sí misma. La autora identificó tres niveles de relación enfermera-paciente:

- 1- La enfermera sustituye al paciente, cuando éste no puede satisfacer las necesidades por sí mismo.
- 2- Colaboradora con el paciente en aquellas necesidades que necesite ayuda para que recupere su independencia.



- 3- Compañera del paciente, utilizará la relación terapéutica, buscará la máxima independencia siempre colaborando con él y fomentará la educación para el autocuidado.

Esta visión de suplencia, ayuda o colaboración tiene como objetivo, siempre que se pueda, la independencia del paciente. Lo que hace este modelo muy útil en la atención gerontológica, al marcar unos cuidados en los que el objetivo sería la máxima autonomía del anciano, pero supliendo en aquellas situaciones que así lo requieran.

Una aportación muy destacada es la función autónoma de la enfermera, que Henderson lo define como profesional independiente para llevar a cabo aquellas actividades que le son propias, tanto en el ámbito asistencial, como en el docente, investigador y de gestión. También dio gran importancia a la interdependencia y colaboración con el resto de profesionales.

Los valores o asunciones filosóficas de este modelo orientan sobre la idea que Henderson tenía sobre la enfermería:

- La enfermera tiene unas funciones que le son propias, pero comparte actividades con otros profesionales.
- Si la enfermera no asume funciones que le son propias, otro profesional las ejercerá.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro profesional puede ofrecerle.

A pesar de los años que han transcurrido desde que Henderson desarrolló estos valores sobre la enfermería, continúan estando en pleno vigor en la actualidad. Las enfermeras deben continuar investigando y desarrollando el rol de la disciplina, para así poder dar a la sociedad un servicio que nadie más puede ofrecerle.

El objetivo de los cuidados de la enfermera es ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades, pero siempre con la participación del paciente:

*“Sólo en estados de absoluta dependencia como lo son el coma o la postración extrema, se justifica que la enfermera decida por el paciente en lugar de con el paciente lo que es bueno para él.” (Henderson 1971)*

Los postulados o conceptos básicos de este modelo son los siguientes:

- *Necesidad básica*, es una necesidad vital, todo aquello que es esencial para para que el ser humano pueda mantenerse vivo y asegurar su bienestar. Cada necesidad está influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Son universales para todas las personas, pero cada una las satisface de una manera diferente. Henderson indica 14 necesidades:
  - 1- Respirar normalmente
  - 2- Comer y beber adecuadamente
  - 3- Eliminación
  - 4- Moverse y mantener una buena postura corporal
  - 5- Dormir y descansar
  - 6- Vestirse y desvestirse adecuadamente
  - 7- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
  - 8- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
  - 9- Evitar peligros ambientales
  - 10- Comunicarse con los demás
  - 11- Vivir de acuerdo a sus creencias y valores
  - 12- Autorrealización
  - 13- Participar en actividades recreativas
  - 14- Aprendizaje
- *Cuidados básicos*, son aquellos proporcionados por la enfermera para satisfacer las necesidades básicas, pudiendo ser de suplencia, ayuda o acompañamiento.
- *Independencia*, la persona es capaz de satisfacer las necesidades básicas por sí misma o lo hacen otros en su lugar según la fase de su desarrollo.
- *Dependencia*, la persona no puede satisfacer de forma óptima las necesidades básicas por sí misma. Cuando esto ocurre es debido a lo que Henderson denomina “fuente de dificultad” y que puede ser causada por tres motivos: falta de fuerza, voluntad o conocimientos. Los cuidados de enfermería deben ir encaminados a eliminar estas fuentes de dificultad.

- *Manifestaciones*, son signos observables que permiten a la enfermera identificar la dependencia o independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas.

El modelo de Henderson es una buena guía para la valoración de las necesidades, pero es necesario que la enfermera tenga formación específica en gerontología y geriatría, de manera que pueda diferenciar los cambios derivados del propio envejecimiento de las manifestaciones producidas como consecuencia de trastornos o problemas de la salud, y así llevar a cabo una valoración apropiada y realista.

Existen diversos estudios en los que se utiliza el modelo de Henderson, como es el de Da Silva, Ferreira, Batista, Calado, Almeida (2013). Los autores realizaron un estudio cuantitativo, cuasi-experimental, con el control postoperatorio de 30 pacientes ancianos intervenidos quirúrgicamente, a los que valoraron la necesidad de “comer y beber”. Para la recogida de datos realizaron un protocolo de evaluación e intervención, y poder comparar los resultados entre el grupo control con el resto de ancianos de la unidad. En los resultados observaron la utilidad del registro y valoración de esta necesidad, que ayudó a mantener la capacidad funcional de los mayores, observando diferencias significativas favorables en relación a los ancianos que no participaban en el grupo control.

Otro estudio en el ámbito de las residencias geriátricas es el realizado por Vallejo, Rodríguez, Valverde (2007). A través de un grupo de trabajo, elaboraron un instrumento de valoración enfermera basado en el modelo de Henderson que complementaron con escalas validadas que les permitieran detectar las necesidades que presentaba el anciano y el riesgo de aparición de síndromes geriátricos. Como resultado, obtuvieron una guía de valoración para mayores institucionalizados en la que se valoraban las 14 necesidades (detallan que ocupaban ocho páginas) y nueve escalas de valoración. En las conclusiones destacan la importancia que tiene dedicar un tiempo a la valoración geriátrica realizada por la enfermera, pues permite individualizar los cuidados, cuantificar incapacidades y proporcionar el nivel asistencial más adecuado para el anciano.

Otro ejemplo de la utilización de este modelo es el llevado a cabo por Gil, Escudero, Prieto, Frías (2005), si bien no se realizó exclusivamente en población anciana. Consistía en un estudio cualitativo con ocho grupos de discusión y ocho entrevistas en profundidad a

personas con procesos de larga duración (cáncer, sida, ancianos con demencias), con el objetivo de conocer su opinión y vivencias, así como las expectativas y demandas que tenían respecto a las enfermeras que realizaban las visitas domiciliarias. Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el modelo de Henderson y en los resultados exponen que identificaron 6 tipos de cuidados realizados por las cuidadoras familiares: higiene, alimentación, eliminación, movilidad, realización de curas y administración de medicación. Pero valoraron de forma deficiente el número de visitas por parte de las enfermeras y la formación que recibían. Sus demandas iban en relación a la formación en curas, alimentación, ejercicios posturales y movilidad.

#### ***4.2.3 La filosofía del Caring de Jean Watson***

Aunque el trabajo de Watson se ha considerado una filosofía, ella misma también lo define como un diseño, una ética, un paradigma, un modelo conceptual, un marco y una teoría (Watson, 1996, citada en Raile, Marriner, 2011).

Para la creación de filosofía y teoría del *Caring*, Watson (1979) se basa en la ciencia humanística existencial-fenomenológica, espiritual y ética centrada en la persona. Para ella el cuidado es arte y ciencia. Watson define la enfermería como:

*“Una ciencia humana de experiencias de salud-enfermedad-curación que son realizadas por una transición de cuidados humanos, personales, científicos, estéticos, humanos y éticos. Esta visión no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también una agente humanitaria y moral implicada como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos.”*

Y la disciplina como:

*“Es el cuerpo de conocimientos, los valores, lo ético, las teorías, y los límites de la estructura del conocimiento, los fundamentos meta-narrativos de la profesión, los cuales informan y guían la práctica actual de esas teorías, la ética, los valores, y el conocimiento... el conocimiento disciplinario es el conocimiento que viene de las raíces de la historia de enfermería, de las tradiciones, de la herencia a través del tiempo, así como de las teorías y del conocimiento existente” (Jean Watson 2002)*

Para la autora las bases de la enfermería son unas relaciones éticas, teóricas y filosóficas en las que los cuidados y las acciones compasivas son la esencia del ejercicio profesional (Watson 1993, Duffy 2003). Las relaciones son el elemento indispensable. Se debe establecer una relación de cuidado transpersonal que genera unión entre dos personas y que trasciende a las personas, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno. El cuidado es arte y ciencia, una responsabilidad moral, una alta consideración para la otra persona y su modo de estar en el mundo, un compromiso moral con el valor y dignidad de la persona cuidada, con el respeto hacia los significados y el sentido que la persona da a su enfermedad. El objetivo de los cuidados es ayudar a la persona cuidada a conseguir la armonía entre cuerpo, alma y espíritu.

La filosofía del *Caring* (traducido al español como tener cuidado o el *arte de cuidar*), al situarse en un modelo existencial y fenomenológico, reconoce a la persona como un ser único, la acepta tal como es y, a la vez, tal como le gustaría ser. La práctica enfermera se ocupa tanto de fenómenos concretos (alimentación, higiene, etc.) como abstractos (logro, actualización, etc.) porque todos están interrelacionados y forman parte de la globalidad de la persona. La enfermera debe comprender a la persona cuidada a partir de cómo esta percibe el mundo y los significados que otorga a la salud y a la enfermedad. La acompaña para que encuentre sus propios significados y solucione sus problemas existenciales, permitiendo su desarrollo.

La filosofía del *Caring* presenta tres premisas:

- 1- Los cuidados enfermeros existen en todas las sociedades, pero para llevarlos a cabo adecuadamente se necesita formación y es necesario establecer una relación con otro ser humano.
- 2- Claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es la mejor manera para conseguir comprensión entre enfermera y persona cuidada. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la relación transpersonal lograda, donde enfermera y paciente mantienen su calidad de persona junto a su rol.
- 3- La genuinidad, sinceridad y honestidad de la enfermera están relacionadas con la grandeza y eficacia del cuidado.

Para Watson el cuidado es transpersonal. Se produce cuando la enfermera entra en contacto con otra persona y es capaz de percibir y sentir lo vivido por la otra persona, permitiéndole exteriorizar sus emociones, sentimientos y pensamientos y, además, responde ante ello. Es el “momento del cuidado”. La enfermera estimula la autodeterminación y el autocontrol dando el poder a la persona, preserva su dignidad y favorece la comprensión de sí mismo. El cuidado humano involucra valores, voluntad, compromiso, conocimientos y acciones de cuidado

Watson basa su teoría en siete “supuestos” de cuidados y diez factores de cuidados:

Supuestos de cuidados (Urra, Jana, García, 2011):

- El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado en una relación interpersonal, teniendo en cuenta las características culturales, las necesidades humanas, sociales e institucionales. Siendo imprescindible el conocimiento de la persona y su entorno.
- El cuidado está condicionado a factores de cuidado y tiene objetivos, efectos y destino.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento personal.
- Un ambiente de cuidado es el que potencia el desarrollo de la persona.
- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa.
- La práctica del cuidado es el centro de la enfermería, un cuidado basado en el acompañamiento y la presencia sensible, pero también en el conocimiento.

El proceso de cuidados está formado por diez elementos o factores cuidadosos que se encuentran presentes en toda relación en la que la enfermera y la persona cuidada sean coparticipes. Estos factores cuidadosos son orientaciones para la acción de cuidar y la base para continuar el desarrollo de la ciencia enfermera (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major, 1996). Se diferencian de los curativos porque mientras estos tratan la enfermedad, los cuidados ayudan a las personas frente a una situación, problema de salud, crisis, etc. Pero lo hacen fomentando su autonomía y capacidad de elección, manteniendo un profundo respeto por la persona. Estos factores representan los valores del modelo y son imprescindibles para comprender los cuidados desde la filosofía del *Caring*:

1. *Formación de sistema de valores humanístico/altruista*: los sentimientos humanos y altruistas son la base del cuidado humano y generan los mejores cuidados profesionales. Aún sin ser conscientes de ello nuestros valores van a influir en la actitud del cuidar, por lo que la reflexión y la introspección son importantes en los profesionales, además de considerar y apreciar la diversidad y la individualidad. Estos valores humanísticos y altruistas deben acompañarse de conocimiento científico.
2. *Fomentar el sistema de creencias y esperanza*: estos valores son esenciales tanto en el proceso de salud como de enfermedad. La enfermera debe descubrir lo que es importante para la persona y respetar sus creencias como uno de sus aspectos nucleares. Este factor incorpora valores humanísticos, altruistas y facilita la promoción del cuidado holístico.  
Watson también explica la importancia de que la enfermera tenga fe y esperanza en sí misma, en su potencial y sus capacidades para cuidar.
3. *Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás*: es importante reconocer los propios sentimientos y emociones. Sólo permitiéndose “sentir” las emociones, sean agradables o dolorosas, se puede desarrollar una sensibilidad hacia uno mismo para poder desarrollarla hacia los demás. Se deben “autoaceptar” los sentimientos propios y de los otros.
4. *Desarrollar una relación de cuidados humana de ayuda y confianza*: es una relación transpersonal, en la que el establecer una relación de ayuda-confianza va a ser fundamental para el cuidado transpersonal. Es comprender la subjetividad del otro, entender cómo vive su experiencia de salud, de enfermedad, cómo percibe su mundo, y poder comprender sus comportamientos o sus reacciones emocionales o físicas. Este tipo de relación se basa en la calidad de comunicación y actitudes de congruencia, empatía, calor humano, escucha activa y respeto.
5. *Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos*: la enfermera debe centrarse en los sentimientos de la persona, ayudarla a canalizar su carga emocional y permitirle la expresión de sentimientos. La enfermera debe

estar preparada para facilitar y aceptar tanto pensamientos positivos como negativos.

6. *Utilizar de forma sistemática el método científico de solución de problemas para la toma de decisiones*: se debe usar el proceso enfermero, que es similar al proceso de investigación, pero también se deben usar procesos creativos para resolver problemas. Para Watson se debe vigilar que la excesiva sistematización de algunos protocolos no dificulte la creatividad, la curiosidad y la investigación.

Cuando las actividades están muy protocolarizadas pueden impedir una mirada más profunda de la situación. La enfermera debe utilizar el proceso de enfermería o proceso de gestión clínica, pero estando alerta para que no se convierta en un proceso mecánico más centrado en la patología que en la persona.

7. *Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transcultural*: la educación sanitaria es una de las funciones de la enfermera, pero debe tener en cuenta el contexto y las autopercepciones de necesidades de la persona para poder establecer un proceso de enseñanza-aprendizaje en el que ambos son copartícipes, de forma que se evite que esta educación para la salud acabe siendo una lista de consejos.

Para llevar a cabo este proceso de enseñanza-aprendizaje son necesarias las siguientes etapas: exploración de la situación; formulación de lo que preocupa; apreciación de la voluntad de la persona para resolver la dificultad; desarrollo de una voluntad de resolver problemas; planificación, de cómo y cuándo se llevará a cabo; intervención, utilizando los métodos más adecuados; verificación para comprobar los resultados de la enseñanza-aprendizaje.

8. *Crear un entorno de apoyo, protección o corrección mental, física, sociocultural y espiritual*: crear un entorno de seguridad, confort, bienestar pero también cuidando la estética y la belleza.

El confort físico, sociocultural y espiritual son fundamentales para el bienestar de la persona. Debemos asegurar su intimidad, su descuido atenta contra la dignidad humana. Favorecer un ambiente de seguridad interna y externa, y no descuidar la estética del entorno.



9. *Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas*: una necesidad es una demanda de una persona, que disminuye o desaparece cuando la persona no está satisfecha. Las necesidades humanas están estratificadas: en un primer nivel se sitúan las de supervivencia; en un segundo nivel las funcionales; en el tercer nivel las necesidades psicosociales, de pertenencia y logros. Y en el cuarto nivel, el más elevado, se encuentran las necesidades intra-interpersonales.
10. *Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas*: es reconocer y aceptar las singularidades y la dignidad de la persona, aceptarla tal como es, con sus creencias, pensamientos, expectativas, etc.

Jean Watson ayuda a rescatar elementos que, aunque han estado siempre en la enfermería, han estado relegados a un segundo término o incluso ignorados en los años de dominio de la ciencia positivista. Términos como alma, armonía, espíritu, trascendencia que forman parte de esta filosofía del cuidado (Urra, Jana, García 2001).

Cuando se cuida a personas mayores el cuerpo es importante, sobre todo si entendemos el cuerpo a través de las reflexiones de Merleau- Ponty (1985) que lo concibe como principal órgano de percepción a través del cual el hombre percibe el mundo, le da sentido y compone su experiencia (Cerri, 2011; Costa, 2006). En el cuerpo vemos y sentimos cómo el envejecimiento nos va modificando, pero a la vez es nuestro “yo” frente a los demás, a través de nuestro cuerpo somos percibidos por los otros. De Juan (2013), en los resultados de su tesis sobre *La vivencia de la ancianidad*, describe cómo la percepción de vejez viene dada en muchas ocasiones por la mirada de los otros. Lo que coincide con los estudios de Laín (2001) y Catullo (1998) que hablan de la dicotomía entre “saberse viejo” y “sentirse viejo”. El cuerpo como un compañero extraño en el proceso de envejecer, en el que envejecimiento físico y psicológico no van de la mano.

Pero si el cuidado del cuerpo es importante, no se puede olvidar el resto de dimensiones de la persona: psicológica, emocional, espiritual y social. Con su modelo, Watson abre las puertas a llevar nuestros cuidados hacia estas dimensiones que en ocasiones pueden quedar desatendidas ante la fragilidad física que presentan los ancianos. Sarter (2004), citada por Abades (2010), señala que Watson es la única teórica enfermera que habla claramente del

concepto del alma y pone especial énfasis en la dimensión espiritual para el desarrollo del acto de cuidar.

El modelo de Watson empezó su difusión en EEUU, extendiéndose por toda América, Europa y Asia. En España cada vez es más frecuente encontrar estudios en los que se lleva a la práctica este modelo. Entre ellos destacamos los siguientes:

Abades Porcel (2010), en su tesis, analiza los cuidados enfermeros realizados a personas mayores residentes en centros geriátricos de Barcelona. Realiza una comparativa entre los cuidados realizados en las instituciones geriátricas y los factores cuidativos de Watson. Se trata de un estudio cualitativo, desde la perspectiva de la Teoría Fundamentada, en la que realiza entrevistas en profundidad a 12 enfermeras de dos centros geriátricos de Barcelona. Entre sus resultados destaca que las enfermeras demuestran un cuidar centrado en valores humanistas-altruistas basados en la ética del cuidar, pero ninguna enfermera demuestra en su discurso tener conocimiento del modelo de cuidar de Watson. Sin embargo, los factores cuidativos aparecen en los cuidados de una manera intuitiva o natural por parte de las enfermeras expertas. Estas enfermeras también consideran que el cuidado de los mayores no es conocido ni valorado por la sociedad, y el cuidar en geriatría lo perciben como el auténtico “cuidar enfermero”. Para ellas el cuidar es un concepto amplio y poco específico, al que definen como proporcionar alegría, felicidad, conocimiento de la historia de vida de la persona, concepto indivisible, respeto, confianza, congruencia, entre otros.

También León (2013) realizó su tesis doctoral sobre el modelo de Watson, aunque en este caso está relacionado con la percepción que tenían los estudiantes de enfermería sobre el cuidado humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado. Se trata de un trabajo cuantitativo, aplicativo y método descriptivo simple de corte transversal. Obtuvo los siguientes resultados: el 54% de los estudiantes tienen una percepción medianamente favorable, el 26% desfavorable y un 20% favorable. La percepción de cuidado humanizado según dimensiones: un 41% perciben como desfavorable la dimensión fenomenológica, un 40% como desfavorable la interacción. La dimensión científica y la de necesidades humanas fueron percibidas como medianamente favorables por el 40% y 48% respectivamente.

Un ejemplo de aplicación práctica de la filosofía de Watson es el trabajo realizado por Vives, Roderó, Acebedo (2006) en el que analizan la narrativa realizada por una enfermera de una

situación de cuidados. En el análisis van relacionando la narración con los factores cuidados, que proporcionan una nueva visión para valorar los fenómenos relación enfermera-persona cuidada, y ayudan a reflexionar y entender los momentos de cuidado. Así mismo Zavala, Olea, Valle (2013) llevan a la práctica el modelo de Watson a través de la narrativa de una enfermera realizando el análisis de la misma a través de los factores cuidados.

En esta línea, otro ejemplo de aplicación de la filosofía de Watson en personas mayores, es el estudio de Bernick (2004), que explica como la filosofía de Watson ayuda a orientar el cuidado a las personas mayores, a través de la escucha de lo que dicen de sí mismos y las situaciones de salud que están viviendo, ayudará a las enfermeras a realizar unos cuidados relacionados con la calidad de vida y la paz de la mente, el cuerpo y el alma.

A su vez, Ferré, Rodero, Cid, Vives (2008) aplican los factores cuidados para el análisis de las vivencias subjetivas de transformación del cuerpo y la mente en personas con depresión.

En un estudio (Arslan, Okumos, Buldukoglu, Watson, 2013) realizado en Turquía, en el que participa la propia autora, aplican la teoría del *Caring* para llevar a cabo la atención a una mujer infértil. Las autoras explican la necesidad de encontrar modelos de enfermería que les sean útiles para conseguir la visibilidad de los cuidados enfermeros, en un contexto en que las enfermeras se organizan bajo un modelo biomédico.

A modo de resumen, en este capítulo se ha introducido una revisión sobre las nuevas tendencias en la atención a los ancianos, en el que éstos son el núcleo sobre el que deben girar los cuidados, como punto de partida para introducir que significa el cuidado. También se ha comprobado como las diferentes teorías y modelos de enfermería no explican las características del cuidado a los ancianos. Esto ha llevado a posicionar la investigación en la Teoría de las Necesidades de V. Henderson, por ser el modelo más utilizado en las residencias geriátricas de nuestro contexto, y por otro lado, la Filosofía del *Caring* de J. Watson que brinda la oportunidad de profundizar en un cuidado holístico, otorgando gran importancia al cuidado de la espiritualidad y la relación enfermera-persona.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **II Marco Metodológico**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **Justificación del estudio**

*¿En qué rincón de sus vidas diarias, limitadas y repetitivas encuentran estos ancianos “retirados” y resignados el frescor y el estímulo, la alegría o el alimento del alma y el sentido necesarios para la supervivencia? (J. Erikson, 2000)*



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## 5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La enfermería cuenta en la actualidad con diferentes teorías y modelos que orientan su práctica de cuidados, no obstante ninguna de estas teorías especifica cómo debe ser el cuidado gerontológico.

Cada vez hay más ancianos y se atienden en todas las áreas asistenciales: Hospital, Atención Primaria, Atención a Domicilio, Atención Socio Sanitaria y Social. La enfermera debe estar preparada para proporcionar unos cuidados que vayan más allá de la enfermedad o lo físico y que proporcionen bienestar y satisfacción vital. Para ello es necesario entender la vejez como una etapa de desarrollo y de crecimiento, sólo desde esta perspectiva del envejecimiento podremos realizar unos cuidados que ayuden al anciano a vivir la vejez con plenitud.

Es necesario que todos los profesionales implicados en la atención y cuidado del anciano, especialmente las enfermeras, reflexionen sobre *“cómo se cuida”* y *“cómo debería ser el cuidado”*, con el objetivo final de que el anciano perciba que es atendido de una forma integral, holística, que tendrá repercusión en su satisfacción de vida (Prieto, Etxebarria, Galdona, Urdaneta, Yanguas, 2008). En este caso podríamos hablar de unos cuidados *“generadores de vida”*.

En este estudio se han tenido en cuenta el modelo de necesidades de V. Henderson, por ser el modelo más utilizado en las residencias geriátricas, y los factores cuidativos de Jean Watson, que ofrece una visión del cuidado desde la interrelación y con especial atención a la espiritualidad de la persona. Esta visión complementaria de ambos orienta a la enfermera a ofrecer unos cuidados holísticos y generadores de vida.

Aun considerando importante la aplicación de unos cuidados *“generadores de vida”* en todos los contextos asistenciales: hospital, comunidad, socio-sanitario etc. Estos son indispensables en el ámbito de las residencias geriátricas.

Mi experiencia profesional como profesora de Enfermería Geriátrica me ha permitido aproximarme de una forma especial al mundo del cuidado en las residencias geriátricas y me

ha facilitado la observación de cómo es la vida en ellas. Tres hechos me han llamado especialmente la atención a lo largo de estos años:

- El ingreso en la residencia.
- La necesidad que tiene el anciano de explicar vivencias de su vida.
- Las actitudes observadas ante la vejez y la muerte.

Cuando el anciano ingresa en una residencia geriátrica para vivir en ella de forma definitiva, deja tras de sí una gran parte de su vida. Es un momento de especial vulnerabilidad relacionado con las inquietudes de tener que integrarse en un ambiente que le es desconocido y que comporta modificaciones en sus hábitos cotidianos: compartir habitación, pérdida de intimidad, etc. (López Doblas, 2004). Por otro lado, debe afrontar múltiples pérdidas: sociales con el alejamiento de amigos o relaciones; de roles familiares, en muchos casos se produce un intercambio de roles pasando a desempeñar un rol de hijos y los hijos de padres; pérdida de enseres muy significativos... En definitiva, queda atrás gran parte de los objetos y personas significativas, sobre las que habían estructurado su vida (Delgado 2001). El ingreso genera pérdida de identidad y puede llevar a vivir la vejez como una época de grandes pérdidas y desesperación ante la vida.

Los cuidados enfermeros deben ayudar al anciano a restablecer su "Integridad" en el sentido de Erikson (2000) y a evitar la desesperación. El acompañamiento en esta última etapa de la vida deberá tener como objetivo el vivir la vejez de una manera satisfactoria, en el entorno de la residencia geriátrica, que va a ser su nuevo hogar.

Pero, ¿cómo podemos ayudar al anciano a conseguir este objetivo? Esta pregunta me hizo plantearme la necesidad de investigar en los cuidados geronto-geriátricos, desde una perspectiva de individualidad en los cuidados que ayudará a reforzar su identidad y evitar los efectos negativos que la institucionalización conlleva. Para ello, es imprescindible conocer a la persona a la que se va a cuidar de una forma profunda e íntima, y así poder comprender los significados que da a sus vivencias, a su vida.

Es en la metodología cualitativa y con el método biográfico, en concreto con la utilización de las *Historias de Vida* (Pujadas, 1992; Ruíz Olabuénaga, 1999), donde encuentro una metodología de investigación que puede responder a mis expectativas: cuidar en base a lo que para la persona es significativo.

Tres aspectos motivaron mi elección metodológica:

La creencia de que conocer y entender la trayectoria de vida del anciano nos ayudará a comprender su actitud ante la vejez, la enfermedad e identificar expectativas, para poder ayudarles a mantener sus proyectos de vida.

La constatación de la necesidad que tienen los ancianos de explicar sus experiencias pasadas. Hablo de necesidad porque así lo he percibido. Necesitan explicar cómo han sido de jóvenes, que se enamoraron, cómo era el pueblo donde vivían... Si explicar todo esto es tan importante para ellos, ¿cómo podemos ignorarlo a la hora de cuidarlos? Las personas somos lo que somos como resultado de nuestro pasado y somos la proyección de nuestro futuro. Si queremos cuidar de una forma holística y llegar a la mente y al espíritu de las personas, no podremos hacerlo si obviamos la gran experiencia vital de los ancianos a los que cuidamos. La utilización de las historias de vida en la atención gerontológica permite ayudar al anciano a hacer una reflexión sobre sus experiencias vitales, pero a la vez hace que afloren la individualidad y la identidad, que se verán reforzadas al ser narradas y escuchadas.

Finalmente, el tercer hecho que me llevó a utilizar las historias de vida era poder comprobar si, como dice Erikson (2000) en su Teoría del ciclo Vital, en la vejez se desarrolla la *"integridad"* versus *"desesperación"*. La integridad relacionada con la aceptación de su trayectoria de vida, que dará lugar a lo que él denomina *"sabiduría"*. Una sabiduría no intelectual, sino de experiencia de vida y aceptación de la muerte. Cuando se produce la desesperanza, ésta se refleja en una vejez no aceptada y un temor ante el final de la vida, la muerte.

Consideramos que esta investigación aporta una nueva manera de entender los cuidados gerontológicos que, a su vez, también es novedosa, ya que no se han encontrado trabajos de enfermería en que se utilicen las historias de vida como base del cuidado. Sin embargo sí se ha encontrado algún artículo relacionado con el enfoque narrativo, aunque la mayoría de artículos encontrados son propuestas para su utilización en investigación de las historias de vida.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **Pregunta de investigación**

### **Objetivos**

### **Hipótesis**

*“La vejez no es un hecho estadístico. Es la conclusión y la prolongación de un proceso” (S. de Beauvoir, 1983)*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## 6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN. OBJETIVOS. HIPÓTESIS

### Pregunta de Investigación

*¿Conocer la historia de vida del anciano permite aplicar unos cuidados que refuercen la identidad, la individualidad y aumenten la satisfacción durante su estancia en la residencia geriátrica?*

### Objetivos

Objetivo general:

Comprender los significados que los ancianos otorgan a su historia de vida y la influencia que tiene sobre sus deseos y necesidades durante su vida en la residencia.

Objetivos específicos:

- Averiguar los acontecimientos vitales significativos en su historia de vida.
- Comprobar la utilidad de la historia de vida en los cuidados de enfermería gerontológica.
- Identificar los momentos más significativos de la vida en la residencia y las estrategias de adaptación.
- Comprobar las características de institución total que presentan las residencias actuales.
- Indagar sobre la percepción de la vejez y las actitudes ante la muerte según la teoría del ciclo vital de Erikson.
- Explorar la cotidianidad de la vida en la residencia geriátrica.

### Hipótesis

El conocimiento de la historia de vida del anciano ingresado de forma permanente en una residencia geriátrica facilita la aplicación de unos cuidados individualizados que fomentan la autopercepción positiva de su vida.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## Metodología del estudio

*“En la investigación fenomenológica, lo más importante siempre es el significado de la experiencia vivida”*

(Max van Manen, 2003)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## 7. METODOLOGÍA

### 7.1 Enfoque metodológico

En este capítulo se presenta la metodología utilizada en esta investigación: la investigación cualitativa, que ha servido de orientación epistemológica con la que poder acercarnos a las vivencias de los ancianos que viven en residencias geriátricas. Encontramos en la fenomenología, y especialmente en la fenomenología hermenéutica, el método más adecuado para llegar a comprender la esencia del fenómeno del envejecimiento, la percepción del propio anciano sobre la vida en las residencias. Se han utilizado historias de vida (HV) para poder conocer y comprender el proceso vital de la persona, cómo éste influye en la vivencia de la vejez y su utilidad en el cuidado de la persona.

#### 7.1.1. Metodología cualitativa

Si se entiende la enfermería como la ciencia del cuidado de la persona en estado de salud o enfermedad, abordándolo desde una perspectiva holística, se necesitan métodos de investigación que permitan la observación y conocimiento de la persona como un ente indivisible, singular y único, que vive, siente y percibe de una manera individual y propia (Trejo Martínez, 2012).

La metodología de investigación elegida en cualquier trabajo de investigación debe ser la más adecuada para el estudio del problema planteado y los objetivos a los que se quiere dar respuesta. Al ser el objetivo de estudio comprender el significado que los ancianos otorgan a su HV, indagar sobre la percepción de la vejez, la vida en la residencia y la repercusión que puede tener en la aplicación de cuidados, se decidió enmarcar el estudio dentro de la investigación cualitativa.

La elección de esta metodología es debida a que permite entender, comprender y describir un fenómeno en toda su complejidad. Es un “ver desde dentro”, una mirada *émic*, próxima a como las personas ven, viven e interpretan los fenómenos. Esta aproximación que nos permite la metodología cualitativa es la que se buscaba en este estudio.

Como señalan Taylor y Bodgan (1986) *“la realidad que importa es la que las personas perciben como importante”*, siendo esto precisamente lo que interesa descubrir: lo significativo de las vivencias de los ancianos para ellos mismos. Estos autores afirman que todos los escenarios y personas son dignos de estudio, y que la investigación cualitativa *“produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”*. En este estudio se utilizan las HV, que a través de las propias palabras de las personas entrevistadas, nos permitirán acercarnos al fenómeno de la vejez.

Para comprender como las personas interpretan los fenómenos, el investigador debe situarse en su contexto (Denzin, Lincoln, 2005; Abad, Calderón, Castillo, Pujalte, et al. 2007). En esta investigación el contexto elegido han sido las residencias geriátricas.

La investigación cualitativa permite profundizar en aspectos que difícilmente se podrían estudiar con otro tipo de investigaciones como son el sufrimiento, la enfermedad, la vejez, etc. Da voz a las personas, son ellas mismas las que narran, explican su experiencia, opiniones, creencias, etc. Se puede decir que es una *“ciencia de lo humano”* (Berenguera, Fernández, Pons, Pujol, et al. 2014).

Taylor y Bogdan (1987) hablan de la investigación cualitativa como inductiva, holística y humanista, en la que el fenomenólogo busca comprensión de un fenómeno a través de los métodos cualitativos. Defienden que la investigación cualitativa es más que un conjunto de técnicas para recoger datos. Es una forma de posicionarse ante la investigación, e indican las siguientes características de la misma:

- 1- Es inductiva, no se recogen datos para evaluar modelos, teorías o hipótesis preconcebidas, sino que es flexible en su diseño. Se inicia con preguntas que quedan bastante abiertas.
- 2- El investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística. Las personas son un *“todo”* y se estudian desde el contexto de su pasado y de la situación actual.
- 3- Entrevistador e informantes interactúan y deben ser conscientes de ello.
- 4- El investigador cualitativo intenta comprender, experimentar la realidad tal como los otros la experimentan.
- 5- El investigador cualitativo no da nada por supuesto, todo puede ser investigado.

- 6- No busca la “moralidad” o la “verdad”, sino comprender las perspectivas de los otros.
- 7- Los métodos cualitativos son humanistas, no pudiendo reducir a las personas a estadísticas o variables que hacen perder la visión del aspecto humano. Estos métodos permiten conocer a la persona en profundidad.
- 8- Los investigadores cualitativos dan importancia a la validez de la investigación. Observando, escuchando, viendo los documentos que producen, el investigador obtiene un conocimiento directo y real de la vida social.
- 9- Para el investigador cualitativo todas las personas y escenarios son dignos de estudio. Todas las personas y escenarios son únicos y a la vez similares.
- 10- La investigación cualitativa es un arte. El investigador es flexible sobre cómo llevar a cabo sus estudios.

#### **Características de la Investigación Cualitativa**

- Es inductiva
- Se ve a las personas en una perspectiva holística
- Interactuación informador e entrevistador
- Comprensión de la realidad desde la perspectiva del otro
- No se da nada por supuesto
- Busca la comprensión del otro
- Es humanista, permite conocer al “otro” en profundidad
- Da importancia a la “validez”
- Todas las personas y escenarios son dignos de estudio
- Es flexible

La investigación cualitativa cuenta con diferentes técnicas de investigación que permiten al investigador realizar una aproximación a las personas y al fenómeno estudiado de una forma cercana, utilizando la que se considere más adecuada para indagar en el fenómeno que se quiere conocer. De las técnicas de investigación cualitativa, la HV permite un conocimiento

profundo de las personas y los significados que están otorgan a sus vivencias acaecidas a lo largo de su trayectoria vital.

La HV es un recurso metodológico que sirve para reconstruir el pasado de personas o grupos de personas, de diferentes culturas, clases sociales, procedencia, género, etc. Su utilización permite captar las experiencias individuales, que posteriormente pueden compararse y/o relacionarse con las de otras personas (Calatayud, 2009). La HV a través de la comparación con otras HV permitirá pasar de lo particular a lo general, descubriendo relaciones, experiencias similares, que pueden ser extrapolables a otros casos o situaciones.

Cuando el anciano narra su HV hace algo más que la simple recuperación de recuerdos. Además de la memoria, están implicados aspectos cognitivos y emocionales, que le llevan a realizar un proceso de reflexión vital. Para Staudinger, citado por Villar (2006), estos procesos de reflexión vital son complejos y costosos, por lo que no ocurren de manera cotidiana. Esta reflexión puede ocurrir de forma espontánea, relacionada con algún acontecimiento crucial de vulnerabilidad o toma de decisiones importantes en nuestra vida, o bien cuando se nos pide que recordemos acontecimientos vitales, como es el caso de las HV.

Para realizar las entrevistas necesarias para obtener la HV del anciano es importante la preparación por parte del entrevistador (Serra, 2008). Cuando se le pide al anciano que narre su vida, se provoca una reflexión vital como indica Staudinger. El narrador se sumerge en un mundo de recuerdos que pueden ser tanto positivos, agradables, como desagradables, tristes... A lo largo de las entrevistas aflorarán diferentes emociones, siendo necesario que el entrevistador esté preparado para las situaciones que pueden acontecer y poder acompañar en este proceso de reflexión. En estos encuentros el investigador debe tener una actitud de respeto y escucha activa, respetando tiempos, modos y silencios del narrador.

En este tipo de entrevistas el investigador no tiene el control de la situación, ni es el dueño del saber (Glat, 1994). El valor recae sobre el entrevistado, sobre su vida, él es el que marca la dinámica de la entrevista. La entrevista biográfica consiste en un diálogo abierto con pocas pautas (Pujadas, 1992). Teniendo en cuenta estas consideraciones, al realizar las entrevistas se intentó interferir lo menos posible en la narración del informante. Se realizaron entrevistas abiertas, que se iniciaba con la pregunta: “¿me quiere contar su HV?”.

Autores como Villar y Triado (2006) indican que el estudio de las HV se puede entender de dos formas diferentes: en primer lugar desde un enfoque puramente narrativo, en el que el interés está centrado en la narración misma, interesa su coherencia en la explicación, forma en que se construye la historia, el dinamismo, etc. En segundo lugar encontramos el enfoque cognitivo, aquí lo importante no es la narración en sí misma, sino el contenido, la representación mental de los hechos y acontecimientos, la vivencia en sí misma.

Estos mismos autores, exponen la importancia que tiene el conocer a través de su relato como las personas vivieron ciertos acontecimientos, por diversos motivos:

- Entender el comportamiento, que puede estar más influido por la visión que se tiene de las cosas que por las cosas mismas.
- Conocer el punto de vista de las personas, comprender como las personas dan sentido a sus vidas, es fundamental para empatizar con ellos y poder llevar a cabo la mejor práctica profesional.
- Escuchar el punto de vista de las personas, las historias que elaboran, permite vivir las vidas de los demás, aprender de sus experiencias y de sus errores, por lo tanto crecer como personas.

Estas motivaciones son compartidas plenamente por el interés de este estudio: comprender como viven el presente que está influido por su pasado; conocer los significados e interpretaciones que dan a su vida para mejorar los cuidados profesionales que se basarán en lo significativo para el anciano; y aprender de sus experiencias. Como dice Erikson (2000), son personas “sabias” en experiencias de vida.

Margarita Villegas (2011) afirma que la investigación con HV *“consiste básicamente en el análisis y transcripción que efectúa el investigador del relato que realiza una persona sobre los acontecimientos y vivencias más destacado de su propia vida. El análisis supone todo un proceso de indagación, a través de una metodología fundamentada en entrevistas y charlas entre investigador y protagonista, sobre los sentimientos, la manera de entender, comprender, experimentar y vivenciar el mundo y la realidad cotidiana de este último, intentando conferir, finalmente, una unidad global al relato o bien dirigirlo hacia un aspecto concreto que es el especialmente analizado por el investigador”*.



Según se van realizando las entrevistas, se inicia el proceso de transcripción y elaboración de las HV (Pujadas 1992):

- Se realizó una primera copia (registro original) con la transcripción literal de la entrevista.
- Se realizó una segunda copia (registro cronológico) en el que se ordenó toda la información obtenida por orden cronológico para darles un formato de HV. Con la lectura de este relato se puede comprobar aspectos que no aparecen o bien de los que interesa preguntar al informante.
- En este registro cronológico se inicia el marcaje a través de distintos colores de aquellas frases, fragmentos, que destacan en la narración.
- El registro temático, que agrupará la información por temas, y cronológicamente discontinuos. Estos temas se fueron agrupando en categorías y metacategorías.

La HV se puede realizar de una sola persona, (estudios de caso único), o de un grupo de personas, pero posteriormente se debe llevar a cabo un análisis profundo de la narración que la persona realiza sobre su experiencia de vida, (Campoy Aranda, Gomes Araújo, 2009). En esta metodología no es importante la cantidad de relatos acumulados -aunque hay autores que defienden que el número adecuado será aquel en el que se consigue la saturación de datos- sino su análisis que permitirá su comparación, buscando similitudes y diferencias. Al observar de una forma profunda lo individual o microcosmos, se conseguirá entender lo general o mesocosmo (Bertaux, 2006; Pastor, 2014)

Leininger también utilizó HV en sus investigaciones, y dice sobre ellas que las HV comparativas son muy valiosas para poder estudiar y comparar los patrones de salud y los significados de los cuidados entre personas de edad avanzada.

Cuando queremos estudiar realidades que sólo pueden ser captadas y comprendidas desde la vivencia del propio sujeto, debemos utilizar una metodología que nos permita llegar a la realidad sentida por la persona, tal y como ella la vive y la percibe. Debemos buscar metodologías que nos abran el camino que nos lleve al conocimiento de esta realidad única y propia de cada ser humano y estas realidades deben ser estudiadas mediante métodos fenomenológicos (Martínez 2004). Para Taylor y Bogdan (1987) la perspectiva fenomenológica es esencial para la investigación cualitativa.

La enfermería se mueve dentro de las ciencias humanas que estudian a las personas y sus significados. La utilización de metodologías cualitativas está ayudando a emerger conocimiento en dimensiones del cuidado que hasta ahora no habían sido muy estudiadas o no habían sido estudiadas desde la percepción de la propia persona (Amezcu, Hernández, 2012; Amezcu, Galvez, 2002; Campos Pavan P. Barbosa Merighi MA. Fernandes de Fretas G. 2011).

Se necesita utilizar métodos de investigación que permitan profundizar en el conocimiento del cuidado como núcleo de la disciplina dirigido a la persona como ser indivisible, singular y único. Para poder desarrollar este conocimiento del cuidar, la enfermera debe comprender que sienten y perciben las personas cuando hay situaciones que desequilibran su vida. En la fenomenología encuentra un método que le permite investigar, profundizar, en las vivencias y experiencias de las personas, para poder abordar el cuidado desde una perspectiva holística.

- Metodología de este estudio:
- Investigación cualitativa
  - Fenomenológica, hermenéutica
  - HV

Se considera a Husserl (1962) como el creador de la corriente filosófica fenomenológica europea. El término “fenomenología” ya había sido utilizado por filósofos como Kant (1724-1804), Hegel (1770-1831) o Brentano (1838-1917), quién utiliza por primera vez el término fenomenología aplicado a la psicología. Para Husserl la fenomenología trata de descubrir las “estructuras esenciales de la conciencia” y su fin es la descripción de un fenómeno, pero sobre todo descubrir su *eidos o esencia*. El *eidos* o *esencia* es la idea central de la fenomenología Husserliana que enfatiza la intuición reflexiva para describir la experiencia tal como se vive en la conciencia. (Martínez Miguélez 2006; Trejo Martínez 2012).

Para Heidegger (2006) la fenomenología consiste en “*permitir ver lo que se muestra, tal como se muestra en sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo*”. Es una interpretación, una manera de ser en un mundo socio-histórico. Un mundo que no sólo es físico, sino un

mundo en el que la persona está inmersa, lo construye, lo modifica, lo interpreta: “*estar en el mundo*”. Un mundo que es dado por la cultura y lenguaje, que hace posible entendernos nosotros mismos y con los demás. Heidegger dice que estamos tan familiarizados con este mundo que lo ignoramos y sólo lo percibimos cuando hay una situación de ruptura o enfermedad. No hay un mundo, hay mundos diferentes según la cultura, momento histórico o la familia en la que se nace (León 2009). Heidegger busca la interpretación y los significados profundos de los fenómenos. Se considera a este filósofo el máximo representante de la hermenéutica.

Rodríguez (2014) resume de la siguiente forma la fenomenología: “*el propósito de la fenomenología es estudiar el pensamiento y las acciones humanas. Describir la esencia de la experiencia vivida. El producto final es una descripción densa del significado o esencia del fenómeno en cuestión*”. Explica que existen cuatro elementos que envuelven a la fenomenología:

- El *Telos* es el propósito de la investigación.
- La *Noesis* es la intencionalidad con que se realiza.
- El *Noema* son los significados de la vida.
- El *Epoje* es la esencia de las cosas, el fenómeno que se estudia.

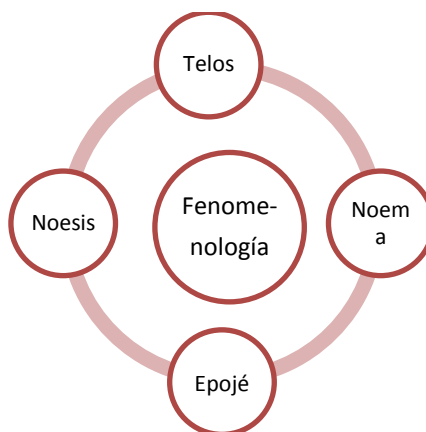


Fig. 3 La complejidad de la estrategia fenomenológica. Rodríguez (2014)

Van Manen (2003) incide en la diferencia entre fenomenología y hermenéutica: “*la fenomenología describe como cada individuo se orienta hacia la experiencia vivida; la hermenéutica se refiere a como cada uno interpreta “los textos” de la vida y finalmente la semiótica se utiliza para desarrollar una aproximación práctica, escrita o lingüística al método de la fenomenología y la hermenéutica*”.

En palabras de Van Manen (2003) *“la fenomenología hermenéutica es una ciencia humana que estudia a las personas”*. Diferencia la terminología “individuo” y “persona” citando a Auden: *“<individuo> constituye un término biológico que sirve para clasificar árboles, caballos, hombres o mujeres, mientras que el término <persona> se refiere a la singularidad de cada ser humano:<En tanto que personas, somos incomparables, inclasificables, incontables e irremplazables>”*.

Esta definición de persona es la que debe regir nuestro pensamiento investigador y cuidador. Si queremos cuidar al anciano como ser holístico, ayudándole a mantener su identidad e individualidad, debemos ser capaces de ver esta singularidad en cada uno de ellos. No será posible descubrir esta singularidad, sino profundizamos en sus sentimientos y comprendemos los significados que otorga a su vida y a sus circunstancias. Lo que nos lleva a encontrar en las HV, un método que nos ayudará a profundizar en este conocimiento más íntimo y particular de los ancianos que viven en residencias.

