



**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

**FACULTADE DE ENFERMARÍA E PODOLOXÍA**

**GRAO EN ENFERMARÍA**

**Curso académico 2013-2014**

## **TRABALLO FIN DE GRADO**

**Estudio de la construcción de la calidad de vida percibida por los/as ancianos/as institucionalizados/as en una residencia asistida.**

**M<sup>a</sup> Cristina López López**

**13 de junio de 2014**

**Tutoras del trabajo fin de grado:**

M<sup>a</sup> Jesús Movilla Fernández

Natalia Rivas Quarneti

## INDICE DE ABREVIATURAS

- ▶ INE: Instituto Nacional de Estadística
- ▶ OMS: Organización Mundial de la Salud
- ▶ IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales
- ▶ SAAD: El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
- ▶ AVD: Actividades de la vida diaria
- ▶ AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria
- ▶ CV: Calidad de vida
- ▶ IASSID: Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales
- ▶ COICM: Consejo de Organizaciones internacionales de las ciencias médicas
- ▶ CAEI: Comité Autonómico de Ético de Investigación
- ▶ SEEGG: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica
- ▶ SEGG: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

## INDICE DE TABLAS

- ▶ Tabla 1: Principios de conceptualización, medición y aplicación de la calidad de vida Pág. 15
- ▶ Tabla 2: Estrategia de búsqueda Pág. 20-21
- ▶ Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión de participantes Pág. 28
- ▶ Tabla 4: Cronograma Pág. 35
- ▶ Tabla 5: Revistas internacionales con factor de impacto Pág. 39
- ▶ Tabla 6: Revistas nacionales con factor de impacto Pág. 39
- ▶ Tabla 7: Análisis de costes Pág. 43

## INDICE DE ANEXOS

- ▶ ANEXO I: Entrevista a los ancianos/as que viven en una residencia asistida. Pág. 44
- ▶ ANEXO II: Entrevista a los familiares de los ancianos/as que residen en una residencia asistida. Pág. 47
- ▶ ANEXO III: Entrevista al personal sociosanitario en contacto con los ancianos/as que viven en una residencia asistida. Pág. 49
- ▶ ANEXO IV: Entrevista del grupo de discusión Pág. 51
- ▶ ANEXO V: Solicitud CAEI Pág. 52
- ▶ ANEXO VI: Compromiso do investigador principal Pág. 53
- ▶ ANEXO VII: Documento de consentimiento para la participación en un estudio de investigación. Pág. 54
- ▶ ANEXO VIII: Solicitud al director de [*nombre del centro*] Pág. 56

## INDICE

1 TITULO Y RESUMEN	Pág. 7
1.1 Titulo	Pág. 7
1.2 Resumen	Pág. 7
2 INTRODUCCION	Pág. 10
2.1 Justificación del estudio	Pág. 17
2.1.1 Aplicabilidad	Pág. 18
3 BIBLIOGRAFÍA	Pág. 19
3.1 Estrategia de búsqueda	Pág. 19
3.2 Bibliografía comentada	Pág. 22
4 HIPOTESIS	Pág. 24
5 OBJETIVOS	Pág. 25
5.1 Objetivo general	Pág. 25
5.2 Objetivos específicos	Pág. 25
6 METODOLOGIA	Pág. 26
6.1 Diseño	Pág. 26
6.2 Descripción del contexto	Pág. 26
6.3 Muestra	Pág. 27
6.4 Estrategias de entrada al campo	Pág. 29
6.5 Métodos de recogida de datos	Pág. 29
6.5.1 Entrevistas	Pág. 29
6.5.2 Grupo de discusión	Pág. 29
6.6 Análisis de discurso	Pág. 32
6.7 Rigor y credibilidad	Pág. 33
6.8 Posición del investigador	Pág. 34

7 PLAN DE TRABAJO	Pág. 35
8 ASPECTOS ETICOS	Pág. 36
9 PLAN DE DIFUSION DE RESULTADOS	Pág. 38
9.1 Revistas con factor de impacto	Pág. 38
9.2 Congresos	Pág. 40
10 FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACION	Pág. 41
10.1 Posibles fuentes de financiamiento	Pág. 41
10.2 Recursos necesarios	Pág. 42
ANEXOS	Pág. 44
BIBLIOGRAFIA	Pág. 57

# 1 TITULO Y RESUMEN

## 1.1 Titulo

"Estudio de la construcción de la calidad de vida percibida por los/as ancianos/as institucionalizados/as en una residencia asistida"

## 1.2 Resumen

Según los datos demográficos en los últimos años se está produciendo un aumento de población anciana, lo que conlleva un mayor número de ancianos dependientes. Factores como el sexo, el estado civil, las enfermedades existentes, la economía, apoyo familiar son los que más influyen en la institucionalización. Según la literatura hay una notable diferencia entre mujeres y hombres con respecto a la adaptación al centro; la dependencia es mucho mayor en mujeres. La calidad de vida del mayor está relacionada con su salud, situación familiar, apoyo social. Los enfermeros debemos estar preparados para ayudar en la adaptación de este cambio de vida y mejorar nuestra atención según las necesidades del anciano. Este estudio se plantea:

Objetivos: Conocer la percepción de la calidad de vida de los ancianos/as que viven en una residencia asistida.

Metodología: Para llevar a cabo este estudio utilizaremos la metodología cualitativa. Y dentro de esta la teoría de la fenomenología ya que hablaremos de experiencias de vida y de la percepción que tienen los ancianos de su calidad de vida. Se realizarán entrevistas en profundidad semi-estructuradas y grupos de discusión como métodos de recogida de datos.

Palabras clave: Anciano institucionalizado, calidad de vida, percepción.

“Estudo da construción da calidade de vida percibida por anciáns/as institucionalizados/as nunha residencia asistida”

## **Resumo**

Segundo os datos demográficos dos últimos anos está levando ao aumento da poboación anciá, levando a un maior número de persoas maiores dependentes. Factores como sexo, estado civil, enfermidades existentes, a economía, o apoio da familia son o que máis influenciou a institucionalización. Segundo a literatura, hai unha diferenza notable entre mulleres e homes no que respecta á adaptación ao centro; a dependencia é moito maior en mulleres. A calidade de vida está asociada a unha maior saúde, situación familiar, apoio social. Os enfermeiros teñen que estar preparados para axudar na adaptación deste cambio de vida e mellorar o noso servizo de acordo coas necesidades dos anciáns. Este estudo propón:

Obxectivos: Coñecer a percepción da calidade de vida dos/as ancián/as que viven nunha residencia asistida.

Metodoloxía: Para a realización deste estudo, utilizarase a metodoloxía cualitativa. E dentro desta teoría a fenomenoloxía xa que imos falar sobre as experiencias de vida e percepcións que teñen os/as anciáns/as da súa calidade de vida. Realizaranse entrevistas en profundidade semi-estruturadas e grupos de discusión como métodos de recollida de datos.

Palabras clave: anciáns institucionalizados, calidade de vida, a percepción.

“Study of the construction of the perceived quality of life for the elderly institutionalized as in a nursing home”

### **Abstract**

According to demographic data in recent years is leading to increased elderly population, leading to a greater number of elderly dependents. Factors such as gender, marital status, existing diseases, economy and family support are the most influencing institutionalization. According to the literature there is a noticeable difference between women and men with regard to adaptation to the center; dependence is much higher in women. The quality of life is associated with greater health, family status and social support. Nurses must be prepared to help in the adaptation of this life change and improve our service according to the needs of the elderly. This study proposes:

Objectives: To know the perception of the quality of life for seniors / as living in a nursing home.

Methodology: To carry out this study will use qualitative methodology. And within this theory of phenomenology as talk about life experiences and perceptions of the elderly quality of life. Semi-depth interviews and focus groups methods for data collection will be conducted.

Keywords: Elderly institutionalized, quality of life, perception.