Para Van Manen (1990) hay cuatro aspectos básicos para el análisis fenomenológico que son: el mundo vivido, el cuerpo vivido, el tiempo vivido y las relaciones humanas vividas. Es decir el espacio, la corporeidad, la temporalidad y las relaciones.

**¿Qué es la fenomenología hermenéutica? (van Manen, 2003)**

- Es el estudio de la experiencia de vida
- Es la explicación de fenómenos tal y como se presentan en la memoria
- Es el estudio de las esencias
- Es la descripción de los significados experimentales que vivimos, tal como los vivimos
- Es el estudio de los fenómenos desde la perspectiva de las ciencias humanas
- Es la práctica atenta de carácter reflexivo
- Es una actividad poética
- Es la búsqueda de lo que significa ser humano

**Aspectos básicos para análisis:**

- El mundo vivido
- El cuerpo vivido
- El tiempo vivido
- Las relaciones humanas

Con el presente estudio se pretende conocer las vivencias y significados que el anciano da a su experiencia de vida desarrollada en un contexto, tiempo y espacios determinados y cómo son sentidas por el mismo. La utilización de las HV nos brinda una gran oportunidad para profundizar en los cuatro aspectos básicos que indica el autor. Por lo tanto nos situamos en un estudio fenomenológico hermenéutico.

## 7.2 Trabajo de campo

### 7.2.1 Los preparativos o momento preliminar

Legrand (1993), citado por Cornejo (2008), plantea que antes de iniciar el primer relato el investigador debe realizar dos elecciones fundamentales: cuál es el tema central de la investigación y cómo se abordará el tema. El investigador debe cuestionarse algunos aspectos sobre el tema elegido como ¿por qué me interesa estudiar este tema?, ¿para qué investigarlo?, ¿es adecuada la metodología elegida?, ¿podré llevarlo a cabo y acceder a la muestra?, ¿dónde podré realizarlo? (Cornejo, Rojas, Mendoza, 2008; Ruíz Olabuénaga 2009; Chárriez Cordero 2012).

Una vez decidido el marco metodológico (en nuestro caso investigación cualitativa fenomenológica con la utilización de HV), aparecen otras cuestiones a resolver como son: dónde realizar el estudio, cómo realizar los contactos, a quién realizar la HV, quiénes serán los informantes, con qué criterio se realizará la selección, etc. Aspectos que se han de resolver antes del inicio del trabajo de campo.

- **Dónde: Residencia Geriátrica**

El trabajo de campo se llevará a cabo en dos residencias de la provincia de Tarragona, situadas en las ciudades de Salou y Reus.

La residencia de Salou, de titularidad privada, se inauguró en 2007, tiene 142 plazas residenciales y 30 de centro de día. Es residencia asistida y centro sociosanitario. Cuenta con profesionales de enfermería, médico geriatra, psicóloga, trabajadora social, fisioterapia, auxiliares de enfermería, personal de limpieza y cocina, entre otros. También ofrece varios

días a la semana terapia ocupacional, podología, peluquería y servicio religioso católico. Consta de tres plantas, en todas ellas hay habitaciones dobles e individuales.

La segunda residencia también es de titularidad privada con algunas plazas concertadas. La residencia tiene una capacidad para 97 residentes y se admiten a ancianos con problemas de salud tanto físicos como psicológicos. En el momento de la realización de las entrevistas, una gran parte del centro se estaba remodelando. En ella trabajan un total de cuatro enfermeras; un fisioterapeuta; un médico geriatra a tiempo parcial; una psicóloga, auxiliares de clínica, personal de cocina y limpieza. También cuenta con servicios de podología, odontología, peluquería y religiosos semanalmente.

La elección de estos centros estuvo motivada principalmente por la existencia de una relación profesional previa con los centros, lo que facilitaba los contactos y el acceso al centro.

El primer paso fue solicitar los permisos necesarios a las direcciones de los centros. Se solicitó una entrevista con las directoras. En esta entrevista se explicaron los objetivos del trabajo, la metodología a seguir y los criterios para la selección de la muestra. Se les entregó un dossier con la información necesaria. Al cabo de unos días en ambos casos concedieron la autorización para realizar las entrevistas. La persona que hará de “portera” y me presentará a los ancianos será en un caso la psicóloga del centro y en el otro la directora.

- **¿Quién?: Elección de los participantes**

Autores como Ruiz Olabuénaga (2008) y Teresa Bazo (1990) exponen que los criterios de elección del investigador le llevan a elegir a una persona que destaca por su marginalidad, por su excelencia o por la normalidad:

- La marginalidad. Se seleccionan a los protagonistas por considerarlos pertenecientes a los grupos marginales sociales, a través de la individualidad se llega a generar el conocimiento de “los iguales”.
- La excelencia o la búsqueda del gran hombre. Es decir alguien que destaca del grupo por su gran riqueza biográfica. Son personas que sobresalen entre los demás. Bazo (1990) en la obra citada utiliza el criterio de la excelencia de las

personas a las que realiza las HV. La obra se basa en el análisis de 14 HV de ancianos que destacan por su longevidad y vida activa a pesar de los años.

- La normalidad, como representación de la mayoría de las personas.

Este estudio se basa en la normalidad, no se buscaron ancianos que quedasen excluidos del grupo con el que conviven, así como tampoco aquellos que destacasen por diferentes motivos. Cualquier anciano tiene experiencia de vida y a todos se les debe proporcionar cuidados que potencien su bienestar y satisfacción vital para lo cual no podemos ignorar su HV.

Una vez seleccionado las características de las personas, el siguiente paso es establecer los requisitos de selección para la participación en el estudio. En cuanto a los criterios de inclusión se establecen cuatro requisitos:

- 1- Debían ser mayores de 65 años.
- 2- Que estuvieran dispuesta a explicar su vida de forma totalmente voluntaria. Para asegurarnos de que este criterio se cumpliera, se les preguntaba no sólo en la primera entrevista de toma de contacto, sino también en el resto de entrevistas.
- 3- Que no presentasen alteraciones cognitivas que puedan interferir en la comunicación y/o evocación de los recuerdos.
- 4- Que viva en la residencia de forma permanente.

Como se ha comentado anteriormente, no se busca en la muestra ni la excepcionalidad ni la marginalidad, sino profundizar en la normalidad. Aunque no se buscaba una variedad de ancianos ya que, como he dicho anteriormente, todos son susceptibles de realizar una HV, sí que intencionadamente se intentó que en la muestra hubiese hombres, mujeres y matrimonios.

Uno de los criterios de selección era que fuesen mayores de 65 años, la realidad fue que la persona más joven entrevistada tenía 77 años y la más mayor 93. Esto da una media de 88 años.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Que presentase alguna alteración cognitiva o psiquiátrica que impidiera la evocación de recuerdos o dificultase el desarrollo de las entrevistas.

- Que tuviese problemas de comunicación que dificultasen o imposibilitasen la realización de las entrevistas.
- Que no quisiera participar voluntariamente en las entrevistas.

En las HV no se especifica de antemano el número de informantes, por lo que no se prefijó un número con anticipación. Dado que la investigación cualitativa permite flexibilidad, el número vendrá marcado por la saturación de los datos. Caramago (1989) apunta que se debe seleccionar “aquel que quiere hablar” y no hay un número de sujetos a priori.

Todres, Holloway (2006) indican que entre seis y doce casos se consiguen las reflexiones y percepciones más profundas y exhaustivas en la investigación fenomenológica. Finalmente se realizaron doce entrevistas: cinco hombres y siete mujeres. Nueve personas viudas (de las que seis son mujeres), una soltera (mujer) y dos personas, en este caso hombres, que viven con sus esposas.

Se consideró interesante realizar entrevistas a personas que convivían con su pareja en la residencia porque podrían aportar un punto de vista diferente. Se buscó una muestra que tuviese en cuenta el género y estado civil, pero no se tuvo en consideración como criterio para la muestra el nivel cultural o de estudios.

### **7.2.2 La recolección de los datos**

Se debe prever todos los detalles en referencia a cómo se hará la recogida de la información. Plummer (1998) los resume en los siguientes puntos:

- Cómo me presentaré a mí mismo
- Cómo explicaré el procedimiento (entrevistas) y propósito de mi trabajo
- Cómo explicaré quién me financia
- Cómo justificaré mi elección
- Como trataré el problema del anonimato (aspectos éticos)
- Como estableceré el tipo de remuneración económica
- Cómo registraré la información obtenida



- **Presentación**

La presentación inicial y contacto se realizó a través de la psicóloga o la directora de la residencia que hicieron las funciones de “portera”, es decir, de persona puente-facilitadora entre las personas a entrevistar y la investigadora.

La “portera” era conocedora de los objetivos y los criterios de inclusión y exclusión de los posibles participantes. Ella había preguntado previamente a los ancianos si estaban interesados en conocer a la investigadora y participar en el estudio. Era un primer contacto exploratorio. Aquellas personas que se mostraron dispuestas a participar fueron presentadas a la entrevistadora.

En este primer contacto me presentaban como enfermera, profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad URV de Tarragona. Se le explicaba a la persona el objetivo general del trabajo y el motivo por el que necesitaba su colaboración contando su HV. Si la persona estaba de acuerdo se concertaba día y hora para la primera entrevista.

- **Procedimiento de las entrevistas**

Como se ha mencionado, el primer contacto era para confirmar si la persona quería participar en el estudio. A partir de aquí se fijaba una cita de día, hora y lugar de encuentro. En el caso en que el entrevistado no compartía habitación, la entrevista se realizaba habitualmente en ella, también en el caso de los matrimonios. Cuando la habitación era compartida, para evitar interrupciones se buscaron espacios en los que pudiéramos estar tranquilos y sin interrupciones. Dos de ellas se realizaron en el jardín a petición de los entrevistados, pero en ambas el entorno fue agradable y tranquilo.

El día pactado para el inicio de la entrevista, de nuevo volvía a recordar mi nombre y a preguntar a la persona entrevistada si seguía dispuesta a colaborar en el estudio. En esta ocasión se dedicaba el tiempo necesario para explicar los objetivos del trabajo, de una forma sencilla y entendible. En líneas generales se les comentaba la importancia que el conocer su HV tiene para el personal responsable de su cuidado, que el conocimiento de las experiencias de vida pueden permitir llevar a cabo unos cuidados y atención más individualizados y personales, ocupándose de aquello que es significativo para la persona cuidada. Algunos comentarios que hicieron ante la explicación eran: *“es importante conocer*

*a las personas, hay que saber lo que les gusta”, “claro, cada uno somos diferentes y aquí nos tratan a todos igual.”*

Debido a que las HV requieren una dedicación de tiempo importante, y varias sesiones para completarla, al inicio de la entrevista se pactaba con la persona entrevistada una duración aproximada, teniendo en cuenta las obligaciones o quehaceres de la persona. Habitualmente se quedaba por la mañana, después del desayuno y los días en que no tenían actividades a realizar. Se preveía un tiempo de disponibilidad de dos horas aproximadamente. Pero era un tiempo flexible, en el que si el entrevistado se cansaba, se podía parar en cualquier momento. La persona entrevistada podía verbalizarlo, pero aquí también era importante la observación cuidadosa por parte de la entrevistadora para introducir pausas o parar la entrevista si el anciano se cansaba. La realidad fue que ninguno de ellos pidió descanso a pesar de ofrecérseles en algunas ocasiones. También era frecuente sobrepasar el tiempo estimado, tanto por la entrevista en sí, como por el “cierre” o despedida, momento en el que siempre aparecían temas de los que hablar, o bien era el momento de la “entrevista a la inversa”, el entrevistador- entrevistado. Solían aparecer preguntas relacionadas con el trabajo o la vida personal de la entrevistadora. Hay que decir que esta última fase de la entrevista también servía para generar una relación más empática y de igual a igual en los siguientes encuentros.

Al acabar un encuentro se pactaba el siguiente: día y hora en el que pudieran dedicar un tiempo aproximado de dos horas a la entrevistadora, a ser posible se realizaban en días seguidos o pocos días de diferencia para que la narración tuviera una cierta continuidad.

Sobre la entrevista para obtener una HV, Plummer (1998) citado por Ruiz Olabuénaga (2008), dice que se debe hacer un planteamiento de la entrevista como una *conversación* en la que el entrevistado no nos cuenta simplemente su vida, sino que es la reconstrucción de su propia vida con la ayuda del investigador. Éste fue el planteamiento elegido, se hicieron entrevistas abiertas lo menos dirigidas posible, aunque se le daban alguna pauta introductoria como que podían comenzar su historia desde el inicio: donde nacieron, sus padres, etc. En la primera entrevista se intentaba intervenir lo menos posible, sólo para ayudar cuando la persona no sabía cómo continuar, o para aclarar algunas de las cosas que habían dicho.

Una vez realizada la entrevista, y antes de la siguiente sesión, la entrevistadora escuchaba la grabación para poder realizar en la siguiente sesión preguntas más aclaratorias o más dirigidas para poder ampliar la información sobre algunos temas que pudieran interesar para la investigación. También en esta segunda o tercera sesión el ambiente era más distendido y permitía hacer preguntas más directas o personales que en el primer día. Es lo que Ruiz Olabuénaga (1999) denomina “técnica del embudo”.

Utilizar entrevistas en profundidad pero poco directivas hace que el entrevistador otorgue el protagonismo al entrevistado y le proporciona mayor libertad para conducir el discurso y profundizar en él (Marí, Bo, Clir 2010).

- **Financiación y remuneración económica**

En relación a la financiación, no era necesario ya que no hubo ningún tipo de financiación, así como tampoco ninguna remuneración por la participación. Nadie expuso nada relacionado con estas cuestiones.

- **Aspectos éticos: anonimato y confidencialidad**

Se les aseguraba el anonimato y la confidencialidad. Para el anonimato se cambian los nombres y datos que puedan indicar a quién pertenece la información reflejada. Se ha de añadir que ante este tema, prácticamente todas las persona realizaban comentarios del tipo: “no tengo nada que esconder”, “no me importa que salga mi nombre, todo lo que diga será verdad”, etc. Pero a pesar de estos comentarios, dos personas me explicaron vivencias y situaciones muy significativas en las que me hicieron parar la grabación, y que por lo tanto no aparecen en las HV.

Para el anonimato se cambiaron todos los nombres de los participantes y los nombres de pueblos o ciudades que aparecen en las entrevistas de forma que no puedan ser identificados.

En cuanto a la confidencialidad, se les aseguró que todo aquello que explicaran sólo sería utilizado con fines académicos, para la realización del trabajo, o actividades académicas como comunicaciones en congresos, artículos para revistas científicas o fines docentes en el aula.

Los participantes e investigadora firmaron un documento de consentimiento informado, quedándose una copia el anciano y otra la investigadora (anexo II).

Asimismo se les aseguró que podían retirarse del estudio en cualquier momento si así lo deseaban, ninguno de ellos se retiró del estudio.

Otro aspecto que tiene la realización de las HV es que llevan al anciano a recordar momentos y experiencias con una gran carga afectiva. No se debe atosigar ni empujar al informante. Es muy importante conseguir un entorno cálido y cercano que permita una comunicación que respete el ritmo y los tiempos de la persona. Se debe establecer una relación de empatía y escucha activa. Respetar los silencios y no forzar al anciano a darnos aquella información que no está dispuesto a compartir es parte fundamental de los aspectos éticos de la investigación.

Se tuvo en consideración el riesgo-beneficio que cualquier investigación de este tipo puede tener en los ancianos. En el recuerdo de toda una vida aparecen experiencias tanto positivas, agradables, como aquellas que son tristes, vivencias difíciles o incluso dolorosas. El entrevistador debe estar muy atento a la comunicación verbal y no verbal de los informantes, valorando siempre el bienestar y los intereses de las personas por encima del de la investigación. No se forzará a hablar de ningún tema o experiencia que el participante en el estudio no quiera hacer de forma totalmente voluntaria.

- **Registro de la información**

Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. También se realizaron anotaciones durante y posteriormente a la entrevistas. Estas notas forman el diario de campo de la investigadora. En este diario de campo además de frases textuales, palabras, dichas por los entrevistados, también recoge información adicional sobre las entrevistas: donde se llevaron a cabo, hora... Pero también recogen las percepciones e impresiones que tuvo la investigadora al realizar las entrevistas.

### 7.3 Trabajando con los datos

Investigar con HV hace que se obtenga gran cantidad de información en cada una de la entrevistas y hace que el proceso de transcripción y preparación de la información sea un proceso largo y costoso.

Según se van realizando las entrevistas se inicia el proceso de transcripción y elaboración de las HV (Pujadas 1992):

- Se realizó una primera copia (registro original) con la transcripción literal de la entrevista, tal y como fueron narradas por sus protagonistas, sin variar orden, expresiones, palabras etc. De esta forma nos aseguramos de tener siempre a mano las palabras textuales y la dinámica del desarrollo de los temas tal y como fueron apareciendo (anexo III).

Esta primera transcripción aunque valiosa, resulta difícil para poder trabajar los datos y sobre todo ver el “discurrir” de la vida.

- Se realizó una segunda copia (registro cronológico) en el que se ordenó toda la información obtenida por orden cronológico para darles un formato de HV. En este orden cronológico se sigue respetando toda la información aportada por los informantes (anexo IV).
- En este registro cronológico se inicia el marcaje a través de distintos colores de aquellas frases, fragmentos, que destacan en la narración. Primero se realizó un marcaje general del mismo color, asignando un color a cada informante. De forma que permitieron posteriormente al unir los diferentes fragmentos por categorías identificar fácilmente a cada informante.
- El registro temático, que agrupará la información por temas, y cronológicamente discontinuos (anexo V). En un inicio los temas que aparecieron fueron los siguientes:

La infancia; Escolaridad; Juventud; Noviazgo; Sexualidad; Matrimonio; Trabajo; Vejez; Guerra; Jubilación; Pérdida de Salud; Muerte; Inmigración; La residencia; Los familiares.

Se ha intentado no modificar las expresiones e incluso las palabras mal dichas o errores gramaticales, para evitar que se produjeran cambios que afectaran al sentido de la frase y/o el valor que pueda tener. En los casos que podía ser incomprensible el texto, se ha realizado una aclaración que queda registrada entre corchetes ([ ]). Sólo en contadas ocasiones se ha modificado el tiempo verbal o alguna palabra para que el texto pudiera ser comprendido adecuadamente. También se ha respetado al transcribir y trabajar con los datos la lengua original de la entrevista. Por lo que aparecen entrevistas tanto en catalán como en castellano. Se ha decidido mantener la lengua original para no influir en el significado que tienen las palabras y las narraciones tal y como han sido dichas, evitando la manipulación al traducirlas.

Las palabras de los informantes se escriben en cursiva y entre comillas. En los párrafos en que se ha obviado algún fragmento, por no ser significativo, y de esta forma poder acortar algunos fragmentos, aparece representado por [...].

#### **7.4 Análisis de los datos**

Cornejo, Mendoza, Rojas (2008) indican que no hay un método único para el análisis de los datos en el enfoque biográfico. Según Taylor y Bogdan (1987), todos los investigadores desarrollan sus propios modos de analizar los datos cualitativos, por lo que se trata de un proceso dinámico, creativo y continuo que intenta *“llegar al sentido de los fenómenos”* partiendo de los datos.

Para el análisis de las entrevistas se ha realizado en primer lugar un análisis en profundidad de cada una de las entrevistas, *“lógica singular”*, buscando la singularidad de la historia. Una vez realizado el trabajo intra-caso en cada historia, se ha procedido posteriormente a un análisis inter-casos o *“lógica transversal”*, observando similitudes y diferencias entre las historias. Esto nos ha permitido entrever los temas transversales que aparecen en las narraciones. (Cornejo, Mendoza, Rojas, 2008; Valles, 1997).

Casado, Delgado (2015) proponen las siguientes etapas:

- **Fase de descubrimiento**

Es el empezar a “descubrir”, familiarizarse con los datos, releer varias veces las transcripciones e ir familiarizándonos con ellas. Van Manen (2003) recomienda realizar una “aproximación selectiva a la lectura” e invita a marcar aquellas frases, palabras, expresiones que parecen esenciales o reveladoras sobre el fenómeno o experiencia que se está describiendo. De esta manera se fueron marcando en diferentes colores para cada entrevista, aquellas palabras o frases que eran significativas.

- **Codificación**

Consiste en la lectura cuidadosa de las transcripciones y empezar a segmentar el texto en unidades de significado o códigos. Los códigos son etiquetas que nos permiten identificar o marcar temas específicos en el texto. Una vez obtenidos todos los códigos, se revisan para ver si es posible agruparlos.

Se fueron fragmentando las entrevistas en función de su significado, asignándoles un código (Fernández 2006). Los códigos utilizados fueron palabras que orientaban en su contenido: escuela, salud, muerte de los padres, etc.

- **La categorización**

Se revisan los códigos y las repeticiones de estos en las diferentes historias, y se van agrupando, en posibles categorías emergentes. Las categorías pueden ser eventos, actividades, comportamientos, estados, etc.

Se revisan nuevamente los códigos y se redefinen las categorías que se van consolidando según van apareciendo al revisar las diferentes historias. Estas categorías están relacionadas con vivencias o experiencias que son especialmente significativas para las personas entrevistadas. Son categorías amplias, cada una de ellas está formada por diferentes temas.

Ruiz Olabuenága (2009), indica que el lenguaje utilizado en la codificación es muy importante en el análisis de una entrevista biográfica, porque si es excesivamente estandarizada o sistematizada, puede hacer que se pierda parte de la riqueza de su estructura que contiene la conversación.

Al trabajar con las HV, se observó que la mayoría de las categorías emergentes podían agruparse dentro de unas metacategorías que corresponderían a las etapas vitales: Infancia; Juventud y Edad adulta; Vejez que junto a “Vivir en la residencia”, conforman las metacategorías del estudio. Esta última metacategoría, se podría haber incluido en la vejez, pero como parte de los objetivos del trabajo están relacionados con el conocimiento de cómo es la vida en la residencias, y es el contexto en el que se ha realizado el trabajo, se ha considerado más adecuado darle relevancia como metacategoría.

Cada una de estas metacategorías, está formada por diversas categorías, las cuales están relacionadas con vivencias o experiencias significativas para las personas entrevistadas.

También se han encontrado algunos “eventos cruciales”. Son vivencias que marcaron de una forma muy especial la vida de la persona, y permanecen a lo largo de la vida. Por lo que pueden aparecer en diferentes categorías, como es el caso de la guerra civil y sus consecuencias. A pesar de ser un hecho lejano, ha dejado una gran huella en sus vidas y emergen de forma repetitiva a lo largo de los relatos.

La metacategoría “Infancia”, corresponde al tiempo de escolaridad hasta su incorporación al trabajo. Es una época corta en el tiempo, por la incorporación a la vida laboral y adulta a edades muy tempranas. Aquí aparecen las categorías: alejamiento parental; escolaridad; experiencias con la muerte. Como evento crucial, la guerra civil española y sus consecuencias.

En cuanto la metacategoría “Juventud y Edad adulta”, comprende desde el inicio de la edad laboral hasta la jubilación. Se decidió unir las dos etapas vitales, debido a que en las narraciones tan apenas aparece la juventud. Relacionan juventud con trabajo, y al aparecer este tanto en juventud como en adultez, resultaba más coherente su unificación. Otras categorías además del trabajo son: noviazgo, matrimonio, hijos, sexualidad. Se encuentra un evento crucial: la emigración.

La metacategoría “Vejez” se inicia en la jubilación y termina con el ingreso en la residencia. Incluye las categorías jubilación y autopercepción de envejecimiento.



Por último, “Vivir en la Residencia”, comprende desde el ingreso en la residencia hasta la actualidad. Aquí encontramos las categorías: ingreso en la residencia; adaptación; cotidianidad; los familiares; proyectos de vida; creencias; la presencia de la muerte.

METACATEGORÍAS	CATEGORÍAS
Infancia	Escolaridad Alejamiento parental Experiencias con la muerte Evento crucial: la guerra civil y sus consecuencias
Juventud y edad adulta	Trabajo Noviazgo Matrimonio Hijos La sexualidad y el deseo Evento crucial: emigración
Vejez	Jubilación Percepción de la vejez
Vivir en la residencia	El ingreso en la residencia La adaptación La cotidianidad Los familiares Los proyectos de vida Creencias Presencia de la muerte

Tabla 4: Metacategorías y categorías

Todos estos procesos se hicieron de forma manual, sin recurrir a programas informáticos. El conocimiento de los entrevistados y de las entrevistas, junto a la deconstrucción y construcción posterior de estas, permitía hacer un análisis que aunque quizás más lento, ha permitido tener la sensación de no perder el contacto con las cosas dichas.

Morse, citado por Luengo (2010), describe unas responsabilidades por parte del investigador para evitar errores en el proceso de investigación. Las más destacadas son:

- **Triangulación**

Término que hace referencia a diferentes formas de constatar y corroborar el fenómeno de estudio. Hay diversos tipos de triangulación: de datos, teórica, conceptual, etc.

En este estudio, se ha optado por una triangulación interdisciplinar, en la que diferentes profesionales, leen las historias y hacen un acompañamiento crítico y reflexivo a través de todo el análisis.

Investigadores como Cornejo, Mendoza y Rojas (2008) explican la incorporación al equipo de investigación que llevan a cabo sobre relatos de vida, de una persona “exterior”, al proceso de análisis.

En nuestro caso la triangulación estará formada por cuatro personas “externas”, pertenecientes a diferentes disciplinas: psicología, medicina, farmacia y economía. Y una persona interna, en este caso la directora de tesis (psicología y enfermería).

Este grupo de triangulación, revisaban las HV, las categorías emergidas y codificación, y posteriormente el análisis. Todas ellas realizaron valiosas aportaciones a lo largo de todo el proceso, pero especialmente en el análisis.

- **Reflexibilidad**

La investigadora se encuentra inmersa en un mundo que le es conocido, en este caso las residencias y la vejez. Esto puede influir en cómo se realiza la investigación. Aquí es cuando debe intervenir la flexibilidad continua, de forma que pueda asumir, controlar y aprovechar este conocimiento del contexto donde se realiza la investigación sin que suponga sesgo o prejuicio.

- **Exposición clara de los métodos de recolección y análisis de los datos.**

Explicar claramente cómo se realizará la recogida de información y cómo se llevará a cabo el análisis permitirá ver la credibilidad de todo el proceso. Estos procesos han sido explicados con detalle anteriormente.

- **Revisión por parte de los participantes**

Es una forma de dar voz a los participantes. En nuestro estudio se les facilitó a los entrevistados una copia de la entrevista tal y como fue realizada (transcripción) y otra en formato de HV. Todos estaban satisfechos de lo que aparecía en las HV.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

### **III Los Informantes**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## Los Informantes

*“Es poco útil intentar definir si la narración de una vida es verdad o mentira, o cuanto se acerca a la realidad. Es lo que es, es la visión personal de una vida, según los cánones culturales que integran esa vida” (Jesús M. De Miguel, 1996)*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## 8. LOS INFORMANTES

### 8.1 Características sociodemográficas de los informantes

Nombre	Año nacimiento	Edad	Estado civil	Escolaridad	Profesión	Año de ingreso	Informado del ingreso
Agustí	1920	95	Viudo	Primarios Inacabados	Agricultor	2010	Sí
Amparo	1924	91	Viuda	Muy baja	Ama de casa Trabajos de campo	2010	Sí
Antonia	1930	85	Viuda	Magisterio	Maestra	2008	Sí
Carme	1936	79	Soltera	Primarios Inacabados	No trabaja	2012	Sí
Hortensia	1926	89	Viuda	Primarios	Ama de casa	2012	Sí
Joana	1936	79	Viuda	Primarios	Encargada de restauración	2008	Sí
Juan	1925	89	Casado	Primarios	Mantenimiento petroquímica	2013	Sí
Luis	1928	87	Casado	Primarios. Estudios academia privada	Jefe de estación	2012	No
Pedro	1925	90	Viudo	Primarios Inacabados	Albañil	2011	Sí
Pilar	1922	93	Viuda	Muy baja	Modista	2009	Sí
Ricard	1923	92	Viudo	Primarios, Música	Panadero Músico	2012	Si
Rosa	1928	87	Viuda	Superiores Música	Ama de casa	2012	No

Tabla 5: Características sociodemográficas de los informantes



## 8.2 Presentación de los informantes

Antes de adentrarnos en el análisis y resultados de las entrevistas, me parece oportuno hacer una pequeña presentación de cada uno de los entrevistados. Debo aclarar que estas descripciones corresponden a una visión absolutamente personal sobre los informantes, surgida de las impresiones durante la realización de las entrevistas y de las notas de campo recogidas. Por lo tanto son subjetivas y personales, pero creo que pueden ayudar a conocer un poco más a los verdaderos protagonistas de este trabajo.

A cada presentación le he puesto un título como si se trataran de pequeñas historias. Este título no es casual, corresponde a frases, palabras dichas por los ancianos, o bien a pensamientos que me brotaban al escuchar su historia y que no me he podido resistir a utilizar como pequeñas ilustraciones de lo que pude entrever de sus vidas.

### **Agustí: “El poble és lo primer”**

Agustí camina ayudado de un bastón, se pasa gran parte del día fuera de la residencia, haciendo recados, a comprar el diario, al supermercado... No oye muy bien, tiene una hipoacusia importante de ambos oídos, pero me entiende sin dificultad.

Realizamos las entrevistas en la sala polivalente de actividades, por la mañana nadie la utiliza y eso hace que podamos hablar con tranquilidad.

A pesar de no tener una escolaridad oficial, es una persona culta, con un vocabulario rico y muy fluido. Para él es muy importante la cultura, la política al servicio del ciudadano y su pueblo, las raíces.

Agustí es un entusiasta del pueblo en el que nació. A pesar de los años que hace que dejó el pueblo, para él el pueblo es “*lo más*”. Fue alcalde durante 15 años, y previo a esto estuvo de concejal. Vivió muy intensamente todos los acontecimientos históricos que pasaron en el pueblo y comarca, como la creación de un embalse que causó la inundación del pueblo de al lado. Es un gran conocedor de toda la comarca y los acontecimientos que pasaron. Muy preocupado por la política y la ética de los políticos, está informado de todo lo que ocurre a través de los periódicos. Gran parte de las entrevistas pertenecen a estos dos aspectos: vivencias relacionadas con el pueblo y la política.

Otro interés de Agustí es escribir. Escribe a los periódicos a través de la sección de cartas de los lectores y le han publicado varias en *La Vanguardia* y *Diari de Tarragona*. Son cartas al director relacionadas principalmente con temas políticos: sobre la corrupción, la importancia de la ética en la política, etc. También escribió un libro que le encargaron sobre su comarca, pero finalmente no se publicó.

Es una persona muy creyente, la religión es otro de sus intereses importantes, aunque se queja de que hay poca gente de la que puede hablar de este tema. La religión, junto al amor que tiene por su pueblo, hace que tenga preparado todo lo relacionado con su entierro y, en cuanto a la muerte, quiere que sea rodeada de todos sus seres queridos.

Ingresó en la residencia después de que fuera atropellado al cruzar la calle. No le importa estar en la residencia, lo que realmente le cuesta es estar lejos de su pueblo.

### **Amparo: “Amor maternal”**

Amparo tiene el pelo blanco muy rizado y a través de las gafas se cuele una mirada muy viva que va de un lado al otro continuamente. Su voz es un poco como temblorosa, recuerda un poco a la voz de las personas sordas. Su aspecto frágil y su voz temblorosa me hacen pensar que quizás se canse pronto, aunque no será así.

Lleva pendientes, un gran collar largo de perlas y grandes pulseras. También un pañuelo en el cuello y un bolso de mano con un anagrama con la letra A. Lleva otra bolsa con agujas de tejer y ovillos de lana, está haciendo unos jerséis para los hijos de una amiga mucho más joven que murió de cáncer en la residencia y que se lo pidió antes de morir.

Todas las veces que la he visto en la residencia está hablando con algún residente, o recordándoles lo que tienen que hacer ese día o en ese momento. Y siempre con los agujas de hacer punto con ella. Si está sentada, siempre está haciendo punto.

Habla castellano, con expresiones o palabras en catalán, tiene un nivel cultural muy bajo, justo para leer y escribir, que se nota en su expresión lingüística y gramatical. Sin embargo esto no impide que su narración sea muy rica y emotiva, Amparo es muy expresiva en su comunicación verbal y no verbal.

Amparo tuvo problemas de salud que la obligaron a ir a vivir con una de sus hijas, pero como ella misma dice: *“no quería ser un estorbo en sus vidas”*, y fue ella quien pidió ir a la residencia.

Durante la narración hay momentos muy emotivos, en los que se le escapan algunas lágrimas y a medida que habla, en los momentos más intensos del relato, me va dando golpecitos en el brazo o en la mano.

A lo largo de su vida ha ejercido un rol continuo de cuidadora. Primero con los hermanos de su marido, con los que hizo de madre. Después con sus hijos y más tarde con niños a los que acogió en su casa, primero dos hermanos y después otro niño, todos abandonados por los padres. En la residencia continúa realizando este rol: con una mujer joven que muere en la residencia, con los residentes que están enfermos a los que va a visitar, recordándoles cuando tienen que ir al médico o hacer determinadas cosas, etc.

Hay un momento, cuando estamos hablando de la muerte de su amiga a la que acoge como a una hija, en el que me dice: *“esto que le voy a decir es muy fuerte. Apague la grabadora que le explico”*.

Cuando acabamos la entrevista el segundo día, la percepción de fragilidad que tuve en el primer momento de hablar con ella había desaparecido. Nada más lejos de la realidad: toda su vida Amparo ha cuidado a alguien y sigue haciéndolo en la residencia.

### **Antonia: “Yo soy joven”**

Nos encontramos en el comedor, su habitación es compartida y su compañera está allí. En el comedor no hay nadie y no se vuelve a utilizar hasta la hora de comer.

Tiene un aspecto muy cuidado con el pelo corto blanco rizado. Lleva gafas porque tiene problemas importantes de vista. Camina con la ayuda de un andador, tiene una prótesis de cadera. Es muy expresiva con la mirada y las manos y realiza frecuentes silencios muy emotivos, sobre todo al hablar de sus padres, sobre todo cuando lo hace del padre.

La figura del padre es fundamental para Antonia. Murió (lo mataron) en la guerra civil y de forma muy traumática, como Antonia explica, le ha marcado toda su vida. Su madre muere poco después y marcha a vivir con sus abuelos.

Es muy religiosa, explica que todos los sufrimientos que pasó o pasa los ofrece a Dios por las misiones, los pobres, etc.

Antonia tiene un nivel cultural alto, realizó el bachiller y aunque inició los estudios de Filosofía en la universidad no los terminó porque se casó. La vida de casada fue muy dura y pasa por ella casi de puntillas, pero está muy orgullosa de haber estudiado Magisterio cuando ya estaba casada y con hijos.

Destaca de forma muy especial su religiosidad. Ha viajado mucho por todo el mundo, pero son viajes relacionados con motivos religiosos.

Antonia explica con bastante detalle su infancia e incluso la juventud, pero no el matrimonio ni los hijos. Le tengo que preguntar directamente por estos temas. Cuando voy escuchando su historia de vida comprendo que no quiera hablar del matrimonio sino se lo pregunto directamente. Da la sensación de que hubiera borrado su matrimonio de la memoria.

Se expresa con mucha fluidez y utiliza palabras cultas y adecuadas. Quiere colaborar pero mantiene una cierta distancia emocional. Inicia el relato con su nacimiento y sigue su trayectoria vital para explicar la historia de vida.

Le gusta mucho leer, actividad a la que dedica mucho tiempo. Le gusta que vengan sus hijos a visitarla porque con ellos puede hablar de todo, dice que hay cosas que no se pueden hablar con los residentes. Afirma que le gusta estar en la residencia, pero a la vez encuentra que no tiene con quién hablar.

Ingresa en la residencia después de ser intervenida de fractura de cadera.

### **Carme: “Las expectativas truncadas”**

Carme me está esperando en su habitación tal y como habíamos quedado. Me invita a pasar y a sentarme en un sillón que hay al lado de la ventana. Tengo la sensación de que me invita a “su casa”.

Va vestida con pantalón y jersey muy bien conjuntados, más tarde me confirma que el aspecto es muy importante para ella. Fue operada de fractura de cadera, lleva una prótesis de cadera y utiliza caminador para andar.

Realizamos la entrevista en su habitación, que es de uso particular. Dice que es muy nerviosa y no soportaría compartir habitación con nadie. Al lado de la ventana tiene una máquina de coser, es una actividad que le gusta mucho realizar y siempre tiene ropa para arreglar. Me explica que el pantalón que lleva se lo ha hecho ella arreglando uno de su cuñado. También tiene un crucifijo que la ha acompañado siempre, regalo de un tío sacerdote cuando nació, me dice que le hace mucha compañía. También tiene varias fotos y posters de perros. Le pregunto si le gustan los perros porque en la residencia hacen una actividad con ellos, me contesta que sí pero que no va a la actividad, que le duelen la cadera y la pierna, también añade que “no tiene ganas”.

Prácticamente no sale de la habitación, solo en las horas de las comidas, y aunque dice tener buena relación con los residentes, por lo que me explica no sale tan a penas y sólo mantiene una relación más íntima con una residente que, según me explica, “és molt dolceta”.

Ha vivido sola durante muchos años y está acostumbrada a ello, quiere soledad pero en un entorno en el que se siente cuidada.

Habla de una manera pausada y tranquila, aunque muestra una gran emoción al explicar que durante toda su vida había creído que tenía epilepsia, lo que la llevó a dejar la relación con su novio y a no casarse nunca, por miedo a que si tenía hijos también padecieran epilepsia. Al ingresar en la residencia le aseguraron que no tenía esta enfermedad, y ella misma dice: “me dio una raaaabia”. Le gustan mucho los niños, y ni ella ni su única hermana han tenido hijos. “Si me hubiera gustado, me hubiera gustado mucho tener hijos”.

Al acabar la entrevista me dice: “li acompanyo fins la porta”, y me despide en la misma puerta. Carme ha transformado la habitación en su casa.

### **Hortensia: “La importancia del físico”**

Quedamos en su habitación para realizar la entrevista, no le gusta salir de ella nada más que lo necesario. La tiene decorada con fotografías de la boda de sus padres, de la suya y también de las de sus hijos.

Me sorprende porque lleva perfume, los labios pintados muy suaves y ropa bastante extrema para lo que suele ser habitual. Le importa su físico. A lo largo de la entrevista sale

en varias ocasiones la importancia del físico, de ser guapa. Debió ser una mujer muy atractiva, no me lo dice directamente pero me lo da a entender en varias ocasiones: *“mis amigos querían que me presentara a Miss”*.

En su narración también destaca la imagen del padre, *“de los últimos de Filipinas”*, para ella fue un héroe. Me enseña varias fotos de él y me va explicando la historia de su padre.

De todas las entrevistas realizadas la suya es la que me cuesta más orientar porque desde el principio saca varios álbumes de fotografías y me va explicando según pasamos las fotografías.

Ríe mucho, me cuenta anécdotas divertidas y siempre ríe. Como ella dice, se toma la vida con humor.

Le gusta hacer punto y coser, todavía se hace alguna falda y jerséis de punto para los nietos. Su hija le trae revistas de patrones, dice que es lo que más le gusta.

No le gusta salir a la sala de estar, prefiere estar sola y no quiere participar en las actividades de la residencia.

El motivo de ingreso fue debido a la dificultad de movilidad que presentaba tras una fractura de cadera. Le hubiera gustado vivir con su hija, pero trabaja y le era difícil cuidar de ella.

### **Joana: “Una vida muy intensa”**

Joana es alta, bastante más alta que los demás residentes y tiene un aspecto fuerte. Camina con la ayuda de una muleta porque está operada de la cadera.

Es una persona muy conocida en su pueblo. Durante muchísimos años ha sido voluntaria de Cáritas y de Cruz Roja, ayudó a fundar una asociación de Alzheimer y fue presidenta de un “esplai” de la Caixa, colaboradora del ayuntamiento para la atención a los emigrantes, entre otras cosas. Ha tenido y sigue teniendo una vida muy activa.

El día que me la presentaron y quedamos para hacer la entrevista, me adelantó: *“ya puede preparase ya. Tengo una vida en la que hay mucho que contar. Ya puede venir bien preparada”*. Tuve la sensación de que tiene ganas de explicarme su vida.

Quedamos al cabo de una semana, porque tiene varias actividades, que unidas a las mías, hizo que nos costara un poco encontrar un día y hora adecuados. Es la única vez en todas las entrevistas que hay dificultad para quedar por falta de tiempo.

Quedamos en su habitación, pero nos encontramos en el pasillo. Mientras vamos hacia su habitación, me va haciendo un pequeño anticipo sobre lo que me va a explicar.

Sobre todo percibo lo satisfecha que está con el reconocimiento social que tiene en su pueblo. Se le ve que es una persona muy organizada, y acostumbrada a organizar también a los otros.

Joana es de todos los informantes la que se expresa con más naturalidad, dice lo que piensa sobre la residencia, los residentes, aunque siempre tamiza un poco las cosas peores, pero las dice.

Es una defensora de la vida en la residencia, aunque ella parte de su día a día lo realiza fuera. Ha hecho clases de informática, de terapias naturales, yoga, reiki, etc. Siempre está haciendo algún curso de los que organizan las asociaciones o el ayuntamiento.

Ella califica su vida de “nada fácil”, en la que ha tenido que ser desde bien pequeña muy autónoma y decidida, y así continúa siendo.

Su motivo de ingreso también fue por problemas de salud de ella, pero también por trastornos psiquiátricos del hijo con quien convivía.

### **Juan: “Yo sólo me quiero reservar las cosas matrimoniales”**

Juan es alto y extremadamente delgado. Hemos quedado en la habitación que comparte con su esposa que tiene demencia.

Nos sentamos al lado de la ventana y, aunque ya me lo había dicho el día anterior, me informa *“yo lo que quiero reservarme son las cosas del matrimonio, del resto le explico todo lo que quiera”*.

Ingresa en la residencia por motivos de salud, tanto de la esposa como de él mismo. Antes de la ir a la residencia habían alquilado un piso en el mismo edificio que su hijo. Pero cada vez era más complicado cuidar de su esposa y él tenía continuos controles médicos. Su hijo

tenía que acompañarlos a las visitas médicas y finalmente su hijo fue quién propuso el ingreso en la residencia.

Para él la diferencia entre estar en casa o en la residencia es abismal, pero lo refleja de una forma muy concreta: *“hasta el año 13 yo dormía con mi mujer y a partir de esta fecha ya no duermo con mi mujer, cada uno en una cama”*.

Le gusta mucho leer y escribir. Escribe muchos poemas, los que me enseña están dedicados a sus mujer. Es una forma de expresar sus sentimientos. También hace maquetas de papel, su mujer le ayuda a recortarlas y él las realiza.

No quiere hacer actividades en la residencia, ni se relaciona tan apenas con el resto de residentes. Para él la vejez es fea, hay que conformarse pero ve en los residentes que están más dependientes lo que puede ser el futuro.

### **Luis: “La importancia del trabajo”**

Luis comparte la habitación con su esposa que padece demencia. La entrevista la realizamos en la habitación.

Es alto y muy delgado, de aspecto serio. En la habitación tienen fotografías de ellos, con los hijos, recuerdos.

Una de las primeras cosas que aparecen en la entrevista es el lugar de origen, nació en un pueblo de Aragón y echa de menos lo que él llama el “carácter aragonés”, más abierto según él.

Otro aspecto que destaca en el relato de Luis es el trabajo. Entró muy joven a trabajar en la Renfe, donde continuó hasta que se jubiló. Después de bastantes años, todavía se arrepiente de haberse jubilado dos años antes. Lo repite en varias ocasiones. Para él el trabajo es lo más importante, es necesario para tener una vida *“decente”*.

Él y su mujer compraron una casa para vivir después de la jubilación, pero como él dice *“se truncó todo”*. Su mujer padece demencia y él tuvo un problema de salud por el que tuvo que ingresar en el hospital, y al darle el alta, ingresó junto a su esposa en la residencia.



No le gusta vivir en la residencia, incluso según me explica, se vez capaz de marcharse a su casa si su esposa falleciese. Pero aunque expresa este deseo, también dice que no se plantea la vida sin su mujer. Para él la vejez es muy triste y se siente muy solo en la residencia, que la ve como un lugar impersonal.

### **Pedro: “Esta es mi vida”**

Pedro camina con ayuda de un bastón, pero se ve que ha sido una persona muy fuerte. A pesar de utilizar el bastón como ayuda, camina ágil.

Habíamos quedado a las 10h en el jardín, cuando me acerco me está esperando. Nos sentamos en la mesa más alejada, según me dice: *“son unos moscones, poniendo la oreja”*. Se refiere al resto de residentes, que para él son excesivamente curiosos.

Ya le había explicado el motivo del trabajo y en qué consistía. Nada más sentarnos me dice: *“he estado pensando qué le puede interesar y cómo explicarlo. Espero que le sirva. Esta es mi vida”*. Y sin más empieza a explicarme la historia de su vida.

Tengo la sensación de que es una persona muy seria, a la que no le gusta perder el tiempo. Tan a penas sonrío un par de veces a lo largo de toda la entrevista.

A medida que explica su historia, aparecen momentos muy emotivos para Pedro: expresa rabia cuando habla de la guerra y cierra los puños; se le nublan los ojos cuando explica cómo y porque tomó la decisión de ingresar en la residencia, antes de *“sentirse como una maleta”*, debido a problemas de movilidad por una fractura de cadera. Hay momentos en los que siento como si yo no existiera, como si explicara la historia para sí mismo.

Le gusta tener el control sobre su propia vida, algo que siente que en la residencia no siempre tiene. No le gusta la vida en la residencia y en cuanto acaba de desayunar o comer, se marcha a pasear.

### **Pilar: “Sol li diré la veritat”**

Pilar se encuentra en su habitación, tumbada en la cama. Tiene diabetes y como consecuencia tiene unas úlceras vasculares en ambas piernas. Este fue el motivo de ingreso,

tan apenas podía moverse debido a las úlceras y la necesidad de que le realizarán curas diarias de las úlceras.