## 2 INTRODUCCIÓN

España se enfrenta a una aceleración del envejecimiento de la población. A 1 de noviembre 2011 había 8.116.347 personas mayores (65 y más años), el 17,3% sobre el total de la población (46.815.916), según los Censos de Población y Viviendas 2011 (INE) <sup>(1)</sup>. A este fenómeno hay que añadir el incremento de los años dentro de este colectivo, lo que se podría llamar “envejecimiento del envejecimiento”. La proporción de octogenarios representan el 5,2% de toda la población <sup>(1)</sup>.

Según la proyección del INE, en 2051 habrá más de 15 millones de personas de edad mayor o igual a 65 años (36,5% del total) <sup>(1)</sup>.

La esperanza de vida al nacimiento supera los 82 años en 2011. En varones alcanza los 79,2 años y en mujeres los 85,0 años. El censo de 2011 sitúa el porcentaje de población mayor de 64 años en 17,3% <sup>(1, 2)</sup>. Hay una notable diferencia de género en el que el sexo predominante es el femenino. Hay un 34% más de mujeres que de varones <sup>(1)</sup>.

Este aumento de la esperanza de vida lleva consigo consecuencias como un mayor número de afecciones crónicas en los ancianos que cada día los hacen más dependientes. Esta situación de dependencia implica un aumento de las demandas sociosanitarias.

La dependencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) como “la restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal; entre las actividades observadas se encuentran las actividades de la vida diaria (AVD): asearse, vestirse, comer y beber y cuidar del propio bienestar; las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), preparar la comida y cuidar de la vivienda, así como participar en la movilidad” <sup>(28)</sup>.

En el año 2006 en España se aprueba la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (“Ley de dependencia”) que da prestación a las

personas dependientes mediante dos sistemas de prestaciones (económicas y de servicios). La valoración de la dependencia se realiza teniendo en cuenta los informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que vive, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas. El Programa Individual de Atención (PIA) es el que establece la modalidad de intervención más adecuada (prestación económica o servicios) según las necesidades y grado de dependencia <sup>(3)</sup>.

Dentro de los servicios que se establecen en esta ley está el de Atención Residencial.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) define los centros residenciales como “establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal” <sup>(4)</sup>.

Tanto el IMSERSO como la Ley 39/2006 establecen los objetivos de los centros residenciales, que son:

- El Servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados, de carácter personal y sanitario, unos de carácter básico, como alojamiento, manutención, asistencia en las actividades básicas de la vida diaria, y atención social y sanitaria, otros especializados, de prevención, asesoramiento y orientación para la promoción de la autonomía, atención social, habilitación o atención asistencial y personal, atención médica, psicológica, de enfermería, terapia ocupacional y rehabilitación funcional.
- La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de

convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales <sup>(4)</sup>.

Los centros residenciales se pueden clasificar:

- Según su capacidad:
  - Mini-residencias: de 13 a 59 plazas.
  - Residencias: de 60 a 120 plazas.
  - Grandes centros residenciales: superiores a 120 plazas.
- Según la capacidad de las personas para realizar las actividades de la vida diaria (AVD):
  - Residencias de válidos: donde los residentes pueden valerse por sí mismos.
  - Residencias de asistidos: donde los residentes necesitan la ayuda de terceras personas para la realización de las actividades diarias.
  - Mixtas: existen plazas de válidos y de asistidos <sup>(5)</sup>.

Según las estadísticas realizadas por el Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación del El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD-IMERSO), a fecha de 31 de diciembre de 2013, el porcentaje de personas dependientes con derecho a prestación que recibían atención residencial en España es del 13,80% <sup>(6)</sup>.

Al revisar la bibliografía se encuentran artículos que explican los factores que más contribuyen a la institucionalización. La *edad* es el factor más determinante, a mayor edad más probabilidad de institucionalización; el *género* y el *estado civil* están también dentro de los principales factores, siendo las mujeres y la viudedad los que más prevalecen. El desarrollo de *enfermedades crónicas degenerativas* que comprometen la autonomía y la necesidad de seguir tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos y/o rehabilitadores está claramente asociado con su institucionalización. Otra

causa es el *entorno* tanto familiar como social que los rodea. La soledad o aislamiento social repercuten en la salud tanto física como psicológica del anciano lo que implica el ingreso en un centro. Dentro del entorno familiar hay que mencionar el cambio social de la mujer que históricamente era la que se encargaba de atender a los ancianos y ahora al incorporarse al mundo laboral ha modificado ese rol <sup>(7, 8, 9,10)</sup>.

### **Calidad de vida**

Definir el término “Calidad de vida” (CV) es una tarea ardua y difícil. Su estudio se remonta a Platón y Aristóteles cuando hablaban de la felicidad y el bienestar y, más recientes son los estudios que se realizan desde hace más de medio siglo. Las primeras investigaciones se centraban en el estudio de su definición y de los factores que la componen, evaluaciones objetivas sin tener en cuenta la parte subjetiva del término.

A pesar de las muchas investigaciones sobre el concepto de CV no se ha llegado a un consenso, por este motivo la OMS en 1994 la define como «la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive y reacciona con sus objetivos, expectativas y valores e intereses; afirmando que la calidad de vida no es igual a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental ni bienestar, sino que es un concepto multidimensional que debe tener en cuenta la percepción por parte del individuo de éste y otros conceptos de la vida» <sup>(11)</sup>.

Schalock 2003 <sup>(12)</sup> no se centra en definir el concepto de CV sino que, tras una exhaustiva revisión bibliográfica, plantea un modelo que se compone de 8 dimensiones (bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, auto determinación, inclusión social y derechos) con sus diferentes indicadores que se utilizan para la medición y aplicación de la CV.

El concepto de CV ha sido estudiado antes y después de la investigación de Schalock, no solo su definición sino también su evolución a lo largo de los años, su medición, sus instrumentos, dimensiones, indicadores; todo esto entendido desde un punto de vista objetivo <sup>(12, 13, 14, 15, 28)</sup>.

La propuesta de Schalock 2003 es la que fundamentalmente siguen otros autores como modelo base tanto para la formulación de otros modelos como para la elaboración de escalas de valoración de la CV <sup>(13, 14,16)</sup>.

En los años 80 se produce una revolución con respecto al concepto de CV que lleva como consecuencia el planteamiento de los principios de conceptualización, medición y aplicación de la calidad de vida tras un trabajo internacional consensuado y realizado por el Grupo de Investigación con Interés Especial sobre Calidad de Vida de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID) <sup>(12)</sup> (Tabla 1).

**Tabla 1: Principios de conceptualización, medición y aplicación de la calidad de vida**

<p><b>Principios de conceptualización</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es un constructo multidimensional influenciado por factores personales y ambientales o contextuales.</li> <li>2. Se compone de los mismos indicadores y relaciones para todas las personas.</li> <li>3. Tiene componentes tanto objetivos y subjetivos, pero es fundamental la percepción del individuo lo que refleja la calidad de vida que experimenta.</li> <li>4. Se experimenta cuando las necesidades de una persona se ven satisfechas y cuando se tiene la oportunidad de mejorar en las áreas vitales más importantes.</li> <li>5. Se basa en las necesidades, elecciones y en el control individual.</li> </ol>
<p><b>Principios de medición</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Evalúa el grado en que las personas tienen experiencias vitales importantes valoradas por ellas.</li> <li>7. Valora el grado en que las dimensiones vitales contribuyen a una vida plena e interconectada.</li> <li>8. Permite a los individuos avanzar en el logro de una vida significativa apreciada u valorada por ellos.</li> <li>9. Se realiza en los ambientes importantes para la persona: donde vive, trabaja y se divierte.</li> <li>10. Se basa en experiencias humanas comunes como en experiencias vitales únicas, individuales.</li> </ol>
<p><b>Principios de aplicación</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Aumentar el bienestar de una persona.</li> <li>10. Aplicarse a la luz de la herencia cultural y étnica del individuo.</li> <li>12. Colaborar para promover un cambio a nivel de la persona, el programa, la comunidad y a nivel nacional.</li> <li>13. Aumentar el grado de control personal u de oportunidades individuales ejercido por el individuo en relación con sus actividades, intervenciones y contextos.</li> <li>14. Ocupar un papel prominente en la recogida de evidencias, especialmente para identificar predictores significativos de una vida de calidad, y para valorar el grado en que los recursos seleccionados mejoran los efectos positivos.</li> </ol>

*Fuente: Schalock RL, Verdugo MA. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Alianza Editorial. Madrid. 2003*

En resumen, Calidad de Vida es un concepto multidimensional, hace referencia tanto a condiciones objetivas como subjetivas en las que se tiene en consideración las experiencias vividas de cada persona. Dentro de este constructo se debe incluir aspectos como el entorno, relaciones sociales y aspectos tanto físicos como psicológicos.