Hablamos un poco de su salud, de lo que tardaban en curar las úlceras. Poco después empieza a explicarme su vida, pero antes de empezar me dice: *“sol le diré la veritat”*.

Es la quinta de siete hermanos. En su misma residencia vivían dos de sus hermanas, que habían fallecido hacía pocas semanas. Pero da la sensación de que Pilar lo vive con naturalidad, no le importa hablar de ellas, ni parece que le incomode: *“Ya sólo quedamos dos”*.

Es una persona religiosa, tiene el rosario en la mesilla, y comenta que cuando reza se siente bien.

Trabajó en la misma empresa desde los 12 años hasta que se jubiló y se siente feliz con su vida. Va narrando su vida con fluidez, con tranquilidad, pausadamente. Y de vez en cuando como para confirmar lo explicado, me dice: *“si fill meu, si fill meu”*.

### **Ricard: “Encare no sé si vaig fer bé o malament”**

Esta frase surge repetidas veces en los tres encuentros que realicé con Ricard. Se refiere a haberse quedado en el horno en el que trabajaba al morir el dueño, ayudando a la que más tarde sería su pareja, a la que él llama casi siempre “la jefa”.

Ricard tiene el pelo blanco, largo y cuidado, como una melena. Todo su aspecto me recuerda a una persona bohemia, un artista: el largo del pelo, el tipo de ropa y como la lleva colocada, la forma de hablar. A lo largo de las entrevistas descubriré que no estoy equivocada, Ricard fue músico, tocaba la batería, también ejerció la fotografía, y trabajó en un horno, era un gran repostero. Me enseña fotografías de algunas de sus creaciones: un artista.

Ricard va en silla de ruedas, es diabético y ya hace bastantes años que le tuvieron que amputar las dos piernas, lleva prótesis. Habitualmente va en una silla eléctrica con la que se mueve por todo el pueblo pero la tiene en el taller, me dice que con esta se encuentra más limitado de movimientos. Es totalmente autónomo e independiente y se siente muy satisfecho de ello.

Una vez realizados los saludos y los primeros momentos de contacto, iniciamos la entrevista. Su primera frase también podría haber servido de título: *“Hoy cumpla 90 años, pero nadie me ha felicitado”*.

Ricard quedó huérfano de madre a los 9 años y fue a vivir con unos tíos. Cuando su padre se volvió a casar fue a buscarlo pero con la intención de que le ayudara en el trabajo ya que se había casado con una mujer con varios hijos. Pronto se desencantó y buscó trabajo fuera de casa. Acabó trabajando en un horno, en el que se quedó trabajando al fallecer el dueño. Posteriormente inició su relación con la dueña, “la jefa” como él la llama. Cuando habla de su relación con ella y de haberse quedado en el horno a la muerte del patrón, va repitiendo *“encara no sé si vaig fer bé o malament”*.

Estuvo viviendo con su pareja durante más de 60 años. No tuvieron hijos biológicos, pero criaron a dos niñas como si fuesen sus hijas y que vivieron con ellos hasta que se casaron. No le gusta vivir en la residencia y en cuanto desayuna se marcha hasta la hora de comer. Se siente abandonado por la familia, pero principalmente por cuestiones económicas relacionadas con la herencia de su pareja. Le gusta disponer de dinero para comprarse ropa o tomarse un café o un refresco en alguna cafetería. También le gusta invitar al personal de la residencia a algún café de las máquinas, por lo que se preocupa de tener monedas. Le gusta escuchar música, leer, y sigue haciendo fotografías, aunque está preocupado porque se llevó la cámara un nieto y no se la ha devuelto.

No ingresó directamente en esta residencia, sino que previamente estuvo en otra. El motivo de ingreso fue a causa de su compañera, que padecía demencia, cuando los síntomas empeoraron, las “hijas” decidieron ingresarla en una residencia y Ricard no quiso dejarla sola después de tantos años e ingresó con ella: *“No em vaig veure amb cor de deixar-la sola”*.

### **Rosa: “El transcurso de la vida... en rosa”**

Cuando ves a Rosa por primera vez llama la atención lo cuidado de su aspecto, desde el pelo corto, blanco, muy bien peinado hasta su maquillaje discreto (color en ojos y labios). Lleva pendientes, collar, anillo y pulsera a juego. Todo esto me da una idea de la importancia que el aspecto físico tiene para Rosa.

No usa gafas, ni siquiera para leer, actividad que realiza con gran fluidez y comodidad. Se percibe que es una persona con un nivel cultural y social alto. Los estudios primarios los

realizó en un internado religioso y posteriormente cursó estudios superiores de piano en el conservatorio de música de Bilbao, aunque dice que ahora ya no se acuerda de tocar. También realizó estudios de formación “para la casa”, como ella dice: cocina, costura, etc. *“Lo que se hacía entonces”*. Nunca ha trabajado fuera del hogar y siempre ha tenido servicio.

La entrevista la realizamos en la habitación, es una habitación individual: *“si puede ser así, es lo mejor”*. En la habitación tiene fotografías de ella, los hijos y una imagen de la virgen: la Inmaculada Concepción. Se la regaló su marido en el primer año de noviazgo, la imagen “tiene” 62 años. Y añade a la explicación: *“el único. Sólo estuvimos un año de novios”*.

Me va narrando su vida, pero cuando acaba un periodo o experiencia, siempre me pregunta: ¿qué más?, y así vamos avanzando en una vida que podríamos clasificar de muy cómoda. Muy diferente, en todos los aspectos, a lo que han explicado el resto de informantes.

Cuando acabamos la entrevista, me pide escuchar su voz. Pongo la grabación y surgen comentarios muy interesantes:

Dice que le gusta su voz y va confirmando lo que escucha, va diciendo: sí, sí, mientras mueve la cabeza afirmativamente, y en algún caso amplía la información con algún detalle. Pero lo más significativo ocurre cuando se escucha diciendo *“aquí todas somos amigas”, “Todos me quieren”*. Se da una pequeña bofetada y exclama *“vaya farol”*. Lo que me hace entrever que hay buena relación pero no amistad. Más tarde me confirma: *“Ya no hay amigos. Esa amistad de confianzas, de apoyo... ya no se tiene”*.

Va escuchando la grabación y se mantiene muy atenta, alerta a lo que va diciendo, sentada en la punta del sillón. *“Me gusta mi voz, tengo la voz clara”*. Cuando acaba la grabación queda satisfecha, y verbaliza: *“he pasado un buen rato. Me ha gustado explicarlo”*.

Ingresó en la residencia a la salida del hospital de donde ingresó por un accidente vascular cerebral. Ella pensaba que la llevaban a su casa, pero los hijos la llevaron a la residencia: *“No he tenido fuerza moral para decirles que no quiero estar aquí”*. Pero dice que se encuentra a gusto en la residencia, que es mejor ingresar cuando *“se está bien de la cabeza. Esto es lo más importante”*.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **IV Resultados. Análisis. Discusión**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **Resultados. Análisis. Discusión**

*“Ser gran no m’ha importat mai, jo trobo que és una satisfcció fer-se gran, tinguis els cabells negres o els tinguis de color rosa. És igual. El ser gran és com una felicitat” (Carme)*



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## 9. METACATEGORÍAS

### 9.1 Infancia

*Categorías: Alejamiento parental. Experiencias con la muerte. Escolaridad.*

*Evento crucial: la guerra civil y sus consecuencias*

En la infancia se describen aquellas vivencias que son significativas de esta etapa. Se considera “infancia” al tiempo que dura la escolaridad del anciano, que termina con la incorporación al trabajo. La infancia de nuestros informantes queda muy diluida, apareciendo a través de acontecimientos que resultaron trascendentales para ellos como son las pérdidas parentales o la guerra civil. Dentro de esta metacategoría encontramos cuatro categorías, correspondientes a experiencias o vivencias significativas para los informantes: consecuencias de pérdidas parentales; Escolaridad; Experiencias con la muerte; Guerra civil y consecuencias.

La categoría “Alejamiento parental” está relacionada con lo que parece un hecho habitual de la época de infancia de nuestros ancianos: ser criado por personas que no son los padres biológicos. Una especie de “adopción” no reglamentada por parte de otros familiares diferentes de los padres u otras personas ajenas a la familia, lo que nos da información de las relaciones familiares. El segundo suceso que aparece en sus narraciones es la escolaridad, o la falta de ella, y la importancia que le dan a este hecho, lo que ha dado lugar a la categoría “Escolaridad”. En tercer lugar se encuentra la categoría “Experiencias con la muerte”, donde emergen los primeros contactos de estas personas con la muerte de familiares o personas cercanas. A través de estas vivencias se pueden apreciar las dinámicas familiares que se establecían en ese contexto histórico y social. Existe un evento crucial que aparece en los relatos de nuestros informantes: la guerra civil española y sus consecuencias. Éste es un tema transversal a lo largo de las historias de vida por lo que va apareciendo en diferentes ocasiones y relacionada con otras categorías.

Las HV permiten conocer las vivencias de la persona desde su infancia, lo que aporta información valiosa que permite acercarse a las características de la sociedad en el pasado, y reflejan la evolución y cambios sociales que se han producido a través de los años. Pero sobre todo nos deja vislumbrar algunas características de la relación existente entre las vivencias de la infancia y algunos rasgos de la personalidad y de las actitudes del anciano en la actualidad.

- **Alejamiento parental**

Los cambios culturales relacionados con la atención y cuidado de los niños han dado un giro total desde la infancia de los entrevistados a la infancia de los niños de hoy en día. Es importante conocer las experiencias vitales de esta etapa para entender la gran diferencia que existe con la infancia en la actualidad. La consideración social de los niños o la edad de incorporación al trabajo son algunas de las informaciones que aportan los relatos de los entrevistados. En esos años no había muchos ancianos, pero sí muchos niños y no era nada infrecuente que fuesen criados por personas diferentes a su familia de origen. Es el caso de Agustí, quién habla de un “hermano de adopción”, aunque esta adopción no estuviera motivada únicamente por el bienestar del niño, sino que primaban las necesidades de la familia que lo acogen. Este hecho no parece ser infrecuente o excepcional, ya que aparece en los relatos de tres personas diferentes: Agustí, Amparo y Ricard. De este modo, se aprecia que era una práctica bastante usual.

*“Érem dos germans i una germana, però un germà era, diguéssim, va ser adoptat perquè com que mon pare no podia anar al jornal i la meva mare quan anava era quan algú se li podia quedar a la iaia, pues allí s’usava molt adoptar xiquets, per a mentre tant los mantenien i se’ls donava 5,6, 8, 10 duros dependent del que entrés al mes.”*  
(Agustí)

En el caso de Amparo, ella es la niña que marcha de su hogar:

*“Cuando yo nací, yo he sido...como se llama “jamela” [gemela]. Nací en Asturias. [...] Con 1 año me ha traído mi tía “pa” acá, [...] estaba en una clínica en San Gervasio, Barcelona. Y allí pues me crié hasta que tenía 18 años... con ellos”. (Amparo)*

Amparo no sólo se separa de sus padres, también hay separación de su hermana gemela con la que apenas se verán hasta la edad adulta. Hay un momento en su narración que nos habla de cómo echa en falta la sensación de hogar y familia:

***“Me faltaba la calor aquella, de familia directa, como si dijéramos.”***

En el relato de Ricard , él y su pareja acogen a dos niñas que, como dice Ricard, viven con ellos *“fins que les van casar”*. Sin embargo, en este caso la motivación viene originada por obligación moral al ser ellos los padrinos de bautizo y favorecida por el hecho de que no tenían hijos biológicos.

Otra causa que aparece en las narraciones como motivo de que los niños vayan a vivir con otros familiares es cuando se produce el fallecimiento del padre o de la madre. La tasa bruta de mortalidad entre los años 1931 y 1940 se incrementó hasta alcanzar el 29,46% y entre los años 1941 y 1950 fue de un 21,64% (Cabré, Domingo, Menacho, 2002). Si se comparan estos datos con los del 2013, que fue de un 8,34% (INE Base, 2015), podemos comprobar la alta mortalidad de aquellos años. Las dificultades económicas al enviudar obligaban a enviar a los niños a vivir con otros miembros de la familia, aunque en estos casos la separación era temporal hasta la mejora de la situación económica de los padres. De este tipo de separación encontramos dos narraciones, son los testimonios de Juan y de Ricard.

*“Cuando tenía 2 años mi padre murió [...] Entonces mi abuelita materna vino de Cartagena a aquí a estar con su hija porque claro se había muerto el marido [...]se tuvo que poner a servir, a servir interna en casas ajenas y a mí me tuvo que criar mi abuela. Fue muy duro. Cuando ella ya se casó en segundas pues yo ya me recogí con ella, pero a mí la que me crio fue mi abuela. Yo le decía ‘mamá’.” (Juan)*

Como se ha podido observar, la separación de los niños de los padres era un hecho relativamente frecuente que aparece en la narración de seis de los entrevistados. Esto ayuda a entender la difícil situación social que se vivía en un momento caracterizado por la alta mortalidad, unas jornadas laborales muy largas, la incorporación de los niños al mundo laboral a edades muy tempranas (Soto, 2002; Amich, 2008), salarios muy bajos y grandes carencias, entre ellas las alimentarias. Estas características sociales repercutían en las posibilidades de poder atender y alimentar adecuadamente a los niños, una necesidad

básica de supervivencia que padres y familiares intentaban cubrir aunque fuese a costa de la separación de los niños.

Bahamonde (1995) realiza un retrato de la sociedad española a finales de los años 30 e inicios de los 40 en el que cita un estudio realizado por el doctor Jiménez Díaz sobre la nutrición de 700 familias en España. Dicho estudio, realizado entre 1941 y 1943, concluye que las calorías ingeridas al día por las personas estudiadas representaban entre el 57,3 y el 79,9% de las necesidades mínimas y que el 46% de los obreros trabajaban más de diez horas diarias, el 41% entre 8 y 10 horas y sólo un 13% trabajaban 8 horas diarias. Bahamonde también cita un estudio posterior (Vivanco, Palacios, Rodríguez Miño, 1948) en el que se concluye que un 31,4% de los niños entre seis y doce años presentaban un retraso en el desarrollo físico, el 20% mostraban adelgazamiento severo y fatiga persistente y un 6% signos de raquitismo.

*“Aquello era muy precario y muy justo [...] **No había casi pan para comer.**” (Luis)*

*“Siempre se tenía que trabajar, allí desde pequeños todos ayudábamos en lo que se podía y **a los 9 o 10 años ya a trabajar.**” (Pedro)*

- **Experiencias con la muerte**

La muerte está presente a lo largo de la vida, pero en la infancia de los protagonistas de este estudio la muerte era algo próximo que no se les escondía a los niños. En los relatos anteriores se ha observado como el fallecimiento de uno de los progenitores podía suponer un cambio drástico, incluso del lugar de residencia y alejamiento del progenitor vivo. Pero hay otro aspecto fundamental y es la afectación emocional que estas muertes producían en estos niños y como suponía una inflexión en sus vidas. A pesar de los años pasados siguen expresando una gran tristeza por ellas.

*“La meva infància **fins que va morir el meu pare va ser molt bona, molt bona.**” (Joana)*

La muerte de un ser querido siempre es difícil de asimilar y de aceptar, pero cuando esta ocurre en circunstancias traumáticas puede convertirse en un recuerdo doloroso para toda la vida, como describe Antonia. Es lo primero en que piensa cada mañana al despertar y ha tenido gran influencia en el desarrollo de su vida y en sus creencias religiosas como se verá más adelante:

*“Als sis anys va començar la guerra i em van matar el pare, me'l van cremar viu.”*

*(Antonia)*

En ocasiones el contacto con la muerte empezó a edades muy tempranas, en las que es difícil entender el “por qué” de ella. A nuestros informantes les tocó vivir su infancia en un momento histórico de guerra y posguerra, con pobreza y dificultades de todo tipo que se dieron a lo largo de varios años. Esto ocasionó que sus primeras experiencias de muerte de personas queridas se produjesen a edades muy tempranas, en algunas ocasiones de una forma muy traumática. Como en el caso de Antonia cuando recuerda la muerte de su padre. O Ricard con la muerte de su madre, en esta ocasión por enfermedad. En la infancia de nuestros ancianos la muerte por enfermedad era muy frecuente, no había tan apenas medicinas ni antibióticos, muchas enfermedades comunes eran de difícil tratamiento en esa época (Arco 2006).

*“Als sis anys va començar la guerra i em van matar el pare , me'l van cremar viu.*

*Això va marcar d'una manera tremenda la meva vida... [...] va ser per mi un referent per tota la vida, va morir cridant “Moro per Déu”. I “Viva Cristo Rey”. [...]*

*37 anys tenia i era com un artista de cine, de guapo!”. (Antonia)*

*“La meva mare quan va tindre 33 anys, jo en tenia 7, va agafar una malaltia i no ho va superar” (Ricard)*

Como hemos visto en el caso de Antonia, la forma en que se produce una muerte tiene gran impacto sobre las personas, y más en los niños. Las muertes traumáticas, no esperadas, llevan a generar duelos más complicados y difíciles de resolver, como expresan Echeburúa, Herrán (2007). Bleichmar (2010) nos habla de la idealización de la persona fallecida, como el duelo patológico implica una constante reconstrucción del recuerdo.

- **La escolaridad**

Otro aspecto que destaca en la infancia de los protagonistas de esta investigación es la escolaridad, aunque en la mayoría de los casos se podría hablar de la “baja escolaridad”. Nueve de los entrevistados fueron a la escuela pero ninguno de ellos acabó totalmente los estudios primarios. Dos motivos aparecen como la causa de la falta de escolaridad: la primera es la incorporación al trabajo a edades muy tempranas como ya se ha visto

anteriormente y que impedía la escolarización continuada; la segunda tiene que ver con la poca importancia que en algunos casos los padres otorgaban a la escolaridad y la cultura para el desarrollo de la vida de las personas. Estos datos coinciden con el estudio de De Gabriel (1997) que, en su investigación sobre la alfabetización y escolarización en España entre 1887 y 1950, encuentra que en los años 20 hay un aumento importante de escolarización en España, mientras que en los años 30 empeora la alfabetización y la escolarización llegando a los niveles de 1887, circunstancia que prácticamente perdura hasta 1950. También Soto (2002) describe, en este caso referido a las mujeres pero se puede hacer extensivo a ambos sexos, que los niños sólo iban a la escuela cuando hacía mal tiempo ya que debían ayudar en los trabajos del campo, animales... para la subsistencia de la familia. Esta información coincide plenamente con la aportada por nuestros entrevistados.

*“Als sis anys que era llavors la norma, [inicio de la escolaridad], no sé ara com està, pues entràvem a l'escola, a la primària. **Als sis vaig començar i ja als set vaig començar a ajudar al pare per necessitat i...ja només hi vaig anar dos dies, [a l'escola]. I així vam anar fent tota la vida [...]** Jo aprofitava per estudiar sempre que podia.” (Ricard)*

*“**A la escuela fui poco, lo justo para aprender a leer y a escribir.** Mi madre sí quería que fuésemos a la escuela, pero mi padre decía que éramos muchas bocas en casa y que había que llevar pan. [...] **Había un maestro con mucho interés en que aprendiéramos a leer y a escribir, iba a todas las casas a pedir que dejaran ir a los hijos a la escuela y que si no podían ir durante el día, él les enseñaría por la tarde o después de cenar, que la cultura, decía, era fundamental para salir de la miseria. Pero los padres se reían, siempre habían vivido así, pocos de nuestros mayores sabían leer y escribir, así que ¿para qué querían sus hijos aprender?**” (Pedro)*

*“**Vaig anar al col·legi fins als 10 anys que em vaig quedar a casa, anava amb la mama a comprar, la ajudava, “hazme esto, haz lo otro”, alguna tontería però sempre a casa.**” (Pilar)*

*“**No fui al colegio. No, que los escolapios costaban seis pesetas... seis veinticinco y mi padre no pudo...** [...] Los padres, que veían que tenía ciertas condiciones, me enviaban a la estación, al jefe de la estación, pues allí te enseñaba. En la estación se hacían cositas, hacían las hojas de facturación, ayudaban a los frutereros a facturar, en fin tenías una ocasión donde coger un poco de dinero y a la vez aprender un poco de letras y números.” (Luis)*

Entre las informantes que no pudieron asistir al colegio, el caso de Amparo es diferente. Ella mostraba mucho interés por ir al colegio pero al no vivir con sus padres, tuvo que adaptarse a lo que las personas con las que vivía le permitieron hacer. Aunque sabe leer y escribir, su nivel de alfabetización es el más bajo de los informantes, hecho que se percibe en las entrevistas por los cambios gramaticales de palabras y tiempos verbales. Para ella es una carencia importante.

*“Pero claro yo allí no podía ir al colegio. No podía, yo allí iba leyendo cosas, cosas que los chicos que había para operarse traían libros, revistas... y me los regalaban, pero no tenía tiempo. Yo le decía [al médico de la clínica en la que vivía]: **“¿Por qué no me manda al colegio?, mándeme al colegio”**. No, me decía, no puedes porque claro... le conviene, le conviene que esté, porque así yo voy trabajando en el puesto de otra chica cuando libraba, pues la cubro yo... [...]. Yo insistía: **“mándeme al colegio”**. Pero no.”* (Amparo)

La excepción a la baja escolaridad la encontramos en Antonia y Rosa, dos mujeres que completaron sus estudios superiores en una época caracterizada por una sociedad patriarcal y el repliegue de la mujer a la vida doméstica, en la que el acceso de la mujer a la universidad u otros estudios superiores era algo excepcional (Soto 2002; Canales 2012).

Rosa estudió en el conservatorio de música. Antonia inició los estudios de Filosofía, aunque no los terminó, algo que ella misma afirma que le habría gustado. Sin embargo estudió magisterio, estudios que cursó una vez casada y profesión que ejerció hasta su jubilación. En ambos casos y especialmente en Rosa, se aprecia como el contexto social y económico era determinante a la hora de la escolarización de los niños y la continuación con estudios superiores. Rosa proviene de la alta burguesía vasca y Antonia de una familia acomodada.

*“Cuando llegó una edad que podía ir al colegio interna, mis padres me metieron interna. El colegio donde yo me eduqué, en Orduña (Vizcaya), se llamaba Nuestra Señora de la Ascensión, allí estuve interna 6 años. [...] También tocaba el piano porque **tengo carrera de piano**, ahora no me acuerdo ni de tocar el “do”, porque el piano es una cosa muy ingrata, que como hayas dejado de tocar tres o cuatro años se te ha olvidado, y se me ha olvidado, pero **yo tenía la carrera que la hice en el conservatorio de Bilbao”*** (Rosa)

*“Vaig estudiar, vaig fer el batxillerat, vaig fer l’examen d’estat, els 7 anys de Batxiller, l’examen d’estat, vull dir era molt aplicada... Vaig anar la Universitat i vaig començar*



**Filosofia i Lletres.** *Vaig fer el primer curs i vaig treure una matricula d'honor de religió, que a llavors ens les feien guanyar. I una vegada casada, vaig fer la carrera de mestre. Sola! Quan vaig començar magisteri, el petit tenia...tenia 2 anys, el petit tenia 2 anys però els altres eren grandets, ja els tenia al col·legi. Però jo volia estudiar filosofia, no volia ser mestra, sinó que volia estudiar filosofia.” (Antonia)*

En los relatos llama la atención la importancia que la formación tiene para la mayoría de los entrevistados, que ante las dificultades que tuvieron para recibir una escolaridad básica, completaron su formación en una edad adulta y aprovecharon las ocasiones que se les presentaron para aumentar su formación:

**“En la mili aprendí a leer y a escribir,** [con soltura], *allí a los que querían podían ir a clase digamos... y se les perdonaban algunas cosas de hacer, así que muchos nos apuntábamos para librarnos de alguna tarea, pero si el sargento que nos daba clases veía que no aprovechaban el rato o que eran muy “cazorros”, pues ¡jala!, los mandaba de vuelta para el cuartel, sino no hubiésemos cabido en la habitación...” (Pedro)*

**“Si, tenia... uns vint anys... no sé quants exactament, vaig començar a estudiar música.** *En poc temps vaig aprendre...vaig aprendre 4 mètodes, per tocar la bateria ja en tens prou, perquè per aprendre tota la part musical i tot allò t’has d’aprendre set mètodes...que té tot allò...la composició. [...] No els vaig arribar a acabar de fer els set mètodes, que el professor va dir que no calia per a tocar la bateria ... Bueno, doncs vaig començar a ser music.” (Ricard)*

Sorprende que, a pesar de lo que se pueda presuponer al conocer el bajo nivel de escolaridad de la mayoría de los informantes, una de las actividades a la que dedican más tiempo es a la escritura. Es una de las actividades que les gusta realizar a varios de los entrevistados, principalmente a Ricard, Agustí, Juan, Antonia y Joana.

- **La guerra civil y sus consecuencias**

Otro acontecimiento crucial que aparece en el relato de los informantes es la guerra civil española. La guerra civil es uno de los momentos históricos más trágicos sucedidos en este país. Los entrevistados eran muy jóvenes, pero los recuerdos que tienen sobre este acontecimiento son muy vivos y aparecen en la mayoría de relatos. La recuerdan como una

época de escasez y dificultades y, a pesar del tiempo transcurrido, cuando explican los acontecimientos vuelven a aflorar muchas emociones y sentimientos.

Para algunos de los informantes supuso una ruptura en sus vidas, unas circunstancias trágicas que cambiaron el rumbo de sus vidas. Fue el inicio de una época de sufrimiento, en la que como explican algunos de los entrevistados, se produjo una gran fractura social en dos bandos que aún perdura en sus memorias. Para la mayoría supuso un gran acúmulo de pérdidas: de personas queridas y significativas, de bienes, de estilos de vida, hasta de ideas políticas.

Cuando Pedro recuerda la guerra cambia el tono de voz que se endurece, mira a lo lejos y se percibe perfectamente la rabia que aún tiene por todo lo sucedido en esta época:

***“La guerra fue lo peor... ojalá no vuelva a ver otra, que no lo veo yo muy claro... estos políticos sólo piensan en revolver las cosas... La guerra destruyó mucho, mucho, familias enteras divididas, rotas, muertos de uno y otro lado... Nosotros como decían que éramos “rojos”, ni a la iglesia nos dejaron entrar durante un tiempo. [...] Yo tenía diez años cuando el movimiento y recuerdo a mi madre llorando todo el día, a mi padre maldecir su suerte por haber tenido hijos que se los quitaban...”*** (Pedro)

***“Eso es lo mayor de lo mío [la mayor desgracia de su vida], que ha sido el empezar la guerra. ¡Empezando la guerra que comencé a sufrir! [...] Que a mí se me murieron todos, todos, en los 3 años de guerra se me murieron todos, todos y yo me quedé en Aranjuez, pues ya sola”*** (Hortensia)

***“Em van matar el pare , me'l van cremar viu. Vaig quedar amb la meva mare, totes dues soles”*** (Antonia)

***“Para mí que le dieron el “paseillo” [se refiere a un maestro del pueblo]. [...] El paseillo era cuando venían a las casa y detenían a los hombres y a chiquillos, porque eso eran con 16, 17 años... ¿Qué habían hecho?, nada dar unos gritos en la plaza a favor de la segunda república o ser simpatizantes de la UGT o la CNT, ni siquiera pertenecer, aquel pueblo estaba allí perdido ... Pues eso, venían y les daban el “paseillo”, se los llevaban y nunca más volvían, los mataban en algún descampado o a la orilla de la carretera.”*** (Pedro)

*“Els meus pares eren d’esquerres i jo quan vaig veure de la manera que portaven idea [se refiere a que ya se preveía que ganaría la guerra el dictador Franco] , eh! **Tot i tenir un cor d’esquerra diguéssim vaig fer passar los meus pares a la dreta perquè allò que pronosticaven de fer allò... [...] I mateu [a los hijos] la casa més rica pues així serà per tots molt exemplar...No, això no! Això no!**” (Agustí)*

En esta investigación aparece una informadora excepcional de uno de los momentos históricos más conocidos de la Guerra civil. Rosa nos explica así su experiencia del inicio de la guerra:

*“Me acuerdo que mis padres nos llevaban a los tres hermanos a la Colonia, para pasar tres meses, y allí nos pilló la guerra. **Desde allí, era cerca de Guernica**, vimos desde la Colonia escolar el bombardeo de Guernica que fue muy famoso y **veías como caían las bombas** y todo. **¡De eso me acuerdo! Porque te impacta, ¿no? Y yo me acuerdo perfectamente.**” (Rosa)*

Fue una experiencia muy dura para todos ellos y que coinciden con el estudio de Alted Vigil (1996) sobre las consecuencias de la guerra civil española en los niños. En su trabajo el autor recopila el testimonio de “tres niños de la guerra”, testimonios detallados que, aunque recogen exclusivamente la experiencia de la guerra y del exilio, permiten observar el paralelismo existente de pérdidas y sufrimiento entre todas las historias.

De este modo, se podría resumir que las infancias de los informantes estuvieron marcadas por ser una época relativamente corta, con alejamiento de los padres en muchas ocasiones, una incorporación al mundo del trabajo a una edad temprana que les supuso una escolarización muy breve y con experiencias frecuentes de pérdidas de personas queridas y significativas como son el padre o la madre, y muertes muy traumáticas en algún caso, aunque la muertes de los padres siempre es traumática en los niños. Pero, sobre todo, sus infancias se vieron especialmente marcadas por los acontecimientos ocurridos en la guerra civil.

### **La infancia**

- ✓ Etapa corta
- ✓ Baja escolaridad
- ✓ Alejamiento de los padres
- ✓ Incorporación al trabajo
- ✓ Separación de los padres en muchas ocasiones
- ✓ Experiencias de muerte de personas significativas: padres
- ✓ Gran impacto emocional e instrumental causado por la guerra civil

## 9.2 Juventud y edad adulta

*Categorías: Juventud. Noviazgo. Matrimonio e hijos. Sexualidad y deseo. Trabajo.*

*Evento crucial: emigración*

La metacategoría “Juventud y edad adulta” comprende el periodo que va desde la incorporación al trabajo hasta la jubilación. Incluye vivencias que abarcan un largo período de tiempo, desde la juventud, el enamoramiento y el deseo sexual, a la decisión de vivir en pareja y el deseo de tener hijos, y como evento crucial se encuentra la emigración. Estas vivencias coinciden con el nombre designado a las categorías.

Se ha decidido incluir todos estos aspectos en la misma metacategoría porque todos ellos están entrelazados entre sí, uno nos lleva a otro y así sucesivamente. El trabajo es fundamental en sus proyectos de vida, principalmente para poder formar una familia. En los relatos surge la importancia de encontrar a la pareja adecuada, con el objetivo primordial de crear una familia: tener hijos. El bienestar de la familia, y principalmente de los hijos a los que se les quiere ofrecer oportunidades de mejores condiciones de vida que las que han tenido los informantes, les lleva a emigrar, este hecho aparece como un evento crucial. Tener hijos es el motor de sus vidas, mientras que los entrevistados que no los han tenido es de las cosas que más echan en falta en su vida.

- **Juventud**

Algo que ha llamado especialmente la atención en los relatos es precisamente lo que “*no está*”: la juventud. Apenas dan información sobre ella y destaca cómo relacionan el inicio del trabajo con la juventud, aunque sea a edades muy tempranas. La infancia queda atrás y parece iniciarse una carrera hacia la formación de una familia. La prioridad es el trabajo, el ocio es secundario.

*“A los 12 años me puse allí a trabajar de aprendiz y nadie me preguntó de dónde era, ni cómo era, ni nada de nada...todo por horas y...nadie se preocupaba.” (Juan)*

***“Vaig fer el 11 anys el 21 de maig i a la setmana de la mare de Déu de setembre em vaig ficar a treballar a la sastrería. [...] He passat una joventut bé, he treballat molt.”***  
(Pilar)

***“La meva vida de jove, bueno de casa a l'església, d'església a casa , de casa a fer catecisme, de fer catecisme a l'església, les tres coses que anaven al voltant de la meva vida perquè no havia anat mai ni als cines ni a ballar ni res de res.”*** (Antonia)

Del Campo y Rodrigo-Brioso (2002), comparando la juventud en la actualidad con la de generaciones anteriores, dicen: *“El paso de la infancia a la edad adulta no ha sido tan problemático antes porque coincidía la edad de la pubertad con el término de la etapa de formación, la fundación de la familia de procreación y el comienzo de la actividad laboral”*.

La información que nos aportan nuestros entrevistados coincide con lo expresado por Del Campo y Rodrigo-Brioso (2002). Sus narraciones pasan de puntillas por la juventud y se centran mucho más en los noviazgos, el matrimonio y la importancia de tener hijos. Es como si esta época fuese un tránsito corto para llegar a la meta: el matrimonio. Pero antes se debía pasar por otro “momento”: el noviazgo

- **Noviazgo**

Al contrario de lo que ocurre con la juventud, todos los entrevistados mencionan sus relaciones con sus novios-as y en la mayoría de los casos, futuros esposos-as. Todos los entrevistados hacen referencia a cómo conocieron a sus respectivas parejas o a personas que tuvieron un significado especial en sus vidas. En los casos en que la relación prosperó suelen explicarla detalladamente y en ellas suelen aparecer las virtudes y cualidades que veían en estas personas: guapos-as; buenos-as; serios-as; trabajadores, etc. También aparecen características sociales de esa época, como que los novios no podían estar a solas, siempre debían ir acompañados y la duración, habitualmente noviazgos largos.

***“Entonces yo ya me había fijado en mi mujer, Dolores, una chica muy guapa, y muy seria y trabajadora, ella iba a servir a casa de los ricos del pueblo y nos veíamos los domingos en el baile que se hacía, la había sacado a bailar un par de veces y me gustaba, así que cuando yo vi que ya me hacía con algo mío, [se refiere a los animales y el campo], le propuse salir y me dijo que sí, empezamos a festejar, siempre nos***

***acompañaba alguien, nunca nos dejaban solos y tenía unos hermanos mayores que siempre estaban al acecho...” (Pedro)***

***“El caso es que nos conocimos cuando ella tenía 16 años y yo 17, y nos conocimos y no sé...nos interesó de estar juntos... [...] Sí, nos conocimos y ya empezamos a festejar, pero el festejo de aquella época era muy distinto a ahora, por eso parece que se aprecia más o...o dura más no lo sé” (Juan)***

***“Tuvimos un noviazgo muy largo. Una barbaridad, una barbaridad... [...] y yo la conocería, pues vamos a poner que cuando me casé pues llevaríamos 14 o 15 años de noviazgo. Larguísimos...” (Luis)***

No siempre las relaciones tuvieron continuidad o fueron felices, de los doce entrevistados cuatro tienen recuerdos importantes de personas y relaciones que no pudieron ser, y en dos, a pesar de los años transcurridos, todavía se percibe un gran arrepentimiento y pesar por haber conocido a sus maridos.

***“El dia que vam posar “fecha” per a casar-me, ara he tirat una mica endarrere, va sortir ella: “Si no deixes la música ja hem acabat!”. Dic: “Doncs mira ja hem acabat”. Perquè a mi ser músic m’agrada molt. [...] Doncs “ja hem acabat”, i ja no hi vaig pensar més en la novia. Perquè a mi em va costar molt aprendre de músic i guanyava molts centimets.” (Ricard)***

***“Una noia que estava fent de portera i tal, em va fer conèixer el seu germà i el cas es que...ja no vaig acabar i em vaig casar... joveneta, tenia 19 anys. [...] vaig anar a viure a una casa de pagès on hi havia la sogra, el sogre, dues cunyades, el meu Home i jo. No sabia lo que m’esperava, no ho sabia...” (Antonia)***

***“Aleshores vaig conèixer al que va ser el meu marit... Que aquell dia em tenia que haver obert el cap! Una desgràcia, allò va ser una desgràcia!” (Joana)***

La guerra y la división entre derechas e izquierdas marcó durante mucho tiempo incluso las relaciones que se podían hacer y con quién se podían casar, como atestigua Agustí:

***“Hi havia una noia que tenia 10 anys menys que jo ... però que en aquell pocs temps després de la guerra que encara hi havia aquella cosa que si uns d’esquerra els altres de dreta, i tota aqueixa cosa... Doncs no va ser.” (Agustí)***

En la actualidad las palabras como noviazgo, festejar, parecen algo trasnochadas y fuera de lugar, ya que las personas suelen tener diversas parejas a lo largo de la vida y las relaciones sexuales fuera del matrimonio están ampliamente aceptadas. Pero si nos situamos en la época de los informantes, las rígidas normas morales y sociales hacían que los noviazgos y los deseos sexuales fueran sumamente vigilados y controlados. En esa época el matrimonio era “sagrado” y era el único espacio legitimado para tener relaciones sexuales y, por supuesto, con la finalidad de tener hijos. Encontramos una sociedad de doble moral que ensalzaba que las mujeres llegasen vírgenes al matrimonio, sino eran consideradas mujeres de mala vida (Peinado, Anta, 2013), pero en cambio esto no regía para los hombres, que incluso podían presumir de ser hombres experimentados (Soto, 2002; Cosse, 2008; Rina, 2010).

*“Pero escucha una cosa, yo quiero ir virgen al matrimonio, o sea que no hay nada que hacer hasta que me case” (Amparo)*

*“A ti no te dejaba la carabina...tú ya sabes que tenías siempre la carabina pegada a tres tiros que no usaba el gatillo, ¡pero le faltaba poco!, [Ríe con ganas]. Y bueno, ¡qué vas a hacer! Pues no pasaba nada, no pasaba ná...pero tal vez por eso los caramelos sean más dulces, tal vez sea por eso. Porque el deseo muchas veces influye en la persona a ser más codiciado, más...más fuerte, tener más ansia, si estás hastiado...como decía el papel aquel...si estás hastiado de una cosa, pues ya ni te va ni te viene, ahora, si estás deseoso de esa cosa cuando la coges, cuando más la tienes más quieres tenerla, sí. Es ley de vida es así.” (Juan)*

*“Una noia que està posada amb un home però no estan casats, perquè molts anys enrere una dona que no estès casada ja era... que s’ajuntava amb un home ja era una... no és agradable de dir. Així com ara en l’actualitat no, perquè agafen a una dona a prova i si no va... és com els melons, si no van els llencen, o no? (Ricard)*

- **El matrimonio y los hijos**

Ortega y Silvestre (2005) y Reher (2003), en sus estudios demográficos de posguerra, coinciden al indicar un aumento progresivo de matrimonios en los años 40, y especialmente en los años 50, a lo que Reher (2003) denomina “euforia matrimonial”. Este hecho se encuentra relacionado con las políticas paternalistas de la época franquista y el auge del



“nacional catolicismo”, que hacía prácticamente obligatorio el matrimonio católico con el fin último de tener hijos, algo que se mantuvo prácticamente durante todo el tiempo que duró la dictadura en España.

La generación de los “hijos de la guerra”, a la que pertenecen los protagonistas de esta investigación, contrae matrimonio en la década de los 50-60, por lo que se encuentra dentro de este aumento de matrimonios que explican Ortega, Silvestre (2005) y Reher (2003) y que coincide con la información aportada por nuestros informantes: diez se casaron por la iglesia; una mujer es soltera pero su decisión estuvo motivada por problemas de salud; y hay una excepción, Ricard, que convivió en pareja hasta que “enviudó”.

El concepto de familia, como explican del Campo y Rodrigo-Brioso (2002), ha sufrido importantes transformaciones en el último siglo, principalmente a partir de los años 50. Se ha pasado de una familia extensa antes de los años 50 a una familia nuclear, en la que el núcleo importante son los hijos. Todos los informantes quieren tener hijos.

Tener descendencia es tan importante que una de las entrevistadas rompió una relación por el miedo que le producía poder tener hijos que padecieran epilepsia. Cuando lo narra lo hace de una forma lenta con pausas, y todavía se detectan la rabia y el enfado en su voz. Ahora sabe que no tiene epilepsia y ella misma me dice “*Cuando me dijeron que no tenía epilepsia ni nada por el estilo, me dio una raaabia*”. Alarga la “a” de la palabra rabia, la enfatiza, se palpa el enfado. Precisamente su testimonio de no tener hijos, reafirma la importancia que tenerlos tenía para todos los informantes.

*“En vaig tindre un que era d’or [el novio], era una persona que no podia ser més bona. Jo anava a missa per donar gràcies del que m’havia passat, i ell sempre al costat, sempre al costat meu, i al costat meu...allò que saps que veies que... [...] Però una persona encantadíssima, boníssima, bona, però ho vaig deixar córrer perquè: ara em caso i que li agafa això al meu fill?, [se refiere a la epilepsia que le habían diagnosticado]. Jo em trec els cabells del cap... [...] Se’m va posar la banya de no casar-me i fora!. Bueno, doncs ara jo, que m’hagués casat i ho hagués agafat el meu fill...Jo em mat!” (Carme)*

*“M’hauria agradat tindre fills, m’agraden sempre les criatures, sempre m’han agradat molt, molt sempre, però doncs mira em va passar això i escolta’m...ja et dic si*

*fos avui potser m'hagués casat però aleshores...perquè hi ha més adelantos però com que aleshores no hi havia res" (Carme)*

Para Agustí era lo más importante del matrimonio, un matrimonio que parece un acuerdo más que un enamoramiento, ya que el objetivo es reforzar un apellido que a él en algunos momentos le pesa más de lo que le gustaría, pero sobre todo quería tener hijos:

*"En Vaig casar amb la Teresa, que era dos anys més gran que jo. I em vaig casar amb la Teresa perquè podrien ser Valls i Valls, [se refiere a lo futuros hijos ya que los dos tienen el mismo apellido], per poder ser Valls i Valls. El ditxòs Valls!, si lo pugués... i que s'aguantés el Valls, que la única cosa que he tingut amb força és aguantar l'apellit Valls. I m'arribo a casar amb una que tenia dos anys més que jo, però es deia Valls i tots els fills es diuen Valls i Valls. [...] Jo estava tan entusiasmada en voler saber algo... que si em casava i sabia que no havia de tindre fills no em casaria. Volia tindre fills [le inquietava que Teresa no pudiera tener hijos]. Vam tindre quatre fills: dos nois i dues noies." (Agustí)*

En la narrativa de Agustí aparece otro dato importante: la culpabilidad de la mujer en los casos de esterilidad. En esta época de pleno tradicionalismo católico se considera que la mujer tiene la vocación inequívoca de ser madre y ama de casa (Sarasúa, Molinero, 2008; Soto, 2002). Las mujeres tenían el papel imprescindible de "proporcionar hijos a la Patria" (Ortiz, 2006).

En el caso de Amparo, ser madre, cuidar de hijos propios o "adoptados" ha sido una constante a lo largo de su vida. El "cuidar del otro" es algo que aún realiza en la residencia, va a ver a los residentes enfermos, intenta ayudar a los que tienen dificultades, se preocupa por los otros. Aunque sólo tiene dos hijos biológicos, ella cuenta que ha tenido 8 hijos. Esta larga trayectoria de madre se inicia cuando acoge a los hermanos pequeños del que será su marido tras la muerte de su madre:

*"Empezamos con mi marido [...] Había muerto su madre y la había enterrado. Con dos hermanitos pequeños quedó. [...] Fue a buscarlos a Andalucía **un chico y una chica pequeñitos**, uno tenía 4 años y el otro 5, iba pa 6... **Yo digo, pues sí que llevo una buena carrera yo...** [...] Después he tenido otro niño, después dos niñas más, la pequeña con la mayor se llevan 5 años. [...] Después cuando mis hijos ya los tenía cada uno colocado [...] en la calle vi todo como de sangre, llovía, y el agua parecía sangre... había como si fuera*

*un atillo, y había un niño dentro de aquella bolsa...y mirando, claro era tan de mañana, vi que había otro pequeñín al otro lado de la acera. . La madre los había parido y los había dejado allí. [...] Al llegar a casa mi marido ha dicho: “¿pero tú que traes aquí cariño?”. **Dos niños, digo, traigo dos niños.***

*Cuando los chicos ya han crecido y todo estaba encarrilado, de eso que cojo otro niño... Es que yo isoy un caso!. Una vecina fue a tirar la basura y sintió un gemido como un gatito y me llamo y fuimos las dos... sentíamos a aquel... ¡que no podía ya ni llorar ni nada!, y la Sra. Amalia: “¿Qué hay aquí?”. **Era un mal parto...chiquitín, chiquitín, ná. Lo he tenido, pues 14 años... y a los 14 años sale su padre.**” (Amparo)*

En ambos casos al cabo de los años aparecieron los padres reclamando a los hijos. En el primer caso de los dos hermanos, el juez reconoció a Amparo como la madre legal. En el segundo caso, le dieron la custodia al padre biológico. Así lo resume Amparo:

***“Y él no era el padre, he sido yo la madre,** [eleva la voz, se enfada al recordar la situación]. El Juez me ha dicho: “usted es a la que pertenece, pero él es su padre”. (Amparo).*

Para ella todos son sus hijos y continúa en contacto con todos ellos. Cuando conocemos la vida de Amparo entendemos su afán protector hacia las personas que ingresan en la residencia y que ella identifica como indefensas o asustadas. También va a visitar a los residentes que sabe que están enfermos.

El divorcio fue prohibido en 1938 y no fue aprobado de nuevo hasta la llegada de la democracia en 1981, esta prohibición reforzada con las fuertes creencias religiosas hizo que muchas mujeres continuaran con sus maridos a pesar de lo difícil y dura que podía ser la situación:

***“Molt malament, molt, molt, ho vaig passar molt malament [...] Abans no hi havia la moda de separar-se, llavors una dona separada era...una p...una persona tirada, que vamos això no m’ho havia plantejat mai!” (Antonia)***

***“Després va ser trista, [la vida], no és que fos dolenta, però va ser trista, i ja després en contes d’anar millorant doncs no va millorar res...fins que no em vaig poder desprendre d’aquella patcada de marit que tenia...” (Joana)***

Antonia continuó con su marido por valores religiosos a pesar de que no era feliz, sin embargo Joana después de nacer su hija decide dejar a su marido, una de las primeras barreras con la que se encuentra es su madre, preocupada por lo que dirán la gente conocida. Pero además Joana estaba realizando algo que se consideraba ilegal en esos momentos. En 1958 y en 1961 se aprueban leyes que introducen algunas reformas como es la ley de no discriminación por razón de sexo respecto a la capacidad jurídica de las mujeres (derechos y obligaciones), pero este punto de no discriminación sólo hacía referencia a las mujeres solteras y mayores de edad. Las mujeres casadas estaban bajo la tutela del marido. Esto significa que no pueden elegir una profesión, firmar un contrato, o abrir una cuenta bancaria entre otras muchas cosas, sin la “autorización marital” (Ortiz, 2006). Así pues, se puede comprender lo valiente que fue Joana para dejar a su marido en un momento en que él tenía toda la potestad legal sobre ella.

*“La primera reacció de la meva mare quan va veure que jo vaig treure a aquell al carrer, i vaig agafar les coses i vaig anar cap a casa de la meva mare, [...], i la meva mare: Verge Santa! Què diran els veïns! Tu allà i què diran els veïns...!” Mama, que diguin el que vulguin els veïns, però no veus que jo no puc estar aquí, no t’estàs donant compte?” (Joana)*

Sólo hay un entrevistado, Ricard, que haya vivido en pareja sin estar casado oficialmente:

*“Jo encara em podria casar, perquè no he estat casta mai. He viscut amb la “jefa” però no estàvem casats” (Ricard)*

Entre los informantes hay dos personas que todavía conviven con su pareja en la residencia. Son Luís y Juan, que recuerdan el hecho de vivir tantos años juntos como algo emocionante:

*“El caso es que nos conocimos cuando ella tenía 16 años y yo 17, y nos conocimos y no sé...nos interesó de estar juntos... no sé porque, porque entonces ni ella sabía lo que quería ni yo tampoco. Y ya ves, [me enseña una fotografía de la celebración del aniversario de boda]. Sí, 65 aniversario de boda, nos casamos el 27 de marzo de... 1949.” (Juan)*

El día que se inicia la entrevista con Luis coincide con la fecha en que hacen 50 años de casados, “las bodas de oro”:

***“Hoy hacemos 50 años de casados. Pues, hombre, la verdad es que te llega a emocionar y toda esa cosa porque... son cosas que ocurren... deben de ocurrir una vez nada más porque lo demás es una desgracia...en fin.” (Luis)***

De nuevo en Luis aparece la asociación de separación con desgracia y el matrimonio sólo una vez y para toda la vida.

En Rosa se sigue observando ese transcurrir feliz de la vida que hemos visto hasta el momento:

*“Mi marido era licenciado químico. Cuando me casé estuve unos meses en casa de mis padres porque no nos querían dejar marchar. Yo tenía el piso puesto porque ellos ya me lo pusieron todo, pero hasta los 5 o 6 meses no me fui a vivir con mi marido [al piso].”  
(Rosa)*

- **La sexualidad y el deseo**

Ya ha aparecido anteriormente el deseo y la sexualidad pero relacionado con el noviazgo. Pero la sexualidad es importante en todas las etapas de la vida.

Quizás uno de los estereotipos más infundidos en relación a la vejez es la falta de interés sexual de los mayores (Nieto, 1995; Villar, Triadó, Celdrán, Fabà, 2011). Somos seres sexuales desde el nacimiento, por lo que la sexualidad con sus diferentes expresiones nos acompaña durante toda la vida. Cada persona la vive y la expresa de una manera diferente y estará influenciada por experiencias y vivencias anteriores, pero también por la cultura y el contexto. La vejez, como etapa vital que es, no es indiferente a la sexualidad, aunque puede cambiar la forma de expresarla y acontecimientos como la pérdida de salud, la viudez o el vivir en una institución pueden hacer que la expresión de la sexualidad quede inhibida pero también puede ocurrir que las enfermeras y personal sanitario en general no le den la importancia que como necesidad básica tiene. La afectividad, las muestras de cariño y amor también son partes de la sexualidad (Muñoz, Alarcón, Berasain, Boid, Conejeros, 2002).

Se debe tener en consideración que es un tema que en general resulta difícil de abordar para los ancianos. Nuestra sociedad viene de una cultura religiosa católica en la que el sexo

estaba relacionado con el pecado, lo que puede hacer que muchos ancianos no la expresen libremente o se sientan avergonzados de tener deseo sexual.

*“Pero escucha una cosa, yo quiero ir virgen al matrimonio, o sea que **no hay nada que hacer hasta que me case.**” (Amparo)*

*“Siempre había alguien vigilando [...], es más, creo que es acertadísimo en esas circunstancias. Quizás hoy pensara de diferente manera pero no me arrepiento de haber...de haber pues, no sé... **respetaba a mi mujer como mujer, porque eso es algo muy importante.**” (Luis)*

En el caso de Juan quiso dejarlo claro desde el primer momento que iniciamos la entrevista con la siguiente frase:

*“Yo lo único, **lo único que quiero reservarme, por supuesto, son las cosas matrimoniales.**” (Juan)*

Según fue pasando la entrevista y generándose un ambiente de confianza, Juan me hizo partícipe de algunas inquietudes respecto a este tema que no puedo reproducir ya que pidió que apagara la grabadora. Pero en su HV, cuando habla del noviazgo, da algunas pistas sobre la importancia que para él tiene la sexualidad:

*“Porque el deseo muchas veces influye en la persona a ser más codiciado, más...más fuerte, tener más ansia, si estas hastiado...como decía el papel aquel...si estás hastiado de una cosa, pues ya ni te va ni te viene, ahora, **si estás deseoso de esa cosa cuando la coges, cuando más la tienes más quieres tenerla, sí. Es ley de vida es así.**” (Juan)*

A través de las HV se puede encontrar información valiosa sobre la importancia que puede tener la sexualidad y el deseo “del otro”. A veces está información no se refiere directamente al momento de la vejez, pero permite ahondar en las ideas y creencias de las personas y orienta para poder introducir el tema.

Ricard cuenta cómo fue la relación con su pareja, “la mestressa” como él la llama ya que era la dueña del negocio en el que trabajaba. Ella se queda viuda y al tiempo inicia una relación con el informante, que al explicar esta parte de la historia cambia el tono de voz: es más vibrante y vivo, se le iluminan los ojos.

*“La mestressa era una mestressa...llampada, neta, guapa, bon tipo, clar també tenia anys més que jo, però no se coneixien 10 anys més que jo,[...] Me la mirava com a dona, però no per a pensar lo que molts pensaven, per treballar; en acabat va vindre el que va vindre no? [...]. I així va ser, i allà les coses...**en un dia no passa res...en dos dies no passa res, però bueno, doncs ve un dia que et ve doncs...la estimació, arriba un dia, arriba un dia... I ella pot ser que em va estimar més que jo a ella**” (Ricard)*

Y continúa su relato a través del cual nos deja entrever como era su relación. De nuevo aparece el tema de los hijos, a Ricard también le hubiera gustado ser padre, e incluso al escucharlo suena como si fuese un pequeño reproche a María. También aparecen algunos prejuicios sociales frecuentes de aquella época como era el que una mujer hubiese tenido una vida marital anterior.

*“Era una dona que **em va donar molt de carinyo, molta estimació, molt d’amor, molt de tot lo que...pot ser que no va tindre fills. El nuvi , [el amo, pareja anterior], va ser el primer, però jo al ser més jove li vaig poder donar tot el que em demanava. ... Ella amb aquell home, ella era la més potent, però jo amb aquella dona, era més potent jo que aquesta dona, no sé, va ser una cosa...una cosa...**” (Ricard)*

Muchas veces la comunicación verbal es la menos elocuente ya que hay muchas formas de expresar sentimientos y deseos. Por lo tanto se debe tener la mente y los sentidos abiertos para poder “ver más allá de las palabras”. A Juan le apasiona escribir poesía, y a través de ella se expresa con gran libertad, como se puede comprobar en dos pequeños fragmentos de poesías dirigidos a su esposa:

*“**Juntamos nuestra pasión en unión matrimonial con la exclusiva ilusión y de ella nos dotó Dios de amor y felicidad**” (Juan)*

*“Hoy se cumple el día en que nos dimos el sí, al pie del altar mayor,*

***Aquí estamos 65 años después con la misma ilusión y aquella fuerte pasión**” (Poesía de Juan a su mujer en la celebración de los 65 años de casados).*

La sexualidad en los ancianos existe y no desaparece por el hecho de cumplir años. La edad no es un obstáculo para la sexualidad, que se encontrará más influenciada por otros aspectos relacionados con problemas de salud, pérdida del cónyuge, hábitos sexuales previos o condiciones del entorno o sociales (Leyva-Moral, 2008). Todos estos factores se

pueden encontrar conjuntamente en los ancianos institucionalizados, lo que puede complicar aún más la expresión de sexualidad.

Hay factores sobre los que se tiene poca capacidad de modificación como puede ser la falta de pareja. Pero hay otras situaciones sobre el que las enfermeras tienen un papel muy importante de facilitadoras o solucionadoras del problema, como son la comprensión en la formación de nuevas parejas o en facilitar espacios para la intimidad y la privacidad. Situaciones que cada vez se dan con mayor frecuencia. En este estudio encontramos dos matrimonios y también una nueva pareja formada dentro de la residencia.

En el caso de los dos matrimonios, las dos esposas están diagnosticadas de demencia, lo que hace que las expresiones sobre el tema de lo que supone vivir en un espacio como la residencia con tu compañera no tenga las características que seguramente encontraríamos en el caso de que ambas personas no tuvieran este tipo de enfermedad. A pesar de esto Juan nos aporta una información muy valiosa que las personas encargadas de su cuidado deberíamos recoger:

***“La diferencia con estar en casa, no se puede medir. Hasta el año 13 hasta septiembre del año 2013 yo dormía con mi mujer y a partir de esa fecha ya no duermo con mi mujer, dormimos uno en cada cama. Eso, eso entra por la romana mayor. - ¡Y ya está eh! Ahí ya...está todo.” (Juan)***

Sólo con este testimonio debería bastar para preguntarnos sobre cómo se trabaja el tema de la vida en pareja y la sexualidad en las residencias. Aquí hay dos factores importantes que se deben tener en cuenta: por un lado, la actitud de los profesionales que comprendan la necesidades de la pareja y, por otro, la estructura física de las residencias que copian modelos hospitalarios, en los que no se favorece la intimidad de los residentes (Bauer 1999; Villar, Triado, Celdrán, Fabà 2011; Hernández, Aguilera, Ortiz 2014). Ambos factores van a influir en cómo el anciano puede vivir y desarrollar su convivencia con su cónyuge en la residencia.

La falta de privacidad coincide con el estudio de López Doblas (2004), en el que uno de los motivos que aluden los ancianos para no ingresar en una residencia son la falta de intimidad y privacidad.



En cuanto a Luis, ver cómo se va deteriorando lentamente su esposa le produce un gran sentimiento de impotencia y tristeza:

*“Me da pena, la veo andar por aquí... y me da una tristeza enorme... porque ella... ella físicamente está bien... [se le nublan los ojos y las pausas entre las frases son largas].”*

*(Luis)*

Murgieri (2011) estudia la sexualidad en las residencias y en sus conclusiones afirma que el encuentro de nuevas parejas puede darle a la existencia un nuevo sentido. Esto se percibe en la narración de Amparo. Ella habla de una nueva relación forjada en la residencia, la necesidad de compañía, “de calor”, como parte fundamental de la vida. Y la edad no excluye los ritos que acompañan el inicio de una relación: coqueteo, hacerse esperar, la comunicación de sentimientos...

*“Yo bajaba [a la planta baja donde está recepción y las máquinas de café], y él me dice: ¿quiere café? y yo he dicho: no señor... **A la tercera vez ya subió él...** [Ríe con ganas, con picardía]. **Y subió, y me escribía cartas, ¡sí! , unas cartas... tengo allí una pila...** [sonríe, una sonrisa amplia]*

***Yo pensaba... pienso... ves como es el destino ¿eh?...Y al final...conocernos ya aquí y tuvimos... el necesita calor ha quedado viudo, yo también, él está en su habitación, a mí me bajaron a la primera, él está en su habitación y yo en la mía aquí, él está detrás. Y mira, paso que da, tarde o temprano él vendrá a donde estoy yo. Siempre me busca”.** (Amparo)*

En este caso, a Amparo la trasladaron de planta para que estuvieran en la misma, pero cada uno en su habitación. Las habituaciones están contiguas, pero no suelen entrar el uno en la habitación del otro ya que son compartidas con otros residentes.

Mendoza, Martínez, García, Ullivarri (2005) comprueban que la vida sexual pasa en dos etapas a lo largo de la vida y ambas están influenciadas por las creencias religiosas: en la primera la sexualidad está claramente dirigida a tener hijos, mientras en la segunda la sexualidad se correspondía con el afecto, tranquilidad y la compañía. Estos resultados coinciden con el presente estudio.

- **El trabajo**

Un elemento muy importante relacionado con el trabajo, que ya ha aparecido con anterioridad, es la incorporación a edades muy tempranas al mundo laboral, prácticamente es la infancia o inicio de la pubertad de nuestros días. El trabajo es necesario para formar una familia, sin él no hay posibilidades de iniciar un proyecto en común. Pero las condiciones laborales eran precarias y las jornadas muy largas, generalmente entre 10-12h (Soto, 2002; Amich, 2008; Molinero, Ysàs, 2001):

***“Desde el año 50 he trabajado 12 horas diarias. ¡Tanto trabajo todo el día!, porque en eso, en estas cosas estuve 5 años sin vacaciones, ¡5 años!, me las retrasaron porque no había personal para vacaciones.” (Luis)***

El trabajo requiere sacrificio, forma parte del ideario franquista y católico de aquella época y aunque no guste lo que se hace, se debe hacer y se debe hacer bien. Es la manera de ganarse la vida.

***“Yo soy muy amante de hacer las cosas bien, quiero decir que a mí el oficio de la construcción ni me ha gustado antes, ni me gustaría ahora, ni me gustaría nunca. Pero me gustan las cosas bien hechas.” (Juan)***

***“Cuando uno procede de una cosa que es todo producto de arrimar el hombro y todo lo tienes que sacar de ahí...pues cuanto más tiempo estés, más sacrificios hagas, crees que es más y mejor, claro que es la única manera de poder llevar una vida decente.” (Luis)***

Las mujeres no estaban plenamente incorporadas al mundo laboral y aunque en muchas ocasiones trabajan ayudando en los negocios familiares o en el campo, esto no era reconocido como trabajo y mucho menos remunerado (Roca, 2005). Encontramos en Amparo una información muy enriquecedora respecto a esto, ya que se ha pasado toda la vida trabajando, pero sin remuneración económica, ni social, primero en la clínica donde vivió su infancia, después con su marido. Esto le lleva a que después de estar trabajando toda la vida tanto dentro del hogar como fuera, en estos momentos sólo tenga derecho a percibir la pensión por viudedad. Igual que le ocurre a Amparo, esta situación se da en muchas mujeres ancianas en la actualidad, lo que hace que sean más pobres que los hombres a la misma edad (IMSERSO, 2014; Jiménez Martín, 2010).

*“Me cogieron mucha confianza, yo era como una hija. [...] O sea que yo allí he hecho cosas como si fuera una enfermera, tenía que poner el instrumental para esterilizarlo, las gasas plegarlas y en bombona, todo lo tenía que hacer yo. [...]*

***Cerraba la puerta de la calle con la llave [el doctor], sino “camins” que yo estaría en la calle...;Yo pensaba el Dr. me está haciendo un chantaje, esto no me lo volverá a hacer porque marchó.... “¡Que vas a marchar tú de aquí!. Aquí te casaremos aquí, y ¡cómo te casaremos!” (Amparo)***

***“Trabajando con mi marido por el campo. La vida era dura...hasta que comenzamos a coger viñas... [arriendo], yo siempre ayudando en todo. La vida ha sido trabajando, ayudando para subir a los hijos.” (Amparo)***

A pesar de que el porcentaje de mujeres que trabajaban fuera del hogar de forma reconocida no era muy amplio, en la muestra aparecen tres mujeres que tenían una vida laboral plena. Pero además del trabajo fuera de casa tenían que atender a las actividades domésticas.

***“Em vaig arreglar molt bé la casa, el treball i els nens, no vaig patir mai, quan vaig tindre a la xiqueta tenien que fer un quart o mitja hora per donar de mamar i el amo em va dir: arreglat com vulguis per donar de mamar. Si “fill meu” vaig treballar sempre, i al treballar doncs a casa tenia més feina i així...” (Pilar)***

***“Treballava a la carnisseria i els cap de setmana ajudava a un conegut en un Frankfurt.” (Joana)***

*“Vaig començar a fer de mestra en un parvulari y després vaig anar a treballar a una acadèmia, vaig ser professora de llatí, que se’m donava molt bé el llatí, i professora de geografia i història. Aleshores vaig pensar en fer oposicions, em vaig examinar i les vaig treure a la primera vegada i me’n vaig anar a fer de mestra en diferents pobles. També vaig ser alliberada sindical del sindicat.” (Antonia)*

En esta época de patriarcado, la mujer debe dedicarse a los hijos y al hogar, es el hombre el que debe aportar el sustento a la familia (Rodríguez Sánchez, 1990). La mujer pasaba de la potestad del padre a la potestad del marido. Una vez casadas se esperaba de ellas que fueran sumisas y obedientes. Los hombres son los que tienen el derecho y la obligación de trabajar para mantener a la familia, en cambio a las mujeres se les prohibió a finales del año

1939 poder inscribirse como obreras, sólo las que eran cabezas de familia (viudas), el marido estaba incapacitado, solteras o con un título que les permitiera ejercer una profesión podían hacerlo oficialmente (Ortiz, 2006).

***“Al casarnos dejó la peluquería [la esposa]. No, no, esto se ha acabado. Quién trabajó soy yo. Quien aguantó la casa. Era suficiente, vivíamos bien.” (Luís)***

***“Dolores siguió trabajando hasta que se quedó embarazada de nuestro primer hijo.” (Pedro)***

Pero no siempre las dificultades para incorporarse al mundo laboral venían de los hombres. Las mujeres también participaban de algunos prejuicios en relación a su capacitación para realizar actividades laborales.

***“De seguida em van posar de encarregada i jo vaig dir les condicions: ni una dona, ni una dona, al restaurant no hi vull ni una dona. -“I per què?” -“Perquè no, perquè les dones son molt conflictives per treballar. [...] No t’equivocis, això no és ser purità, això és veure les coses fredament, les dones entre elles es barallen...que passa a les fires... es maten...es diuen de tot , doncs jo aquí no hi vull ni una dona.” (Pilar)***

Sólo Rosa parece vivir en otro mundo, las diferencias de clases sociales son muy marcadas en una época de posguerra y trabajo precario:

***“Nunca he trabajado fuera de casa, nunca, no. Bastante que hacer había, siempre he tenido servicio además, antes se podía. Ahora, quiero decir, no por economía, sino porque había personas que se dedicaban a eso, pero hoy día como ya hay tantas fábricas y tantas cosas pues no encuentras a lo mejor servicio para casa.” (Rosa)***

- **Evento crucial: la emigración**

En las narraciones aparece la importancia del lugar de origen, “las raíces”, la tierra donde nacieron. No se puede pasar por alto la importancia que tiene la cultura de origen en aquellas personas que se han visto obligadas a emigrar. Los vínculos que se establecen con el sitio de nacimiento forman parte del bagaje de la persona y parte de su identidad, teniendo gran influencia en los aspectos culturales e incluso de relación que establece el anciano.

En los años 40, y principalmente entre los años 60-70, se produce un flujo migratorio importante del resto de España hacia Cataluña (Recaño, 2000; Recaño, Cabré 2003). Fue un movimiento migratorio con grandes consecuencias sociales, Cabré (1999) citada por Recaño (2000) llama a esta migración el “sistema català de reproducció”, que habla del crecimiento demográfico en Cataluña como consecuencia de dos fenómenos interrelacionados: de una parte el flujo de inmigrantes del resto de España, y en segundo lugar, los “réditos” biológicos que constituyen sus hijos (Cabré 1999). En la actualidad las personas que emigraron a Cataluña en estos años están en plena etapa de vejez y por lo tanto los encontramos en las residencias.

Entre los informantes, aquellos que nacieron fuera de Cataluña el lugar de origen aparece como signo de identidad cultural y de costumbres y aunque todos dicen estar bien adaptados, algunos transmiten la añoranza de algunos aspectos de la cultura de origen. En el caso de Luis que a pesar de llevar muchos años en Cataluña añora el carácter aragonés, para él más abierto y dado a las relaciones, a la conversación:

*“Creo que esa parte separatista tan en boga, creo que tiene la culpa más que nada, más que ellos [los nacidos aquí]. Esa antipatía que tenemos, [aquí se incluye él al vivir aquí, como catalán de adopción], vamos que yo no la tengo ¿eh? En general en nuestra tierra dicen ¡bahhh! **Si es que mucha gente se la merecen, [la antipatía], porque no se hacen partícipe de esa confianza que estamos deseando de abrirla...que es verdad, tenemos la necesidad de abrirla y darles...porque nosotros también podemos dar algo ¿eh? ¡Cuidado!** [Aquí hace referencia al carácter abierto que el atribuye al carácter aragonés].” (Luis)*

En su relato se puede detectar la ambivalencia de la identificación con el ser: ¿ser aragonés? O ¿ser catalán? Él se identifica con ambos lugares, pero sigue manteniendo un vínculo especial con el lugar en el que nació y vivió su infancia. Necesita reforzar su identidad de aragonés, y a lo largo de la entrevista va apareciendo en repetidas ocasiones. Pero hay algo más en lo que Luis dice, y es que está dispuesto a “abrirse”, a establecer un diálogo, una relación con otros residentes y es muy importante porque Luis no se relaciona con nadie en la residencia exceptuando a su esposa.

Para Juan, venir a Cataluña supuso un gran beneficio. Catalán de nacimiento, marchó con dos años a Andalucía y cuando volvió de nuevo ya estaba casado y con hijos por motivos de

trabajo, pero para él supuso el mejor de los cambios. Él habla de la importancia que puede tener el lugar de origen aunque no se recuerde como era:

*“Tengo a mi padre aquí enterrado, porque lo enterraron aquí... [...]. Yo he tenido siempre pasión por Barcelona... ¡por Cataluña vaya!, y cuando me vine aquí en el año 73, que nos vinimos aquí, pues a mí me tocó la lotería. Porqué vine a pisar la tierra, **la primera tierra que yo había pisado cuando nací...era ésta y el primer aire que yo respiré cuando nací fue éste...y eso ya se lleva en los genes de la sangre, creo yo**”. (Juan)*

Pero la emigración puede ocasionar importantes pérdidas que obliga al inmigrante a dejar su lugar de origen y debe integrarse en una nueva cultura y en una nueva sociedad, y no suele ser fácil. Es un proceso que la persona puede vivir como una gran pérdida y produce duelos importantes. González Calvo (2005) lo denomina “duelo migratorio”, del que dice es muy complejo de elaborar y comporta riesgos de cronicidad. Como dice González, este duelo puede recibir diferentes nombres: “Síndrome de Ulises”, “Mal del emigrante”, “Nostalgia”, “Melancolía”, “Moriña”, etc. Nombres, todos, para describir una situación de tristeza profunda. Aunque este tipo de duelo está más estudiado en las inmigraciones de cambio de país y/o continente, se produce igualmente en distancias más cortas como es entre autonomías. El inmigrante se enfrenta a dos situaciones estresantes y difíciles: por un lado la integración en un nuevo lugar con costumbres y lengua diferente en muchas ocasiones, y, por otro, la pérdida de los vínculos con la tierra y las personas con las que han crecido y convivido.

En el relato de Juan aparecen detalles interesantes como la adaptación a una nueva lengua y expresa como algunos compañeros que vinieron a Cataluña a la vez que él y su familia, no se adaptaron y volvieron a su lugar de origen, también es curioso cómo dice que la culpa de no adaptarse era de las mujeres.

*“Una vez que ya decidimos quedarnos, porque tampoco todos de los que vinieron quisieron quedarse. [...] La mayoría de los que marcharon la culpa era de la mujer, porque a la mujer no le gustaba esto. **No querían quedarse aquí, no les gustaba esto, que no entendíamos a la gente...** Yo le hablaba a la gente y no me enteraba de lo que me decían. Yo no había oído el catalán en toda mi puñetera vida. **Pero yo me adapté a que aquí tenía que estar, pero había otras que no se adaptaron. Yo me adapté a la vida... y me daba igual, lo que entendía lo entendía y lo que no...me callaba.**” (Juan)*

La decisión de cambiar de lugar de residencia no es fácil y en todos los entrevistados viene motivada principalmente por cuestiones laborales coincidiendo con Recaño (2000), Cabré (1999). Pero en los informantes aparece otro motivo muy importante para emigrar: el beneficio que este cambio puede aportar a los hijos, que les permitiría estudiar e incluso ir a la universidad. Para ellos es prioritario que sus hijos no tengan las carencias ni materiales ni culturales que ellos tuvieron.

*"Una de mis hermanas se había venido un par de años antes a Cataluña y vivía en Barcelona, ella **nos dijo que aquí se encontraba trabajo en la construcción** donde trabajaba su marido de peón, así que vendimos las cuatro cosas que nos quedaban y con mi madre, mi padre había muerto ya, nos vinimos para Barcelona [...] **Yo quería que mis hijos estudiaran, y que no les faltara nada.**" (Pedro)*

*"Yo tenía el número dos de la convocatoria, y la estación que pidiera, pues me la iban a dar. [...] Pensando en esto, digo, pues escogí una estación de un pueblo, [...] **que mi hija y, si tenía otros nuevos hijos, poder llevarlos a estudiar.** Dije, bueno, tengo que buscar una zona progresiva, en progreso, cada vez más en aumento y con vistas a futuro más. **Y que se pudiera ir a la universidad, y aquí podían ir a la universidad.**" (Luis)*

La repercusión emocional, los duelos que pueden generar el abandono del lugar de origen no está relacionado sólo con la distancia. Puede ser un cambio de domicilio y a corta distancia, pero los sentimientos de pérdida pueden ser muy importantes. Es el caso de Agustí, no cambió de Comunidad Autónoma, ni de provincia, solamente unos kilómetros le separan de su pueblo, pero tiene un gran vínculo con su pueblo y es uno de los recuerdos al que le dedica más tiempo. Y unos pocos kilómetros para una persona que vive en una residencia y que para poder ir a visitar su pueblo necesita que otros la acompañen y le lleven, esos pocos kilómetros resulta una barrera infranqueable. Es difícil elegir unos cuantos párrafos de su narración para que muestre su relación con su pueblo, porque es la parte más extensa de su narración. Él estuvo muy ligado a la trayectoria del pueblo y fue alcalde durante 15 años, la relación y vida con su pueblo constituye el núcleo de la narración.

*"Jo sempre he tingut al poble com a lo més, lo més. Perquè diu : I que t'ha fet lo poble? No res, absolutament res. Perquè a llavors si diguessis: si, m'ha fer un homenatge per tal cosa – que no vull que me'n facin cap-, però no m'ha fet res. **Però es el meu poble i allà ha sigut la meva vida.**" (Agustí)*

Agustí no quería dejar el pueblo, pero toma la decisión junto a su esposa para vivir más cerca de los hijos. Se nota la añoranza en sus palabras y en su tono de voz.

*“Però jo no volia, m’agradava la terra, però que fariem tot sols?. Així que van vindre per estar a prop dels fills. No ens podíem quedar allà a dalt dos de més de 50 anys, que la dona tenia dos més que jo. [...]” (Agustí)*

Para Hortensia su lugar de origen es un referente de pertinencia a un lugar más importante, refuerza su identidad como alguien diferente como nos dice en otro momento de la entrevista.

*“Yo soy de la Capital, me crié allí, y claro donde haya una ciudad como Madrid...”  
(Hortensia)*

A modo de resumen podemos observar que la etapa de la juventud es prácticamente inexistente en nuestros informantes, no hay etapa intermedia: pasan de la infancia al mundo de los adultos. La influencia del momento político-religioso de esa época se va reflejando a lo largo de los relatos de todos los informantes. La formación de la familia es fundamental en sus vidas, pero por encima de todo destaca la importancia que le dan a tener hijos. Les cuesta hablar de la sexualidad, lo que hace necesario que se preste una especial atención a este tema, se establezca una buena relación de comunicación para poder abordarlo con los ancianos, y ser muy observadores para descubrir los indicios que pueden aparecer (como son las poesías de Juan). El trabajo es una parte importante de sus vidas, pero el mundo laboral todavía es principalmente un mundo de hombres. Pero lo más significativo de sus vidas son los hijos, por ellos emigran e intentan mejorar las condiciones de su vida. Los hijos son su futuro.





### Juventud y Edad Adulta

- ✓ De la infancia se pasa al mundo laboral de los adultos.
- ✓ Juventud corta, prácticamente inexistente. El trabajo marca el final de la infancia e inicio de la vida de adulto.
- ✓ Las energías de la persona se encauzan en conseguir tres logros: trabajo, matrimonio e hijos.
- ✓ Tener hijos es lo que realmente define a la familia: El modelo ideal para ellos es la familia nuclear.
- ✓ La permisibilidad sexual es diferente para los hombres que para las mujeres
- ✓ La sexualidad es parte importante de la vida.
- ✓ Socialmente el trabajo de la mujer fuera de casa no era reconocido.
- ✓ El trabajo doméstico recae exclusivamente en la mujer, independientemente de que trabaje fuera de casa.
- ✓ El trabajo de la mujer fuera de casa no remunerado, realizado con el marido o familia no es considerado trabajo. Es invisible.



### 9.3 La vejez

*Categorías: Jubilación, Percepción del envejecimiento*

Esta metacategoría comprende desde la jubilación hasta el ingreso en la residencia. Aquí se incluye la jubilación como “rito de paso”, la barrera que marca socialmente la entrada a la vejez y también se describe la percepción que los informantes tienen sobre la vejez, tanto de los demás como la suya propia.

- **La jubilación**

Por jubilación se entiende el cese absoluto de la actividad laboral profesional remunerada, que da acceso al cobro de una prestación económica: la pensión. La jubilación tal y como hoy la entendemos, como derecho a un descanso después de una vida laboral intensa, es un concepto relativamente nuevo que tiene sus inicios en la Revolución Industrial (Bazo, 2002).

Con la jubilación las personas rompen con una actividad diaria como es el trabajo y esto supone una adaptación a un nuevo estilo de vida, que puede suponer cambios importantes tanto a nivel personal como social en la vida de la persona. Para algunas personas el trabajo es el centro de su vida, es lo que les da identidad (Forteza, 1990). Los efectos de la jubilación estarán relacionados con la satisfacción vital que la persona obtenía de su trabajo (Agulló, 2004). Si el trabajo no produce satisfacción vital o requiere esfuerzos físicos importantes, la jubilación es más deseada. Pero si el trabajo produce satisfacción vital, puede no ser deseada (Pérez, 2011).

Para Luis, el trabajo era a partir de lo que estructuraba su vida y le producía gran satisfacción. Decidió prejubilarse un año antes de cumplir los 65 años y todavía se pregunta si hizo bien en jubilarse. Le costó mucho adaptarse a la nueva situación de jubilado.

***“Al jubilarme lo sentí, lo sentí mucho, porque yo...me gustaba, ¡mi profesión me gustaba! Pensé que sería como un descanso. Como un descanso... pero también como una agonía, como una responsabilidad de esa cosa que parece ser... si me hubiera estado un año más...[...] Siempre pensando en el poquito más.” (Luis)***

Las personas cada vez llegan a la jubilación con mejor estado de salud. A los 65 años la expectativa de vida libre de discapacidad es de 14,2 años (Pujol, Abellán, 2013), lo que puede hacer que la persona tenga sentimientos encontrados entre lo que le gustaría hacer y lo que puede hacer. No son viejos, pero socialmente inician la etapa de la vejez.

*“Quan compleixes los 65 anys... Por algo serà... que et jubilen, por algo serà que et jubilen als 65 anys! Perquè, home, jo crec que molts encara podríem aguantar una mica més físicament, [...] però jo als 65... encara, encara, encara podia treballar una mica més!”  
(Ricard)*

Para Joana no supuso ningún cambio en su vida, siempre había participado en movimientos ciudadanos y de voluntariado y continuó con ellos pero con más intensidad. Continúa con la misma dinámica que tenía antes de la jubilación, sigue con las mismas actividades y se siente satisfecha de poder realizarlas. De este modo, coincide con los estudios de Atchley (1989) y Ballesteros (2000), las personas que continúan activas son las que están mejor adaptadas.

*“No he parat, he seguit amb moltes activitats de voluntariat: donava classe de llegir i escriure, unes 20 persones, ensenyava català i castellà.*

*Després vaig muntar lo de l'Alzheimer, voluntària a la Creu Roja, a Càrites... vaig ser la Directora de la Federació del Comerç, de la Associació de les Dones vaig ser la presidenta, tot això ho vaig fer a la vegada eh! [...] Vaig fer una Associació al Carrer Major, vaig organitzar una trobada d'emigrants a l'any 2002, amb el intercanvi de cultures, de cultures o sigui senegalesos... paquistanesos, espanyols... Bueno una setmana que va ser un èxit, l'última setmana la vam fer la Palau de Congressos i van anar 2500 persones... un èxit, allò va ser un excitàs” (Joana)*

En el caso de las mujeres, jubilarse sólo es acabar con el trabajo de “fuera” de casa, como expresa Pilar, queda el trabajo del hogar.

*“Quan vaig deixar de treballar a la jubilació i ja a casa. Gràcies a Deu sempre he estat bé, son naturaleses també això. Gràcies a Deu vaig treballar sempre i sempre vaig estar bé i els amos van ser bons cada cosa con sigui. Això és lo principal.” (Pilar)*

Pero el proceso de envejecer o la vejez misma no es algo que ocurra en un solo momento o que se inicie con un acontecimiento como es la jubilación. El proceso de envejecer es progresivo, se inicia mucho antes de ser visible externamente y sentirse internamente. De

hecho, recordemos que la definición de envejecimiento lo explica como un proceso que se inicia en el nacimiento y dura hasta la muerte. La vejez sería la última etapa del proceso vital y por lo tanto también del envejecimiento.

No hemos obtenido excesiva información sobre la jubilación, quizás porque ya han pasado bastantes años y excepto en el caso de Luis, todos están bien adaptados. Pero podemos atrevernos a decir que la información obtenida concuerda con los resultados de Prieto, Etxebarria, Galdona, Urdaneta, Yanguas (2009), en que parece que el tránsito a la jubilación no es tan marcado, ya que existe una continuación en sus actividades domésticas y rol de cuidadora familiar.

- **Percepción del envejecimiento**

De Juan (2013), Laín (2001), Beauvoir (1983) y Catullo (1998) explican como la percepción que la persona tiene de su propia vejez a veces no coincide con la percepción de los otros. Tampoco es lo mismo sentirse anciano o verse anciano, aparece la dicotomía entre la edad física y la edad sentida, es como si envejeciéramos a ritmos diferentes. Se cumplen años, se envejece, pero el espíritu sigue joven. La edad cronológica tampoco es un indicativo de vejez. Nuestra autopercepción del envejecimiento viene dada en parte por cómo nos vemos en comparación a los otros, viejos son los “otros”.

*“Yo no me siento vieja... cuando miro a los otros y los veo mucho peor que yo. Están todo el día aburridas mirando la tele o sentadas en la sala.” (Hortensia)*

*“La majoria, la majoria tornem...a la joventut eh ...que és lo que ens queda més... perquè el cervell és jove, i tot és jove, perquè quan et fas gran el cervell se'n va cap a un altre costat.” (Carme)*

Fernández Ballesteros (2004) señala que en la vejez es frecuente la alegría, la gratitud. Hay ancianos que viven la vejez como un logro, una conquista, no importa hacerse viejo, se puede ser feliz siendo anciano. Es una etapa de desarrollo y de logros (Erikson, 2000). Este estudio también coincide con el trabajo de Prieto, Etxebarria, Galdona, Urdaneta, Yanguas (2009), sobre las dimensiones subjetivas del envejecimiento, en el que encuentran resultados similares: el no sentirse viejo está relacionado con no tener grandes dificultades físicas y mentales, relacionando el envejecimiento con un bienestar físico y mental.

***“Ser gran no m’ha importat mai, jo trobo que és una satisfacció fer-se gran, tinguis els cabells blancs, tinguis els cabells negres o els tinguis de color rosa. És igual. El ser gran és com una felicitat.” (Carme)***

***“Però jo particularment no m’hi trobo afectada per fer-me gran. Ara, més endavant ja no t’ho dic, però de moment no...De moment no.” (Joana)***

***“No m’he sentit gran, m’he sentit sempre, sempre ho dic, em dona la sensació de que tinc 50 anys i en tinc 83, però per dintre en tinc 50, perquè encara ara faria, i el meu pensament és de fer, no és pensar... M’agradaria per exemple, veig un dia un programa per la TV i m’agradaria d’anar-hi, sé que no hi aniré. Però l’esperit és d’anar-hi l’esperit és de fer”. (Antonia)***

Otros la perciben como una etapa de pérdidas, no sólo en el aspecto físico, sino también en la capacidad de decisión y empoderamiento sobre la propia vida. También se percibe con incertidumbre, con miedo a la dependencia, esta imagen triste de la vejez puede verse reforzada al observar a los residentes dependientes (Salgado, Llera, Rupérez 2002). Asimismo es un tiempo de balance de vida, de pensar en lo que se ha hecho y el devenir (Erikson, Rojas Marcos 1999). La propia residencia puede servir de espejo futuro de la situación que puede llegar y que puede influir aún más en la imagen de vejez como dependencia y tristeza. También es un tiempo de balance de vida, de pensar en lo que se ha hecho y el devenir como dice Juan *“lo hecho, hecho está”*.

***“La vejez es dura, muy dura ya no sirves ni para poder decidir que quieres y que no quieres, hoy toca esto, pues esto, mañana lo otro, pues lo otro. Hay que adaptarse, si no... mejor morirse, yo sobre todo.” (Pedro)***

***“Ahora triste, muy triste, aquí pasando los días...” (Luis)***

***“¡No se puede medir! Porque los años van pasando sin que te des cuenta y según en las condiciones que estés, sientes más los años o menos. Pero siempre la vejez...para los que somos un poco a mi manera, es fea... que te conformas, porque lo pasado, pasado está y lo que has hecho está hecho, todas esas cosas... Y que no sabes lo que va a venir, pero ya, lo que va a venir, ya lo ves, ya empiezas a verlo...pues una vez que entras aquí en la residencia que ves tantas cosas, pues...pues ya tu esas cosas que las ves ahí, las ves mañana en ti. Eso te da miedo.” (Juan)***

La vejez forma parte de la vida, es la última etapa y es inevitable si queremos vivir muchos años. Aceptar la fragilidad y la adaptación a los cambios que se van produciendo en nuestro organismo y en nuestra mente es fundamental para vivir la vejez de la manera más positiva posible (Guardini, 2006).

*“La vejez, pues yo pienso que es una cosa natural, de la misma vida, o sea, que lo que pasa es que notas que vas perdiendo facultades, aunque aparentemente no se nota [...]Quiero decir, la diferencia es esa, que no te atreves, no vales lo mismo que antes para muchas cosas, estas un poco ya... [No acaba la frase]” (Rosa)*

Se pueden observar diferencias entre los sentimientos sobre la vejez entre hombres y mujeres. Para todos los hombres es una etapa más bien triste, con pérdida de capacidad de decisión y con una visión en el futuro muy negativa. Sin embargo para las mujeres es una etapa con posibilidades, a la que están adaptadas y no perciben los efectos negativos de la vejez. Se sienten jóvenes aunque reconozcan que el cuerpo no acompaña al espíritu. Se podría pensar que este optimismo de las mujeres respecto a los hombres viene marcado por un mejor estado de salud, pero en realidad los estados de salud son muy similares en todos ellos. En el caso de Luis y Juan, podría influir el estado de salud mental de sus mujeres pero no hacen mención a ello.

#### La vejez

- ✓ La jubilación marca el inicio de la vejez social.
- ✓ La adaptación a ella está relacionado con la satisfacción vital que producía la actividad laboral realizada.
- ✓ No es lo mismo sentirse viejo, que ser viejo.
- ✓ En la autopercepción de la vejez influye como se ve a los otros y como se percibe uno mismo.
- ✓ Existen diferencias entre cómo viven la vejez hombres y mujeres. Las mujeres la viven de una manera positiva y adaptada a la realidad. A los hombres les cuesta más aceptar la situación.

## 9.4 Vivir en la residencia

*Categorías: Ingreso en la residencia. Adaptación. La cotidianidad. Los familiares. Prroyectos de vida. Creencias. Presencia de la muerte.*

En esta metacategoría se identifican aquellos datos aportados por los entrevistados que ayudan a comprender los significados que para ellos tiene la vida en la residencia. Las categorías abordan aspectos como el ingreso, la vivencia de la adaptación y la cotidianidad de la vida en una residencia; la percepción de la amistad y las relaciones; el rol de los familiares de los residentes; las reflexiones sobre la vida y los pensamientos sobre la muerte.

- **El ingreso en la residencia**

La sociedad española sigue pensando que cuidar a los ancianos es una obligación moral de la familia tal como se desprende de la investigación realizada por Castelló (2002) y ésta continúa siendo la principal cuidadora informal del anciano (Bazo, 2001). El lugar preferido de los ancianos para vivir es su hogar y si esto no es posible prefieren vivir en casa de los hijos (IMSERSO, 2005, 2010), aunque mayoritariamente son las hijas las que cuidan de los padres según datos del Observatorio Social de Personas Mayores (2014), que coinciden con López Doblas (2004). En los residentes que han participado en este estudio también se puede apreciar el deseo de ser cuidado por los hijos, principalmente hijas, quedando los varones exentos del “deber” de cuidar de los padres. Coincidiendo con los estudios anteriores, en varios casos han vivido un tiempo con las hijas-os antes de ir a la residencia.

*“Desde lo de la cadera, **necesitaba ayuda para todo y mi hija ya tiene bastante con lo suyo, los hijos, la casa... con mi hijo ¡ni pensarlo!**” (Hortensia)*

*“**Cuando salí del Hospital me dicen mis niñas: “mamá ahora vienes con nosotras”. Ella, la mayor tiene la suegra, y dice: “te vienes y estaréis las dos”. No cariño, yo no quiero dar faena. La pequeña me decía: “yo trabajo pero tú te estarás en casa” Fui a su casa.**” (Amparo)*

Amparo también tiene hijos varones, pero sólo las hijas se plantearon el hecho de que pudiera estar en sus casas. En esta cita de Amparo también se puede observar como la familia es la principal cuidadora antes del paso previo a la residencia, es el caso de una de las hijas de Amparo que ya tiene a su suegra viviendo con ella. Una de las

consecuencias del aumento de la esperanza de vida es que cada día es más frecuente encontrarnos con hijos que ya están prácticamente en edad geriátrica (si consideramos los 65 años) y que tienen que cuidar de los padres, y en ocasiones a más de un mayor (Costa, Costa, Oliveira, Rodrigues, Correia, 2007).

El ingreso en la residencia es una decisión difícil tanto para el anciano como para la familia. Bender, Lloy y Cooper explican que es una decisión que genera mucha ansiedad y estrés. Bazo (1991) coincide con Pac, Vega, Formiga, Mascaró (2006) en que el principal motivo de ingreso no son directamente los problemas de salud, sino la falta de apoyo social para que el anciano pueda continuar en su domicilio y entorno. Sin embargo estos autores también aclaran que esta falta de apoyo es para cubrir las dificultades que vienen dadas por deterioro físico o funcional, en muchos casos producido por problemas de salud. Por otro lado, Pac, Vega, Formiga y Mascaró (2006) también exponen que es habitual el ingreso en residencias geriátricas tras un ingreso hospitalario. De este modo se puede concluir que las causas principales que motivan el ingreso son por problemas sociales y/o sanitarios (Delgado, 2004). Esto lleva a afirmar que es muy difícil separar los aspectos sociales de los sanitarios en las personas mayores (Rodríguez, Codrorniú, 2002; Imsero 2011). La incorporación de la mujer al mundo laboral, que continúa ejerciendo el papel de cuidadora principal, hace muy difícil el cuidado del anciano en su casa o en casa de los hijos.

***“Antes cuidábamos siempre a los padres en casa hasta que morían, ahora... pues es distinto, todos trabajan, las mujeres también y ¿quién atiende a los viejos?, ¡pues a la residencia!, yo no digo que esté mal pero donde esté la casa de uno y la familia... cuando tienes a los hijos, pues no sé, a veces piensas ¡cuando sea viejo me cuidarán!... pero no es así.” (Pedro)***

*“Vaig entrar perquè al morir-se la dona, primer vaig estar tres anys sol i vaig entrar pel sentit de que, clar que m’haguera aguantat més [a casa], però un dia, anant a veure els nens d’una neta, pues vaig anar a creuar i se’m va portar un cotxe.” (Agustí)*

En el caso de no tener hijos, otros familiares principalmente hermanos son los encargados del cuidado (Observatorio Social Personas Mayores, 2014).

***“Va vindre un dia que el “techo” em queia damunt, em mirava el “techo” i em queia damunt, i se’m va posar a la banya digues-li com vulguis que el “techo” queia damunt,***



***però una cosa raríssima que vaig haver de fer cap a casa de ma germana i ma cunyat.”***

*(Carme)*

En nuestros informantes el motivo principal de ingreso fue por problemas de salud que les impedían continuar en sus domicilios, pero se podría ver exactamente desde la perspectiva de los autores citados anteriormente, ya que algunos de ellos podrían haber permanecido en sus hogares con una atención domiciliaria adecuada.

***“Jo vaig entrar, vaig entrar per malaltia eh, o sigui vaig entrar per malaltia.... tenia una depressió nerviosa, tenia una depressió nerviosa perquè tenia les tiroides malaltes.”***

*(Joana)*

***“M’hauria agradat estar a casa però amb aquestes comes no puc fer res y m’han de curar cada dia.”*** *(Pilar)*

Cabré, Serra-Prat (2004) encuentran que un factor de riesgo que determina la derivación de los ancianos ingresados en unidades de agudos a residencias es la pérdida de capacidad funcional. Esto también aparece en nuestros informantes.