### **Calidad de vida, envejecimiento y enfermería**

El término CV se utiliza en muchos campos como Psicología, Medicina, Terapia Ocupacional, Antropología, Economía, Política y Enfermería. Según la disciplina en la que se vaya a utilizar seguirá unos parámetros u otros con el objetivo de desarrollar y aplicar procedimientos que tienen como fin una mejor calidad de vida.

En el campo de la enfermería se sigue investigando sobre este concepto, algunos autores se preguntan cuál es el conocimiento del personal de enfermería sobre la calidad de vida ya que se centra más en realizar intervenciones enfermeras que tienen por objetivo final una buena calidad de vida que en conocer su significado para las personas <sup>(17)</sup>.

El personal de enfermería tiene que considerar no solo los aspectos físicos del anciano/a sino también debe los aspectos psicológicos y vivenciales que son una parte muy importante con respecto a su CV.

Para Schalock <sup>(12)</sup> los factores a tener en cuenta en la CV de los ancianos/as incluyen la salud, habilidades funcionales (habilidad para cuidar de uno mismo), situación financiera (tener una pensión o renta), relaciones sociales (familia y amigos), actividad física, servicios de atención sanitaria y social, comodidades en el propio hogar (y en los alrededores inmediatos), satisfacción con la vida y oportunidades de aprendizaje y culturales.

Tras revisar la literatura científica se han encontrado escasos documentos que expliquen cómo perciben los ancianos institucionalizados su calidad

de vida. La literatura existente habla del bienestar de los ancianos, de sus vivencias dentro de la residencia, las condiciones en las que viven, pero de un modo objetivo. Mediante escalas miden la calidad de vida de estos ancianos pero no se trabaja con su propia percepción de CV (18, 19, 20, 21, 22, 23, 29).

Sobre esta percepción personal, sumamente importante en un constructo tan subjetivo y contextual como la CV, no se han encontrado artículos determinantes dentro de la literatura científica. Los estudios encontrados tratan los pros y los contras del vivir en una residencia de mayores: la atención por parte del personal, la compañía y el no estar solo, la seguridad que transmite el centro son temas que los anciano ven como buenos pero en contraposición se encuentra la rutina, los horarios rígidos y establecidos, la falta de intimidad y privacidad o la dificultad de integración dentro del centro (24, 25, 26, 27,29, 30, 31, 32, 33).

Según los estudios la CV está relacionada con su bienestar físico y psicológico, relaciones sociales, situación económica. Todo ello repercute en la independencia y funcionalidad del mayor, que definen su autonomía. Si el anciano pierde su autonomía se convierte en dependiente, necesita ayuda de una tercera persona para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). (9, 28)

Con el fin de alcanzar mayor independencia la OMS llamó a la acción para cambiar las actitudes, políticas y planes en torno a un envejecimiento activo y saludable. Es aquí donde la evaluación de la CV toma relevancia como indicador en la planificación de políticas públicas para los personas mayores (9).

## 2.1 Justificación del estudio

Los datos muestran un incremento importante en el proceso de envejecimiento, aumentando la longevidad de los ancianos, esto conlleva un deterioro tanto físico como psicológico en ellos. Dicho deterioro implica

un mayor número de ancianos dependientes que se traduce en un incremento de ancianos institucionalizados.

Esta institucionalización es un cambio importante en la vida de dichas personas.

A su llegada a la institución el personal de enfermería debe valorar el motivo del ingreso, grado de dependencia, su situación familiar y otros aspectos de fácil accesibilidad que se pueden valorar mediante escalas. Pero hay otros aspectos que no se deben olvidar y que no son objetivos como los anteriores; estos son los emocionales y los vivenciales: cómo se siente la persona, como afronta el cambio de vida, qué echa de menos de su vida anterior, si se siente solo, como es su vida en el centro (se socializa, participa en actividades o está solo).

Tras revisar la literatura científica se han encontrado pocos estudios que nos hablen sobre la percepción de calidad de vida de los ancianos y de los cambios que se han producido en su vida desde que han ingresado en una residencia asistida.

Por todo ello se considera pertinente realizar este estudio, el cual nos permitirá acercarnos a su ideario de CV y al mismo tiempo identificar sus necesidades teniendo en cuenta sus percepciones y sentimientos.

### **2.1.1 Aplicabilidad**

Los resultados de este estudio nos permitirán:

- Diseñar los cuidados enfermeros en función de las expectativas de CV de los/as ancianos/as.
- Adaptar la atención enfermera durante el ingreso en una residencia y en el proceso de adaptación desde el marco de la experiencia de los/as ancianos/as.
- Mejorar su CV haciendo intervenciones dirigidas a la integración en la cotidianidad.

### **3 BIBLIOGRAFÍA**

#### **3.1 Estrategia de búsqueda**

La estrategia de búsqueda que se ha realizado se esquematiza en la siguiente tabla. (Tabla 2).

En ella se menciona las bases de datos en las que se ha buscado, la fecha de dicha búsqueda, las palabras clave y los límites seleccionados en cada búsqueda (intervalo de años de publicación, idiomas, revistas y/o libros, artículos y/o revisiones, áreas de búsqueda, edad de participantes, acceso libre gratis).

Tabla 2: Estrategia de búsqueda

ESTRATEGIA DE BUSQUEDA						
BASE DE DATOS	Fecha	Palabras clave	Idiomas	Años	Límites	Resultados
Pubmed	22/12/13	Institutionalized [All Fields] AND ("aged" [MeSH Terms] OR "aged" [All Fields] OR "elderly" [All Fields])	Spanish	2009 - 2013	("loattrfree full text" [sb] "female" [MeSH Terms])	22 (1 pertinente)
Elsevier	22/12/13	Bienestar ancianos institucionalizados			artículos	98
					revista española de geriatría y gerontología	48 (2 pertinentes)
Pubmed	30/12/13	("quality of life" [MeSH Terms] OR "quality" [All Fields] AND "life" [All Fields]) OR "quality of life" [All Fields] AND ("aged" [MeSH Terms] OR "aged" [All Fields] OR "elderly" [All Fields]) AND ("residence characteristics" [MeSH Terms] OR "residence" [All Fields] AND "characteristics" [All Fields]) OR "residence characteristics" [All Fields] OR "community" [All Fields])	Spanish	2009 - 2014	("loattrfree full text" [sb])	10 (1 pertinente)
		("aged" [MeSH Terms] OR "aged" [All Fields] OR "elderly" [All Fields]) AND ("perception" [MeSH Terms] OR "perception" [All Fields])	Spanish	2009 - 2014	"loattrfree full text" [sb]	142 (2 pertinentes)