***“Vaig caure al Caprabo, em vaig trencar el fèmur i aquí estic amb el fèmur trencat. Quan vaig sortir del Taulí, [hospital en que estava ingressada], llavors el metge va dir: “bueno que faran d’aquesta bona dona? “ I la meva filla diu “a casa meva noo!!”. I vaig vindre aquí.”*** *(Antonia)*

***“Al salir del hospital cuando ya estaba bien pues me trajeron, [a la residencia].”*** *(Rosa)*

***“Me di un golpe con el aparador de la cocina y perdí...no sé, no recuerdo... fuerza motriz, que me quedé 10 o 12 días que no sentía ni padecía ni na... insensible, [en coma]. Y ya está, vine aquí por mi hijo, mi hijo y sus suegros, pues se ve que buscaron una residencia... y ésta es la situación”.*** *(Luís)*

Vivir en un centro geriátrico no es la alternativa que hubiesen preferido pero entienden que puede ser en algunas ocasiones la mejor solución. En dos terceras partes de los casos la decisión de ingreso la toman los ancianos, y en el resto la familia. Cuando es una decisión propia y a pesar que no sea lo que ellos quieren, les produce sensación de poder y control sobre sus propias vidas. También aparece otro motivo para tomar la decisión: no ser una carga para la familia, lo cual coincide con el trabajo de López Doblás (2004).

***“Antes de que decidiesen por mí y de que tuvieran que pasar un mal rato diciéndomelo pues yo me les adelanté y les dije: “¿sabéis que os digo? que antes de sentirme como una maleta de aquí para allá, pues que me busquéis una residencia que me voy”. No me gusta que mis hijos decidan por mí como si yo no sirviera para nada y no pudiera opinar, pues no señor, somos viejos pero podemos decidir. Y aquí estoy, no estoy mal.. Pero tampoco bien, no sé si me entiende...” (Pedro)***

***“Per això vaig vindre aquí, perquè no em podia valdre per mi sola, i els fills treballen i s’han d’ocupar de la família. Així que vam pensar que era lo millor.” (Pilar)***

***“Vaig estar dos mesos allí a casa d’ells [hermana y cuñado]. i els hi vaig dir: escolta’m i una residencia?. A mi m’era igual, es el que els vaig dia a ells, a mi m’és igual Salou, que La Canonja que Vila Seca, que la quinta forca, m’és igual, la qüestió es poder estar en un puesto jo i ja està, y no marejar a ningú. ! Que haig de fer a casa d’ells.” (Carme)***

Amparo quiere dejar claro que ella es la que toma la decisión, no las hijas, eso le da empoderamiento, pero también diluye la imagen negativa que todavía tiene socialmente el llevar a los padres a la residencia.

***“Un día vinieron unos amigos, unos amigos muy amigos de ellos, que iban a comer a no sé dónde y vinieron a llamarlos y mi hija ha dicho: “Yo no dejo a mi mama sola en casa”. Yo estaba sintiendo [escuchando]. Entonces los llamo y les digo: “venid, ¿sabéis a la mamá donde la tenéis que llevar? a la Residencia de aquí. Vosotros me venís a ver allí. Vosotros estaréis bien y yo también estaré bien”. ¡Mamá no queremos! ¡No mama! Yo: “ ¡que sí!. Yo diré que soy yo la que pide esto, no que vosotros me metéis. Vosotras seréis felices y yo también”. (Amparo)***

Hay ocasiones en que la decisión no es tomada por el propio anciano, pero aceptan la decisión de la familia y, aunque no lo deseen, no suelen oponerse a la decisión, como bien dice Rosa no tenía fuerza moral.

***“Al salir del hospital cuando ya estaba bien pues me trajeron, [se refiere a la residencia], yo pensaba que me traían a mi casa, pero no me llevaron. Se conoce que mis hijos lo tenían hablado con la residencia y me quedé allí [se refiere a la residencia que estuvo anteriormente]. Bueno, no he tenido fuerza moral para decir: “No me da la gana” Pero como he estado bien, pues eso. En este momento es el peor momento que he***

*vivido, y sin embargo vivo bien, porque mira, aquí no me falta de nada, o sea que...*

*(Rosa)*

En el caso de Juan y de Ricard, el ingreso estuvo motivado por los problemas de salud de sus esposas, pero en ninguno de los dos casos fue por decisión propia. Los problemas de salud y necesidad de atención continúan siendo los principales motivos de ingreso.

*“El año 12 que nos vinimos aquí a la residencia, porque...ya...por causas naturales...pues por enfermedad más o menos... Siempre teníamos un achaque, que siempre tenía que estar mi hijo viniendo a auxiliarnos a nosotros, y **mi mujer al hacerse más mayor necesitaba más asistencia social** y teníamos una asistencia social de aquí del Ayuntamiento que a ella le mandaba una mujer una hora para que la limpiaran, otra hora para que le dieran de comer, otra hora para tal y eso no podía ser. **Entonces mi hijo dice: “Mira, voy a ver en la Residencia, esta que hay aquí, a ver si os dan plaza y en las condiciones que os dan y luego nos vamos allí.”** (Juan)*

*“**Maria va començar a estar molt malament i a casa ja no podíem estar. S’anava del cap...Doncs què hem de fer? Doncs posar al Ricard i la Maria cap a... a la residencia.**”*

*(Ricard)*

En todos los informantes, la pérdida de salud -de ellos o de las esposas- de forma directa o indirecta, es la responsable del ingreso en la residencia. En seis casos deciden ellos mismos el ingreso, y en los seis restantes la decisión la toman los familiares.

- **La adaptación**

Una vez se produce el ingreso es necesaria la adaptación al nuevo entorno y a un nuevo estilo de vida. La adaptación del anciano es un momento de vital importancia. Son los primeros contactos con un nuevo entorno, nuevas personas con la que compartir la vida y nuevos hábitos y costumbres. Esta adaptación supone un gran estrés para el anciano. En el proceso de adaptación debería existir reciprocidad entre anciano e institución, es decir, ambos deben entrar en un equilibrio de adaptación, de la institución hacia el anciano y del anciano a la institución (Montorio 1992; Leturia 1999, Rojas, Toronjo, Ponce, Rodríguez 2006).

***“Al principi va ser allò que et trobes forastera però em vaig ambientar de seguida. I fent un esforç anava a dinar, fent un esforç anava a sopar, però m’anava calentant i adaptant d’una manera o altra.” (Carme)***

La adaptación puede ser complicada y a veces la realidad es diferente a lo que las personas se esperan antes del ingreso. Entonces la adaptación es más una resignación ante la nueva situación y empiezan a aparecer algunos de los signos de institucionalización total a la que se refieren Goffman (2001) y Bareyns (2012, 1992, 1993).

***“Decidimos de venirmos aquí, pero una vez que estábamos aquí... a partir de ese momento...de esos meses que tienes ahí, tan chafado, porque al meterte aquí en un redil...bueno hablando mal. Pues te quedas con la moral por los suelos y...las historias que había antes pues ya no las ves todas y yo que sé...no sé, un...te viene un desastre hasta que te adaptas, que ya no te adaptas nunca, pero bueno, hasta que te...te convences...que no hay otro sitio más que ese, pues bueno.” (Juan)***

***“La costumbre se cala, los que somos un poco sentimentales, yo a veces estoy hablando de eso y se me ponen los ojos un poco llorosos [se refiere al ingreso].” (Luís)***

Las experiencias previas de situaciones a las que se haya tenido que adaptar el anciano le ayudan a buscar estrategias adaptativas a la nueva situación.

***“M’he trobat bé sempre, he sigut molt feliç aquí. Si. M’hi he sentit bé. També ho fa el fet que, jo vaig estar interna al col·legi...Això també ho fa.. Sembla que tornava a ser a un internat, que ho entens? Estava acostumada a obeir, i si em manen això, això, si manen allò, allò, no he tingut problema”. (Antonia)***

En la cita anterior de Antonia también se pueden apreciar algunos rasgos de la institucionalización de Goffman (1970): rutina y obediencia. También aparecen indicios de institucionalización en el relato de Joana, en este caso la falta de libertad:

***“Quan vaig entrar aquí, a part de que estava malalta, però vaig pensar doncs la primera impressió era com si hagués entrat en una presó, per mi. No es que fos una presó, però a mi, em semblava, que jo havia entrat com en una presó.” (Joana)***

De nuevo Joana aporta una información muy valiosa sobre la importancia que tiene en la adaptación y bienestar del anciano las actitudes de los profesionales encargados de cuidar y atender al anciano. Otra vez aparecen rasgos de institucionalización: la relación con el

personal cuidador. Y también es importante destacar la necesidad de justificar que a ella no le pasa la situación que describe:

*“Per adaptar-se a la residència has de tenir, o sigui una mentalitat molt clara de com t’has d’adaptar, però **influeix molt el personal que treballa a la residència anem a veure, si hi ha un personal que més o menys, no es que t’hagi d’adorar, però que sigui amable, no pegui crits no demanis una cosa i... a mi no em passa, ja començo a dir que a mi no em passa, eh!, i ... “ahora no puedo, ja ho faré” o sigui la gent es va deprimint, deprimint i queda un moment que queden deprimits del tot.**” (Joana)*

Para Rosa es mejor ingresar cuando no hay pérdidas de facultades mentales, coincide así con el estudio de Aller, Van Ess Coeling (1995), en el que encontraron tres habilidades relacionadas con una buena calidad de vida en la residencia que son: habilidad de comunicación con los demás, poder cuidarse por sí mismo y poder ayudar a los otros.

*“Y aparte de eso también **conviene cuando la cabeza la tienes todavía, que riges bien, pues es mejor porque te encuentras a gusto, lo entiendes todo, te hablan normal y esas cosas. Porque aquí hay muchas señoras que la cabeza ya la tienen en otro, y le preguntas algo y te salen por los Cerros de Úbeda.**” (Rosa)*

Amparo resume lo que no debería ocurrir en la adaptación: el desencanto posterior.

*“Aquí la vida, primero era muy bonita pero ahora nos damos cuenta que hay muchas necesidades...” (Amparo)*

- **La cotidianidad en la residencia**

La vida diaria en la residencia conlleva compartir espacios, actividades y los momentos con un volumen importante de personas suele ser una de las cosas más complicadas de la vida en la residencia y motivo de *disconfort* en muchos casos. Riquelme, Buendía (1997) y Delgado (2001) coinciden en que las pérdidas de intimidad, familiaridad y de objetos que se producen al vivir en la residencia, junto a la obligación de compartir el comedor y la habitación hacen difícil la privacidad. Esto, junto a la rutina y la masificación son efectos negativos de la institucionalización que coinciden con lo expuesto por algunos de nuestros entrevistados (Goffman, 1970; López Doblas, 2004; Bareyns, 2012).

Hauge, Kristin (2008) investigan la utilidad de los espacios comunes como las salas de estar de dos residencias de Noruega. Los ancianos los veían como zonas ambiguas y los residentes independientes intentaban no utilizarlas. Hay zonas “privilegiadas”, es decir, aquellas a las que los ancianos más dependientes no pueden ir y es donde los que están mejor de salud o de movilidad toman como espacio social. En el caso de la residencia de los informantes este espacio de los “privilegiados” es la planta baja donde hay unos grandes sofás y el acceso al jardín.

*“No me puedo quejar, pero aquí todos los días son iguales, la misma rutina, las mismas caras, las mismas quejas. En fin suerte que me levanto desayuno i me voy... compartir la mesa con gente con la que no tienes nada que hablar...” (Pedro)*

*“La verdad es que esto sí tiene algo es impersonal, la vida en la residencia es impersonal.” (Luis)*

*“Aquí acabo de dinar i on haig d’anar? Cap a baix, o a la habitació o a baix...a baix a la sala de entrada allà, a seure allí...perquè aquell quadro que hi ha allà camí de la televisió...que hi ha tota aquella gent que estan allà mirant...no m’agrada estar allà a dintre, [la sala de estar donde se encuentra la televisión]. Me’n vaig cap allà, o poso musica o escric, o me’n vaig a baix, a fer un cafè a baix...perquè no em poden...No m’agrada.” (Ricard)*

En la narración de Ricard aparecen algunos de los factores negativos de la institucionalización: la pérdida de libertad y también la soledad “acompañada”. Él percibe que tiene una libertad limitada y que aunque no le prohíben tácitamente que haga una cosa, tampoco le facilitan que pueda hacerla. La institución siempre sabe lo que es mejor para el residente. No se prohíbe, sólo dicen lo que es “mejor” para el residente.

*“Viure a la residència no m’agrada. No m’agrada perquè em sento molt sol, aquí. Perquè quan estàs en una casa, pues així, ja vas controlant, avui vaig a lo teatre, vaig al cine, vaig al ball o vaig a...NO. No vas allà on t’agradaria anar perquè...Ve la Festa Major d’aquí a Salou! Cony que en aquell hora, o sigui que...si a les vuit ja t’han tancat aquí! I la Festa te la deixes al carrer. Si vols anar, si tens un o altre que et porti...Potser si, però has de tindre a algun o altre que et porti. I aquí no t’ho diran que no hi vagis...que no et deixen sortir. No t’ho diran, eh! Però...Sol NO! Sol primerament perquè tu has de comprendre que sol no hi pots anar et diuen” (Ricard)*

Como indica Bareyns (2012), cuando describe los diez factores de la institución geriátrica, los residentes intentar conservar su “territorio”, su pequeña posesión dentro de la institución, puede ser un sillón, el lugar donde sentarse, un cojín o cualquier otra cosa que les dé sensación de pertenencia. Esto es importante para su autoestima y valoración ante los demás.

*“Al principi em va costar però es que **tenia una taula molt dolenta, de seguida que va haver puesto en un altra taula, que és a la que estic, em va canviar el sistema. O sigui, no es que em va canviar el sistema, es que ja em vaig sentir més bé. Jo allà també m’hi sentia bé perquè jo m’adapto a tot, però no....no acabava de “cuejar” amb allò. [...] I ja després ja em van canviar de taula, ja la cosa va diferent i a mi m’és igual, però **tenim cadascú un puesto fix eh! No ens canvien, no ens canvien. Quan canvien ha de ser per un cas excepcional, perquè siguin persones que a lo millor es barallen a la taula, aleshores busquen puestos que no hi hagi baralles...Molt bé.”** (Joana)***

Joana continúa explicando las dificultades que lleva el compartir espacios, en concreto la mesa en el comedor. No hay que olvidar que el comer es más que un acto fisiológico, debería ser un acto de relación y de placer. Es algo a lo que se debería prestar más atención en las residencias y no descuidar el efecto que estos momentos de compartir mesa pueden tener sobre los ancianos.

*“**Compartir el espais com la taula en el menjador, amb els esmorzars, els dinars amb la gent.... Això em va costar una mica, però bueno també és que de moment no és que sigui difícil, és que et trobes que a lo millor tens una taula que les persones que estan “sentades” al teu “alrededor” no poden menjar per si soles... insulten... s’enfaden per res... critiquen el menjar... cosa que aquí no hi ha cap motiu per fer-ho. Ja t’ho dic jo! No sé de què es queixen. I més persones que es queixen que han passat guerres, i han passat gana...”** (Joana)*

La vida en la residencia en ocasiones es una vida bastante aislada de los demás, con pocas interacciones, sólo las necesarias en los momentos de actividades comunes como es el caso de las comidas. Los ancianos que pueden salen a pasear a la calle o si la habitación es individual se quedan en ella, esto lleva a los ancianos a percibir sentimientos de soledad aunque estén en un ambiente de micro comunidad como es la residencia. Andersson, Pettersson, Sidenvall (2007) realizaron un estudio sobre la satisfacción de vivir en residencia y encontraron que los ancianos que estaban solos en la habitación tenían más sentimientos

de soledad que los que compartían la habitación. En este estudio no aparecen estos resultados en los ancianos que no comparten habitación, sino más bien lo contrario, no quieren compartir ni relacionarse demasiado con el resto de residentes, y lo hacen cuando se ven obligados por las circunstancias. Tener una habitación individual es considerado una suerte o un lujo, coincidiendo en este caso con el estudio de Blanca (2011) llevado a cabo en residencias geriátricas de Córdoba, por lo tanto en un contexto más similar al de esta investigación.

Sin embargo este aislamiento en la habitación lleva a una baja actividad. Según Rojas, Toronto, Rodríguez P, Rodríguez R. (2006) y Leturia (1999), los ancianos que ingresan en una institución asumen un rol más pasivo que cuando vivían en sus domicilios, lo que ocasiona un aumento de la dependencia relacionada con la baja actividad. Aunque esto no se ha podido observar directamente, sí que se ha comprobado la poca actividad de algunos residentes que apenas salían de sus habitaciones.

*“A mí no me gusta, prefiero estar sola. Cuando no me queda más remedio me pongo con ellas, un rato alguna tarde, en el comedor” (Hortensia)*

*“Jo ja et dic jo aquí estic molt bé [...]. Al juny passat va fer una any que sóc aquí. Jo no em puc queixar, estic bé aquí, mira **faig el que em dona la gana aquí a l’habitació [...]** Jo estic sola en la habitació perquè sóc molt nerviosa i no ho aguanto, no sé, no podria, o me’n vaig a un altre puesto o això no ho aguantaria”. (Carme)*

*“Com que no puc caminar, estic aquí a l’habitació, no tinc ganas de estar fora [a la sala de estar]. Venen els meus fills i els néts a veurem quan poden, que es molt sovint eh!” (Pilar)*

Uno de los objetivos de todas las residencias es mantener al anciano activo, fomentando y preparando diversas actividades a lo largo de la semana. ¿Pero participan los ancianos en estas actividades propuestas? Con el estudio se va a ir descubriendo a que dedican su tiempo los ancianos entrevistados, y si participan de las actividades organizadas por el centro.

*“Passo el temps, els dies els passo cosint, els passo amb la sopa de lletres, tinc cartes per fer el solitari... I la música també...mira allà tinc un transistoret petit així a la tauleta de nit i aquí tinc el gros que no l’he tret... Doncs ja està. Faig sopa de lletres, i la sopa de*



*lletres sembla que no però si t'espavila una mica pues ja està... Aquí poso la radio, faig mitja, o faig ganxet, o sopa de lletres o jugo a cartes, mira si tinc de feina i encara després cosso..." (Carme)*

*"Y es que aquí me dicen: es que no sales, [de la habitación], y yo les digo que ¿para qué?, ¿queréis que juguemos?, pues vamos a jugar, [se refiere a las cartas, al bingo]. Pero es que yo me entretengo mucho más aquí, [en su habitación] que jugando. Pero si tengo que estar yo... me aguanto, y se cansan ellas antes que yo... pero no me gusta" (Hortensia)*

Pero una de las informaciones más sorprendentes que se han encontrado es que siendo un grupo con un bajo nivel de escolaridad, excepto Antonia y Rosa, una de las actividades favoritas de este grupo es la escritura y la lectura. Le dedican tiempo y disfrutan con estas actividades. Escriben cartas, prosa, poesía, inician un libro... No se han encontrado estudios ni datos para poder comparar estos resultados, pero es una actividad placentera para ellos y de la que se podría partir para organizar otro tipo de actividades diferentes de las ofertadas en los centros, que les motivarían e incluso podrían compartir experiencias.

*"Me gusta escribir algunos versos... a mi mujer, a las cosas que pasan... Me gusta escribir mucho, mucho, pero...no he tenido tampoco mucha ocasión, pero voy escribiendo...Sí. Son tonterías claro. Yo tengo muchas tonterías por aquí, lo que pasa es que me gusta, me expreso así [...] No hago actividades de la residencia, no, yo en la habitación y si tengo trabajo de este, [las maquetas], pues a trabajar en esto, ¿que no tengo esto? Pues tengo otra cosa, ¡yo que sé!. Y cuando no tengo nada, nada, pues...a escribir, a inventarme algo... o leer. Las fábulas de Samaniego, Calderón de la Barca, Miguel de Cervantes, Campoamor..." (Juan)*

*"Llegeixo molt, no hi veig però amb una lupa llegeixo. He tingut dues baixades i pujades de sucre molt grans i ha influït en la vista i veig molt menos que veia, però vaja, llegeixo molt! Vull dir que... així llegeixo i rumio. M'agrada molt escriure... també faig alguna poesia encara M'agrada i com que tota la vida havia escrit molt... doncs encara una mica. El meu espai és un llibre. Jo si tinc un bon llibre ja ho tinc tot. [...] La primera poesia que vaig fer la vaig fer quan tenia 12 anys i me'n recordo ara perfectament, totes me'n recordo, i quan em trobo malament i em desperto, perquè tinc allò de que em quedo morta, quan em desperto el primer que faig es repetir tot el que sé de memòria, per a que no em falli." (Antonia)*

***“Escric algunes coses, les escric sense fer cap il·lusió de res. Escric perquè m’agrada i passo el temps, però ja no penso en escriure un llibre. [Le encargaron uno y finalmente no se publicó]. [...] Després un dia em va vindre també fer alguna poesia i vaig escriure. Me penso que les primeres que vaig començar va ser: “Porque vivimos” i “El ayer y el hoy”. Eren de tres o quatre paràgrafs i tots em van anar alabant, em van anar alabant, que era tan bo en poesia, però sense donar-li importància”. (Agustí)***

En la residencia cada día hay actividades pero cuesta que participen los residentes. Para Antonia quizás el personal se debería implicar más con los ancianos y las actividades deberían estar pensadas teniendo en cuenta el interés de los ancianos. Van’t Leven, Jonsson (2002) estudian la influencia del ambiente en las actividades ocupacionales que hacen los ancianos en una residencia en Holanda y en sus resultados afirman que las actividades deben tener una continuación con las actividades que tengan un interés personal, la propia elección y control de las actividades y las relaciones sociales con la gente con que se desempeñan.

***“Aquí mateix hi ha moltes activitats, però clar quan no hi ha les activitats pensades... les noies que hi ha aquí no donen “respaldo” als malalts eh!” (Antonia)***

Este aislamiento que se observa en varios de los ancianos hace que en algunas ocasiones sea dificultosa la relación con otros residentes. Establecer una relación es complejo ya que intervienen múltiples factores, pero son necesarias para el bienestar. A veces sorprende como a pesar de llevar meses en una residencia, los ancianos tan apenas se conocen. Como se ha comprobado, la utilización de la sala de estar como punto de encuentro no es visto así por los residentes. Habitualmente en esta sala se encuentran aquellos ancianos con problemas de movilidad y que no pueden salir fácilmente de la unidad. Esto hace que la sala de estar sea vista por el resto de residentes como un sitio a evitar, un sitio que les da “pena”.

***“No, no. Conocemos a dos o tres personas nada más, pero... ellos tienen sus tertulias, luego tienen otra cosa, que ellos como no tienen donde estar, se van ahí al cuarto, [sala de estar]. Y ahí ven la tele y están, aunque no hablen...están todos juntos allí. Y nosotros... a mí me da sentimiento, [pena], de verlos todos allí sentados...allí sentados en una silla.” (Juan)***

Hacer amigos y establecer relaciones de confianza no es fácil para los residentes. El número de amistades es pequeño y diferencian entre el significado de amigos como a alguien con

quien puedes compartir intimidades, preocupaciones, de lo que son más bien relaciones sociales con las que comparten un espacio común. En esta ocasión la información obtenida no concuerda con algunos estudios encontrados como el de Lázaro, Gil (2010) que en una entrevista a 68 ancianos institucionalizados, encuentran que en el 42,6% de los casos los ancianos habían aumentado las amistades a raíz de su ingreso en la residencia y un 29,4% había reducido sus relaciones de amistad externas a la residencia. En otro estudio, da Silva, Menezes, Santos, Carvalho, Barreiros (2006) encontraron que los ancianos institucionalizados definen los amigos y la amistad en la residencia en relación a las carencias que encuentran a vivir en ella, y no importan las diferencias de edad, culturales o condiciones físicas.

En su tesis, Joaquín J. Blanca (2011) señala que tampoco coinciden sus resultados con los trabajos anteriormente citados. Encontró que los residentes tenían tendencia a establecer relaciones con otros residentes con las mismas características sociales, educacionales o económicas. Esto tampoco se aprecia en los informantes de este estudio. Más bien aparecen situaciones de pocas relaciones y menos amistades, lo que influye en la aparición de sentimientos de soledad.

***“¿Amigos?, ya no se hacen amigos a estas edades... conocidos, para hacer un poco de tertulia y nada más...” (Pedro)***

***“Perquè no tinc amics aquí, estic molt sol.” (Ricard)***

***“Amigos en la residencia no tengo. No tengo [...] No sé quién tendrá razón pero somos un poco diferentes. No raro, como te he dicho antes, yo estoy dispuesto a darlo todo pero no encuentro la gente, no es lo mismo, no somos iguales. Vas al salón ahora ahí... y lo que preguntas no contestan, no te dan opción al comentario. [...] Aquí cuesta mucho hacer confianza, claro al ser las distancias también cortas, pero es lejana, [...] Pero es que tampoco te dan ocasión de abrirte, de unirte...en fin, echo de menos eso.” (Luis)***

***“Si hi ha 3 o 4 que potser són mes amigues que les altres, però no, no m’hi sento bé, saps el què passa? es que hi ha molta gent, molta. [...] Bueno, potser sóc una mica especial, perquè jo no necessito res per estar bé. Jo sola ja estic bé. Penso en coses i ho disfruto. Miro fotografies... M’agrada.” (Antonia)***

***“A mí no me gusta, prefiero estar sola. Cuando no me queda más remedio me pongo con ellas, un rato alguna tarde, en el comedor, pero es que hay una que es amiga,***

***bueno, ella dice que es mi amiga, que la aguanto porque soy educada, pero es una pelma... se me pone aquí al lado y venga dar conversación, venga dar conversación, ¡mira que es pesada!, no me deja hacer nada.” (Hortensia)***

También existe cierta desconfianza hacia lo que se puede explicar y como lo pueden interpretar los demás. En el caso de Carme sí que cita a una residente con la que tiene una relación especial, a pesar de que la diferencia de edad es importante, de modo que en este caso sí que encontramos una coincidencia con el Trabajo de da Silva, Menezes, Santos, Carvalho, Barreiros (2006): la edad no importa para establecer una relación de amistad. Y se capta una cierta “pertenencia” de la relación, algo de exclusividad que como dice Bareyns (2012), en la institucionalización estas “posesiones”, que también pueden ser materiales, están relacionadas con la autoestima.

***“Bueno has d’anar molt al tanto perquè...n’hi ha que saben més de lo que poden saber.. Jo tinc a la Inés [...] aquesta dona és dolça parlant, és dolceta i dóna gust. Doncs no sé m’agrada, m’agrada molt, amb ella estic molt bé, és molt dolceta, té el caràcter molt dolcet. No hi vaig a la saleta per això, perquè no m’agrada que critiquin”. (Carme)***

Amparo es la única que dice que tiene relación con el resto de residentes, va a visitarlos a las habitaciones y se ocupa de visitarles cuando están enfermos. Pero sin embargo tiene mala relación con su compañera de habitación.

***“Con el resto [de los residentes], con todos tengo mucha ventaja, [se refiere a relación], yo voy a verlos a todos. Si en una planta me entero que hay una que está muy malita, yo acudo allí, sí, sí... Y no estoy muy contenta, porque mi compañera me hace unas cosas que no están... [mueve la cabeza con desaprobación], pero aguanto. Me digo aguanta, aguanta...” (Amparo)***

Los ancianos esperan un buen trato por parte de los profesionales de la residencia y que respondan a las necesidades que presentan, pero lo más importante es mantener la autonomía y la independencia, de esta forma se evitan tener que pedir ayuda. Chang (2009) y Blanca (2011) coinciden en esta percepción, aunque ellos encontraron que cuando los ancianos no son atendidos todo lo rápido que les gustaría, les genera sentimientos negativos. Los aspectos emocionales son fundamentales para sentirse bien, y esto es lo que cuesta más de conseguir. El anciano busca comprensión y un tiempo de dedicación, se quejan de que no se les escucha.

***“Volen mimo, i aquí no en tenen de mimo. Però clar, també s’ha de comprendre les noies... tothom no té un bon caràcter i n’hi ha que el tenen pèssim,[...] les de XXX són un desastre, un desastre a més són estúpides, estúpides i a més els malalts estan com a... cohibits.” (Joana)***

Al final siempre excusan el comportamiento que no gusta.

***“Són un desastre, no conviuen al contrari només van per elles, tot el dia van amb el mòbil trucant-se, el nuvi... coses de joventut, clar. Aleshores la gent això els va tirant endarrere.” (Joana)***

También se observan las estrategias de adaptación secundarias de Goffman que explica Bareyns (2012), con pequeños favores, ayudas o colaboraciones que los residentes hacen con el personal: hacerse la cama, ayudar a dar de comer a algún compañero de mesa, etc. Con lo que obtienen un trato que es percibido por el anciano como especial.

***“Yo con que vea a las chicas que estén contentas. Las tengo todas bautizadas: **Churri**, yo a todas **churri aquí churri allá... y a mí “la Guapa”**. Yo soy **“la Guapa”**, como no les he **dado trabajo [...]** porque **esta otra mujer [es la compañera pero nunca la llama por su nombre, no hay una buena relación] puede hacerla [la cama] pero dice: “Yo pago para que me lo hagan.”** (Amparo)***

***“Estic bé, estic molt bé, molt, doncs ara ja en tinc prou. Les noies també et tracten bé, què vull més? **Tinc el dinar, tinc el berenar, tinc el sopar, tinc l’esmorzar**, què vull més?” (Carme)***

***“Y por eso estoy contenta, **veo que estoy atendida en todos los órdenes, es más, esta mañana me ha tocado baño, vienen te bañan, con una amabilidad fantástica.**” (Rosa)***

La amabilidad que perciben unos, es lo que echan en falta otros. Sobre todo hablan de los pequeños detalles que son los que marcan la diferencia. Torres (2008) afirma que en la atención profesional del anciano se pueden observar escenas cotidianas que están relacionadas con el estrés laboral. De este modo, es necesario la prevención y fomento de medidas anti estrés, y afirma que las empresas geriátricas deben sensibilizarse ante la sobrecarga y consecuencias del estrés laboral.

***“Le dije, “¿oye no tienes el jugo o un poco de caldo?”. Contesta: “uff...” [Respuesta de la auxiliar], Digo: “oye, yo sólo...te he hecho una propuesta tú contéstame con buenos***

*modos". ¡Oh!, "que se ha creído, que tal y que cual..." No me he creído nada, te pregunto por una cosa que me gusta a mí, y si me gusta pues pretendo utilizarla... ¿Por qué no se puede hacer una cosa bien que es igual pero te resulta más agradable? ¿Entiendes? O sea que...en fin, [desánimo en la voz]. Eso es lo que se echa de menos. ¿Falta la preparación de la gente que está y te sirve un plato? No lo sé, pero yo soy tan escrupuloso de que me ponen el plato para servir y me lo trae con el dedo sujetando el plato... Esta noche para cenar yo quiero sopa, ¡pero no sopa de dedo!... que metía el dedo. O sea el detalle. Y eso se echa de menos."* (Luís)

Se sienten agradecidos cuando reciben unos buenos cuidados, sobre todo si se fomenta la autonomía y la independencia. Es el caso de Ricard, que el cambiar de unidad le supuso aprender como bañarse para ser totalmente autónomo.

*"Quan em van traslladar de la planta de dalt a la de baix, allà on hi havia aqueixa, la Senyora Carrasco, diu: "demà s'ha de banyar, com ho fa això?" Li explico i ella: "Ah! Diu: No, no, aquí no ha de vindre ningú, jo li ensenyaré com ho ha de fer per fer-s'ho tot sol, per ser autònom vostè sol". I el dia que va tocar banya'm, aquella noia: "Vinga va! Tira cap dintre! Ja t'ho has tret tot?" Si. Però ella a dins del quarto de bany, fes això, fes allò, fes això, fes això...au vinga ben fregat, vinga...ella com a locutora, eh. I és clar, feia lo que em deia ella. Vinga doncs ja m'he eixugat, ja m'he eixugat, si... Bueno. Demà tornarem a dutxar, dos dies, i a la següent ja no em va haver de dir res... I jo sóc autònom!. I estic molt agraït."* (Ricard)

En estas residencias hay plazas que son concertadas y otras privadas. Los ancianos que están como asistencia privada, les gustaría recibir un trato que marcara en cierta manera la diferencia del coste que para ellos tiene las residencia.

*"Con lo que paga una persona por estar aquí, tendría que estar siempre en algodón en rama y todas esas cosas y no estás siempre en algodón en rama, ¿por qué? porque como es lógico a todos nos miden con la misma vara."* (Juan)

A los ancianos les gusta recibir visitas de amigos y especialmente de familiares, ya que les ayuda a mantener vínculos con el mundo exterior (Bareyns, 1990; Pérez 2004; Molero, Pérez-Fuentes, Gázquez, Sclavo, 2011).

- **Los familiares**

Los familiares de los residentes tienen, en algunos casos, un rol asignado por el propio anciano de “solucionador de problemas”. Hacen de puente entre los ancianos y la residencia, aun cuando debería ser al revés, aquí se puede apreciar la pérdida de poder del anciano y el cambio de roles: los hijos hacen de padres y los padres de hijos.

*“Porque yo **cuando alguna vez hay alguna cosa pues le digo a mi hijo. [...] Porque él fue el que me metió aquí, el que organizó la fiesta, el que...mi administrador... Él es el que lo lleva todo. Y cuando ha habido fallos en algunas cosas, porque claro todo no puede ser...y...Julito es que tu madre carece de pañales, o carece de tal...**” (Juan)*

Todos los residentes de este estudio reciben visitas con relativa frecuencia y esto es causa de satisfacción (Rodríguez, La Rosa, Reyes, 2006). Siempre son esperadas con deseo e ilusión, les permite salir de la rutina y poder hablar de cosas más personales o íntimas que en muchas ocasiones no se permiten compartir con los otros residentes:

*“Perquè quan venen els meus fills o ve el Josep sóc feliç, perquè podem parlar de tot, però aquí no es pot parlar de tot... Els meus fills em venen a veure, que m'estimen tots.” (Antonia)*

*“Mi hija viene muy frecuentemente a verme. Mi hijo porque no puede, pero viene cada tres meses de Italia a verme ¡eh! Son tres horas de avión. Tiene su mérito. Mismamente me dijo el otro día: “cualquier día vengo a verte”. **Tengo unas ganas locas de verle. [...]** Hoy en día son menos espirituales diría yo, más materiales, van a lo suyo, y eso que **tengo dos hijos magníficos. [...]** Han sido unos buenos hijos y nosotros hemos sido unos **buenos padres, eso es recíproco**”. (Rosa)*

Amparo habla de la relación con sus hijos, pero también de la visión de los familiares en general. Para ella los familiares en algunos casos realizan un papel de “salvadores” en el momento de la visita.

*“Mis hijos cuando vienen y luego cuando se van... me parten el corazón. Pero veo que me llevan a comer con ellos y estoy deseando lo contrario cuando voy con ellos y les digo: “nenes llevadme pronto que aquella es mi casa. [...]*

***Siempre hay chamurreos... [chismorreos]. Que vienen no de aquí, vienen de afuera, son los que vienen de afuera que te vienen con los chamurreos. Aquellos que tienen la***

*madre o el padre aquí: “que no se portan bien las chicas; que no sé qué, que no sé cuántos”, [se refiere a lo que explican los familiares]. Y entre ellos tienen cosas que a veces dices: “Uy, pues si la has traído que creíamos que se nos moría y ahora ya está bien arriba ¡qué quieres más!” (Amparo)*

Existen casos en el que el anciano se siente abandonado a su suerte y con sensación de engañado:

*“Ho van vendre tot...Van vendre el xalet, van vendre el seu pis que era nostre, van vendre tot lo forn que era metàl·lic i feia un any que el teníem, van vendre tots los armaris, van vendre les màquines...això val molts cèntims, això val molts cèntims... Però encara és l’hora que ha de dir: Ricard hem fet deu pessetes te n’hem de donar una.” (Ricard)*

- **Proyectos de vida**

El que los ancianos vivan en un centro geriátrico no debe suponer una limitación para el desarrollo personal. Entender el envejecimiento como una etapa más dentro del ciclo vital (Erikson 2002), con posibilidades de crecimiento personal y desarrollo, significa considerar la importancia de que el anciano tenga sus propios proyectos de vida.

Por proyecto de vida se entiende una idea o deseo sobre algo que se quiere hacer y que es necesario establecer unos medios para conseguirlo. Según D’Angelo (1995), el proyecto de vida es un modelo ideal sobre lo que la persona espera, quiere ser o desea hacer.

Tener proyectos de vida ayuda a mantener vivas las ilusiones y una autopercepción positiva del propio envejecimiento (Hernández Zamora 2006; Jiménez Bentacour 2008). Es parte del cuidado a los ancianos explorar qué es lo que les gustaría poder realizar y ayudarles en este logro, y también reorientarles en aquellos casos que el proyecto suponga sufrimiento.

En Ricard se puede observar como su proyecto lo relaciona con la sensación de abandono y engaño que él percibe por parte de la familia:

*“Bueno, jo tinc coses per a fer...amb lo que m’està passant a casa...vull llegeixi el testament que va fer sa Padrina, [...], jo li sóc Padrí, perquè vam treballar molt [...] I si venen tot això val molts cèntims i que hagi venut tot allò i no m’hagi dit res...Ho vull saber, ho vull saber.*



**Bueno, hem d'anar a la guerra doncs anem!** Per què no n'haig de menester de cèntims? Si seient aquí em vaig comprar dos pantalons, m'he comprat una camisa, m'he canviat les sabates, aqueixes sabates que porto valen 77€, les sabates 77€ "gestos" que un té!. Osti tu! [...] Vull saber ... tots aquests quartos a veure que se n'ha fet... i a veure perquè no em deix més..." (Ricard)

Hay proyectos que quedan pendientes y que son difíciles de realizar, pero que se pueden encauzar de una manera más sencilla. Es el caso de Agustí, que le gusta la política y fue alcalde de su pueblo durante quince años. Y aunque no pueda ser un político de los que el admira, su capacidad para ver las cosas mejorables le lleva a escribir cartas a medios de comunicación para intentar cambiar o mejorar algunas cosas:

**"I jo per què no puc ser capaç? Però si jo pogués ser capaç...** No ser polític per polític, però per posar les coses a "puesto"... M'hauria agradat, però des del moment que no he estat... es que no valc. Que homes com el Lula del Brasil, eh! I aquell d'allà de Polònia, que era electricista i que van arribar a ser primers ministres, no? I jo si hagués sigut tan valent o tan guapo com aquells, jo hagués pogut fer, però com que no he sigut valent, no he sigut valent..." (Agustí)

En el caso de Luis su proyecto está relacionado con poder volver a su casa, disfrutar de la vivienda que había comprado para vivir tras la jubilación:

**"Dios no quiera pero...si ocurriera cualquier cosa..., [muerte de la esposa], sería capaz yo de vivir solo en mi casa...** Pues si ese día ocurriera el mal hecho... [el fallecimiento de la esposa], **pienso en coger una sartén un día... y freírme aunque fuera un huevo todos los días con tomate**, no como este que nos pusieron aquí ayer...que fue un arroz que echaron con tomate que ni sabía a tomate ni a nada..." (Luis)

Joana ya ha iniciado su proyecto y quiere acabarlo pronto:

**"Em queda un projecte per fer: un llibre. Vull escriure un llibre, inclús tinc algun capítol fet.** Abans escrivia per una revista que fèiem aquí en les residències però l'han deixat de fer. Havia fet articles i me'ls havien posat, algunes fulles informant sobre les residències perquè les persones grans amb problemes, els aliento per a què vinguin a la residència... que no es pensin que això és una presó." (Joana)

Las relaciones intergeneracionales se deberían cultivar más. Es necesario el contacto entre personas de todas las edades y los ancianos se deben hacer visibles para el resto de generaciones. Otro proyecto que tiene en mente Joana tiene que ver con la relación y solidaridad intergeneracional:

*“I lo que sento... és que jo si estés bé de la cama, pues inclús aniria a alguna guarderia amb els crios a fer companyia, a jugar amb els crios. **M’agradaria anar-hi a una guarderia.**” (Joana)*

- **Creencias**

Un aspecto importantísimo en la vida de las personas son los valores y creencias que cada uno de nosotros tenemos y desarrollamos a lo largo de nuestra trayectoria vital. Somos seres bio-psico-sociales y espirituales. Estas cuatro dimensiones deben ser valoradas, exploradas y cuidadas en los ancianos a los que cuidamos. Sólo desde esta perspectiva podremos ofrecer unos cuidados integrales, holísticos, que ayuden al anciano a sentir satisfacción por la vida.

Las creencias son el conjunto de principios ideológicos de la persona. Son aquellas ideas que la persona supone verdaderas. Las creencias pueden ser producidas por factores externos como aquellas que se originan desde la cultura y que sirven para interpretar y comprender determinados fenómenos; y por factores internos cuando son resultado del propio pensamiento, experiencias. Se van formando a lo largo de la vida y son fundamentales para el bienestar psicológico de la persona. Se incluyen tanto las ideas religiosas, valores morales y éticos importantes para el anciano. Las creencias y valores influyen en como las personas piensan, actúan y toman decisiones. Tienen implicaciones sobre el sentido de la vida y la muerte y de pertenencia a un grupo.

Henderson, en su teoría de las Necesidades, pone en el onceavo lugar: “Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias”. La autora afirma que la enfermera debe valorar la fe, ideología, moral, religión, espiritualidad y valores de la persona, para ayudarla a sustentarlos o cubrirlos cuando no puede realizarlo por sí misma. La satisfacción de esta necesidad debe hacerse desde el respeto a las creencias y valores de la persona. Esta necesidad adquiere una importancia especial en caso de enfermedad o vulnerabilidad (Bellido, Lendínez, 2010).

Las creencias y la fe están presentes en muchos de los relatos. En algún caso como es el de Antonia es el núcleo de su vida, desde muy pequeña la fe y la religión fueron la parte más importante de su vida. Por sus convicciones religiosas no se separó del marido a pesar de ser muy difícil la convivencia, como se ha visto en la categoría “decisión de vida en pareja”). Antonia habla de la separación como si fuera “una moda”. Para ella el sufrimiento es una forma de salvación y de ayuda a los demás, ofrece su sufrimiento por los “otros”. En esta forma de vivir y entender la religión tiene gran influencia la muerte del padre, una muerte que todavía recuerda a diario y que le da fuerzas para continuar según ella misma relata:

*“Sempre vaig tenir aquesta cosa de fe. Nostre Senyor, m’ajuda. Nostre Senyor. [...]. Ja ho vaig portar des de petita, perquè el meu pare ja al morir com va morir, ja va ser per mi un referent per tota la vida, va morir cridant “Moro per Déu”. I “Viva Cristo Rey”. No puc fallar! [...]*

*Sóc una persona molt religiosa. Això va ser el que em va aguantar, abans no hi havia la moda de separar-se. M’havia plantejat de sofrir ...per les missions...pels sacerdots...pels pecadors...per tothom, oferia el que jo patia per tothom”*

Más adelante explica que pertenece a la “Comunidad de Neocatecumenados” y cómo esta comunidad religiosa influyó definitivamente en su vida y la ayudó a aceptarse a sí misma tal y como es:

*“Vaig conèixer una ...com li diria ara [busca paraules per poder explicar-se]...una comunitat religiosa que eren els neocatecumenals, és un moviment dintre de la Església Catòlica. Es basa en una cosa: que Déu ens estima tal com som. Jo, tota la vida havia lluitat per ser la primera. Perquè era presidenta de totes les congregacions i totes les coses que havia, i era primera... I vaig veure que Déu m’estimava tal com era. Amb tota la meva misèria. Això es una cosa. I després l’amor a l’enemic, hem d’estimar als enemics. Es basa en això”. (Antonia)*

En el caso de Ricard, la religión es compromiso y le llevó, junto a su compañera, a acoger a dos niñas:

*“Jo era padrí d’una neboteta de la Maria [... ]Al bateig era moda que el padrí aguantava la nena i la madrina lo ciri...Lo que em va quedar més van ser aqueixes paraules: “En cas de faltar els pares los responsables són els padrins”... i em va quedar. [...] El pare de la nena va morir. [...] Pues li vaig dir a la mestressa [Maria]: “el familiars,*

***jo sóc família ara que soc padrí, hem d'anar a buscar a l'Anna, que es deia Anna".  
Bueno la vam anar a buscar i la vam fer gran...fins que es va casar.***

***També vam anar a buscar un altre noia, que era filla d'un pescador d'aquí que va morir.  
En aquest cas, la Maria i el seu home [se refere al companyero de María que falleció], li  
eren padrins. Sa mare de la noia es va posar molt malament i la vam anar a buscar. Jo la  
vaig anar a buscar amb un carro i un cavallet que teníem. Vam anar a buscar a la Asun,  
aqueixa noia, ve ella amb una cara com vella... de mal cuidada... Sa padrina la va agafar  
com si fos una nina. I la va cuidar, la va cuidar, la va cuidar... Va fer-se gran, la va fer  
gran fins que també es va casar" (Ricard)***

Agustí es una persona muy reflexiva y culta, a la que le gusta conversar sobre temas importantes, la religión es uno de ellos a la que dedica parte de su tiempo y reflexiones, que además plasma por escrito, tiene varios sobre este tema. La fe, Dios, son conceptos de los que le gusta hablar y echa de menos poder conversar con alguien sobre esto. Para él son tan importantes como para desear inculcar a los demás un poquito de fe.

***"Perquè jo tinc pensat que hi ha algo més enllà [...]Un altre no vol creure...Jo no li diré res en contra si no vol... Però si puc, li faré creure en qualsevol moment que hi ha algo que a vostè li farà dubtar, per força! [...] Jo tenia moltes converses amb un amic que ja ha mort, i també la seva dona, pues bé aquest home em deia, si algú te diu que no hi ha un més enllà...nosaltres li diem Deu, i Nostre Senyor, diem això... un més enllà, planyo al que no té res, perquè necessàriament, si no hi hagués s'hauria d'inventar algo que fos diferent del que som nosaltres." (Agustí)***

Y termina con la siguiente frase:

***"Ja pot ser tan intel·ligent com vulgui, perquè hi ha coses que els humans no són capaços de treure-les." (Agustí)***

La forma de vivir las creencias es muy diferente de una persona a otra, por eso es importante conocerlas en profundidad y en todas sus dimensiones, para así poder asegurarles la cobertura de las necesidades que puedan tener. No basta con cuidar el cuerpo, hay que cuidar también la mente y el espíritu.