Pubmed	07/01/14	("acclimatization" [MeSH Terms] OR "acclimatization" [All Fields] OR "adaptation" [All Fields] AND ("aged" [MeSH Terms] OR "aged" [All Fields] OR "elderly" [All Fields]) AND ("health facilities" [MeSH Terms] OR ("health" [All Fields] AND "facilities" [All Fields]) OR "health facilities" [All Fields] OR "institution" [All Fields])		2009 - 2014	"loattrfree full text" [sb]	104 (2 pertinentes)
Dialnet	01/02/14	anciano institucionalizado, calidad de vida				32 (1 pertinente)
Cinhal	03/04/14	AB ( quality of life OR wellbeing ) AND AB (elderly OR old people) AND AB home nursing		2010 - 2014	aged: 65+ years	17 (1 pertinente)
Scopus	03/04/14	TITLE-ABS-KEY(concept quality of life)	"English" OR "Spanish" OR "Portuguese"	2010 - 2014	(limit-to (doctype, "ar") or limit-to(doctype, "re")) and (limit-to (subjarea, "soci") or limit-to (subjarea, "nurs")) (limit-to (srctype, "j") or limit-to (srctype, "k"))	836 (3 pertinentes)
Scopus	08/04/14	TITLE-ABS-KEY(concept OR definition) AND TITLE-ABS-KEY(quality of life) AND TITLE-ABS-KEY(elderly OR old people))	"English" OR "Spanish" OR "Portuguese"	2009 - 2014	Subject Areas: Life Sciences Health Sciences Physical Sciences Social Sciences & Humanities	324 (5 pertinentes)
		TITLE-ABS-KEY(concept quality of life)			Doctype (ar or re) (limit-to(subjarea, "nurs")) (limit-to(srctype, "j"))	420 (1 pertinente)
Scielo	19/04/14	(ti:(calidad de vida)) AND (ti:(concepto))				5 (1 pertinente)

### 3.2 Bibliografía comentada

- a) Para explicar el concepto de calidad de vida se ha escogido este libro por ser un pilar importante sobre este tema.
- Sharlock RL, Verdugo MA. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial. 2003
- b) Estos artículos hacen referencia a los factores que implican la institucionalización de los ancianos/as. Por eso han sido una lectura interesante para entender las causas por las que los ancianos/as tienen que cambiar su hogar por una residencia.
- Urzúa A, Bravo M, Ogalde M, Vargas C. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. Rev Med Chile. 2011; 139: 1006-1014
  - De la Fuente Sanza MM, Martínez León M, Romero García MJ, Fernández de Santiago FJ, Navas Cámara F.J. Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. Fisioterapia. 2012; 34(6): 239 - 244
- c) En estos artículos se explica cómo es la vida de los ancianos/as en una residencia de mayores, de modo objetivo.
- Cooney A, Murphy K, O'Shea E. Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. J Adv Nurs. 2009; 65(5): 1029 - 1038.
  - Bradshaw SA, Playford ED, Riazi A. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. Age Ageing. 2012; 41: 429 - 440
  - Carli L, Kolankiewicz ACB, Loro MM, Schmidt Piovesan Rosanelli CL, Gomes Sonogo J, Miladi Stumm E. Sentimentos e percepções de idosos residentes em uma instituição asilar. Cuid. fundam. 2012; 4(2): 2868 - 28677

- Pavan FJ, Nazareth Meneghel S, Roque Junges J. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(9): 2187 - 2190
- d) En estos dos artículos los ancianos/as son los que narran su percepción sobre su calidad de vida durante su estancia en una residencia de mayores. Quedan reflejadas sus propias palabras con las que narran su experiencia.
- Ors Montenegro A, Maciá Soler L. Mayores institucionalizados. Valoración de la satisfacción y el bienestar en una residencia geriátrica religiosa. Gerokomos. 2013; 24(1): 18 - 21
  - S.P. Leea V, Simpsonb J, Katherine Froggatt K. A narrative exploration of older people's transitions into residential care. Aging Ment Health. 2013; 17(1): 48 - 56

#### **4 HIPÓTESIS**

En un primer momento no se formulan hipótesis debido a la necesaria flexibilidad, esto quiere decir que en la investigación cualitativa se pueden realizar cambios justificados durante el transcurso de la investigación; y a su naturaleza inductiva, lo que significa que se establecen enunciados universales a partir de experiencias de lo observado.

Ante la aparición de un problema determinado se persiste en la obtención de datos para clarificar dicho problema. Tras la recolección de los datos, explorando el significado de las percepciones de los participantes y comprendiéndolas mejor, se podrán generar hipótesis que se adaptaran a los datos que vayan surgiendo a lo largo de la investigación.

## 5 OBJETIVOS

- **Objetivo general:**

Explorar el ideario de calidad de vida de los/as ancianos/as que viven en una residencia asistida.

- **Objetivos específicos:**

- Conocer los cambios que vivencian los/as ancianos/as con respecto a su CV durante el proceso de institucionalización.
- Analizar las percepciones de la calidad de vida en función del género de los/as ancianos/as institucionalizados/as.
- Describir las necesidades percibidas por los/as ancianos/as institucionalizados/as como elementos que afectan a su CV.

## 6 METODOLOGÍA

### 6.1 Diseño

Para realizar este estudio se utilizará una perspectiva y enfoque metodológico de tipo cualitativo. La investigación cualitativa es conocida como investigación naturalista, ya que se usa para comprender con naturalidad los fenómenos que ocurren. Utiliza un proceso interpretativo más personal para comprender la realidad.

Dentro de la investigación cualitativa se escoge el paradigma de la fenomenología ya que explica las experiencias vividas de los participantes. Van Manen (2003) lo definió como “un diseño que busca el entendimiento de la conducta humana desde la perspectiva y marco referencial del sujeto mismo” <sup>(39)</sup>.

Para la realización de este estudio se emplearán métodos descriptivos ya que lo que se quiere conocer es la percepción de los ancianos/as sobre su calidad de vida cuando residen en un centro de mayores.

### 6.2 Descripción del contexto

La realización de este estudio se llevará a cabo en la Comunidad Autónoma de Galicia. Se desarrollará en una sola Comunidad por las diferencias existentes entre sus sistemas sociosanitarios <sup>(46, 47, 48, 49)</sup>.

El estudio se realizará en una de las Residencias Asistidas de Ancianos pertenecientes a la Xunta de Galicia. Se escogen las asistidas por el grado de dependencia existente entre sus residentes, causante del empeoramiento de su CV.

Dentro de la Comunidad Gallega existen 3 tipos de gestión de las residencias; pública, privada y concertada. En este estudio se eligen las públicas por varias razones: se rigen por unas normas establecidas de manera que todo el personal que tiene relación con el anciano está

formado y especializado; el ingreso de los ancianos no se rige por su status económico, el porcentaje que deben pagar es igual para todos; lo que prevalece es el bienestar del anciano, manteniendo su grado máximo de autonomía <sup>(46)</sup>.

### 6.3 Muestra

Lo importante a la hora de la selección de participantes en investigación cualitativa es la obtención y comprensión del fenómeno de estudio.

Para ello se realiza un muestreo, para asegurar que todos los participantes cumplan nuestros criterios de inclusión y de exclusión, pudiéndose incorporar otros en cualquier momento al estudio siempre que cumplan dichos criterios.

Este tipo de muestreo se caracteriza por ser:

- Intencional, se busca a participantes que tengan la experiencia vivida objeto de estudio y puedan responder a nuestra pregunta de investigación.
- Teórico, se van incorporando nuevos participantes tras la recogida de datos, que se van analizando hasta obtener una buena teoría que se va perfeccionando a lo largo de la investigación. Este muestreo concluye cuando se ha alcanzado el punto de saturación, es decir cuando no se aporta nueva información.

Para ello se establecen los siguientes criterios de inclusión y exclusión de los grupos de informantes:

Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión de participantes

GRUPO	INCLUSION	EXCLUSION
<b>Grupo I: Personas mayores</b>	Persona mayor que resida en un centro asistido de carácter público de la Comunidad Autónoma de Galicia	Persona mayor que presente deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve. Empleando la escala de valoración Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (máximo 35 puntos, entre 35 - 24 puntos no hay deterioro) <sup>(50, 51)</sup>
	Que en el momento de participar en el estudio hayan residido con carácter permanente como mínimo 1 año y máximo 2 en el centro	Cambio de centro residencial durante el período establecido
<b>Grupo II: Familiares</b>	Familiares que antes del ingreso cuidaran de la persona mayor en un periodo de tiempo mínimo de 6 meses antes de la institucionalización	Familiares con incapacidad para responder sobre el cuidado de la persona mayor antes del ingreso
	Familiares de las persona mayores que acuden con frecuencia (al menos una vez por semana) al centro de visita	
<b>Grupo III: Personal del centro</b>	Personal sociosanitario que haya tenido contacto directo con las personas mayores con un mínimo de tiempo de al menos un año	

## **6.4 Estrategias de entrada al campo**

La autora del presente proyecto es trabajadora en uno de los centros residenciales, por lo que podría tener acceso directo a diferentes porteros en el campo, a saber: director/a de los centros, coordinadoras de enfermería y otro personal sociosanitario.

Una vez contactado con los porteros, se les explica el proyecto y los criterios de inclusión y exclusión de los distintos grupos. Se solicitará que faciliten un contacto con los potenciales participantes.

Una vez contactado con los participantes se les explicará el estudio y se les invitará a participar. En caso de querer participar se les citará para realizar la entrevista.

## **6.5 Métodos de recogida de datos**

En la recogida de datos se emplearán dos técnicas: la entrevista en profundidad y grupo de discusión.

### **6.5.1 Entrevista**

La entrevista es una conversación entre el participante y el investigador que tiene por objeto la obtención de información para dar respuesta a la pregunta de investigación.

El sistema de recogida de datos se efectuará mediante una entrevista semi-estructurada o entrevista en profundidad. Con esta entrevista se pretende una buena participación, llegando a la profundidad del fenómeno que se quiere estudiar. Este tipo de entrevistas recogen la información de los participantes según su perspectiva, narrando lo que ha experimentado en su vida (ANEXO I).

Además de los ancianos/as se recogerá información de familiares de estos para que nos relaten como percibieron ellos el proceso de

institucionalización (ANEXO II) y también del personal sociosanitario que tenga contacto directo con dichos ancianos/as (ANEXO III).

La investigadora se centrará en realizar la entrevista sin dirigirla, se limitará a escuchar y a formular las preguntas pudiendo cambiarlas de orden o añadiendo otras, permitir interrupciones; dando así mayor confianza. Las preguntas serán abiertas dando la oportunidad al participante de explicar su experiencia de vida sin restricciones.

La entrevista será individual, cara a cara teniendo así la oportunidad de observar la comunicación no verbal. Esta entrevista se podrá repetir en otras ocasiones para la obtención de más información.

La entrevista tendrá una duración entre 45-60 minutos (para establecer este periodo de tiempo se ha tenido en cuenta el tipo de participantes; ancianos/as, pudiendo parar la entrevista si se observa que el participante se agota y continuarla posteriormente), creando un ambiente tranquilo e íntimo. Se establece este periodo de tiempo para lograr confianza con los participantes, pero sin excederse ya que con eso lo que podría producir es el cansancio por parte del participante o del investigador y como consecuencia, no obtener información relevante para el estudio.

Se realizarán grabaciones de audio que serán transcritas textualmente. Además de la entrevista se tomarán notas en un diario de campo durante la realización de la misma o posteriormente, que también será transcrito. En este diario se recoge información sobre sentimientos, observaciones, interpretaciones, hechos o cualquier otro tipo de información importante sobre el tema de estudio.

### **6.5.2 Grupo de discusión**

El grupo de discusión es una técnica cualitativa en la que se realizan entrevistas a los participantes de forma colectiva para recopilar información sobre el tema de estudio. Estas entrevistas son diseñadas

para recoger las percepciones sobre los temas de interés para la investigación. (ANEXO IV).

Durante la participación del grupo de discusión sobresalen los diferentes puntos de vista y percepciones que tienen los participantes de una misma realidad, vivir todos en el mismo centro. También puede surgir información que no apareciera durante la entrevista individual.

Dentro del grupo de discusión estarán incluidos los participantes del Grupo I: personas mayores. Los grupos constarán de 6 a 8 participantes; un número no demasiado grande para que pueda participar todo el grupo, ni demasiado pequeño ya que no habría diversidad de opiniones ni debate y como resultado no se obtendría información relevante.

Al igual que en la entrevista individual hay que establecer un tiempo para la realización de la entrevista del grupo de discusión. Se fijará un tiempo de 60 - 90 minutos por los mismos motivos que la individual: la necesidad de tiempo para entablar una relación de confianza entre todos los miembros del grupo y con la investigadora y un tiempo para la entrevista y discusión sin llegar a la fatiga. Se podrá interrumpir la discusión si se observa falta de participación u otros signos de agotamiento físico o mental de los participantes pudiéndose retomar posteriormente.

Se realizará en un lugar amplio, tranquilo y sin ruidos. A ser posible en una mesa redonda ya que así todos los participantes tendrían la posibilidad de verse y comunicarse directamente con el interlocutor.

Se grabarán en audio para no perder ninguna información, ya que podría emerger demasiada información para ser recogida in situ. Estas grabaciones posteriormente se transcribirán textualmente. Al igual que en la entrevista individual se tomarán notas en el diario de campo sobre todo lo captado durante el grupo de discusión; quien habla, donde estaba colocado, si existen subgrupos, diferencias que se hayan producido, si existen consensos.

## 6.6 Análisis de discurso

Esta etapa de la investigación no sólo se lleva a cabo al final del estudio sino que se realiza a lo largo de todo el proceso de investigación.

El análisis de discurso se basa en la lectura de toda la información recogida durante el proceso de la investigación, su fragmentación para un mayor entendimiento y llegar así a una interpretación de esos datos para crear una teoría.

Este proceso de análisis de datos se divide en:

- Comprensión o descubrimiento de los datos: tras la lectura reiterativa de los datos se encuentra sentido al discurso que va surgiendo.
- Síntesis: en esta fase el investigador realiza una fragmentación de los datos para después reordenarlos por códigos y categorías.
- Formulación de teorías o reconstrucción de los datos: en esta fase el investigador da forma a la interpretación del fenómeno respaldado por los datos que ha obtenido durante la investigación. Finaliza cuando se obtiene la explicación más concisa, la que mejor se adapta a los datos <sup>(35, 39)</sup>.

Para desarrollar el análisis nos centramos en el enfoque de análisis de contenido. Este proceso se realiza mediante la codificación y categorización de los datos.

La información recogida de las entrevistas y el grupo discusión será codificada, esto se refiere a la etiquetación de los datos, separando los datos para su agrupación y mejor localización.

Tras la codificación se categorizarán, esto se realizará mediante la agrupación de códigos que comparten aspectos comunes teniendo en cuenta que un mismo código no debe estar en varias categorías.

Una vez identificadas las categorías hay que describirlas y ubicarlas en el fenómeno de estudio <sup>(35, 39)</sup>.

## 6.7 Rigor y credibilidad

A la hora de realizar cualquier estudio se debe contar con un aval de garantía que sostenga sus afirmaciones. Por este motivo antes de iniciar la investigación se tienen que establecer los valores de rigor y credibilidad que se van a utilizar.

Para la realización de este estudio se tienen en cuenta las siguientes vías para alcanzar el rigor científico:

- **Credibilidad:** este término hace referencia a los datos recogidos durante la investigación, concretamente a que sean aceptables, veraces, creíbles. Hace referencia a la medida en que el estudio refleja y capta el universo de los significados de los sujetos implicados.

En este estudio se reflejará la credibilidad en la selección de los participantes que cumplen los criterios de inclusión y exclusión y con las transcripciones textuales en la recogida de datos

- **Transferibilidad:** hace referencia a la aplicabilidad de los resultados en otros contextos. Tiene en cuenta el grado en que los sujetos son representativos en otros estudios. Cuando hablamos de grado no nos referimos al número sino al tipo de sujeto que hemos analizado.

Esto se demuestra con la descripción del proceso de investigación, del contexto y de los perfiles de participantes; así como en la selección de los propios participantes.

- **Consistencia:** hace referencia a la estabilidad de los datos. Esta consistencia se logra a través de otros procedimientos. Mediante estos procedimientos se pretende determinar si los procesos de investigación seguidos están dentro del esquema de una práctica de un profesional aceptable.

Para asegurar la consistencia se utiliza la técnica de triangulación. Esto es la combinación de distintos métodos o fuentes de datos en el estudio de un mismo fenómeno.

Para esta investigación se utilizará la triangulación metodológica. Esta se realizará mediante la utilización de diferentes estrategias para la recogida de datos (entrevistas a los distintos grupos de participantes y grupo de discusión) y la triangulación de informantes, ya que se utilizarán distintos perfiles (profesionales, familiares y mayores).