No todos los informantes las viven con la misma intensidad y cada uno lo hace de manera diferente, como es el caso de Carme, Amparo, Pilar o Rosa.

*“No vaig a Missa però crec. No vaig a baix tampoc no. Si que fan algo d’església, donen la Comunió, fan una mica de sermó, cada últim divendres de mes ve un Capellà però jo no hi vaig. No em veig amb cor. Perquè entre que m’haig d’aixecar amb els genolls, t’has d’aixecar, o que estàs a la segona fila o a la tercera...no. **Jo mira estic feliç amb Ell i ja en tinc prou** [se refiere al Cristo del Crucifijo]”. (Carme)*

*“Iba a misa cada día por la mañana. Me gustaba, porque soy cristiana y me compadezco mucho del prójimo.” (Amparo)*

*“Jo reso molt, molt, aquí tinc el rosari.” (Pilar)*

*“Cuándo te acuerdas de algo pues oye, rezas un poco... ¡y ya está!” (Rosa)*

- **La presencia de la muerte**

El último fenómeno que queda por abordar de la información aportada por los ancianos entrevistados es la percepción de la proximidad de la muerte y el significado que le otorgan. La vida lleva inherente la muerte, el hecho de envejecer, vivir años y acumular experiencias lleva también incorporado inevitablemente, experiencias de pérdidas, duelos y muerte que se van sucediendo a lo largo de la trayectoria vital de la persona. Cada cual afronta la pérdida de forma diferente, e influye las características de la persona, del tipo de pérdida, de las circunstancias y del momento. Pero todas estas experiencias pueden ayudar para prepararnos para la gran pérdida: nuestra propia muerte.

No todas las pérdidas están relacionadas con la muerte de seres próximos o la propia muerte. Hay otros tipos de pérdidas como: las de bienes materiales; de la propia cultura; pérdidas de capacidades físicas y/o psicológicas. Estos aspectos ya han aparecido en otras categoría trabajadas anteriormente, aunque no se hayan enunciado como tal. Este estudio se centra, por lo tanto, en dos aspectos:

- Pérdida de seres queridos: la muerte o distanciamiento de personas significativas.
- La propia muerte.

En función de cómo se entienda la propia vida, se dota de un significado a la muerte: los creyentes católicos creen en el paraíso del más allá; para los budistas la muerte es el comienzo de un nuevo capítulo de vida; para los agnósticos es la finitud, etc. Las personas de la muestra que expresan sentimientos religiosos son todos católicos. Hay que recordar que

la mayor parte de sus vidas transcurrió en un contexto cultural donde la religión católica era hegemónica.

Morir es un proceso individual, pero es un suceso que influye en las personas que tienen vínculos afectivos con el moribundo, por lo que también es un proceso de socialización de los significados de la muerte y el morir (Blanco, Antequera, 1998). Se reflejan las propias inquietudes ante la muerte, lo que se ha ido aprendiendo de las muertes de los otros:

*“La mamà... van passar sis mesos horrenos, [...], cridava per aquí, cridava per allà. El papa no, **el papa va ser una mort més dolça**, les coses com siguin, **es va anar apagant, apagant...i després es va apagar del tot, però amb la mamà va ser horrorós!**” (Carme)*

Hay muertes que generan gran enfado y rabia contra la persona fallecida. Son situaciones inesperadas que para la persona que queda son difíciles de entender y asimilar como ocurre en los casos de suicidio (García- Viniegras, Pérez Cernuda 2013). En estos casos la rabia o se dirige contra la persona muerta o contra nosotros mismos con un gran sentido de culpabilidad. Los “por qué” son continuos: ¿Por qué lo habrá hecho?, ¿por qué no estaba allí?, ¿por qué le dije esto?, etc.

*“**Nos despedimos como siempre**, a la puerta, y él ha dicho voy a dar una vuelta por aquí, ya vengo sube tu arriba... **¡que se ahorcó!**, bueno, cuando lo encontraron... y se fue a ahorcar a su casa para que lo viera su padre! [...] **El señor cobarde... bueno me creía que sería más valiente que no ha sido, no ha sabido...** Todo se lo chupó él, no quiso decir nada.” (Amparo)*

Amparo cuando lo recuerda todavía levanta la voz y se enfada como si su novio (fue su primera relación antes de conocer a su marido) pudiera oírla.

Encontramos muertes a las que al referirse a ellas se utilizan expresiones de “antinaturales”, como si la muerte no formara parte de la naturaleza humana, pero precisamente la condición humana es la que dificulta su aceptación y entendimiento. Las muertes de los niños siempre son vistas de esta forma (Zañartu, Krämer, Wietstruck, 2008). El fallecimiento de un hijo también es visto de esta manera, no se considera “natural” que los padres vean morir a los hijos, son los hijos los que deben asistir a la muerte de los padres. Como dice Eugenia Díaz (1998), “*la pérdida de un hijo evidencia los ideales que habían sido puestos en él y que retornan a los padres sin realización, confrontándolos muchas veces con su propio fracaso*”. La

muerte de un hijo es la peor muerte que le puede suceder a una madre o a un padre, tenga la edad que tenga el hijo. Una madre o un padre nunca dejan de tener el rol de padres aunque sus hijos sean adultos (Roitman, Armus, Swarc, 2002).

*“Me casé y al año, pues yo he tenido un niño... un muerto, que me lo mataron los médicos. [...] Porque yo no tenía los “dolores” que tenía que tener, y ellos decían que había mucho tiempo, como era el primero que yo no sabía. ¡No sabía yo para decir que dolor tenía que tener “pa” tener el crío! Los médicos después enseguida con los hierros... pero lo ahogaron, un nene...” (Amparo)*

*“La segona filla, va morir de leucèmia, casada tenia 2 fills i va morir de leucèmia...” (Antonia)*

El hacerse mayor conlleva la pérdida de hermanos y de amigos. Es inevitable, es parte de la vida, pero parece existir en estas edades una capacidad de aceptación ante lo inevitable. Como Erikson (2000) dice en su teoría del desarrollo del ciclo vital, la sabiduría de la vejez lleva a una aceptación de la muerte como parte de la vida. Es “ley de vida”.

*“Els amics... un dels amics que l’altre dia va vindre...que es l’únic que va quedar, ell i jo! De cinc! Faltant un any se’n van morir tres...Faltant un any!” (Ricard)*

*“Ara m’he quedat sola. Una fa dues setmanes que va morir i l’altre fa un mes, [se refiere a sus hermanas que estaban en la misma residencia]. Res, en un mes les dues mortes. De vuit germans sol quedem dos. És llei de vida... tots anem morint.” (Pilar)*

En algunas ocasiones la muerte de personas cercanas puede verse con cierto sentido de triunfo personal, al vivir más que los que van muriendo. Es el caso de Antonia, que habiendo tenido unas relaciones muy difíciles con su marido y la familia de éste, vive en cierta manera, el fallecimiento de ellos como una pequeña victoria en compensación a las dificultades que le hicieron pasar:

*“Es van anar morint tots, els vaig enterrar a tots, tots, la sogra, el sogre... el sogre pobret era una pobra persona va ser el primer que es va morir però era molt bona persona però els altres tots van anar passant per les meves mans...” (Antonia)*

Para comprender el sentimiento de esta expresión de Antonia, se debe entender la situación por la que pasó y el duelo que sintió ante la pérdida del rol de madre que ella deseaba tener:

*“Ho vaig passar molt malament amb els fills, amb les meves filles grans, la primera la noia gran, la segona, la que va morir i el noi gran se’ls van fer seus les cunyades. Jo estava en un racó i les cunyades en pic els vaig desmamar van ser seus. **Elles els pentinaven, els vestien, els compraven la roba i jo era en un raconet, jo vaig estar sempre en un racó. No podia fer de mare. Va ser molt difícil. El meu marit mai em va fer costat.**” (Antonia)*

La viudez es una de las pérdidas que más reseñan los ancianos, en el caso de los entrevistados aparece pero de una forma muy sutil, quizás porque en todos los casos los cónyuges habían fallecido hace años y una vez elaborado el duelo queda un recuerdo que ya no es doloroso.

*“Mi marido...ahora va a hacer 6 años que ha muerto.” (Amparo)*

*“Mi marido falleció hace seis o siete años, padeció de un cáncer de pulmón, porque fumaba como un carretero, [ríe]. El tabaco, mal consejero.” (Rosa)*

*“El meu marit fa 11 anys que és mort, el 11 de setembre d’aquest passat ha fet 11 anys que era mort. Es deia Pere. [...] Sempre vam estar molt bé, molt bé, molt bé.” (Pilar)*

En la vejez se percibe la cercanía de la muerte con un realismo que no es habitual en edades más tempranas, y hace que en los ancianos sea un pensamiento frecuente que genera sentimientos y actitudes muy diferentes. Recordando a Erikson (2000), la vejez es la etapa en que se logra la “sabiduría de vida”, se hace balance de la misma y es el momento de enfrentar la propia muerte. Según este autor, la forma de enfrentarla está muy relacionada con este balance de vida y la aceptación de la misma. Ya no hay marcha atrás y el tiempo que queda por delante es incierto.

*“Jo, em sembla que tinc molt poques coses a fer. Molt poques coses a pensar perquè amb 90 anys jo no puc pensar que puc viure... puc viure 20 més o... Puc pensar de que un dia sempre se’m pot presentar una cosa que no hi pensaves i au... No. És que el bo d’això és que no tenim caducitat. Però és com...un producte... **No som un producte, naltros no som un producte, i de dir, mira això caduca.. .tal any i tal dia. Però ai que fos així! Ai, pobre de naltros que fos així!**” (Ricard)*

Pero en ocasiones también puede verse como una liberación ante situaciones que no gustaría vivir como son la pérdida de autonomía e independencia:



***“Cuando veo a esos viejos que no pueden andar, ni comer que se les cae la baba pienso: ojalá que me vaya un día a la cama y ya no me despierte. Para vivir así no vale la pena, ya hemos gastado nuestro tiempo, pues ¡ya está!, para que sufrir... Mejor morirse, yo desde luego mientras pueda dar mis paseos, cortos pero algo es algo y pueda valerme por mi mismo bien, pero si no... mejor morir. Total antes o después tiene que pasarnos ¿no?” (Pedro)***

Hay un aspecto fundamental que influye en la forma de afrontamiento y aceptación de la muerte: las creencias, la religión o la espiritualidad de cada uno. Como se ha apuntado anteriormente, todos los informantes que hacen referencia a sus creencias religiosas son católicos.

***“Que m’haig de morir! Ja ho sé. Com tothom! Però què vols que et digui, no em fa cap por i a més tinc aquest Senyor aquí, [un crucifijo], doncs mira m’ha acompanyat sempre...” (Carme)***

***“Mira de fet hi ha vegades que penso en la mort, però com que penso que me’n vaig a una vida millor... me’n vaig amb el Senyor, me’n vaig amb la Verge.. .No em fa por, em fa cosa de dir s’ha acabat tot materialment...però...interiorment no, sé que trobaré els meus pares, sé que trobaré la meva filla, el meu home, sé que em trobaré molta gent que estimo... i vull dir... sé que un dia o altre ens hem de morir tots, tot lo que neix mor. [...] Em voldria anar acabant...i quan sigui l’hora que el Senyor em prengui.” (Antonia)***

Estos sentimientos ante la muerte coinciden con la investigación de Uribe, Valderrama, Durán, Galeano, Gamboa y López (2008) sobre las diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores, encontrando diferencias significativas relacionadas con la edad: los adultos mayores aceptaban mejor el tema de la muerte que los jóvenes. En cuanto al género, sólo encontraron diferencias significativas en el grupo de adultos mayores, en el que las mujeres aceptaban mejor la muerte. La diferencia más importante la encontraron en relación a las creencias religiosas que se daban más en adultos mayores: las personas con fuertes creencias religiosas, que creen en una vida feliz tras la muerte, mostraron una actitud de aceptación y confianza. En su estudio también relacionaron esta aceptación con la transición de Erikson (2000) en la etapa de la vejez: integridad versus desesperanza, donde la integridad lleva a la sabiduría de vida y aceptación de la muerte.

Cuando Luís y Juan hablan de su muerte, a ambos les preocupa sobrevivir a sus mujeres afectadas de demencia. Es su mayor preocupación: a pesar de la tristeza y el sufrimiento que les produce la enfermedad de sus esposas, no se plantean la vida sin ellas. Sería la soledad extrema.

*“Pido a Dios muchas veces que cuando se acabe lo que... lo que tenga predestinado con la mujer... que me acabara yo, algunas veces lo digo como en plan de... con un convencimiento tan total, que sería capaz de no sé, de hacer cualquier locura, cosa que no está bien, porque no tenemos derecho a... para disponer de todo, pero no hacer usos de determinadas cosas...” (Luís)*

*“Yo haciendo cálculos en un lado y en otro....yo preferiría lo otro a esto...quiere decir...como yo le digo a mi hijo, si estoy apuntado...como los soldados antes estaban apuntados en caja y se iban a la mili, pues yo estoy apuntado en caja también, cuanto antes me vaya a la mili...en parte mejor. **No me da miedo pensar en... morir. No. Es al revés, es al revés porque aquí...hoy por hoy se entiende, pues vivo muchas veces amargado [...]** Pues es lo que digo, yo **pienso que esos momentos no van a mejorar, va a ser...al revés, va a empeorar** [se refiere a la demencia que padece su mujer]. Y no quisiera... [se le nublan los ojos, y apoya las manos en las rodillas con energía]. Y que se fuera antes que yo tampoco...lo consiento. **El mayor soy yo, soy mayor que ella, y sería el que tuviera referencia “pa” irse porque quedarse uno aquí solo...como yo...sería temible. Esto que le estoy diciendo es muy fuerte pero es la realidad. Esto es la realidad.**” (Juan)*

Rosa es la única que afirma no pensar en la muerte, o al menos intenta no pensar en ella. Desea vivir muchos años, de todos los informantes es la que ha tenido una vida más fácil, una trayectoria que parece cómoda y agradable si se compara con el resto de informantes. Pero su actitud ante la muerte es la de eludir la situación, no quiere pensar, ni hablar de ella. Pero si no queda otro remedio, echa mano de sus creencias religiosas que le ayudan a aceptarlo, pensando en una mejor vida.

*“No pienso en la muerte, aparentemente no pienso en la muerte, lo único que hay noches que estás en la cama y piensas oye como será el día en que yo me muera, que me pasará tal, pero... **NO** [Levanta un poco la voz]. **No, no quiero pensar, hago lo posible por no pensar en ella.** Pienso que todavía tengo que vivir años, aunque no lo sea, pero no, no, vamos que no es muy de mi agrado pensar en la muerte. **Los que estamos***

***educados en un ambiente católico cristiano piensas que hay otra vida, que pasarás...a mejor vida ¿no?, pero que no, que no...La muerte no es el fin de todo, vaya. No sé si será o no será. Pero a veces lo piensas, ojalá que sea verdad que hay otra vida y procuras con eso pues sacar a la vida el portarte mejor, no sé, influye.” (Rosa)***

A Agustí le gustaría que estuviera toda la familia y tener todo dispuesto. De hecho ya es así, tiene preparado dónde y cómo quiere ser enterrado, lo preparó junto a su mujer que ya lleva años fallecida. De nuevo aparece el pueblo, es un referente importante en su vida:

*“Jo m’agradaria, Deu ho vogueés, de que estiguessin tots a punt [la família], allò per fer les diligències que s’han de fer, perquè nosaltres vam prometre, la dona i jo, la dona ja està... [ha fallecido], tenim un nínxol que vam fer...ja vaig dir que som pobres, no vaig a dir que som rics perquè no ho hem sigut mai, ni sé lo que es, ni m’importa. Però tenim els dos nínxols així i ja està una làpida de dalt a baix posada per els dos. I ella està enterrada allí i dèiem que nosaltres si podíem, volíem estar al poble”.* (Agustí)

Sólo Amparo habla sobre cómo se vive la muerte en la residencia y cómo ésta se intenta ocultar a los residentes. Esto coincide con el estudio realizado por Gómez, Medrano (1998) en residencias de Vizcaya para conocer si se informaba a los residentes sobre los fallecimientos que tenían lugar en ellas. Un 40% de los centros no informaba a los residentes de las muertes de compañeros. Este porcentaje se elevaba al 83% en las residencias privadas. En las entrevistas a los ancianos, el 75% afirmaba que era conveniente que se les informara de los fallecimientos de los compañeros y el 68% veía con buenos ojos la celebración de ritos funerarios dentro de la residencia.

*“Siempre miro, y mirando por aquí, [desde la ventana de su habitación se ve el acceso al parking subterráneo de la residencia], siempre veo, veo subir el coche de muertos para ir... digo: “mira nosotras aquí y ahora pasa otro”. Que hay un depósito aquí. [...] Las chicas tienen miedo porque nos acompañan ¡venga Amparo!, [...] y se nos llevan de donde está el muerto. [...] Así que estamos esperando que un día u otro nos lleve. Porque aquí todos los que se mueren son los que van muy avanzados de edad, y no...Hemos tenido un...porque escucha una cosa eso yo no sé si se puede decir... Apague y le explico. [Apago la grabadora y me explica sus inquietudes y cómo ve la muerte en la residencia].”*

También habla del miedo del personal a la muerte, aunque quizás este miedo que Amparo describe corresponde a un intento de ocultar la visión de la muerte a los residentes, ella misma dice que los que mueren son los que son más mayores, todavía no toca...

Amparo explica de algunas inquietudes que tiene respecto a cómo se gestiona el proceso de muerte en la residencia, pero no quiere que quede registrado en la grabadora, por lo que no puede ser usado en la investigación. Pero se considera interesante comentarlo, porque en este momento se pudo observar cierto miedo a cuestionar abiertamente a la institución.

### Vivir en la residencia

- ✓ Los ancianos tienen la expectativa de ser cuidados por los hijos-os
- ✓ La cuidadora principal es mujer: esposa o hija
- ✓ El ingreso en la institución viene motivado por problema de salud Y/o problemas funcionales que les dificultan llevar una vida independiente
- ✓ Las residencias de ancianos siguen cumpliendo criterios de institucionalización total indicados por Goffman: rutina, obediencia, relación de “favores” con el personal, compartir espacios, necesidad de algo como exclusivo
- ✓ Poca participación de las actividades del centro
- ✓ Inactividad, soledad y aislamiento en la habitación
- ✓ Poca utilización de las salas comunes por parte de los ancianos que no tienen problemas de movilidad
- ✓ Difícil establecer amistad entre los residentes. Hay muchos conocidos pero pocos amigos
- ✓ La relación con los profesionales no siempre responde a las expectativas que los ancianos tienen
- ✓ Los ancianos a los familiares les asignan un rol de solucionadores de problemas
- ✓ Las creencias y las ideas religiosas son muy importantes. Todos los que han expresado ideas religiosas son católicos
- ✓ Las creencias religiosas les ayudan a dar un sentido a la muerte.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **V Conclusiones**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **Limitaciones. Conclusiones. Propuestas y sugerencias para la práctica. Futuras líneas de investigación**

*“Les persones grans volem mimo, que se’ns escolti i que ens coneguin una mica perquè no tots som iguals” (Joana)*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## 10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las principales limitaciones a contemplar son aquellas vinculadas a todo proceso de las técnicas de recogida de datos seleccionadas.

Así, respecto a las entrevistas y al contexto donde se realizaron debemos señalar que:

Los informantes fueron designados por la institución, no aleatoriamente entre todos los residentes. Esto podría introducir un sesgo en relación a que fuesen informantes que mantienen una buena relación con la institución. Sin embargo se ha podido observar que no todas las opiniones son favorables a vivir en la residencia.

Las entrevistas se realizaron en los propios centros, y a pesar de asegurar la confidencialidad y anonimato, se ha observado que algunas de las personas entrevistadas tenían ciertos reparos a la hora de comentar algunos aspectos relacionados con el funcionamiento o el personal de las residencias. No sabemos si en otro contexto los informantes se hubieran expresado con una mayor libertad.

El hecho de que dos de los entrevistados pidieran que se apagase la grabadora durante las entrevistas hace que no aparezcan dos aspectos significativos de la vida en las residencias geriátricas. Pero quedan recogidos por la investigadora para explorar en estudios posteriores. También destaca que los ancianos no confían plenamente en las personas que se encargan de sus cuidados.

Las residencias en las que se ha realizado el estudio son muy homogéneas en cuanto a los servicios que ofrecen al anciano. Esta homogeneidad puede haber influido en encontrar unos resultados muy similares en ambas. La investigación en centros con características muy diferentes tanto en tamaño como en servicios o en residencias de carácter público y privado, quizás permitiría introducir otras variables en el análisis de los datos.

En la elaboración de la HV, intervinieron exclusivamente las personas entrevistadas y la investigadora, por lo que en el trabajo se reflejan las percepciones de ambos, habiendo quedado excluida la familia. La opinión de estos últimos podría ayudar a matizar o completar algunas de las informaciones obtenidas.

El estudio se realizó con ancianos sin patologías cognitivas y ninguno tenía grandes dependencias que le obligase a ser asistido para cubrir sus necesidades. Esto hace que no se pueda valorar su aplicación en ancianos que presentan trastornos cognitivos o mayor nivel de dependencia física que necesiten suplencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Sería interesante replicar este estudio con ancianos con un nivel mayor de dependencia.

Pero el gran límite de esta investigación es, precisamente, que se ha quedado en el primer paso de lo que consideramos supone un cambio en la forma de entender el cuidado en las residencias: aquí aportamos la descripción y el análisis de cómo se pueden utilizar las HV en las residencias geriátricas. Ahora faltaría su aplicación para comprobar si su introducción sistemática en la práctica de los cuidados comportaría una mejora en el cuidado geronto-geriátrico.

## 11. CONCLUSIONES

El interés principal de esta investigación era constatar cómo el conocimiento profundo de la trayectoria de vida de los ancianos en la residencia constituye una herramienta útil para detectar aspectos importantes en la vida de las personas, que orienten unos cuidados gerontológicos basados en el fomento de la individualidad y la dignidad del anciano. De esta forma se podrían evitar los efectos negativos que conlleva vivir un proceso de institucionalización.

La verbalización de la HV y la propia escucha por parte del anciano es reparadora, por lo que la HV ayuda a subsanar aspectos no resueltos a lo largo de la vida.

A través de la HV se pueden comprender los significados y comprobar las necesidades que la persona presenta en este momento de su vida. De este modo resulta de gran utilidad en la mejora de los cuidados gerontológicos, ya que a través de su análisis la enfermera puede elaborar y realizar unos cuidados de enfermería que refuerzan la identidad e individualidad del anciano, mejoran su autoestima y revalorizan los aspectos positivos que toda vida tiene.

La HV ayuda a la enfermera a realizar una valoración mucho más exhaustiva del anciano y complementa la valoración realizada con los modelos conceptuales utilizados en este trabajo. En concreto se ha podido observar que, en el modelo de Necesidades de V. Henderson, la HV nos aporta un conocimiento específico sobre las necesidades que están relacionadas de una manera especial con aspectos psicológicos, emocionales y espirituales como son: Vivir según sus creencias y valores; Autorrealización y la Necesidad de Aprendizaje. Esto mismo es aplicable a la Filosofía de J. Watson; con la HV se favorece la expresión y el desarrollo de los factores cuidadosos: fomentar el sistema de creencias y esperanza; cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás; desarrollar una relación de cuidados humana de ayuda y confianza; ayudar a la satisfacción de las necesidades básicas. Pero especialmente se profundiza en tres factores cuidadosos: promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos; crear un entorno de apoyo, protección o corrección mental, física, sociocultural o espiritual; aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas.

A continuación se especifican las conclusiones a las que se ha llegado en relación a los objetivos específicos propuestos:

- Averiguar los acontecimientos vitales significativos en la HV.

Los acontecimientos vitales son aquellos que marcan de una forma significativa la vida de la persona, como es el caso de la guerra civil española y sus consecuencias. La recuerdan como una época de sufrimiento, pérdidas y carencias.

Las pérdidas parentales en la infancia, además de las consecuencias emocionales que la muerte conlleva, obliga en muchos casos a que los niños tengan que marchar a vivir lejos del hogar de los padres. En ocasiones esta marcha es de forma permanente, dando lugar a frecuentes “adopciones” no oficiales.

La juventud es prácticamente inexistente, de una infancia muy corta que coincide con la escolaridad, se pasa al mundo laboral y de adulto. El hecho al que otorgan mayor valor en sus vidas es a los hijos. Todos los entrevistados deseaban tener hijos. Es la prioridad del matrimonio.

La emigración es vivida como una pérdida de identidad y de referentes culturales, que puede ocurrir aunque el lugar al que se emigra tenga unas características culturales similares. La emigración se produce para mejorar las condiciones de vida, pero especialmente pensando en los hijos.

- Comprobar la utilidad de la HV en los cuidados de enfermería gerontológica.

Conocer la HV de los ancianos permite a la enfermera comprender la repercusión que tiene el proceso vital de la persona sobre cómo afronta la vejez y los mecanismos de adaptación que la persona utiliza ante las diferentes situaciones de dependencia, enfermedad, pérdidas etc. Entendiendo siempre la adaptación desde el desarrollo máximo de los potenciales de la persona, hasta dónde puede llegar, no como una actitud negativa o pasiva. Esto permitirá marcar unas metas u objetivos realistas, que harán que el anciano se sienta capaz de conseguir logros e iniciar proyectos adaptados a sus deseos y necesidades.

La HV da la oportunidad al anciano de revelar una parte de su vida que ya ha pasado y que de otra forma queda escondida, no visible para las personas que les cuidan. Su realización

consciente, realizando una escucha activa y estableciendo una relación empática, ayuda a crear un clima de complicidad, que hace que afloren vivencias que con otro tipo de entrevista o recogida de datos no aparecerían.

Cuando el anciano narra su vida, y le dedicamos el tiempo y espacio necesario, se siente “escuchado”, atendido y cuidado. Se siente reconocido, como ser único e irrepetible, lo que ayuda a mejorar su autoestima y favorece la identidad.

Ser viejo no significa dejar de tener proyectos de futuro. A través de las narrativas de los ancianos, emergen proyectos de vida que están relacionados con deseos, cosas pendientes o inacabadas, que se pueden llevar a cabo y que les generarán satisfacción vital. El relato de la historia de vida también permite reparar o ayudar a solucionar algunas situaciones o vivencias que la persona percibe como desagradables o negativas.

Todos los ancianos, sin excepción, al acabar las entrevistas, manifestaron su satisfacción después de narrar su vida. También varios de ellos verbalizaron que consideraban importante que el centro conociera la historia de su vida, porque ayudaría a que fuesen vistos de una manera más individual y a conocer algunos de sus deseos o preferencias. En este sentido, la HV puede ser un método útil y poco invasivo para comprender sus vivencias personales.

- Comprobar las características de institucionalización total que presentan las residencias actuales

Las residencias geriátricas, a pesar de considerarse centros abiertos, mantienen todavía muchas características de institucionalización total, tal como Goffman las clasificó hace ya casi 50 años y que más tarde Bareyns (1990, 2012) reafirmó. Especialmente se observa la falta de intimidad, la rutina, la pérdida de individualidad y cómo el residente busca un “trato de favor” del personal.

La institucionalización se va agravando a medida que la persona va perdiendo capacidad de independencia y autonomía, lo que le obliga a depender de alguien para poder realizar actividades o salir de la residencia.

- Identificar los momentos significativos de la vida en la residencia y las estrategias de adaptación



Cuando a los ancianos les falla la salud o las fuerzas quieren continuar viviendo en sus casas o en las casas de las hijas-hijos. Pero no quieren ser un estorbo para ellos, y este es el motivo principal de ingreso en la residencia. Prefieren decidir el ingreso por sí mismos, manteniendo el control sobre su vida o al menos participar en la decisión.

Excepto en un caso, todos excusan a los hijos de su ingreso en la residencia. Todavía persiste socialmente la idea de que los hijos deben cuidar a los padres y que su ingreso en la residencia es una “vergüenza”, equivalente a abandonarlos o no querer cuidarlos.

Se debería cuidar especialmente el momento del ingreso y el tiempo de adaptación del anciano a la residencia. Es un momento de vulnerabilidad y fragilidad. La percepción que tienen al ingreso va desde entrar en una prisión a la pérdida de control sobre la propia vida. Protocolos de acogida bien organizados con tiempo, e incluso con adaptación progresiva al nuevo entorno, podrían ayudar a que la adaptación fuese más fácil. Conocer al anciano antes del ingreso también ayudaría a preparar la adaptación y poder orientarle previamente sobre aspectos que sabemos que si se desconocen pueden hacer más difícil su ingreso y adaptación, como podría ser conocer a su futuro compañero de habitación y de mesa; conocer el espacio de la habitación para poder elegir aquellas pertenencias que puede llevarse con él, etc.

- Explorar la cotidianidad de la vida en la residencia geriátrica

La vida en la residencia es muy solitaria a pesar de estar rodeados de mucha gente. No les gusta relacionarse tan apenas, el círculo de amistades es muy pequeño o inexistente. Las personas que están en habitación individual aún son más reacias a integrarse con el resto de residentes.

Las visitas son recibidas por los ancianos como una novedad en la rutina diaria y con ellas pueden hablar libremente de temas que no pueden compartir con el personal o resto de residentes. Las visitas son un símbolo de prestigio social de cara a los otros residentes a los que demuestran que son queridos, que los vienen a ver, salen a comer fuera de la residencia... marcando una diferencia entre los que tienen y los que no tienen visitas. En cierta manera es una forma de presumir de un estatus y rol que está relacionado con el exterior. En ocasiones estas visitas son el único vínculo que los ancianos tienen con el exterior.

Ser o haber vivido en el mismo lugar (pueblo) en el que está situada la residencia ayuda al anciano a relacionarse con personas y lugares que les son conocidos. También favorece las visitas de personas conocidas y amigos del exterior.

Las residencias proporcionan actividades, pero no tienen aceptación entre los residentes. No les parecen interesantes o les obligan a relacionarse con otros residentes, y esto no es muy deseado. Las actividades deberían basarse en los deseos y actividades previas al ingreso que realizaba el anciano. La HV es un buen recurso para identificar los intereses y motivaciones del anciano.

Las residencias no están preparadas para que en ellas vivan parejas, casadas o no. Se debería facilitar la intimidad, e incluso tener un sistema previsto de cama de matrimonio o, simplemente, algo tan fácil como retirar las mesitas de noche del medio y juntar las camas. La necesidad de sexualidad no se expresa abiertamente por los ancianos, por lo que las enfermeras deben estar al tanto de los indicios que los ancianos, voluntaria o involuntariamente, nos dan para poder incluirla en nuestros cuidados. La sexualidad es una de las necesidades más fácil de conocer y valorar si se realiza la HV. A través de ella aparecen relaciones pasadas y/o presentes relacionadas con esta necesidad que nos ayudan a comprender la importancia que esta necesidad tiene para el anciano.

Los residentes se encuentran satisfechos con la cobertura de las necesidades físicas básicas. La insatisfacción y quejas están relacionadas con las necesidades emocionales y sociales.

Llama la atención que, durante el relato de la vida en la residencia, no aparece el rol de la enfermera en el cuidado. Los ancianos hablan de las “chicas”, “las que nos cuidan”, pero no de la enfermera de forma específica. Esto puede estar relacionado con el rol más técnico que las enfermeras tienen en estas residencias. Mientras que el motivo puede ser el bajo número de enfermeras en proporción al número de ancianos.

- Indagar sobre la percepción de la vejez y las actitudes ante la muerte según la teoría del ciclo vital Erikson.

La vejez es más visible en los otros que en uno mismo, “viejos son los otros”. Hay una dicotomía entre cuerpo y mente: “uno se sabe viejo, pero no se siente viejo”. Existe también un cierto rechazo al observar los efectos de la dependencia física o psíquica en los otros

residentes, hasta el punto de preferir la muerte antes que la discapacidad y tener que ser substituido en todas las necesidades básicas.

La vejez supone un acercamiento hacia la muerte. Es un camino inexorable para todo ser vivo, pero el cumplir años y la muerte de personas cercanas hacen que la muerte de uno mismo se perciba como más cercana.

Cuando llega la vejez, el tiempo pasado es mayor que el que queda por venir, ya no puede cambiarse lo que está pasado, y el tiempo para rectificar es corto. Erikson (2002) afirma que en la vejez las personas realizan un balance de vida. Si se acepta la trayectoria de vida el anciano adquiere la "sabiduría", una sabiduría de vida que le lleva a esperar la muerte con serenidad y aceptación. Pero en las personas que no aceptan la vida pasada aparece la desesperanza ante la muerte, en este caso la HV puede ayudar a la resolución de asuntos pendientes. Este era otro de los objetivos que queríamos comprobar con esta investigación: la aceptación o desesperanza ante la muerte.

la cercanía de la muerte aparece en todas las entrevistas en un momento u otro, no parece algo a lo que temen las personas entrevistadas. Reconocen que es algo en lo que piensan a veces y que ya está cercana, aunque en general no es un tema que esté presente en sus vidas. Esta aceptación natural hacia ella puede estar relacionada con el balance de vida y la sabiduría que Erikson contempla en su teoría del ciclo vital. Pero también se ha encontrado que las creencias religiosas están muy presentes y que éstas ayudan a ver la muerte como un paso hacia una vida mejor.

Sólo en un caso el informante al hablar de la muerte la rechaza. Verbaliza que tiene cosas pendientes para resolver antes de morir. No se observa que le genere una gran desesperanza, pero no quiere pensar en ella.

En algunos informantes aparece la muerte como liberadora ante situaciones de sufrimiento por las que no se desea pasar y que ven reflejadas en otros residentes.

A modo de conclusión final, decir que la realización de la HV no requiere un aumento de costes o recursos importantes, sólo un poco de tiempo y una escucha activa. Sin embargo, puede ser muy útil y eficaz en el cuidado del anciano. Además, la información que

proporciona puede ser compartida con otros profesionales implicados en el cuidado geriátrico: médicos, asistente social, cuidadores etc.

Somos conscientes de que esta investigación no se mueve exclusivamente en el campo de la enfermería y que podría establecerse dentro de una línea multidisciplinar y realizarse desde la psicología, la medicina, trabajo social, e incluso la sociología o la antropología. La enfermería, como disciplina relativamente joven, se nutre de muchas ciencias y para ampliar su conocimiento debe ser así, pero de todas las profesiones de la salud que intervienen en la atención al anciano institucionalizado, la enfermera es la que está las 24 horas con el anciano. Por ello, debe conocer su vida, identificar sus deseos y esperanzas para poder ofrecer unos cuidados encaminados a que el anciano tenga satisfacción vital. Todos los profesionales implicados en la atención deben involucrarse en este objetivo, pero la enfermera especialmente. En la atención geronto-geriátrica, la idea de equipo multidisciplinar está muy presente, por lo que todos sus componentes se benefician de los avances y conocimiento de los otros.

Desde nuestro punto de vista, este proyecto puede tener una repercusión directa en la percepción del bienestar del anciano y en la profundización del conocimiento de la enfermería gerontológica.

## 12. PROPUESTAS Y SUGERENCIAS PARA LA PRÁCTICA

Una vez realizada la parte teórica, ahora se necesitaría introducir en la práctica diaria de las residencias la HV como parte de la valoración del anciano y base de la planificación de los cuidados.

### ➤ **Propuestas para la práctica asistencial**

Si bien es verdad que en muchas residencias entre los datos del anciano, y habitualmente en la documentación de la trabajadora social, tienen un apartado para la HV, desde nuestro punto de vista, éste es insuficiente ya que es más un breve resumen de datos sociodemográficos que una verdadera HV.

El momento del ingreso y/o durante el proceso de adaptación del anciano a la institución son momentos estratégicos para el futuro desarrollo de la vida del anciano en la residencia. Deberían existir unos protocolos de acogida en los que se comprobará la utilidad práctica que tiene la introducción de la HV como parte de la Evaluación Integral del anciano.

En este sentido, uno de los aspectos importantes en la propuesta de utilización de la HV en los ancianos que viven una residencia, y la necesidad de su aplicación, se concretaría a partir de algunas sugerencias sobre el cuándo y el cómo se debería llevar a cabo:

- Debería formar parte del protocolo de acogida y realizarse durante el ingreso del anciano en la residencia.

Al ingreso se debería recoger la HV, de una forma programada (como se ha hecho en este estudio), quedando en momentos adecuados y de forma progresiva a lo largo de varios días. Esto haría que el anciano viese que existe interés por conocerle en profundidad, que se le dedica un tiempo en exclusividad, y ayudaría a recoger las impresiones que tiene estos primeros días. Esto también nos ayudaría a valorar como va realizando la adaptación a la nueva situación y las preocupaciones que surgen.

A las personas que no están preparadas o no desean entrar en la residencia, comprobar que los días sucesivos al ingreso, se les dedica un tiempo en exclusividad, y además pactado, les

ayudará a percibir que son importantes para las personas que van a encargarse de su cuidado a partir de ese momento.

Realizar la HV en los primeros días del ingreso y de forma progresiva haría que el anciano estuviera receptivo a las preguntas porque entiende que son en su beneficio, de cara a ser cuidado de la mejor manera posible. Si se realiza al cabo de un tiempo de vivir en la residencia, puede ser que el anciano esté en un momento de desencanto de lo que es la vida allá o pensar que ya es un poco tarde para mostrar interés por él y por su vida, de forma que le cueste más colaborar en la entrevista, o incluso encontrarle sentido.

- La HV no puede ser una recogida de datos estandarizada.

Existe una tendencia general a establecer las valoraciones y recogida de datos en formatos o guías estandarizados. La HV como se plantea en esta investigación no puede ser llevada a cabo de este modo, sino que debe realizarse a través de entrevistas abiertas y poco estructuradas. Así la persona pueda expresarse libremente y dar cabida a todas aquellas experiencias o inquietudes significativas para el anciano.

Se puede elaborar una guía de aspectos fundamentales que deben ser conocidos en relación a la vida de la persona. Esta guía puede ser útil sobre todo cuando la entrevistadora es inexperta. Pero sólo debe ser una guía de orientación, debe dejar espacio a la expresión natural del anciano y también, a la intuición de la entrevistadora.

- La HV como base para ofrecer unos cuidados que entiende a la persona como “ser holístico”.

La HV no es un anecdotario de situaciones que ha explicado la persona. Si sólo se utiliza para escribirla en un registro sin ir más allá no tiene ningún sentido. La HV debe ser revisada, analizar sus contenidos sobre lo que nos dice y lo que nos quiere decir la persona y extraer los datos significativos. De esta forma entenderemos lo que espera el anciano de nuestros cuidados y podremos incluir en nuestra planificación de cuidados aquellos elementos que hemos descubierto a través de la HV. Así los cuidados que ofrezcamos irán más allá de lo meramente físico y del aquí y ahora. Podremos ofrecer unos cuidados que comprenderán los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales, con una prolongación en el tiempo.

- La HV señala los potenciales de la persona.

La HV nos enseña como la persona ha afrontado, resuelto y vivido diferentes experiencias a lo largo de la vida, lo que nos puede llevar a percibir y conocer los potenciales que la persona tiene y puede desarrollar para afrontar de la mejor manera posible el ingreso en la residencia, la vejez y los cambios que se irán produciendo a lo largo de la vida en la residencia.

- Los datos de la HV son importantes para todo el equipo multidisciplinar.

El que la persona explique su vida en profundidad servirá para que todo el equipo la conozca y quede registrada. Cada miembro del equipo no irá preguntando aquello que le interesa, “todos conocerán todo”. De esta manera cada profesional podrá utilizar la información cuando la necesite para que el anciano esté bien atendido y cuidado.

En el caso de enfermería, esta información se podrá utilizar en cualquier momento de sus cuidados a aquel anciano, de forma que la persona se dará cuenta que es tratado como un ser único, individual y con una identidad reconocida.

Que su HV sea conocida por todos no sólo le dará seguridad física, sino también psicológica y social. Se sentirá acompañado y valorado como persona, con un pasado amplio pero con un futuro por delante.

La HV conocida por todos los miembros del equipo debe permitir trabajar por los objetivos de vida que tiene la persona. Descubrir junto al anciano que proyectos de vida tiene y ayudarle a desarrollarlos.

La HV puede ser realizada por cualquier miembro del equipo interdisciplinar que tenga conocimientos para realizarla adecuadamente. Lo importante es compartirla con todo el equipo para que además de conocerla todos por escrito, también conozcan las impresiones e intuiciones que el entrevistador ha tenido al realizar las entrevistas.

- La HV puede servir para elegir la persona de referencia para el anciano.

Cada anciano debería tener una “persona de referencia” entre el personal de la institución. Esta persona sería aquella con la que el anciano establece una relación especial y haría de

puente entre el anciano y la institución o incluso el resto de personal. Tener una persona de referencia haría que el anciano supiese a quién dirigirse con sus inquietudes, preguntas, etc. Y a la vez esta persona de referencia velaría por los intereses del anciano ante el equipo e institución.

La persona de referencia podría ser quién se encargara de realizar la HV del anciano al ingreso porque la realización de las entrevistas es un momento especial que facilita el establecer una relación empática y de profundo conocimiento del anciano. Sin embargo, esta persona de referencia podría cambiar con el tiempo, ya que al inicio puede ser un miembro del equipo pero con el tiempo y el conocimiento de la institución y del personal, el anciano puede establecer una mejor relación con otra persona del equipo.

- La HV debe formar parte de la valoración geriátrica integral.

La HV debe entenderse como parte de la valoración geriátrica integral (VGI) que se realiza cuando el anciano ingresa en una institución geriátrica. Comprende cuatro aspectos: la valoración física, funcional, mental y social. Pero con esta valoración, sin la HV, sólo percibimos una parte de la persona: cómo está en este momento, sin entender cómo, por qué y a través de qué ha llegado a este momento. Obviaríamos la mayor parte de la vida de la persona cuando somos el resultado de toda nuestra vida y no sólo de un momento.

Por lo que la HV debería formar parte de esta valoración, que pasaría de ser cuádruple a quintuple, quedando compuesta por los siguientes elementos:

- HV
- Valoración funcional
- Valoración física
- Valoración psicológica
- Valoración Social

La HV debe formar parte de la VGI, pero no mezclarse con las otras valoraciones: requiere un tiempo y un espacio exclusivo para ella.



### ➤ **Propuestas para la práctica de gestión**

La enfermera debe ser capaz de gestionar recursos y también cuidados. En cuanto a recursos, se pueden realizar observaciones y registros para constatar que la utilización de HV puede aportar unos cuidados más individualizados y mejor adaptados a las necesidades que tienen los ancianos. Identificar y registrar los proyectos de vida y/o deseos del anciano evitaría en gran medida su inactividad, soledad y falta de participación en actividades que se programan. La inactividad junto a la soledad lleva al anciano a ser más dependiente, con lo cual además de tener ancianos insatisfechos con la vida, aumentan los costes de sus cuidados. Unos ancianos activos y satisfechos serán unos ancianos más autónomos e independientes.

También en la gestión diaria de los cuidados, el conocimiento de la HV orienta unos cuidados que evitarán o disminuirán en gran medida los efectos negativos de la institucionalización. Gestionar cuidados es hacer aquellos que son necesarios para el bienestar del anciano, y en el momento que son precisos.

En un momento en el que los recursos destinados a cuidar a nuestros ancianos son más bien escasos, realizar investigaciones que demuestren la efectividad de nuestros cuidados es la vía para conseguir los recursos necesarios.

### ➤ **Propuestas para la práctica docente**

Durante el proceso formativo, y más concretamente en la asignatura de Enfermería en que se trabajen las características y cuidados de los ancianos (Enfermería Geriátrica, Enfermería del Adulto Mayor, etc), se debería formar a los alumnos en la realización, análisis y extracción de conclusiones de las HV. Esto ya se está iniciando dentro de la asignatura de "Infermeria en la Persona Gran" en la Facultat de Infermeria de la URV, y también en las prácticas en Unidades de Atención geriátrica, pero es necesario profundizar en la técnica de su realización, análisis e incorporación de los cuidados individualizados .

A través de la elaboración de HV, los alumnos aprenderían a realizar una valoración profunda y holística de la persona cuidada, para llevar a cabo una planificación y realización

de cuidados individualizados. La realización de la HV también les permitiría practicar la escucha activa, de manera que, como futuros profesionales, integren en sus valoraciones las HV y estén preparados para trabajar con ellas, fomentando de esta forma su utilización y una nueva forma de entender los cuidados geronto-geriátricos.

### 13. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El trabajo presentado contribuye al conocimiento objeto de estudio, pero también genera nuevas preguntas al respecto sobre las que investigar. Algunas cuestiones emergen de las propias limitaciones del estudio y otras constituyen nuevos retos a explorar en el conocimiento de la enfermería gerontológica:

- Comprobar la efectividad práctica de la HV en la mejora la satisfacción vital del anciano, a través de la realización de un estudio comparativo entre dos grupos, cuyos participantes tuvieran características homogéneas. En uno se llevaría a cabo la introducción de la HV en la valoración geriátrica, especialmente en la valoración de enfermería, y en el plan de cuidados. Y, en el grupo control, seguir con las mismas pautas de valoración y cuidados habituales del centro. Para comprobar los resultados, se elaboraría un documento de satisfacción vital y/o se podría utilizar alguna de las escalas existentes de calidad de vida ya validadas que se pasaría a ambos grupos pre-post intervención.
- Siendo que este estudio se ha realizado con ancianos sin problemas cognitivos, sería importante llevarlo a cabo con ancianos con problemas cognitivos, especialmente ancianos con demencia. En este caso se debería hacer partícipe tanto al anciano como a la familia. Creemos que sería muy beneficioso para ambos, ya que facilitaría poder redescubrir en el relato dinámicas familiares, vivencias conjuntas, que a veces las demencias dejan en segundo plano, como olvidadas al hacer frente en el día a día a las dificultades que esta enfermedad conlleva.