- **Confirmabilidad:** corresponde a la objetividad, que en investigación cualitativa es esencial. Ser objetivo equivale a captar el mundo de la misma forma que lo haría alguien sin prejuicios ni llevado por intereses particulares.

En este estudio la confirmabilidad se demuestra describiendo la posición del investigador y la entrada al campo y utilizando las distintas triangulaciones.

## **6.8 Posición del investigador**

La investigadora es alumna de 4º de grado de enfermería y además trabajadora en una residencia asistida de mayores.

Como trabajadora ve cómo es el día a día de los ancianos/as que viven en una residencia, sus actitudes, sus relaciones; además del trabajo que realiza el personal de enfermería.

Éste se preocupa de cubrir sus necesidades básicas pero desconoce cómo perciben su CV los ancianos/as que residen en el centro.

Esa percepción subjetiva del anciano/a es una parte muy importante en el trabajo del personal de enfermería ya que conociéndola estos podrán proporcionar cuidados individualizados y proponer medios terapéuticos que tienen como fin la mejoría de su CV.

## 7 PLAN DE TRABAJO

Para la realización de la investigación se establece un periodo de tiempo para cada actividad determinando el principio y fin de la investigación.

Esto se especifica en el siguiente cronograma:

ACTIVIDADES	MESES											
	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12
Revisión bibliográfica												
Solicitud permisos												
Contacto participantes												
Recogida de datos												
Análisis de los datos												
Elaboración del informe												
Difusión de resultados												

Tabla 4: Cronograma

## 8 ASPECTOS ÉTICOS

Para la elaboración de este estudio la investigadora tendrá en cuenta aspectos éticos, tales como el Código Nüremberg 1947, la Declaración Universal de Derechos Humanos 1948, la Declaración de Helsinki 1964, el Informe Belmont 1976 y las Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos del Consejo de Organizaciones internacionales de las ciencias médicas (COICM) 2002. En ellos se recogen aspectos éticos como la voluntariedad de participación, no causar daños físicos ni mentales, intimidad y confidencialidad de los participantes, obligatoriedad de informar sobre el estudio a los participantes y de considerar los principios éticos de beneficencia, justicia y respeto a las personas.

Para demostrar que se tienen en cuenta los aspectos éticos anteriormente descritos se solicitarán los siguientes permisos:

- Comité Ético de Investigación Clínica (CAEI): en la Comunidad Autónoma de Galicia este comité es el responsable de la evaluación y seguimiento de los proyectos de investigación clínica que impliquen participación directa de seres humanos.

Los documentos que se les facilitará para la petición del consentimiento son:

- Solicitud de evaluación (ANEXO V )
- Compromiso del investigador principal (ANEXO VI)
- Documento de consentimiento para la participación en un estudio de investigación (ANEXO VII)
- Al director del centro donde se realizará la investigación, explicándole en que consiste, cuales son los objetivos y que métodos se utilizarán para llevar a cabo el estudio. (ANEXO VIII)

La investigadora se compromete a asegurar la confidencialidad de los participantes según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal <sup>(52)</sup>.

## 9 PLAN DIFUSIÓN DE RESULTADOS

### 9.1 Revistas con factor de impacto

Una vez finalizada la investigación los hallazgos serán publicados en revistas científicas de enfermería con factor de impacto.

Para ello se realiza una búsqueda de revistas con mayor impacto.

El factor de impacto determina la repercusión de la revista dentro de la comunidad científica.

Ese valor indica la frecuencia con la que una revista ha sido citada en un año determinado. Esto se calcula dividiendo el número de citas que han recibido en un año en concreto los artículos publicados los dos años anteriores dividido por el número de artículos publicados en esos dos años anteriores.

La estrategia de búsqueda de revistas internacionales se realizó a través de Journal Citation Reports (JCR). (Tabla 5)

Con los siguientes límites:

- Área: nursing
- Año: 2012
- Ordenado por factor de impacto

Se ha realizado una búsqueda de revistas nacionales con factor de impacto a través del Ranking Cuiden Citacion – 2012 Índice de Revistas sobre Cuidados de Salud con Repercusión en Iberoamérica. (Tabla 6)

*Tabla 5: Revistas internacionales con factor de impacto según JCR.*

Revistas	Factor de impacto
International Journal of Nursing Studies (Int J Nurs Stud)	FI 2'075
Journal of Advanced Nursing (J Adv Nurs)	FI 1'527
Geriatric Nursing (Geriatr Nurs)	FI 0'806
Journal of Gerontological Nursing (J Gerontol Nurs)	FI 0'806
Research in Gerontological Nursing (Res Gerontol Nurs)	FI 0'655
Revista Latino-Americana de Enfermagem (Rev Lat-Am Enferm)	FI 0'540

*Tabla 6: Revistas nacionales con factor de impacto según Ranking Cuiden Citacion*

Revistas	Factor de impacto
Index de Enfermería	FI 1,5686
Enfermería Clínica	FI 0'7091
Metas de enfermería	FI 0'4487
Revista Rol de Enfermería	FI 0,2388
Gerokomos	FI 0,2143

La investigadora seguirá la siguiente estrategia de difusión:

Primero intentará publicar la investigación en las revistas internacionales Geriatric Nursing y Journal of Gerontological Nursing y si no posible conseguirlo lo intentará en las revistas nacionales Enfermería Clínica y Metas de enfermería.

## 9.2 Congresos

Además de las publicaciones en revistas se pretende difundir esta investigación a través de congresos de enfermería con el objetivo de que los profesionales sanitarios tengan conocimientos acerca de las percepciones de los ancianos/as de su calidad de vida cuando residen en una residencia asistida para así mejorar la labor enfermera y aumentar su calidad de vida.

Para ello se han seleccionado congresos que están relacionados con el tema de estudio.

Los congresos se celebran anualmente. Se especifican aquellos que tienen fecha de celebración establecida, esto nos dará una idea aproximada de su futura celebración para la divulgación de la investigación. Por eso se estipula un margen de dos años (2015-2016) para su difusión y queda pendiente la comprobación de la fecha y lugar de celebración de los congresos.

- XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). 16 y 17 abril 2015. Segovia.
- 56º Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Del 21 al 23 mayo 2014. Barcelona
- Congresos Internacional de Geriatria y Gerontología. 20 y 21 de junio 2014. Pontevedra. En colaboración con la Sociedad Gallega de Gerontología y Geriatria.

## 10 FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 10.1 Posibles fuentes de financiamiento

Para la realización de la investigación hay que buscar posibles fuentes de financiamiento. Estas son imprescindibles para sufragar los gastos que conllevan el proceso de investigación.

Las fuentes que se han buscado son:

- Fundación Mapfre: esta fundación convoca anualmente becas de ayuda para realizar proyectos de investigación en varios campos, entre ellos el de la salud.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: oferta desde varios de sus Centros Directivos diversas ayudas, becas, subvenciones y premios. A través de este tipo de acciones se pretende fomentar la salud, la investigación y promoción científica, la formación y perfeccionamiento del personal, así como promover y desarrollar la protección de los consumidores y usuarios.  
Las ayudas se destinan a profesionales sanitarios, instituciones relacionadas con la sanidad e investigación, fines de interés social, entidades sin ánimo de lucro, asociaciones de consumidores y organizaciones no gubernamentales. Tienen carácter anual.
- Convocatorias y ayudas Acción Estratégica de Salud, del Instituto de Salud Carlos III: es un programa estatal de convocatoria anual que tiene por objetivo fomentar la salud y el bienestar de la ciudadanía. Las ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación están dentro del Programa Estatal de Fomento de la Investigación Científica y Tecnológica que está incluido en el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016.

## 10.2 Recursos necesarios

Para la elaboración de la investigación hay que tener en cuenta los gastos económicos que conlleva. Para ello realizaremos un esquema de los recursos tanto humanos como materiales que son necesarios.

- Recursos materiales: dentro de este apartado existen dos tipos de materiales; inventariable y fungible.