Podría ser una forma de evitar la muerte social que se produce, antes que la muerte física, en muchas personas afectadas de demencia y acercar la persona a los familiares cuidadores.

- Conocer el papel que la enfermera juega en la adaptación al ingreso en la residencia del anciano, momento en que el anciano es muy vulnerable. O las diferencias que pueden existir en la adaptación al envejecimiento y a la nueva situación de vida, el que sea el

propio anciano el que tome la decisión del ingreso o sean otros. O si la existencia de una persona de referencia para el anciano, ayuda a que aumente la sensación de seguridad y se sienta mejor cuidado en la institución.

- Sería interesante realizar una investigación multidisciplinar, en la que todos los miembros del equipo utilizarán la HV, y poder comprobar su utilidad para todos sus componentes. De manera que todos los integrantes pudieran tener un mismo objetivo común: que el anciano pueda vivir la vejez con plenitud y satisfacción, percibiendo la residencia como su hogar.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **Bibliografía**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## BIBLIOGRAFÍA

Abad Corpa E, Calderón Gómez C, Castillo Bueno MD, Pujalte Martínez ML, Ruzafa Martínez M. Lectura crítica de una investigación cualitativa en Atención sanitaria basada en la evidencia. En: Atención sanitaria basada en la evidencia. Murcia: Consejería de sanidad de Murcia; 2007. Disponible en:

[http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar\\_publicacion&id=103&idsec=88](http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=103&idsec=88)

Abades Porcel M. Análisis de los cuidados enfermeros en centros geriátricos de Barcelona, según el modelo de Watson. [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010

Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? Gerokomos 2012; 23(4): 151-155. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2012000400002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400002&lng=es).

<http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002>

Abellán García A, Vilches Fuentes J. Un perfil de las personas mayores en España, 2014: indicadores estadísticos básicos. Informes envejecimiento en red 2014; 6: 2-24. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>

Abellán García A, Del Barrio Truchado E, Castejón Villarejo et al. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006. Madrid: IMSERSO; 2007.

Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apropositoconpm.pdf>

Acebedo Urdiales MS. Narrativa y conocimiento práctico. Experiencias y prácticas de las enfermeras “expertas” en UCI. Once relatos y veintitantas historias. [Tesis]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2012

Acebedo M.S, Jiménez M. F, Rodero V, Vives C. Re-Pensando las complejidades del rol profesional desde la teoría de Bourdieu. Index de Enfermería. 2011; 20(12):86-90. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n12/7428.php>



Acebedo Urdiales S, Rodero Sánchez V, Vives Relats C, Aguarón García MJ. La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. *Index Enferm* 2007; 16(56): 40-44. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100009&lng=es)

Acevedo Alcaraz E, Alcaraz Baños M, Benito Martínez J, Robert Muir B, Navalón Vila C. Situación de nuestros mayores institucionalizados en residencias y necesidades para su integración social. *AZARBE Revista Internacional de Trabajo Social* 2014; 3.: 279-282

Acevedo Tarazona A. Tradición y palabra: el santo oficio de la memoria. La historia de vida y el método biográfico. *Rev. Científica Guillermo de Ockham* 2013; 11(2): 137-148 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1053/105329737010.pdf>

Adatto VE. Los perjuicios contra la vejez. *Geriatrka* 1989; 5(6): 327-330

Aguarón García MJ. La historia de vida como herramienta en el cuidado en gerontología. *Rev. Paraninfo Digital* 2009; 3(7): Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/086p.php>

Aguarón García MJ, Ferré Grau C. Hoy cumpla 90 años pero nadie me ha felicitado. Utilización de las historias de vida para visibilizar los cuidados. *Rev. Paraninfo Digital* 2014; 7(21). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n21/035.php>

Aguarón García MJ. Autopercepción sobre la vejez y de la vida en una residencia de ancianos. *Enfermería Comunitaria* 2013; 9(2). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v9n2/ec9310.php>

Agulló Tomás MS. Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: una aproximación psico-sociológica. [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense; 1999

Agulló Tomás MT. Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación. Una aproximación psico-sociológica. Premio ex aequo de Investigación IMSERSO 2000. Madrid: Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/436mayoresacttrab>

Agulló Tomás MS. Las personas mayores ante el envejecimiento y la jubilación. Madrid: Universidad Complutense; 2004.

Aller LJ, Van Ess Coeling H. Quality of life: its meaning to the longterm care resident. Journal of Gerontological Nursing 1995; 21 (2): 20-25

Alonso D, Pazos M. Equidad y eficiencia en el sistema español de pensiones: una revisión crítica (P. T. Nº 4/10). Madrid: Instituto de Estudios Fiscales; 2010. Disponible en: [http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/papeles\\_trabajo/2010\\_04.pdf](http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/papeles_trabajo/2010_04.pdf)

Amezcu M, Hueso Montoro C. Cómo elaborar un relato biográfico. Arch Memoria, 2004; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>

Amich Elias C. El trabajo de los menores de edad en la dictadura franquista. Historia Contemporánea 2008; 36: 163-198  
Disponible en: [http://www.revista-hc.com/includes/pdf/36\\_08.pdf](http://www.revista-hc.com/includes/pdf/36_08.pdf)

Alted Vigil A. Las consecuencias de la Guerra Civil española en los niños de la República. Espacio, Tiempo y Forma. Serie V Historia contemporánea 1996; 9: 207-228

Alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat. Reordenació de la xarxa socio sanitària. Pla de Salut 2011-15. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2015. Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/model\\_a\\_ssistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documents/front2\\_ss.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_a_ssistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/front2_ss.pdf)

Alvarado García A M, Salazar Maya Á M. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos 2014; 25(2): 57-62. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es).

Álvarez E, Castillejo N, Cobarsi P, Trenard K. Análisis de la narrativa y los significados de la enfermera: conocer y reflexionar sobre la realidad enfermera. [Trabajo Fin de Master]. Barcelona: Escola d'Infermeria Sta. Madrona. Fundació la Caixa; 2009. Disponible en: [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21601/1/2009\\_12.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21601/1/2009_12.pdf)

- Amezcu M. Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Index Enferm* 2009; 18(2): 77-79. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000200001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200001&lng=es)
- Amezcu M. Investigación Aplicada en Cuidados de Salud. *Index Enferm* 2010 ; 19(4): 237-239. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000300001&lng=e](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300001&lng=e)
- Amezcu M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev. Esp. Salud Pública* 2002; 76(5): 423-436. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es).
- Amezcu M, Hernández Zambrano S. Investigación sobre el cotidiano del sujeto: oportunidades para una ciencia aplicada. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21 (3): 675-683
- Amezcu M, Hueso Montoro C. Cómo elaborar un relato biográfico. *Arch Memoria*, 2004; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>
- Amich Elias C. El trabajo de los menores de edad en la dictadura franquista. *Historia Contemporánea* 2008; 36: 163-198 Disponible en: [http://www.revista-hc.com/includes/pdf/36\\_08.pdf](http://www.revista-hc.com/includes/pdf/36_08.pdf)
- Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Edimsa; 2000
- Andersson I, Pettersson E, Sidenvall B. Daily life after moving into a care home-experiences from older people, relatives and contact persons. *Journal Clin Nursing.* 2007; 16(9): 1712-8
- Arana Mendoza E J, Argote Martínez B, Gómez García M J, Sainz de Heredia Pérez de Ullivarri N. Sexualidad en ancianos residencionalizados. *Gerokomos* 2005; 16(2):90-96
- Arco Blanco MA. "Morir de Hambre". Autorquía, escasez y enfermedad en la España del primer franquismo. *Pasado y Memoria. Revista de Historia Contemporánea* 2006; 5:241-258 Disponible en:

[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5926/1/PYM\\_05\\_12.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5926/1/PYM_05_12.pdf)  
[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5926/1/PYM\\_05\\_12.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5926/1/PYM_05_12.pdf)

Argaliga Molero E, Arias Rivera S. Práctica avanzada de enfermería en las unidades de cuidados intensivos de España. *Enfermería Intensiva* 2013; 24(4):135-136

Arias Valencia MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería* 2000; 23(1): 13-26

Arreciado Marañón A, Estorach Querol MJ, Ferrer Francés S. La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. *Enfermería Intensiva* 2011; 22(3): 112-116

Arslan özkan I, Okumus H, Buldukoglu K, Watson J. A case study based on Watson's theory of human caring. Being an interfile woman in Turkey. *Nursing Science Q* 2013; 26(4): 352-359

Asghar Zaidi P. Características y retos del envejecimiento de la población : la perspectiva europea. Viena: Centro Europeo de investigación y Política Social; 2008. Disponible en: [http://www.euro.centre.org/data/1242392033\\_86769.pdf](http://www.euro.centre.org/data/1242392033_86769.pdf)

Atchley R. Adjustment to loss of job at retirement. *International Journal of Aging & Human Development* 1975; 6(1): 17-27.

Atchley, R. A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist* 1989; 29: 183-190

Ayala Carabajo R. La metodología fenomenológica hermenéutica de M. van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *Revista de Investigación Educativa* 2008; 26(2): 409-430

Aymerich Andreu M, Planes Pedra M, Gras Pérez E. La adaptación a la jubilación y sus fases: Afectación de los niveles de satisfacción y proceso adaptativo. *Anales de Psicología* 2010; 26(1): 80-88. Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v26/v26\\_1/10-26\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/10-26_1.pdf)

Barenys M.P. Residencias de ancianos. Análisis sociológico. Barcelona: Fundación La Caixa; 1990

- Bareyns MP. Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers Revista de Sociologia* 1992; 40:121-135 Disponible en:  
<http://www.raco.cat/index.php/Papers/article/view/25139/58242>
- Bareyns MP. Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. *Reis* 1993; 64/93:155-172
- Bareyns MP. Los geriátricos, de la institucionalización al extrañamiento. *Revista Kairós Gerontología* 2012; 15 (08):07-24
- Barbro, W. The theory of gerotranscendence as applied to gerontological nursing Part I. *International journal of Older People Nursing* 2007; 2(4), 289-294
- Barbro W, Carlsson M. The theory of gerotranscendence in practice: guidelines for nursing Part II. *Int J Older People Nurs.*2007; 2(4):295-301. doi: 10.1111/j.1748-3743.2007.00086.x
- Barómetro sanitario 2006: segunda oleada. Estudio 2645. Madrid: CIS;2006. Disponible en:  
[http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=7499&cuestionario=8713&muestra=13404](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=7499&cuestionario=8713&muestra=13404)
- Bauer M. Their only privacy is between their sheets. Privacy and the sexuality of elderly nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing* 1999; 25(8): 37-41
- Bazo MT. *La Sociedad anciana*. Madrid: CIS; 1990
- Bazo MT. Institucionalización de personas ancianas. Un reto sociológico. *Reis* 1991; 53/ 91: 149-164. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=758587>
- Bazo M. Teresa. *La ancianidad del futuro*. Barcelona: Fundación Caja Madrid; 1992
- Bazo, M. T Mujer, ancianidad, y sociedad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 1993; 28(1): 17-22
- Bazo MT. Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: análisis sociológico. *Reis* 1996; 73/96:209-222. Disponible en:  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=761487>

Bazo MT. La institución social de la jubilación y las personas jubiladas. Revista del ministerio de trabajo e Inmigración 2002; 1: 241-258. Disponible en: [http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/ExtraSS03/Estudios08.pdf](http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/ExtraSS03/Estudios08.pdf)

Bazo MT. Consecuencias del envejecimiento en la sociedad actual española. Comunicación e Ciudadanía 2006; 4:1-18. Disponible en <http://observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo19.pdf>

Bazo MT. Personas mayores y solidaridad familiar. Política y Sociedad 2008; 45(2): 73-85. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/viewFile/POSO0808230073A/22040>

Bazo MT. (coord.). Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. El desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa. Valencia: Nau Llibres- Edicions Culturals Valencianes; 2011

Bazo M. T, Domínguez-Alarcón, C. Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas, y las políticas sociales. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1996; 73: 43-56.

Beauvoir S. La vejez. Barcelona: Edhasa; 1983

Behar J. Observación y análisis de la producción verbal de la conducta. En: Anguera MT, Behar J, Blanco A, Carreras MV, Quera JL, Riba C. Metodología observacional en la investigación psicológica. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias; 1991. p. 330-378

Bellido Vallejo, JC, Lendínez Cobo JF. (Coord.) Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Ilustre Colegio Oficial Enfermería de Jaén; 2010. Disponible en: <http://www.index-com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>

Bellido Vallejo JC, Ríos Ángeles A, Fernández Salazar. Modelo de cuidados de Virginia Henderson. En: Bellido Vallejo, JC, Lendínez Cobo JF. (Coord.) Proceso enfermero desde el

modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaen: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. P. 17-34

Bender M, Lloyd Ch, Cooper A. Calidad de muerte. Madrid: TEA Ediciones;1996

Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. Barcelona: Grijalbo; 1987.

Benner P. Wrubel J. The primacy of caring: stress and coping in Health and illness. Menlo Park: Prentice Hall; 1989

Benner P., Gordon S. Caring Practice. En: Gordon S., Benner P., Noddings, N. Caregiving. Reading in knowledge, Practice, Ethics, and Politics Philadelphia: University of Pennsylvania; 1996. p. 40-55.

Benner P. The Wisdom of Our Practice. Am J Crit Care 2000; 100(10):99-105.

Benner P. Creating Compassionate Institutions That Foster Agency and Respect. Am J Crit Care 2002; 11(2): 164-166

Benner P. Extending the dialogue about classification systems and the work of professional nurses. Am J Crit Care 2005;14(3): 242-272.

Berenguera Ossó A, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, Rodríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Escuchar, observar, comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), Generalitat de Catalunya Departament de Salut; 2014. Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender>

Bernick L . Caring for older adults: practice guided by Watson's caring-healing model. Nursing Science Quarterly 2004; 17(2): 128-134 Disponible en: <http://nsq.sagepub.com/content/17/2/128.2>.

Bertaux D. El enfoque biográfico. Su validez metodológica, sus potencialidades. Propositiones 1980; 29: 14-25. Disponible en: <http://preval.org/files/14BERTAU.pdf>

Bertaux D. Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales 2006; 11: 143 Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297125210011>

Bertaux D. De la perspectiva de la historia de vida a la transformación de la práctica sociológica. En: Santamaría C, Marinas JM. La historia oral. Métodos y experiencias. Madrid: Debate; 1993. p. 19-34

Betancor A. Estudio comparativo sobre la incidencia que la integración intergeneracional en centros educativos tiene respecto a la percepción del proceso de envejecimiento. En: III Congreso Iberoamericano de Psicogerontología: subjetividad, cultura e poder. 2009 Noviembre 3-5; Sao Paulo, Brasil. Disponible en:  
[http://www.geracoes.org.br/arquivos\\_dados/foto\\_alta/arquivo\\_1\\_id-84.pdf](http://www.geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-84.pdf)

Bianchi H. Envejecer o los destinos del apego. En: Bianchi H. La cuestión del envejecimiento. Madrid: Biblioteca nueva; 1992

Bilbao Acedos I, March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA. Diez aportaciones del empleo de la metodología cualitativa en una auditoría de comunicación interna en Atención Primaria. Rev. Esp. Salud Pública 2002; 76(5): 483-492. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000500010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500010&lng=es).

Blanca Gutiérrez JJ. Metaestudio sobre la experiencia vital de las personas mayores que viven en residencias como fundamento de los cuidados enfermeros geriátricos. [Tesis]. Jaén: Universidad de Jaén; 2011

Blanco Picabia Alfonso, Antequera Jurado Rosario. La muerte y el morir en el anciano. EN: Salvarezza L. (Comp.). La Vejez: una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós; 1998. p. 379-406

Bleichmar H. Rethinking pathological mourning: multiple types and therapeutic approaches. The Psychoanalytic Quarterly 2010; 79(1): 71-93. Disponible en:  
[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5926/1/PYM\\_05\\_12.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5926/1/PYM_05_12.pdf)  
[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5926/1/PYM\\_05\\_12.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5926/1/PYM_05_12.pdf)



Boado Penas MC, Lanot G. Impacto redistributivo y solvencia ante reformas en el sistema de pensiones español. Una aproximación a partir de la Muestra Continua de Vidas Laborales. Resumen ejecutivo. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2012

Bolivar A, Domingo J, Fernández M. La Investigación biográfico–narrativa en educación. Enfoque y metodología. Madrid: La Muralla; 2001

Buendía J, Riquelme A. Fuentes de estrés residencial, bienestar subjetivo y adaptación a la institución en usuarios de residencias geriátricas. *Geriátrika* 1997; (10): 441-447

Buhler CH. El curso de la vida como problema psicológico. Madrid: Espasa Calpe; 1942

Butler RN. The Live Review: an interpretation of reminiscence in old age. *Psychiatry. Journal for the Study of Interpersonal Processes* 1963; 26:65-76

Butinof M, Guri AK. Rodríguez G. Abraham D. Vera Y. Gasman Y. Adultos mayores en establecimientos geriátricos en la provincia de Córdoba. Apuntes para una reflexión preliminar. En: Informe: Mirar tras los muros. Situación de los Derechos Humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba. Córdoba: Universidad Nacional de Cordoba; 2013  
Disponible en: <http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/observatorio-ddhh/informe-mirar-tras-los-muros/seccion-debate/adultos-mayores-en-establecimientos-geriatricos-en.pdf>

Butler R. N. Ageism: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist* 1969; 9(4, Part 1): 243–6.

Butler R. N. 1980. Ageism: A Foreword. *Journal of Social Issues* 1980; 36(2): 8–11.

Butler R. N. Ageism. *Generations* 2005; 29(3): 84–6.

Caballero Casanovas P. Problemas médico legales en residencias de la tercera edad. *Gac. Int. Cienc. Forense* 2013; 9: 1-29 Disponible en:  
[http://www.uv.es/gicf/4A2\\_Caballero\\_GICF\\_09.pdf](http://www.uv.es/gicf/4A2_Caballero_GICF_09.pdf)

Cabré A. El sistema català de reproducció. Cent anys de singularitat demogràfica. Barcelona: editorial Proa; 1999

Cabré A, Domingo A, Menacho T. Demografía y crecimiento de la población española durante el siglo XX. *Mediterráneo Económico* 2002; 1: 121-138

Cabré M. Serra Prat M. Factores que determinan la derivación a centros sociosanitarios o residencias geriátricas de pacientes ancianos hospitalizados en unidades geriátricas de agudos. *Rev. Esp de Geriátria y Gerontología* 2004; 39 (6):67-70

Calatayud Arenes MP. Las relaciones de amor a lo largo del ciclo vital: cambios generacionales. [Tesis]. Valencia: Universidad de Valencia; 2008

Campo Laredo M J. Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora. Madrid: CIS; 2000

Campos Egozcue B. La construcción de una política social de vejez en España. *Reis* 1996; 73: 239-263

Campos Pavan P, Barbosa Merighi MA, Fernandes de Fretas G. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de los cuidados* 2011; 15(29): 9-15

Campoy Aranda TJ, Gomes Araújo E. En: Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación. Madrid: Eos; 2009

Canal ME. La vejez y la muerte. Implicancias de la muerte en la vejez. En: La vejez, abordaje interdisciplinario. III Foro Nacional de Docentes e Investigadores Universitarios sobre Envejecimiento y Vejez II Jornadas Nacionales". Buenos Aires: Universidad Nacional del Mar del Plata; 2004. Disponible en: <http://studylib.es/doc/591724/monograf%C3%ADa--implicancias-de-la-muerte-en-la-vejez>

Canales Serrano F. Mujer, franquismo y educación científica. En. Memorias IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género; 2012 Enero -febrero 31-3; Sevilla, España. Sevilla: Organización de Estados Iberoamericanos para la educación, la Ciencia y la Cultura; 2012 Disponible en: <http://www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/AntonioCanales.pdf>

Cano García FJ, Rodríguez Franco L, García Martínez J, Antuña Bellerín MA. Introducción a la psicología de la personalidad aplicada a las ciencias de la educación. Manual teórico. Alcalá de Guadaíra (Sevilla): Editorial Mad ; 2005

Carrillo Algarra AJ, García Serrano L, Cárdenas Orjuela C M, Díaz Sánchez I R, Yabrudy Wilches N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enferm. glob. 2013 ; 12(32): 346-361. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es)

Carstensen I.L. Cambios relacionados con la edad en la actividad social. Gerontología clínica. Intervención psicológica y social. Barcelona: Martínez Roca; 1990.

Casadó Marín L, Delgado-Hito P. Metodologia qualitativa aplicada a la recerca en salut i els cuidatges. En: Lleixà-Fortuño M, Montesó-Curto P. Investigació en infermeria. Teoría i pràctica. Tarragona: Publicacions URV; 2015. p. 87-113

Castanedo Pfeiffer C., García Hernández M. Noriega Borge MJ. Quintanilla Martínez M. Consideraciones Generales sobre el envejecimiento. En: Temas de Enfermería gerontológica. Logroño: Sociedad Española de Enfermería Gerontológica y Geriátrica (SEGG); 1999.

Castellón Sánchez del Pino A. La dependencia en el entorno institucional. Geriatrika 2003; 19 (9-10): 324-329

Castrillón MC. La dimensión social de la práctica enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia; 1997

Catullo Goldfarb D. Cuerpo, tiempo y envejecimiento. Sao Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 1998 Disponible en:  
[http://geracoes.org.br/novo\\_site/wp-content/uploads/2013/08/arquivo\\_1\\_id-5](http://geracoes.org.br/novo_site/wp-content/uploads/2013/08/arquivo_1_id-5)

Centres residencials per Gent Gran. Barcelona: Departament de Benestar Social i Família. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible en:  
[http://benestar.gencat.cat/ca/ambits\\_tematices/gent\\_gran/residencies\\_centres\\_de\\_dia\\_i\\_habitatges\\_tutelats/residencies/](http://benestar.gencat.cat/ca/ambits_tematices/gent_gran/residencies_centres_de_dia_i_habitatges_tutelats/residencies/)

Centro de Estudios de la Mujer (CEM) .El sistema de pensiones desde una perspectiva de género. Santiago de Chile: CEM; 2006. Disponible en: [www.cem.cl/pdf/pensiones.doc](http://www.cem.cl/pdf/pensiones.doc)

Cerri Ch. El cuerpo en la vejez: discursos y representaciones en el cuidado de las personas mayores en una zona rural de Extremadura. En: XII Congreso de Antropología FAAEE (Federación de Asociaciones de Antropología del estado Español), Lugares, Tiempos, la antropología ibérica del siglo XXI. León: Asociación de Antropología de Castilla y León "Michael Kenny"; 2011

Chang S. Beliefs about self-care among nursing home staff and residents in Taiwan: Geriatric Nursing 2009; 30(2): 90-98

Cifras Instituto Nacional de Estadística. Boletín informativo del Instituto Nacional de estadística. Condiciones de vida 2012; 10 (4) Disponible en: [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INECifrasINE\\_C&cid=1259940404646&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259940404646&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout)

Clarke A. Using biography to enhance the nursing care of older people. British Journal of Nursing BJN 2000; 9 (7): 429-433

Clarke A, Hanson EJ, Ross H. Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. Journal of Clinical Nursing 2003; 12:697-706.

Codón I. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,2003; 42:193-208. Disponible en: [http://www.mtin.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/42/Docu2.pdf](http://www.mtin.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/42/Docu2.pdf)

Cohen ES. The complex nature of ageism. What is it? Who Does it? Who perceives it? The Gerontologist 2001; 41 (5): 576 – 577 doi: 10.1093 / geront / 41.5.576 Disponible en: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/41/5/576>

Collière MF . Promover la vida . Madrid : McGraw-Hill ; 1993 .

Comisión Europea. Informe de la comisión al parlamento europeo, al consejo, al comité económico y social europeo y al comité de regiones, sobre la puesta en práctica, los

resultados y la evaluación general del Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la solidaridad Intergeneracional 2012. COM/2014/0562 final Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52014DC0562>

Comisión Europea de Justicia. Como combatir la brecha salarial entre hombres y mujeres en la Unión Europea. Luxemburgo: Unión Europea; 2014

Cordero del Castillo P. Situación social de las personas mayores. Humanismo y trabajo social 2006; 5:161-195. Disponible en [https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1493/HUM5\\_Art8.pdf?sequence=1](https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1493/HUM5_Art8.pdf?sequence=1)

Cornejo M, Mendoza F, Rojas R. La Investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. PSYKHE 2008; 17(1): 29-39

Cornejo M, Salas N. Rigor y calidad metodológicos: un reto a la investigación social cualitativa. Psicoperspectivas 2011; 10(2): 12-34. Disponible en: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/144/174>

Cosse I. Familia, sexualidad y género en los 60. Pensar los cambios desde Argentina: desafíos y problemas de investigación. Temas y Debates 2008; (16): 131-149 Disponible en: <http://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/1547>

Costa M. La propuesta de Merleau-Ponty y el dualismo mente/cuerpo en la tradición filosófica. A Parte Rei Revista de Filosofía 2006; 47: 1-7 Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/>

Costa Pacheco Maria João, Costa Pacheco Márcia Patrícia, Oliveira Medeiros Botelho Mónica, Rodrigues Amaral Pedro, Correia Pacheco Ricardo Jorge. Anciano que cuida a anciano. Gerokomos 2007; 18(3): 25-32. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2007000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000300003&lng=es)

Cruz P, Cobo R. Situación social de los viejos en España. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas;1990

D'Angelo Hernández O. Sentido de vida, sociedad y proyectos de vida. En: Ética y sociedad Vol 2. La Habana: Félix Varela; 2002

Da Silva CA, Menezes MR, Santos ACPO, Carvalho LS, Barreiros EX. Relacionamento de amizade na instituição asilar. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2006 jun;27(2):274-83

Disponible en:

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4606/2526>

David D. Recuerdos, adaptación y contexto social en la vejez. [Internet] Gerontology Education and training Center San Jose State University; 2004. Disponible en: <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/mayor/mayor4.htm>

Davis A. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona; 2007. Disponible en: [http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%A0\\_DEF.pdf](http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%A0_DEF.pdf)

Daza de Caballero R, Medina LS, Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en santa Fé de Bogotá, Colombia. Cultura de los Cuidados 2006; 10 (19): 55-62 Disponible en: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/968/1/culturacuidados\\_19\\_08.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/968/1/culturacuidados_19_08.pdf)

De Diego E. La población española actual. Comportamiento demográfico. La incidencia de los movimientos migratorios y sus consecuencias. Proyecto Clío 2010; 36. Disponible en: <http://clio.rediris.es>

Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)

De Gabriel N. Alfabetización y escolarización en España (1887-1950). Revista de Educación 1997; 314: 217-243. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de-educacion/articulosre314/re3141100462.pdf?documentId=0901e72b81272c6b>

De Genova M. Reflections of the past: New variables affecting life satisfaction in later life. *Educational Gerontology*. 1993; 19(3): 191-201

De Juan Pardo M<sup>a</sup> Ángeles, La Vivencia de la Ancianidad Estudio Fenomenológico y Reflexión Antropológica. [Tesis]. Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya; 2013. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/116421>

De la Cuesta Benjumea MC. Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004

De las Heras FJ, Polaino A, Gaona JM, Ángeles F. Dueñas M. Depresión e ideación suicida entre ancianos que viven en régimen de internamiento dentro de una institución. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 1990; 25(2):83-88 Disponible en: [http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/1743/1/pag83\\_88.pdf](http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/1743/1/pag83_88.pdf)[http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/1743/1/pag83\\_88.pdf](http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/1743/1/pag83_88.pdf)

Del Campo S. Rodríguez-Brioso MM. La gran transformación de la familia española durante la segunda mitad del siglo XX. *Reis* 2002; 100: 103-165

Delgado Losada ML. Intervención psicosocial en residencias para personas mayores. *Cuadernos de trabajo Social* 2001;14: 323-329

De Miguel Rodríguez A. La sociedad envejecida. En: *La gran transformación de la sociedad española contemporánea*. Murcia: Editora regional de Murcia; 2004. p. 45-79. Disponible en: <http://books.google.es/books?id=tjlkKXLvLEcC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepag9e&q&f=true>

Denham Harman M. Aging: A theory based on free radical and radiation chemistry. *Journal of Gerontology* 1956; 11: 298-300.

Denzin NK. *The research act in sociology: a theoretical introduction to sociological methods*. London: Butterworths; 1970

Denzin Norman K, Lincoln Yvonna S. *The Discipline and Practice of Qualitative Research*. En: *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 3a ed. Thousand Oaks: Sage Publications 2005;

pp. 1-13. Disponible en: [http://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/40425\\_Chapter1.pdf](http://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/40425_Chapter1.pdf)

Díaz VE. El niño y la muerte. *Affectio Societatis* 1998; 2: 1-12

Díaz-Membrives M, Farrero-Muñoz S, Lluch-Canut MT Características de las publicaciones enfermeras en revistas con factor de impacto. *Enfermería clínica* 2012; 22(5): 247-254.:doi: 10.1016/j.enfcli.2012.06.006

Díaz Veiga P. Sancho M. Unidades de convivencia. Alojamientos de personas mayores para “vivir como en casa”. Informe Portal Mayores 2012; 132. Disponible a <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf>

Domínguez Gómez JG. García Navarro N. Edad, dependencia y consecuencias sociosanitarias. *Gerokomos* 2011; 22(1):13–9.

Duque JM. Mateo Echanogorria A. (Coord.). La participación social de los mayores. Madrid: IMSERSO; 2008.

Echeburúa E, Herrán Blox A. ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y modificación de conducta* 2007; 33(147): 31-50

Eliopoulus Ch. Transiciones e historia de vida. En: Eliopoulus Ch. *Enfermería Gerontológica*. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2014

Els serveis per la salut, mirant cap al futur: mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Planificació i avaluació. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2008

Envejecimiento en Red Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de junio de 2015. *Informes en Red* 2015; 13. Disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2013.pdf>

Erikson E. El ciclo vital completado. Barcelona: Paidós; 2000



Escuredo-Rodríguez Bibiana. El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2006 [citado 2014 Oct 28]; 15(52-53): 45-48. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000100010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100010&lng=es).

España en cifras. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2014 Disponible a: [http://www.ine.es/prodyser/espa\\_cifras/2014/index.html](http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2014/index.html).

Everett B. Supporting sexual activity in long-term care. *Nursing Ethics* 2008; 15(1): 87-96.

Fawcett J. The Nurse Theorists: 21stCentury Updates-Jean Watson. *Nurs Sci Q.* 2002; 15(3): 214-219.

Fawcett J. Middle range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aquichan* 2005; 5(1): 32-43 Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/57/119>.

Fernández J. El ciclo vital: marco de comprensión para la etapa de la vejez. *Estudios de Psicología* 1998; 61: 77-91.

Fernández J, Parapar C, Ruiz M. El envejecimiento de la población. *Lychnos –Cuadernos de la Fundación General CSIC* [Internet]. 2010;(2):90. Pag. 6-11 Disponible en: [http://www.fgcsic.es/lychnos/es\\_ES/articulos/envejecimiento\\_poblacion](http://www.fgcsic.es/lychnos/es_ES/articulos/envejecimiento_poblacion)

Fernández Ballesteros R. *Psicología de la vejez*. Monografías Humanitas 2004; 1. 27-32

Fernández Ballesteros TR. *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide; 2000

Fernández-Ballesteros García R. Zamarrón Casinello MD. López Bravo MD. Molina Martínez MA. Díez Nicolás J. Montero López P. Schettini del Moral R. Envejecer con éxito: criterios y predictores. *Psicothema* 2010; 22(4):641-647 Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3779.pdf>

Fernández Garrido JJ. Determinantes de la calidad de vida percibida por ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. [Tesis doctoral]. Valencia: Universitat de Valencia. Departament de Antropología Social; 2009

Fernández Núñez L. ¿Cómo analizar datos cualitativos?. *Bulleti La Recerca* 2006; 7.  
Disponible en: <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>

Ferraroti F. *Histoire et histories de vie*. Paris: Meridiens 1990

Ferrarotti F. Las historias de vida como método. *Convergencia Revista de Ciências Sociais* 2007; 44: 15-40

Ferré-Grau Carme, Rodero Sánchez Virtudes, Cid Buera Dolors, Vives Relats Carme. El relato de la experiencia depresiva: aplicando los factores cuidadosos de Jean Watson. *Index Enferm* . 2008 ; 17(1): 22-24. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100005&lng=es).

Ferreira Furegato A. Nurses of Brazil: the history of the pioneers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2008; 16(1):161-162. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100025>.

Fishman S. Relationships among an older adult's life review, ego integrity, and death anxiety. *Int. Psychogeriatrics* 1992; 4 Suppl 2:267-77

Forteza JA. La preparación para el retiro. *Anales de Psicología* 1990; 6 (2): 102-114  
Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v06/v06\\_2/02-06\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/02-06_2.pdf)

Fundación Matia. Instituto gerontológico [Internet]. Donostia: Matia Fundazioa; 2013  
Disponible en: [http://www.matiainstituto.net/es/public\\_home/ctrl\\_home.php](http://www.matiainstituto.net/es/public_home/ctrl_home.php)

García JC. *La vejez. El grito de los olvidados*. México D.F.: Plaza y Janes; 2003

García JL. La sexualidad y la afectividad en la vejez. *Informes Portal Mayores* 2005; 41.  
Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf>  
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf>

García Colomé NC. Sentimiento y conciencia de culpa en las mujeres. La feminidad y el superyó femenino. *Anuario de Investigación* 2009. México: UAM X; 2010 Disponible en:  
<https://www.google.es/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=los+espacios+de+las+mujeres+Y+anuario+de+investigaci%C3%B3n+UAM>

García i Oliva M. Les imatges culturals de la vellesa. Construcció i deconstrucció d'una categoria social. [Tesis]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 1995

García Viniegras CRV, Pérez Cernuda C. Duelo ante la muerte por suicidio: Rev Haban cienc méd [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2014 Nov 29]; 12(2): 265-274. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000200014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000200014&lng=es).

Garzón Alarcón N. ética profesional y teorías de enfermería. Aquichan 2005; 5(1)  
Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/60/125>

Gázquez JJ. Pérez-Fuentes MC. Fernández M. González L. Ruiz I. Díaz A. Old-age stereotypes related to the gerontology education: an intergenerational study. European Journal of Education and Psychology 2009; 2 (3): 263-273. Disponible en: [http://www.geracoes.org.br/arquivos\\_dados/foto\\_alta/arquivo\\_1\\_id-84.pdf](http://www.geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-84.pdf)

Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes MC, Molero Jurado MM, Mercader Rubio I, Soler Flores F. (Coop.). Investigación en Salud y Envejecimiento. Volumen I. Almería: Asoc. Univ. de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2014 Disponible en: [http://formacionasunivep.com/congresosalud/documents/libro\\_digital\\_completo.pdf](http://formacionasunivep.com/congresosalud/documents/libro_digital_completo.pdf)

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla directori Sanitari.. Barcelona: Generalitat. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació; 2006

Generalitat de Catalunya. Alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat. Reordenación de la xarxa sociosanitaria; Generalitat de Catalunya; 2012

Generalitat de Catalunya. Els serveis per la salut, mirant cap al futur: mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Planificació i avaluació. Barcelona: Departament de Salut Direcció General de Planificació i Avaluació; 2008

Gil García E, Escudero Carretero M., Prieto Rodríguez MA. Frías Osuna A. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de larga duración. Enfermería clínica, 2005; 15(4): 220-6

Glat R. Ser mãe ea vida continua. Rio de Janeiro: Agir; 1994

Goffman E. Internados Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 1a ed.3a. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2001.

Gómez J, Curcio C. Valoración integral del anciano sano. Manizales: Artes Gráficas Tizan; 2002: 500

Gómez Vales MJ. Medrano Albéniz J. La muerte en las residencias de ancianos: actitudes de las residencias y opiniones de los residentes. Revista Española de Geriatria y Gerontología 1998; 33(1) Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-muerte-las-residencias-ancianos-13005973#>

González Calvo V. El duelo migratorio. Trabajo Social 2005; 7:77-97 Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8477>

González M.J San Miguel B. El envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales. Alternativas Cuadernos de Trabajo Social 2001; 9: 19–45.

González Ortega Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Aquichan. 2007;7:130-139

Goodman B. Erving Goffman and the total institution. Nurse Education Today 2013; 33: 81-82

Guardini R. Las etapas de la vida: su importancia para la ética y la pedagogía. 5a ed. Madrid: Palabra; 2006

Gutiérrez- Domènech M. El empleo a partir de los 55 años. Barcelona: La Caixa; 2006

Haight B. Long term effects of a structured life review process. Journals of Gerontology 1992; 47(5):312-315

Hauge S. Kristin H. The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms. J Clin Nurs.2008;17(4):460-7. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02031.x. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18205679>

Havighurst R. Neugarten Bl. Tobin SS. Disengagement and patterns of aging. En: Neugarten

- Bl. Middle age and aging: A reader in social psychology. Chicago: University of Chicago; 1968
- Heidegger M. Introducción a la fenomenología de la religión. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2006.
- Heidegger M. Ser y tiempo. Madrid: Editorial Trota; 2006
- Henderson V. La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1995
- Hernández Moreno K.S. La historia de vida: método cualitativo. Contribuciones a las Ciencias Sociales 2011; 11. Disponible en: [www.eumed.net/rev/ccss/11/](http://www.eumed.net/rev/ccss/11/)
- Hernández Zamora ZE. Estudio exploratorio sobre el proyecto de vida en el adulto mayor. Psicológica Y Salud 2006; 16(1): 103-110. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29116112.pdf>
- Hidalgo J. Hacia una gerontología social crítica. Discurso en la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas, Químicas y Naturales de Zaragoza. Zaragoza: La Real Academia; 2005.
- Hidalgo G JG. Hacia una gerontología social crítica. Reflexiones Rev Fac Ciências Soc Univ Costa Rica. 1993; 8(1). Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/10583/9974>
- Holmes T, Rahe R. The social readjustment rating scale. J. Psychosom. Res. 1967; 11: 213-218. Disponible en: <http://henrycountyhospitalmedicalgroup.org/Portals/1/social.pdf>
- Hornillo Araujo E, Sarasola Sánchez-Serrano JL. El interés emergente por la narrativa como método en el ámbito socio-educativo. El caso de las historias de vida. Portularia 2003; 3: 373-382
- Hurtado I, Toro G. Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio. 4<sup>a</sup> ed. Valencia-Venezuela: Episteme; 2001
- Husserl E. Ideas relativas a la fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. 2<sup>a</sup>ed. Buenos Aires: Fondo Cultura Económica; 1962

IMSERSO. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1995

IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Colección estudios serie dependencia nº 12.001;2005. Disponible en:  
<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>

IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009

IMSERSO. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; 2011.

IMSERSO. Informe 2012. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Imsero; 2012. Disponible en  
<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infoppmm2012.pdf>

IMSERSO. Informe anual 2013. Madrid: IMSERSO; 2013. Disponible en:  
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informeanual2013.pdf>

Institut Català de la Salut Camp de Tarragona. [Internet]. Tarragona: Gerencia Territorial ICS Camps de Tarragona; 2014. Disponible en:  
[http://www.icscampdetarragona.cat/webg/index.php?page=inici-3&hl=ca\\_ES](http://www.icscampdetarragona.cat/webg/index.php?page=inici-3&hl=ca_ES)

Instituto Nacional de Estadística. INEBASE. Cifras de población. Proyecciones a largo plazo. [Internet]. Disponible en:  
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp251&file=inebase&L=0>

Instituto Nacional de Estadística (INE). España en cifras 2013 [Internet]. Madrid: INE; 2013. p. 58. Disponible en: <http://www.todofp.es/dctm/todofp/biblioteca/informes/espana-en-cifras.pdf?documentId=0901e72b8175a481>

Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyección de la población de España a largo plazo, 2009-2049. Notas de prensa 2010; 587 Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np587.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE). Movimiento natural de la población. Notas de prensa 2014; 851. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np851.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores demográficos básicos. Junio 2015 Madrid: INE; 2015 Disponible en: [http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia\\_idb.pdf](http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf)

Investigación en Salud y Envejecimiento. Volumen I. Almería: Asoc. Univ. de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2014 Disponible en:  
[http://formacionasunivep.com/congresosalud/documents/libro\\_digital\\_completo.pdf](http://formacionasunivep.com/congresosalud/documents/libro_digital_completo.pdf)

Inzitari M, Espinosa Serralta LI, Pérez Bocanegra MC, Roqué Fíguls M, Argimón Pallás JM, Farré Calpe J. Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia de un hospital general. Gac. Sanit. 2012;26(2):166-169.

Izal M. Fernández Ballesteros R. Modelos ambientales sobre la vejez. Anales de psicología 1990; 6(2), 181-198. Disponible en: [es/awww.umnalesps/v06/v06\\_2/07-06\\_2.pdf](es/awww.umnalesps/v06/v06_2/07-06_2.pdf)

Jiménez Bentacur E. El proyecto de vida en el adulto mayor. Medisan 2008; 12(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12\\_2\\_08/san09208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san09208.htm)

Jiménez Martín S, Nicodemo C, Raya JM. El diferente impacto del género en el sistema de pensiones español. (Proyecto FIPROS-2009/13). Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2010. Disponible en:  
<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/143935.pdf>

Jiménez Navascués ML. Institucionalización de la enfermería geriátrica en España 1977-2010. [Tesis]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2013

Jin K. Modern Biological Theories of Aging. Aging and disease, 2010; 1(2):72-74

Johnson M. La conception de la vieillesse dans les théories gérontologiques. La Documentation française. Retraite et société 2001; 34: 51-67.

Johnson H. R, Britton J. H, Lang C. A, Seltzer M. M, Stanford E. P, Yancik R. et al. Foundations for gerontological education. *The Gerontologist* 1980; 20: 1-61.

Kaufmann AE, Frías R. Residencias: lo público y lo privado. *Reis* 1996; 73:105-126

Kellet U, Moyle W, McAllister M, King C, Gallagher F. Life stories and biography: a means of connecting family and staff to people with dementia. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19 (11-12): 1707-1715.

Kérouac S. Pepin J. Ducharme F. Duquette A. Major F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson; 1996

Kitwood, T. Quality assurance in dementia care. *Geriatric Medicine*, 1992; 22: 34-38.

Kitwood, T. Person and process in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1993; 8: 541-545.

Laforest J. *Introducción a la Gerontología*. Barcelona: Herder; 1991.

Laín Entralgo P. *La empresa de envejecer*. Barcelona: Galaxia Gutenberg- Círculo de Lectores; 2001

Lázaro Ruiz, V. Gil López, A. Cómo perciben los ancianos que viven en ambientes residenciales sus relaciones sociales con el mundo exterior. *Revista de humanidades* 2010. 7:29-40.

Legrand, M. *L'approche biographique*. Paris: Desclée de Brouwer; 1993

Legrand, M. La contra-transferencia del investigador en los relatos de vida. *Proposiciones* 1999; 29: 115-121

Lehr U. *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder; 1980

Leininger M. *Ethical and moral dimensions of care*. Detroit: Wayne State University Press; 1991



León EA. El giro hermenéutico de la fenomenológica en Martín Heidegger. Polis Rev. Latinoamericana. 2009; 22: 1-12

León Camones LV. Percepción de los estudiantes de enfermería, sobre el cuidado humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013

Leturia Arrazola FJ. El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. Revista Española de Geriátría y Gerontología 1999; 34(2) Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-proceso-adaptacion-centros-residenciales-13011672>

Lewis O. Los hijos de Sánchez. 6a. México d.f: Grijalbo; 1982.

Leyva-Moral Juan Manuel. La expresión sexual de los ancianos: Una sobredosis de falsos mitos. Index Enferm 2008; 17(2): 124-127. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000200010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200010&lng=es)

Libro Blanco de Atención a las Personas con Dependencia. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: IMSERSO; 2004

Libro Blanco del Envejecimiento Activo. 2 ed. Madrid: IMSERSO; 2011.

Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/Libro\\_Blanco\\_CCS\\_15\\_12\\_11.pdf](http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf)

López F. Sexualidad y afectos en la vejez. Madrid: Pirámide; 2012

López F, Olazábal J. C. Sexualidad en la vejez. Madrid: Pirámide; 1998

López P, Vilorio A, Pallardo B, Cerrada A, Lázaro M. y Ribera, J. Perfil clínico y social en cuidadores de una unidad de ayuda a domicilio geriátrica (UADG). Geriátría y Gerontología 2000; 35(1): 18-21

López Doblas J. Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Servicios Sociales, Familias y

Discapacidad IMSERSO; 2005 Disponible en:

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/pmviviendosolas.pdf>

López Doblas J. Díaz Conde M.P. Aspectos sociológicos del envejecimiento. Informes Portal Mayores 2007; 73. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=52155>

Losada Baltar A. Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas de intervención. Informes Portal Mayores. 2004; 14 p. 1–15. Disponible en:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>

Luengo González R. Validación de estudios cualitativos (I). Nure Investigación 2010; 48. Disponible en:

<<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/507/496>>

Luengo González R. Validación de estudios cualitativos (II). Estrategias de verificación. NURE Investigación 2010; 49. Disponible en:

<<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/515/504>>

Maddox GI. Actyvity and morale: A longitudinal study of selected elderly subjects. Social Forces, 1963; 42: 195-204

Maiheu L. Gastmans C. Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literature. International Psychogeriatrics 2012; 24(3):346-357

Mapa de Serveis Socials de Catalunya Barcelona: Departament de Benestar Social, Secretaria de Família; 2014: 13–4. Disponible en

[http://benestar.gencat.cat/ca/ambits\\_tematics/gent\\_gran/residencies\\_centres\\_de\\_dia\\_i\\_habitatges\\_tutelats/residencies/](http://benestar.gencat.cat/ca/ambits_tematics/gent_gran/residencies_centres_de_dia_i_habitatges_tutelats/residencies/)

Marí R, Bo RM. Climent I. Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en una entrevista. *Universitas tarraconensis: revista de ciències de la educació* 2010; 1: 113-132.