Se dispondrá de material personal de la investigadora para el desarrollo de la investigación.

- Viajes y dietas: la asistencia al centro para la realización de la investigación conlleva unos gastos diarios, como combustible y dietas.

Pero se reducen los gastos de desplazamiento ya que la investigadora trabaja en el centro y se tendría que desplazar en contadas ocasiones específicamente para la realización de la investigación. No habrá gastos derivados de las dietas ya que el centro dispone de servicios para uso de los trabajadores.

- Asistencia a congresos: en este apartado se tendrá en cuenta el precio de inscripción y gastos de viaje para la asistencia a los congresos.

Para calcular estos gastos de asistencia se manejarán los datos de congresos previos y normas estipuladas en el Real Decreto 439/2007, de 30 de Marzo <sup>(53)</sup>, que continúa vigente en el ejercicio 2014. Según esta ley se computa 0,19 euros por kilómetro recorrido y gastos de manutención 53,34 euros diarios dentro de territorio español y 91,35 euros diarios en territorio extranjero

El coste aproximado de la realización de la investigación se esquematiza en la siguiente tabla: (Tabla 7)

Tabla 7: Análisis de costes

CONCEPTO	COSTE UNIDAD	COSTE TOTAL
<b>RECURSOS MATERIALES</b>		
<u>Material inventariable:</u>		
Grabadora digital de audio	70 €	70 €
<u>Materiales fungibles:</u>		
Tinta de impresora:		
- Negra	5 € (3 cartuchos)	15 €
- Color	6 € (2 cartuchos)	12 €
Material de papelería (folios, bolígrafos, libretas, CD,...)	Varios	100 €
		<b>197 €</b>
<b>VIAJES Y DIETAS:</b>		
Traslados al centro donde se realizará la investigación	100 € / mes (4 meses)	400 €
		<b>400 €</b>
<b>ASISTENCIA A CONGRESOS:</b>		
Inscripción	300 € por congreso	900 €
Traslado y estancia	0'19 € x 4000 km x 6 días 53'34 € x 10 días	4560 € 533'4 €
		<b>5993'4 € *</b>
<b>IMPREVISTOS:</b>		<b>500 €</b>
<b>COSTE FINAL</b>		<b>7090'4 €</b>

\*Gastos estimados sin datos de fecha y lugar de los congresos. Orientativos de congresos previos.

## **ANEXOS**

### **ANEXO I: Entrevista a los ancianos/as que viven en una residencia asistida.**

Lugar:

Fecha:

Entrevistador:

Participante:

#### **1. ¿Cómo era su vida anterior, en su hogar?**

Con esta pregunta se pretende conocer como era su vida antes de ingresar en el centro, conocer los cambios que se han producido al ingresar y comparar ambas para saber si los cambios que se han producido son importantes en su calidad de vida.

#### **2. ¿Por qué decidió ingresar en una residencia?**

Al responder a esta pregunta nos diría la causa por la que decidió ingresar o si el ingreso no fue voluntario.

#### **3. Desde que está aquí viviendo, ¿cómo diría que es su vida?**

Esta pregunta daría respuesta a los cambios que se han producido en su vida desde su ingreso. Si ha mejorado su calidad de vida o por la contra está empeorando. Se pretende comprender la satisfacción de su vida en el centro.

**4. Con respecto a su actividad en el centro, ¿Cómo es su día a día; qué es lo que hace?**

Con esta pregunta se quiere saber si tiene alguna autonomía (actividades de la vida diaria AVD como aseo, vestirse, comer, etc), si participa en las actividades realizadas en el centro (fisioterapia, terapia ocupacional, animación sociocultural, etc). Esto nos ayudará a entender su calidad de vida física y emocional.

**5. Sus relaciones con el exterior, ¿cómo son?**

Se pretende conocer como son las relaciones con la familia, amigos. Si siguen teniendo relación con ellos, la frecuencia con la que recibe visitas, si sus allegados viven lejos o cerca del centro, si salen del centro con ellos en algunas ocasiones (comidas, vacaciones, fiestas,...).

**6. ¿Cómo son las relaciones con los demás residentes del centro?**

La respuesta a esta pregunta nos informaría sobre las relaciones sociales que tiene dentro del centro. Y con ello la satisfacción de dichas relaciones.

**7. Desde que vive en este centro su vida ha sufrido cambios, ¿qué necesidades siente que se podrían mejorar para conseguir una vida más satisfactoria?**

Con esta pregunta se quiere conocer las necesidades relacionadas con la CV y describirlas según la percepción del anciano/a. Así se podrá comprenderlas y realizar intervenciones enfermeras con el objetivo de mejorar su CV.

**8. ¿Cómo describiría la experiencia de vivir en una residencia asistida?**

Con esta pregunta lo que se quiere es llegar a una conclusión sobre cómo perciben los/as ancianos/as su CV. Se les permitirá que se expliquen y cuenten todo lo que quieran.

**ANEXO II: Entrevista a los familiares de los ancianos/as que residen en una residencia asistida.**

Lugar:

Fecha:

Entrevistador:

Participante:

**1. Su familiar lleva un tiempo en este centro, ¿cómo vio el proceso de adaptación al ingreso en el centro?**

Se pretende conocer si el familiar que conoce al residente en su vida anterior ha cambiado su estado anímico, su comunicación. El cómo se ha adaptado a su nuevo hogar.

**2. ¿Qué cambios han percibido desde el momento de ingreso hasta el día de hoy en su familiar?**

Con esta pregunta se pretende conocer si la vida de los ancianos/as ha cambiado desde su ingreso y si lo ha hecho en que aspectos.

**3. Si ha cambiado, ¿por qué cree que se han producido esos cambios?**

Con esta pregunta se conocerá las causas de su inadaptación, si es el caso. Los cambios que se producen nos ayudan a comprender mejor su adaptación.

**4. ¿Cómo ven a su familiar con respecto a las relaciones con otros residentes, y si se han producido cambios en su actitud a este respecto?**

Con la respuesta a esta pregunta conoceremos si anteriormente el anciano tenía una vida social activa y si con la llegada al centro ese aspecto de su vida ha cambiado.

**ANEXO III: Entrevista al personal sociosanitario en contacto con los ancianos/as que viven en una residencia asistida.**

Lugar:

Fecha:

Entrevistador:

Participante:

**1. Usted conoce al anciano/a desde el día de su ingreso, ¿Cómo percibe su calidad de vida?**

Con esta pregunta queremos conocer como es la calidad de vida del anciano/a desde su ingreso.

**2. ¿Cómo ha sido el periodo de adaptación al centro?**

Conoceremos como ha visto el personal que tiene contacto con el anciano/a ese proceso del cambio de vivir en su hogar a estar en el centro.

**3. Desde su llegada al centro, el anciano/a ha experimentado cambios de actitud. ¿En qué consisten esos cambio?**

Lo que se quiere saber es si los ancianos han mejorado su salud, su autonomía, si se ha adaptado o no; todo esto influye en su calidad de vida.

**4. ¿En qué consiste un día normal en la vida del anciano/a?**

Con esto conoceremos el día a día del anciano/a. Sabiendo esto conseguiremos entender su actitud en el centro, su adaptación, sus relaciones con los demás tanto con los residentes como personal del centro o visitas.

## **5. ¿Con quién tiene más relación?**

Hay ancianos/as que no se relacionan con nadie, otros solamente con los demás ancianos/as de su misma planta y otros tienen relaciones con cualquier anciano/a residente del centro. Esto nos explicaría el tipo de relaciones interpersonales que tiene.

## **6. El anciano tiene visitas habituales, ¿Quiénes suelen ser esos visitantes y que tipo de relación tiene con ellos?**

Las visitas más habituales suelen ser de familiares, amigos. La relación existente con personas externas al centro son fundamentales en la calidad de vida del anciano/a, con esto sabremos si este tipo de relación le ayuda a mejorar su calidad de vida. Entablar una conversación ajena al centro es importante en la vida de un/a anciano/a institucionalizado/a ya que la mayoría se olvida del exterior y solo conoce su entorno, que en ese momento es el centro residencial.