Marie Françoise Collière (1930-2005). *Rev Cubana Enfermer*. 2005;21(1):1-1. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192005000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100013)

Marín J. Envejecimiento. *Salud Pública y Educ para la Salud* 2003;3(1):28–33. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>

Martín Maraver MA. Representaciones y significados acerca de la vejez institucionalizada [TFG Humanidades UOC]. Barcelona: UOC; 2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10609/14641>

Martínez M, Suárez-Álvarez J, Yanguas J, Muñiz J. Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Aging & Mental Health* 2015; 26: 1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1023768>

Martínez Martín ML. Chamorro Rebollo E. *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. 2<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2011

Martínez Miguélez M. *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Mexico d.f: Trillas; 2004.

Martínez Rodríguez MT. *La atención gerontológica centrada en la persona*. Vitoria- Gasteiz: Eusko Jaurlaritzza Gobierno Vasco; 2011

Martínez Rodríguez MT . *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar un cambio de modelo* [Internet]. 2013 Disponible en: [www.acpgerontologia.net](http://www.acpgerontologia.net)

Martínez Rodríguez T. *Informes acpgerontologia. Validación española de dos instrumentos de evaluación de la atención centrada en la persona. El P\_CAT y el PDC*. [Internet] 2015. Disponible en: [http://www.matiafundazioa.net/documentos/ficheros/publicaciones/Informesacpgerontologia\\_2.pdf](http://www.matiafundazioa.net/documentos/ficheros/publicaciones/Informesacpgerontologia_2.pdf)

Martínez Rodríguez MT, Díaz Veiga P, Rodríguez Rodríguez P, Sancho Castiello M. Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos. Donostia: Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y Mata Instituto; 2015. Disponible en: [http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_ss/es\\_publica/adjuntos/cuaderno%202.pdf](http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/cuaderno%202.pdf)

Martínez Rodríguez MT, Díaz Veiga P, Rodríguez Rodríguez P, Sancho Castiello M. Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los cuadernos prácticos. Informes envejecimiento en red 2015; 12:1-24 Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>

Martorell Poveda MA. Vivencias, prácticas y representaciones sociales de cuidadores familiares de personas con Alzheimer. [Tesis]. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili; 2009

Mauk Kl. Gerontological Nursing. Competences for care. 2<sup>o</sup> ed. Boston: Jones & Barlett Publishers; 2009.

Mayán Santos JM. Enfermería en cuidados sociosanitarios. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Ediciones DAE (grupo Paradigma); 2005

Medina Moya JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes Psicopedagogía; 1999

Meil Landwerlin G. La población española. Madrid: Acento Editorial; 1999

Mendoza E, Martínez B, García M, Ullivarri N. Sexuality in institutionalized elderly people. Gerokomos 2005; 16 (2): 90-96

Merchán Maroto M, Cifuentes Cáceres R. Teorías psicosociales del envejecimiento. En: Enfermería de la persona mayor. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. p. 65-77

Merleau-Ponty M. El cuerpo. En: Fenomenología de la percepción. Barcelona: Planeta Agostini; 1985. p.87-216

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales, IMSERSO. Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-plan20032007-01.pdf>

Miralles I. El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad. Kairos. Revista de temas sociales 2010; 26: 1-14 Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3702472>

Molero MM. Pérez-Fuentes MC. Gázquez JJ. Sclavo E. Apoyo familiar en mayores institucionalizados. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education 2011; 1(1):31-43 Disponible en: <http://www.ejihpe.es/index.php/journal/article/view/3>

Molinero C. Ysàs P. Las condiciones de vida y laborales durante el primer franquismo. ¿Un problema político? En: VII Congreso de la Asociación de Historia Económica. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2001

Montoro Rodríguez, J. Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad. Revista multidisciplinar de gerontología 1998; 8(1): 21-30

Moral Santaella C. Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. Revista de Investigación educativa 2006; 24(1): 147-164 Disponible en: <http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/97351/93461>

Morales Flores ML. Género ante la muerte: hablar de muerte es hablar de la vida. Medware 2012; 12(7):e5455 doi: 10.5867/medwave.2012.07.5455 Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5455>

Moreno Alejandro. Historias de vida e investigación. Disponible en: <http://prof.usb.ve/miguelm/historiasdevida.html>

Morgan S, Yoder LH. A concept Analysis of Perso-Centered Care. Journal of holistic Nursing. 2012; 30(1): 6-15 Disponible en: <https://study.sagepub.com/sites/default/files/Morgan%20and%20Yoder%202012.pdf>

Morse J.M, Solberg, Neander, Bottorff, Jhonson.. Concepts of caring and caring as concept. ANS Adv Nurs Sci. 1990; (13): 1-14.

Morse J. M., Bottorff J., Neander W. and Solberg S. Comparative. Analysis of Conceptualizations and Theories of Caring. Journal of Nursing Scholarship 1991; 23: 119–126. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1991.tb00655.x.

Morse JM. A enfermagem como conforto: um novo enfoque do cuidado profissional. Texto & Contexto Enfermagem 1998; 7(2): 70-92.

Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). Indicadores demográficos Básicos. Año 2014. Datos provisionales. Madrid: INE Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa . 22 junio 2015

Muñoz R, Alarcón E, Berasain G, Boid J, Conejeros O. Tipo, frecuencia y calidad de las relaciones sexuales en la tercera edad. Ars Médica 2002; 8 (8) Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica8/Art09.html>

Murgieri M. Erótica, sexualidad y vejez en una institución geriátrica. Kairós Revista da faculdade de ciencias humanas e saude 2011; 14(5): 151-161 Disponible en: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/9906/7360>

Navarro F (Coord.), Biel E, Bohórquez A, Corral J, Escobar P, Hidalgo C, Jaudenes T. et al. 50 recomendaciones básicas de aplicación práctica del modelo de planificación y atención gerontológica centrada en la persona (PAGCP). Documento de aportación del grupo. “criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores”. [Internet]. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2014 Disponible en: <http://www.tioman-and-partners.com/es/50-recomendaciones-basicas-para-la-atencion-centrada-en-la-persona/>

Newman M, Sime M, Corcaran-Penny S. The focus of the discipline of nursing. Adv Nurs Scie 1991; 14 (1): 1-6

Nieto, J. A. La sexualidad de las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1995

Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Barcelona: Elsevier España; 1993

Núñez Carrasco Elizabeth Rocío. Comprensión de la enfermería desde la perspectiva histórica de Florence Nightingale. *Cienc. enferm.* 2011; 17(1): 11-18. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000100002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100002&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000100002>

Observatorio de Personas Mayores. Envejecer en Femenino. Algunas características de las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones Y Servicios Sociales; 2004

OMS. Planificación y Organización de los servicios Geriátricos. Ginebra: OMS; 1974

OMS Declaration on Person-and People-centered Integrated Health Care for All (PPCIC). Ginebra: OMS; 2014

Orden del 26 de febrero de 1971, sobre entrada en vigor del tercer escalón de las tarifas portuarias por servicios sociales (Boletín Oficial del Estado, número Publicado el 3 de marzo de 1971). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1971/03/03/pdfs/A03490-03490.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos [Internet]. Ginebra: OMS; 1974 p. 52. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_548\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_548_spa.pdf)

Ortega JA. Silvestre J. Las consecuencias demográficas de la guerra civil. En: La economía de la guerra civil. X Congreso de la AEHE; 2005. Disponible en: [http://www.usc.es/estaticos/congresos/histec05/a2\\_ortega\\_silvestre.pdf](http://www.usc.es/estaticos/congresos/histec05/a2_ortega_silvestre.pdf)

Ortiz Heras M. Mujer y dictadura franquista. *Aposta Revista de Ciencias Sociales* 2006; 28: 1-16. Disponible en: <https://www.uclm.es/ab/humanidades/seft/pdf/textos/manolo/lamujer.pdf>

Pac P, De Vega P, Formiga F, Mascaró J. Motivos de ingreso en residencias geriátricas de Calahorra (La Rioja). *Rev. Multi. De Gerontología* 2006; 16(1): 32-36

Palacios Marqué D. (Resp.) Efectos de la desaceleración económica y la inmigración sobre el sistema de pensiones público español: análisis de sostenibilidad en las dos próximas décadas

(I). Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2007. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/129743.pdf>

Palacios Marqués, D. (Resp.) Efectos de la productividad, envejecimiento, empleo e inmigración sobre la sostenibilidad del sistema público de pensiones en España: propuestas de reforma. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2010. Disponible en:  
<http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/161485.pdf>

Palacios Ceña D. Peñafiel Olivar A. Enfermería Gerontológica. En: Nuin Orrio (coord.). Enfermería de la persona mayor. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces; 2011. p. 29-37

Para un envejecimiento activo. Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO. Madrid: Observatorio Social de las Personas Mayores; 2014 Disponible en:  
[http://www.ccoo.cat/pdf\\_documents/2014/pub131423\\_Observatorio\\_Social\\_de\\_las\\_Personas\\_Mayores\\_2014.pdf](http://www.ccoo.cat/pdf_documents/2014/pub131423_Observatorio_Social_de_las_Personas_Mayores_2014.pdf)

Parapar Barrera C, Rey Campos J, Fernández Nuevo JL, Ruiz Yaniz M. Informe sobre envejecimiento. Madrid: Fundación General del CSIC; 2010

Parse R.R. Man-living-health: A theory of nursing. New York: Wiley; 1981

Parse R.R. Nursing Science: Major Paradigms, Theories and Critiques. Philadelphia: WB Saunders; 1987

Pastor Bravo, MM. La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina. Saberes para la disciplina enfermera [Tesis]. Murcia: Universidad de Murcia. 2014

Pastor Bravo. Historias de vida en investigación cualitativa. II Jornadas para Jóvenes Investigadores: Internacionalización del Máster Salud Mujer Y Cuidados. Murcia: Universidad de Murcia; 2015



Pavan Bison RA, Ferreira Furegato A R, Ferreira Santos JL. La percepción del cuidar entre estudiantes y profesionales de enfermería. *Index Enferm* 2007 ;16(56): 30-34. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000100007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100007&lng=es)

Peinado Rodríguez M. Anta Félez JL. Educar para el matrimonio en femenino: modelos y prácticas en la literatura de posguerra. *Athenea Digital* 2013; 13(2): 35-46 Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/291652>

Pérez L. Mayores en residencias. En M. Sancho (coord.) *Las Personas Mayores en España. Informe 2004. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: IMSERSO; 2005

Pérez J, Abellán A. Sociedades longevas: un desafío para el siglo XXI. *Lychnos*. 2010;2

Pérez Díaz J. Feminización de la vejez y Estado del Bienestar en España. *REIS*. 2003; 104:91–121.

Pérez Fernández J. Gómez Bolaños G. (coord.). *Modelo básico de atención en residencias para personas mayores*. Toledo: Consejería de Salud y Bienestar Social; 2010. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/castillalamancha-modelo-01.pdf>

Pérez Ortiz L. *Envejecer en femenino: las mujeres mayores en España a comienzos del siglo XXI*. Madrid: Instituto de la mujer; 2003

Pérez Peréz I. *Dona i jubilació. Coneixements de la transició de la jubilació des de la perspectiva infermera*. [Tesis]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2011

Pillemer D.B. Momentous events and the life story. *Review of General Psychology* 2001; 5: 123-134.

Pinazo Hernandis S. La mejora de la calidad en la atención a las personas mayores comienza con un buen trato. En: *X Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores*. Madrid: CEOMA; 2011 Disponible en: [http://www.ceoma.org/x\\_congreso/pdfs/comunicaciones/39.pdf](http://www.ceoma.org/x_congreso/pdfs/comunicaciones/39.pdf)

Pires Dias da Dilva MA. Reseña de "Enfermeiras do Brasil: história das pioneiras" de V. Secaf e H. C.B.V.A. Costa. Boletim Academia Paulista de Psicologia 2007; 27(2): 189-194. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/946/94627219.pdf>

Pla director sociosanitari. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006

Prat J, Bodoque Y, García Jorba JM. et al. I això és la meva vida: relats biogràfics i Societat. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Cultura; 2004

Power T, Jackson D, Weaber R, Wilkes L, Carter B. Autobiography as genre for qualitative data: a reservoir of experience for nursing research. Collegian 2012; 19: 34-43.

Plummer K. Los documentos personales: Introducción a los problemas y la bibliografía del método humanista. Madrid: Ed. siglo XXI; 1998

Prieto Sancho D. Etxeberria Arritxabal I, Gadola Ezquiza N, Urdaneta Artola E, Yanguas Lezaun J. Las dimensiones subjetivas del envejecimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General de Política Social y Consumo. IMSERSO; 2009

Puga D. Pautas migratorias de los mayores en España. Revista Internacional de Sociología 2000; 27: 23-40.

Puga María Dolores Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España: Una previsión a 2010. Madrid: Fundación Pfizer; 2002

Puga D. El comportamiento residencial de los mayores. Análisis biográfico de la movilidad en la vejez. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 2004; 105: 79-102

Puig Llovet M. Cuidados y calidad de vida en Vilafranca del Penedés. Los mayores de 75 y más años atendidos por el servicio de Atención Domiciliaria y sus cuidadores familiares. [Tesis]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2009

Puig Llovet M, Rodríguez Avila N, Farras Farràsl, Lluch Canut MT. Calidad de vida en personas ancians de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria. Rev. Latino-Americana de Enfermagem 2011; 19(3).

Pujadas Muñoz JJ. El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS); 1992

Pujol Rodríguez R, Abellán García A. Esperanza libre de discapacidad en los mayores. Informes Envejecimiento en Red 2013; 5 Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/101794/1/enred-esperanza-libredisca-01.pdf>

Raile Alligood M, Marriner Tomey A, Modelos y teorías en enfermería. (Séptima edición). Barcelona: Elsevier; 2011

Raja Hernández R, Gala León FJ, González Infante J.M., Lupiani Giménez M., Guillén Gestoso C., Alba Sánchez I. Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario (P.S.) ante la muerte. Cuad. med. forense 2002; (29): 21-36. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062002000300002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000300002&lng=es)

Ramiro Fariñas D. Un futuro de centenarios [Internet]. Blog Envejecimiento en red. 2014 . Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/Un-futuro-de-centenarios.pdf>

Ramos M. The nurse-patient relationship: Theme and variations. Journal of Advanced Nursing 1992; 17(4): 496-506. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb01935.x

Recaño Valverde, J. La Inmigració al Baix Llobregat. L'onada migratoria dels anys seixanta. Centre d'estudis demogràfics 2000; 1-27. Disponible en: <http://www.ced.uab.es/publicacions/PapersPDF/Text177.pdf>

Recaño Valverde J, Cabré Pla A. Migraciones interregionales y ciclos económicos en España (1988-2001). Papeles de Geografía 2003; 37: 179-197 Disponible en: <http://revistas.um.es/geografia/article/view/46371>

Regato Pajares, P. A propósito de "envejecimiento activo" y de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: qué estamos haciendo y qué nos queda por hacer. Atención Primaria, 2002; 30(02): 77-79. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-a-proposito-del-envejecimiento-activo-13033734>

Reher DS. Perfiles demográficos de España, 1940-1960. En: Barciela López, C. (ed.), *Autarquía y mercado negro. El fracaso económico del primer franquismo, 1939-1959*, Barcelona: Crítica; 2003 p. 1-26. Disponible en: <http://www.unizar.es/eueez/cahe/reher.pdf>

Ricoeur P. La identidad Narrativa. Conferencia pronunciada en la Facultad de Teología de la Universidad de Neuchâtel. 9 nov. 1986. Publicado en el volumen del colectivo dirigido por Bühler y J. F. Habermacher "La narration. Quand le récit devient communication". Geneve: Labor et Fides; 1986. pp- 287-300 Disponible en: <https://textosontologia.files.wordpress.com/2012/09/identidad-narrativa-paul-ricoeur.pdf>

Ricoeur P. Tiempo y narración, III, El tiempo narrado, Mexico d.f.: Siglo XXI; 1996

Ricoeur P. Hermeneutic and the human sciences: essays on language, action and interpretation. Cambridge: University Press; 1981

Ricoeur P. Teoría de la interpretación: discurso y excedente de sentido. Mexico: Siglo XXI; 1995

Ricoeur P. Historia y narratividad. Barcelona: Paidós; 1999.

Rina Simón C. La criminalidad femenina durante la guerra. Hambre y violencia en la provincia de Cáceres. Asociación Cultural Coloquios Históricos de Extremadura 2014; .. Disponible a: <http://www.chdetrujillo.com/la-criminalidad-femenina-en-la-posguerra-hambre-y-violencia-en-la-provincia-de-caceres1/>

Roca i Girona J. Los (no) lugares de las mujeres durante el franquismo: el trabajo femenino en el ámbito público y privado Gerónimo de Uztariz 2005; 21: 81-99. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2173584>

Rodríguez JA. Envejecimiento y familia. Madrid: CIS; 1994

Rodríguez M. Investigación cualitativa. El método de la doble pregunta y las siete llaves del conocimiento cualitativo. Guatemala: Fundación para la investigación científica y desarrollo de la tecnología; 2014

Rodríguez Cabrero G, Montserrat Codorníu J. Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría General de Asuntos Sociales Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2002

Rodríguez Domínguez Sandalio. La vejez: historia y actualidad. Salamanca: Universidad de Salamanca; 1989

Rodríguez Riscart Madelin, La Rosa Mustelier Mery, Reyes González Maira. Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. Rev Cubana Enfermer 2006; 22(1).

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192006000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100004&lng=es)

Rodríguez Rodríguez, P. La residencia. Concepto. Destinatarios y objetivos generales. En SEGG: Residencias para personas mayores. Manual de orientación. Barcelona:SG; 1999

Rodríguez Rodríguez P. La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia.

Informes Portal Mayores 2010; 106. Disponible en:

<http://www.telefonodelaesperanza.org/imgs/1970.pdf>

Rodriguez Rodriguez P. Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias donde queremos vivir. Fundación Pilares para la autonomía personal. 2011 Disponible en: <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/funcionamiento/201112-residencias-que-queremos-housing.pdf>

Rodríguez Rodríguez P. La atención integral y centrada en la persona. Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal 2013

Rodríguez Sánchez A. El poder familiar: la patria potestad en el antiguo régimen. Chronica Nova 1990; 18: 365-380 Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=280778>

Roitman A, Armus M, Swarc N. (2002). El duelo por la muerte de un hijo. Aperturas psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis 2002; 12. Disponible en:

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=216&a=El-duelo-por-la-muerte-de-un-hijo>

Rojas Marcos L. Aprender a envejecer. El país. 19 de octubre del 1999

Rojas Ocaña M. J., Toronjo Gómez A., Rodríguez Ponce C., Rodríguez Rodríguez J.B.. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. Gerokomos 2006 ; 17(1): 08-23. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2006000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000100002&lng=es)

Romero Cabrera AJ. Mirando a la vejez a través del cristal sociológico. Rev. Geriatriet 2006; 8(1). Vol 8, nº1, 2006

Roy C. The Roy adaptation model in the context of nursing models with examples of application and difficulties. Cultura de los Cuidados 2000; 4(7-8): 139-159

Rubiano Mesa, Y L, Ruiz Silva A. La narrativa biográfica: Opción metodológica para investigar la relación enfermera-personas viviendo con VIH/SIDA. Index de Enfermería 2012; 21(3): 169-173.

Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.

Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. 4<sup>º</sup> ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2009

Russo MT. Corpo, salute, cura. Linee di antropologia. Soveria Mannelli (Cantarazo): Rubettino; 2004. p 5-129. Disponible en: [http://docentiold.unimc.it/docenti/luigi-alici/2010/etica-e-antropologia-bioetica-Mod.-bioetica-2010/seminari/russo-corpo-salute-cura/at\\_download/Russo-Corpo-salute-cura.pdf](http://docentiold.unimc.it/docenti/luigi-alici/2010/etica-e-antropologia-bioetica-Mod.-bioetica-2010/seminari/russo-corpo-salute-cura/at_download/Russo-Corpo-salute-cura.pdf)

Salazar-Villanea M. Identidad personal y memoria en adultos mayores sin demencia y con enfermedad de Alzheimer. Actualidades en Psicología 2007; 21: 1-37

Salazar Villanea M. Estudio de las características de la memoria autobiográfica en la vejez: la reminiscencia en sujetos sin deterioro cognitivo y en sujetos con demencia tipo Alzheimer [Tesis]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2008.

Salgado Alba A. Guillén Llera F, Ruipérez I. Manual de geriatría. 3<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson; 2002

Salvà A. Envejecimiento y dependencia. Revista Española de Geriatría y Gerontología 2006; 41 doi: 10.1016/S0210-5705(09)71003-9 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-dependencia-13096070>

Salvà Casanovas A. Llevadot Roig D, Miró M, Vilalta M, Rovira JC. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. Revista Española de Geriatría y Gerontología 2004; 39(2):101-108.

Salvarezza L. Psicogeriatría. Teoría y clínica. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1993

Sánchez Hidalgo, La psicología de la vejez. Puerto Rico: Editorial Universitaria; 1990

Sánchez Palacios C. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas [Tesis]. Málaga: Universidad de Málaga; 2004.

Sánchez Vera P. Sociedad y población anciana. Murcia: Universidad de Murcia; 1993

Sancho Castiello T. De la planificación gerontológica a la acción: actualidad de los servicios sociales. 7DM (Diario Médico) Especial Geriatría 2002; 20(12) Disponible a: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/sietedias-sancho-01.pdf>

Sancho M. Rodríguez P. Envejecimiento y protección social a la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. Revista de intervención psicosocial 2001; 10(3): 259-275. Disponible a: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818268002>

Sanjuán Quiles A, Cibanal JL, Gabaldón Bravo EM, Cartagena de la Peña E, Vizcaya Moreno MF. et al. Enfoque biográfico narrativo, como método de investigación para el desarrollo de la inteligencia emocional de los estudiantes de enfermería durante el aprendizaje clínico. En: VI Jornadas de Investigación en Docencia Universitaria: Alicante, 9-10 de Junio de 2008 [Recurso electrónico] Alicante: Universidad de Alicante; 2008. pp. 644-676. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/13862>

Santos del Campo I. Envejecimiento Demográfico: diferencias por género. *Revista Española Investigación Sociológica*. 1996; 73: 177–90.

Sanz Hernández MA. Rasgos característicos y limitaciones metodológicas de la oralidad como fuente de investigación social. *Proyecto Social* 1997; 5: 261-271.  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=229728>

Sarabia C. Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos* 2009; 20(4): 12

Sarasúa C. Molinero C. Trabajo y niveles de vida en el franquismo. Un estado de la cuestión desde una perspectiva de género. En: Borderías Mondejar C. (ed.). *La historia de las mujeres: perspectivas actuales*. Barcelona: Icaria Editorial; 2009. p 1-29

Satorres Pons E. Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital. [Tesis]. Valencia: Universitat de Valencia; 2013

Schutz A. Luckmann T. *Las estructuras del mundo de vida*. Madrid: Amorrortu; 2003.

Secaf V, Costa H C. *Enfermeiras do Brasil. Historia das Pioneiras*. Sao Paulo: Martinari; 2007

Sepúlveda C, Rivas E, Bustos ML, Illesca M. Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados: Temuco, Padre las Casas y Nueva Imperial. *Ciencia y Enfermería*. 2010;16 (3): 49-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300007>.

Serra E, Cerda C. Historias de vida en sujetos mayores. *Revista de psicología de la educación* 1997; (21):63-81

Serra E, González A, Oller A. *Desarrollo adulto. Sucesos evolutivos a lo largo de la vida*. Valencia: Grupo Editor Universitario; 1989

Serrano J.P, Latorre J.M, Gatz M, Montañés J., Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging* 2004; 19: 272-277.



Serrano Olmedo A. La educación víctima del franquismo. En: Educación, franquismo y memoria. Cuadernos Club Amigos de la Unesco de Madrid (Caum). Conferencia-coloquio-cine. 20 junio 2007 Disponible en:

[http://www.caum.es/CARPETAS/cuadernos/cuadernospdf/libro16/Educacion\\_franquismo\\_memoria.pdf](http://www.caum.es/CARPETAS/cuadernos/cuadernospdf/libro16/Educacion_franquismo_memoria.pdf)

Sevilla J, Abellán R, Herrera G, Pardo Casas X, Fernández R. Un concepto de Planificación Centrada en la Personas para el siglo XXI. Valencia: Fundación Adapta, 2009.

Siles González J. García E. Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación en enfermería. *Enfermería Científica* 1995; 160/161: 10-15

Siles González J., Solano Ruiz C. and Cibanal L. Holismo e investigación cualitativa en el marco de la antropología de la complejidad: una reflexión sobre la pertinencia metodológica en ciencias sociosanitarias y humanas. *Cultura de los Cuidados* 2005; 9: 68-81.

Siles-González J. Solano-Ruiz C. Qualitative Research and Narrative Sources in the Context of Critical and Renal Cares. *Open Journal of Nursing* 2014; 4(4): 385-401. DOI:10.4236/ojn.2014.46045 Disponible en: <http://www.scirp.org/journal/ojn>

Silva AL. A dimensão humana no cuidado em enfermagem. *Acta Paulista Enfermagem* 2000; 13 (Especial, Parte II): 86-90.

Soto Marco A. La mujer bajo el franquismo. [Proyecto fin de carrera]. Castelló: Universitat Jaume I; 2002 Disponible en:  
<http://mayores.uji.es/proyectos/proyectos/lamujerbajofranquismo.pdf>

Stefani D. Feldberg C. Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez. Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Análes de Psicología* 2006; 22(2):267-272. Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v22/v22\\_2/12-22\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v22/v22_2/12-22_2.pdf)

Steven DE. Benner and Wrubel on caring in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33(2):161-171

Tajfel H. Human groups and social categories. Cambridge: Cambridge University Press; 1981 (Versión española Tajfel H. - Grupos humanos y categorías Sociales. Barcelona: Herder; 1984).

Tarditi Liliana, Yuni José. La dimensión cognitiva en la atención de mayores y la calidad de vida institucional. En: Primer Encuentro Nacional Sobre Calidad de Vida en la Tercera Edad. Universidad de Buenos Aires 30 de septiembre a 1 de Octubre 1999. Buenos Aires: Naya; 1999. Disponible a: [http://www.naya.org.ar/congresos/contenido/3ra\\_edad/1/7.htm](http://www.naya.org.ar/congresos/contenido/3ra_edad/1/7.htm)

Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1987

Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós; 1992.

Taylor S.J, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 2012

Todres L. Holloway I. Investigación fenomenológica. Investigación en Enfermería. 5<sup>a</sup> ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2006

Tornstam L. Gero-transcendence: A reformulation of the disengagement theory Aging. Aging Clinical and Experimental Research 1989; 1(1): 55-63

Tornstam L. Las dos caras de los llamamientos a la solidaridad entre generaciones. Revista de Gerontología 1995; 5 (5): 388-392

Tornstam L. Caring for the elderly. Introducing the theory of gerotranscendence as a supplementary frame of reference for care of elderly. Scandinavian Journal of Caring Sciences 1996; 10: 144– 150.

Tornstam L. Gerotranscendence from young to old age. Uppsala: Universitet Uppsala; 2003. Disponible en: <http://www.soc.uu.se/publications/fulltext/gtransoldold.pdf> on 6 April 2004.

Tornstam L. & Törnqvist M. Nursing staff's interpretations of "Gerotranscendental Behavior" in the Elderly. Journal of Aging and Identity 2000; 5: 15–29.

Torres M, Núñez J, Martínez J, Suarez J. La atención de las necesidades residenciales para las personas mayores. Pamplona: IESE Business School; 2007. Disponible en: <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0664.pdf>.

Torres Pereira. Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés: (un estudio en población sociosanitaria). [Tesis]. Huelva: Universidad de Huelva; 2008

Trejo Martínez, F. Fenomenología como método de investigación: una opción para el profesional de enfermería. *Enfermería Neurológica* 2012; 11(2): 98-101

Uribe-Rodríguez AF, Valderrama L, Durán Vallejo DM, Galeano-Monroy C, Gamboa K, López S. Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores 2008; 11(1): 119-126 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79811112>

Urra M Eugenia, Jana A Alejandra, García V Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc. enferm.* 2011 ; 17(3):11-22. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.

Vallejo Sánchez JM. Rodríguez Palma M. Valverde Sánchez M. Valoración enfermera geriátrica. Un modelo de registro en residencias de ancianos. *Gerokomos* 2007; 18(2): 72-76 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n2/72rincon.pdf>

Valles M. Técnicas de conversación, narración (II): la metodología biográfica. En: Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1997.p. 235-277

Van der Zalm, J. Bergum V. Hermeneutic-phenomenology: providing living knowledge for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(1): 211-218.

Van Manen M. Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. London, ON, Canada: Althouse Press; 1990

Van Manen, M. Care-as-worry, or don't worry, be happy'. *Qualitative Health Research* 2002; 12 (2): 262-278.

Van Manen M. *Investigación educativa y experiencia vivida*. Barcelona: Idea Books; 2003

Van Manen MA. On Ethical (In) Decisions Experienced by Parents of Infants in Neonatal Intensive Care. *Qualitative Health Research* 2014; 24(2): 279–287

Van't Leven N, Jonsson H. Doing and being in the atmosphere of the doing: environmental influences on occupational performance in a nursing home. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2002; 9 (4): 148-155

Vásquez ML. Desarrollo conceptual en enfermería: evolución, tendencias y desafíos. *Avanc Enferm* 2006; 24: 73-81

Velasco Juez MC. El método biográfico y las historias de vida. Su utilidad en la investigación en enfermería. *Index de Enfermería* 1999; 27: 25-30. Disponible en [http://www.index-f.com/27revis/index-enfermeria ta/27\\_articulo\\_25-30.php](http://www.index-f.com/27revis/index-enfermeria%20ta/27_articulo_25-30.php)

Vernet Aguiló F. Conceptos Básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo de V. Henderson. *Gerokomos* 2007; 18(2):77-83. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n2/77rincon.pdf>

Villar F, Triado C. *El estudio del ciclo vital a partir de historias de vida: una propuesta práctica*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2006

Villar F, Triadó C, Celdrán M, Fabà J. Sexualidad en personas mayores institucionalizadas: la perspectiva del residente y la perspectiva del profesional (Imsero Proyecto 25/11). Barcelona: Universitat de Barcelona; 2011. Disponible en: [http://imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/25\\_11idi.pdf](http://imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/25_11idi.pdf)

Villar Posada F. Historias de vida y envejecimiento. *Informes Portal Mayores* 2006; (59). Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/villar-historias-01.pdf>

Villegas M, González FE. La investigación cualitativa de la vida cotidiana. Medio para la construcción de conocimiento sobre lo social a partir de lo particular. *Psicoperspectivas* 2011; 10(2): 35-59

Vives C, Rodero V. Acebedo MS, Gomez MP. Momentos de caring. Un acercamiento a la filosofía y ciencia del cuidado humano de Jean Watson. *Cuid y Educ.* 2006; (12): 10-17.

Wadensten B. Introducing older people to the theory of gerotranscendence *Journal of Advanced Nursing* 2005; 52(4): 381- 388

Wadensten B .An analysis of psychosocial theories of ageing and their relevance to practical gerontological nursing in Sweden. *Scand J Caring Sci.*2006 ;20(3):347-54

Wadensten B. Changes in nursing home residents during an innovation based on the theory of gerotranscendence. *International Journal Older People Nursing* 2010;5(2):108-15. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00215.x.

Wadensten B, Carlsson M. A qualitative study of nursing staff members' interpretations of signs of gerotranscendence. *Journal of Advanced Nursing.* 2001;36(5):635-42 Wadensten B, Carlsson . A qualitative study of nursing staff members' interpretations of signs of gerotranscendence. *J Adv Nurs.* 2001;36(5):635-42

Wadensten B, Carlsson M. Theory-driven guidelines for practical care of older people, based on the theory of gerotranscendencia. *Journal Advanced Nursing*, 2003; 41 (5): 462-470

Wadensten B, Carlsson. Adoption of an innovation based on the theory of gerotranscendence by staff in a Nursing home Part III. *International Journal Older People* 2007; 2(4):302-14. doi: 10.1111/j.1748-3743.2007.00087.x.

Wadensten B, Carlsson M. Changes in nursing home residents during an innovation based on the theory of gerotranscendencia, *International Journal of Older People Nursing*, 2010; 5(2): 108-115

Waldow V. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería.* 2014; 23(4):234-238

Walker A. Actitudes Europeas ante el envejecimiento y las personas mayores. Rev Esp Invest Sociol [Internet]. 1996;73:17-42. Disponible en: [http://ih-vm-cisreis.c.mad.interhost.com/REIS/PDF/REIS\\_073\\_04.pdf](http://ih-vm-cisreis.c.mad.interhost.com/REIS/PDF/REIS_073_04.pdf)

Wamba Gaviña G. Emigración e identidad cultural en la reciente narrativa argentina. Universidad Nacional de la Plata. Memoria Académica. Puertas Abiertas 2010; 6: 1-8 Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.4916/pr.4916.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.4916/pr.4916.pdf)

Warner K. Willis S. Psicología de la edad adulta y la vejez. 5<sup>a</sup> ed. Madrid: Prentice Hall; 2003.

Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Boston: Little Brown; 1979

Watson J. Nursing: Human science and human care. Connecticut: Appleton-Century Croft; 1985. Links ]

Watson J, ed. Applying the art and science of health care. NY: National League of Nsg; 1994

Watson J. The theory of human caring: retrospective and prospective. Nurs Sc Quart 1997; 10(1): 49-52.Links ]

Watson, J. Le caring. Philosophie el science des soins infirmiers. Paris: Seli Arslan; 1998

Watson J. Human Science and Human Care. NLN: New York; Jones & Bartlett; 1999.

Watson J. Postmodern nursing and beyond. Edinburgh: Scotland, UK: Churchill Livingstone/WB; 1999.

Watson J. Nursing: human science and human caring: a theory of nursing. Sudbury: Jones and Bartlett; 1999

Watson J, Assessing and measuring caring in nursing and health science. NY: Springer; 2002

Watson J. The Nurse Theorists: 21st Century Updates-Jean Watson. Nur Scie Q 2002; 15(3): 214-219. [ Links ]

Watson J. Intentionality and caring-healing consciousness: A theory of transpersonal nursing. Holistic Nursing Journal 2002; 16(4):12-19.

- Watson J, Caring science: a core science for health professions. Philadelphia: FA Davis; 2004
- Watson, J. Modelo del caring como guía para la evaluación, medición y registro de la práctica enfermera profesional. En: V Simposium internacional de diagnósticos de enfermería: Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber. Valencia Aentde ;2004
- Watson J. Impacto de la relación sanadora en la práctica de la enfermería. Rev. Rol Enf. 2006; 29(7-8): 494-497.
- Watson R., Strimpson A., Topping A., Porock D. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. Journal of Advanced Nursing 2002; 39(5): 421-431.
- Whitbourne S. Powers CB. Older women's constructs of their lives: a quantitative and qualitative exploration. International Journal of Aging and Human Development 1994; 38(4): 293-306 DOI:10.2190/MEVG-LXCC-XPFW-T32V
- Yoffe L. El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. Psicodebate 3. Psicología, cultura y sociedad 2002; (3): 127-157
- Yuni JA. Urbano CA. Envejecimiento y género. Revista Argentina de Sociología 2008; 6 (10): 151-169
- Zanotti GJ. La escuela Austriaca en peligro de implosión hermenéutica. En: VI Jornadas de Epistemología de las Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Libro de actas de las Jornadas. Buenos Aires: Universidad Nacional de Buenos Aires; 2000. Disponible en: [http://www.econ.uba.ar/www/institutos/epistemologia/marco\\_archivos/anteriores.htm#vi](http://www.econ.uba.ar/www/institutos/epistemologia/marco_archivos/anteriores.htm#vi)
- Zañartu C, Krämer C, Wietstruck MA. La muerte y los niños. Rev Chilena Pediatría 2008; 79(4): 393-397. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79n4/art07.pdf>
- Zavala Perez IC, Olea Gutiérrez CV. Valle Solis M. Momentos de cuidado según la teoría del Caring. La situación de enfermería. Waxapa 2013; 5(9): 31-36. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2013/wax139f.pdf>

Zea Bustamante LE. Cuidar de otros: Condición humana y esencia de una profesión. Investigación y Educación en Enfermería 2003; 21(2): 154-158

Zolotow D. Hogares de ancianos, transformaciones posibles para un buen envejecer. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. 2011; 87-92 Disponible en: [http://www.trabajosocial.fsoc.uba.ar/web\\_revista/PDF/11\\_zolotow.pdf](http://www.trabajosocial.fsoc.uba.ar/web_revista/PDF/11_zolotow.pdf)



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## **Anexos**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

## Anexo I

### Orden Ministerial de la creación de la especialidad en Enfermería geriátrica:



## BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 288

Lunes 30 de noviembre de 2009

Sec. III. Pág. 101976

### III. OTRAS DISPOSICIONES

#### MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

**19139** Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.

El artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y el artículo 7 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, establecen respectivamente, el procedimiento para aprobar los programas formativos de las especialidades sanitarias en general y de las especialidades de Enfermería en particular, previendo en ambos casos su publicación en el Boletín Oficial del Estado para general conocimiento.

La Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Geriátrica, ha elaborado el primer programa formativo de esta especialidad en el marco de las líneas actuales en la asistencia geriátrica.

El programa ha sido ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y Política Social y de Educación en materia de formación sanitaria especializada. Asimismo ha sido estudiado, analizado e informado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud de la que forman parte, entre otros, los consejeros de sanidad de las diversas comunidades autónomas y el Director General de Política Universitaria del Ministerio de Educación.

En su virtud, de conformidad con lo previsto en el artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, y en el artículo 7 de Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, previos informes de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Educación, dispongo:

Primero.—Aprobar el programa formativo de la Especialidad de Enfermería Geriátrica, cuyo contenido se publica como anexo a esta Orden.

Segundo.—Dicho programa formativo será de aplicación a los residentes de la Especialidad de Enfermería Geriátrica que obtengan plaza en formación en Unidades Docentes de dicha especialidad, a partir de la convocatoria anual de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada en la que se incluyan plazas de esta especialidad.

Disposición final.

Esta Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 13 de noviembre de 2009.—La Ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez García-Herrera.

#### ANEXO

##### Programa oficial de la especialidad de Enfermería Geriátrica

###### 1. Denominación oficial de la especialidad y requisitos de titulación

Enfermería Geriátrica.

Duración: 2 años.

Estudios previos: Diplomado/Graduado U. en Enfermería.

cve: BOE-A-2009-19139

---

## Anexo II

### Consentimiento informado:

#### Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo  
En participar en la investigación realizada por M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García, con la  
finalidad de realizar la tesis doctoral titula "La Historia de vida como herramienta  
de mejora de los cuidados gerontológico"

La información que yo facilite en el curso de esta investigación es confidencial y no  
será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi  
consentimiento. Ha sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el  
proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así  
decida.

Nombre Participante  
Fecha  
(En letras de Imprenta)

Firma

Nombre de la investigadora

Firma

---

## Anexo III

### Transcripció entrevista

La transcripció consisteix en escriure textualment les paraules del informant. A continuació, se inclou un fragmente a mode d'exemple:

CH (entrevistadora) – Això és una mica la meua idea, a veure si sortirà alguna cosa interessant del meu treball...no de la seva vida (riu) del meu treball...perquè això

E (entrevistat) - Oh, la meua vida és molt...

CH – A veure aquesta...últimament que com jo treballo més amb aquesta! Ara, ja està....

E – Molt bé, doncs jo el que li deia d'això d'adaptar-se a la residència, l'adaptar-se a la residència has de tenir, o sigui una mentalitat molt clara de com t'has d'adaptar, però influeix molt el personal que treballa a la residència anem a veure, si hi ha un personal que més o menys no és que t'hagi d'adorar, però que sigui amable, no pegui crits no demanis una cosa i... a mi no em passa, ja començo a dir que a mi no em passa, eh!, i ..."ahora no puedo, ja ho faré" o sigui la gent es va deprimir, deprimir i queda un moment que queden deprimits del tot. O sigui la manera d'adaptar-te, d'adaptar-te, es... aquí mateix hi ha moltes activitats, però clar quan no hi ha les activitats posades, les noies que hi ha aquí no donen *respaldo* als malalts eh! Per això no és que a lo millor simplement els hi facin així...o a la tarda, sobre tot les noies que venen aquí a la tarda són un desastre, les del dematí són boníssimes però a la tarda són un desastre, no conviuen al contrari només van per elles, tot el dia van amb el mòbil trucant-se, el nuvi... coses de joventut, clar aleshores la gent això els va tirant en darrera, per això arriba un moment que per exemple a la tarda quatre i mitja de la tarda que és quan tothom ha sortit per berenar...pues tu treus el cap o passes per davant d'aquella sala i només hi ha gent dormint o cridant o barallant-se o insultant-se...això és molt depriment, si estàs bé és molt depriment, i costa molt d'assimilar-ho, ara bé, clar jo he tingut la gran sort que quan jo vaig entrar, vaig entrar per malaltia eh, o sigui vaig entrar per malaltia....

## Anexo IV

Fragmento entrevista ordenada cronològicamente con formato HV, (Corresponde a la misma entrevista del anexo II):

Jo vaig néixer a Barcelona al barri de Sants a l'any 35, tenia...vaja que encara el tinc...un germà i *bueno* tenia uns pares excel·lents, carinyosos, bones persones, a casa meva hi havia una alegria sempre, perquè la meva mare era de Murcia i tenia molts germans i tots havien vingut a viure aquí a Catalunya en el temps que es començaven a fer les barraques. A casa meva teníem les dues avies: la mare del meu pare i la mare de la meva mare. Allí havia sempre molta alegria, perquè sempre hi havia molts *crios*, érem molts cosins, molts *crios* .I qualsevol coseta de res estàvem contents. Una de les avies li agradava molt fer pa fregit amb sucre i ens tirava xocolata per sobre. Em recordo que ens posàvem en cua tots i el meu germà, que el meu germà era molt *pícaro*, em donava *patades* perquè el deixes passar al davant... "*tu al darrera....que te les menjaràs totes*"...em tractava així...[riu de bona gana al recordar-ho]. Una vegada ens vam barallar el meu germà i jo el vaig agafar, i li vaig posar el cap a dintre de la galleda que hi havia amb la roba amb lejia.

La meva infància fins que va morir el meu pare va ser molt bona, molt bona. Perquè a demés a la escala que vivíem, hi havia molta gent emigrada amb *crios* , o sigui, nosaltres havíem nascut a Barcelona, i la meva mare i el meu pare feia molts anys que havien arribat, ja es van conèixer allà. Erem com una família, era una casa -que encara existeix- que té sis pisos d'alçada, contant el replà de baix, que al replà de baix són casetes petites que estan incloses a l'edifici...hi ha deu casetes petites i després hi ha tres pisos per replà, i allà no es tancava la porta perquè els *crios* ens passàvem d'una a l'altre.

La del costat de casa meva es deia Paquita..."Paquita que fas avui de dinar?"..."avui faig lllenties"....molt be...me'n anava a la de davant..."Que fas per dinar avui?" ..."Pues avui faig arròs...(per exemple)" me'n anava a l'altre...i deia: "¿Consuelo que haces de comer?"...Perquè aquella dona tenia 15 fills..."¿Que haces de comer?". "Pues mira hoy voy a hacer migas..." Perquè eren andalusos i feien migas...migas pues lo primer pensava, tornava i li deia a la meva mare: Que has fet tu per dinar? Avui he fet una cosa que t'agrada...a veure deixa-m'ho mirar...a veure, si fideus...*bueno* això de que m'agrada...perquè aquí hi ha fideus, hi ha patates, però no hi ha carn eh?[riu]. I la meva mare deia: "*No però hi ha botifarra, posaré botifarra*". Quan ja havia fet el recorregut esperava que possessin els plats a les altres

cases ...i el plat que m'agradava més allà em quedava...però es que els altres *críos* feien igual, saps? O sigui, érem una escala...jo vaig tenir una infantesa mot maca.



## Anexo V

Ejemplo de categorías emergentes:

### “La muerte pròpia”

PEDRO

Cuando veo a esos viejos que no pueden andar, ni comer que se les cae la baba pienso “ójala que me vaya un día a la cama y ya no me despierte, para vivir así no vale la pena, ya hemos gastado nuestro tiempo, pues ¡ya está!, para que sufrir... mejor morirse, yo desde luego mientras pueda dar mis paseos, cortos pero algo es algo y pueda valerme por mi mismo bien, pero si no... mejor morir. Total antes o después tiene que pasarnos ¿no?.

AGUSTIN

I jo m’agradaria, Deu ho vogués, de que estiguessin tots a punt [la família], allò per fer les diligències que s’han de fer, perquè nosaltres vam prometre, la dona i jo, la dona ja està...[ha fallecido], tenim un nínxol que van vam fer...ja vaig dir que som pobres, no vaig a dir que som rics perquè no ho hem sigut mai, ni se lo que es, ni m’importa. Però tenim els dos nínxols així i ja està una làpida de dalt a baix posada per els dos. I ella està enterrada allí i dèiem que nosaltres si podíem, volíem estar al poble.

CARME

Que m’haig de morir! Ja ho se. Com tothom! Però que vols que et digui, no em fa cap por i a més tinc aquest Senyor aquí, [un crucifijo], doncs mira m’ha acompanyat sempre...

AMPARO

Siempre miro, y mirando por aquí siempre veo, veo subir el coche de muertos para ir... digo: “mira nosotras aquí y ahora pasa otro, que hay un depósito”. Las chicas tienen miedo porque nos acompañan ¡venga Amparo!, [...] y se nos llevan de donde está el muerto.

Así que estamos esperando que un día u otro nos lleve. Porque aquí todos los que se mueren son los que van muy avanzados de edad, y no...Hemos tenido un...porque escucha una cosa eso yo no sé si se puede decir... Apague y le explico. [Apago la grabadora y me explica sus inquietudes y como ve la muerte en la residencia]

ANTONIA

Mira de fet hi ha vegades que penso en la mort, però com que penso que me’n vaig a una vida millor...me’n vaig amb el Senyor, me’n vaig amb la Verge...no em fa por, em fa cosa de dir s’ha acabat tot materialment...però...interiorment no, se que trobaré els meus pares, se que trobaré la meva filla, el meu Home, se que em trobaré molta gent que estimo...ves...i vull dir... sé que un dia o altre ens hem de morir tots, tot lo que neix mor. Em voldria anar acabant...i quan sigui l’hora que el Senyor em prengui..

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

M<sup>a</sup> Jesús Aguarón García