## **ANEXO IV: Entrevista del grupo de discusión**

### **1. ¿Cómo ven su vida en el centro?**

Con esta pregunta sabremos sobre la vida de los ancianos/as en el centro. Esto aportará diversas opiniones ya que cada participante entenderá de forma diferente su experiencia de vivir en el centro.

### **2. ¿Cómo recuerdan los primeros días tras su ingreso?**

Con esta pregunta tendremos respuesta a como se sentían, a como afrontaron su cambio de vida, como se adaptaron al centro, a sus compañeros de residencia y al personal que los cuida. Mostrarán diversos puntos de vista sobre ese proceso.

### **3. Los ancianos/as que se relacionan con gente que no vive en el centro, ¿Cómo describiría el tipo de relación que existe?**

Sabremos si solo se relacionan con personas que conozcan de su vida anterior al ingreso o si se han relacionado con gente que va a visitar a otros ancianos/as.

### **4. ¿Cómo es la relación que existe entre sus compañeros del centro?**

Con esta pregunta sabremos si existe relación social entre los ancianos/as y que tipo de relación tienen. Si están solos o forman parte de algún grupo; si se relacionan solamente con los que residen en su planta o por la contra tienen relación con otros residentes.

## ANEXO V: Solicitud CAEI de Galicia



**XUNTA DE GALICIA**  
**CONSELLERÍA DE SANIDADE**  
 Secretaría Xeral

CAEI de Galicia  
 Edificio Administrativo de San Lázaro  
 15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA  
 Teléfono: 881 546425  
 www.sergas.es/ceic



### CARTA DE PRESENTACIÓN DA DOCUMENTACIÓN AO COMITÉ AUTONÓMICO DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/Dna. M<sup>a</sup> Cristina López López

Con teléfono de contacto: [REDACTED] e correo-e:

Dirección postal:

SOLICITA a avaliación por parte do Comité de:

- Protocolo novo de investigación
- Resposta ás aclaracións solicitadas polo Comité
- Modificación do protocolo

#### Do estudo:

Título: "Estudio de la construcción de la calidad de vida percibida por los ancianos/as institucionalizados en una residencia asistida"

Investigador/a Principal: M<sup>a</sup> Cristina López López

Promotor: No

Comercial:

Non comercial  (confirma que cumpre os requisitos para a exención de taxas segundo o art. 57 da Lei 16/2008, de 23 de decembro, de presupostos xerais da Comunidade Autónoma de Galicia para o ano 2009. DOGA de 31 de decembro de 2008)

Código:

Versión:

Tipo de estudo:

- Ensaio clínico con medicamentos  
 CEIC de Referencia:
- Ensaio clínico con produtos sanitarios
- EPA-SP (estudo post-autorización con medicamentos seguimento prospectivo)
- Outros estudos non incluídos nas categorías anteriores

Listado de centros\* de Galicia cos seus investigadores correspondentes

\* Deberá existir polo menos un investigador responsable en cada centro onde se pretendan recrutar pacientes ou se obteñan mostras biolóxicas de orixe humano ou rexistros que conteñan datos de carácter persoal.

Xunto achégase a documentación necesaria en base aos requisitos que figuran na web do comité.

En , a de de

Asdo.:

**PRESIDENTE DO CAEI DE GALICIA**

## ANEXO VI: Compromiso do investigador principal

D. M<sup>a</sup> Cristina López López

Alumna de 4º de enfermería en la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol (Universidad de A Coruña)

Fai constar:

Que coñece o protocolo do estudo

Título: "Estudio de la construcción de la calidad de vida percibida por los ancianos/as institucionalizados en una residencia asistida"

Que o devandito estudo respecta as normas éticas aplicables a este tipo de estudos de investigación

Que participará como investigador principal no mesmo

Que conta cos recursos materiais e humanos necesarios para levar a cabo o estudo, sen que isto interfira coa realización doutros estudos nin coas outras tarefas profesionais asignadas

Que se compromete a cumprir o protocolo presentado polo promotor e aprobado polo comité en todos os seus puntos, así como as sucesivas modificacións autorizadas por este último

Que respectará as normas éticas e legais aplicables, en particular a Declaración de Helsinki e o Convenio de Oviedo e seguirá as Normas de Boa Práctica en investigación en seres humanos na súa realización

Que notificará, en colaboración co promotor, ao comité que aprobou o estudo datos sobre o estado do mesmo cunha periodicidade mínima anual até a súa finalización

Que os investigadores colaboradores necesarios son idóneos.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Asdo.

**ANEXO VII: Documento de consentimiento para la participación en un estudio de investigación.**

TÍTULO: "Estudio de la construcción de la calidad de vida percibida por los ancianos/as institucionalizados en una residencia asistida"

Yo, [*nombre y apellidos del participante*]

Pude conversar con M<sup>a</sup> Cristina López López, que me informó acerca del estudio arriba mencionado y pude hacer todas las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender sus condiciones y considero que recibí suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Accedo a que se utilicen mis datos respetando las normas éticas y legales aplicables, en particular la Declaración de Helsinki y el Informe de Belmont y siguiendo las Normas de Buena Práctica en investigación en seres humanos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Respecto a la conservación y utilización futura de mis datos:

NO accedo a que mis datos sean conservados una vez terminado el presente estudio

Accedo a que mis datos se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, incluso para los investigadores, identificarlos por ningún medio

Si accedo a que los datos se conserven para usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, y en las condiciones mencionadas.

En cuanto a los resultados del estudio:

DESEO conocer los resultados del estudio

NO DESEO conocer los resultados del estudio

El/la participante,

El/la investigador/a,

[Firma del/de la participante]  
investigador/a]

[Firma del/de la

Fdo.: [nombre y apellidos del/de la participante]  
apellidos del/de la investigador/a]

Fdo.: [nombre y

Fecha: [fecha de la firma del/de la participante]  
firma del/de la investigador/a]

Fecha: [fecha de la

**ANEXO VIII: Solicitud al director de [nombre del centro]**

M<sup>a</sup> Cristina López López con DNI [REDACTED], alumna de grado de enfermería en la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol (Universidad de A Coruña).

Solicito permiso al director de [nombre del centro] para realizar mi estudio titulado “Estudio de la construcción de la calidad de vida percibida por los ancianos/as institucionalizados en una residencia asistida”.

Para ello solicitaré la participación de ancianos/as que viven en este centro, de familiares de dichos ancianos/as y de personal sociosanitario que tenga contacto directo con los/as ancianos/as que participen en este estudio.

Esta participación consistirá en entrevistas individuales a los participantes anteriormente mencionados, que tendrán una duración de entre 45 y 60 minutos. Estas entrevistas serán grabadas en audio y posteriormente transcritas textualmente.

También se realizarán grupos de discusión con los/as ancianos/as, que tendrán una duración entre 60 y 90 minutos, también serán grabadas en audio y posteriormente transcritas.

La participación será totalmente voluntaria y no supondrá ningún riesgo para los participantes que colaboren.

Firma investigador:

Fecha:

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos. [Internet] Madrid: Informes Envejecimiento en Red; 2013. [Acceso el 28-01-14]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>
2. INE. (Sede web) España en cifras 2013 [Acceso 28-01-14]. Disponible en: [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INECifrasINE\\_C&cid=1259940155868&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259940155868&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout)
3. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15-12-2006).
4. IMSERSO. (Sede web). Centros para personas mayores. [Actualizada el 13-5-13. Acceso 17-2-14] Disponible en: [http://www.imserso.gob.es/imserso\\_01/centros/centros\\_personas\\_mayores/centros\\_residenciales/index.htm](http://www.imserso.gob.es/imserso_01/centros/centros_personas_mayores/centros_residenciales/index.htm)
5. IMSERSO (Sede web). SAAD. [Acceso 13-2-14]. Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/21009calidepen.pdf>
6. IMSERSO. (Sede web). SAAD. [Actualizada el 14-1-2014. Acceso 2-2-14]. Disponible en: [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im\\_061364.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_061364.pdf)
7. Ayuso Gutierrez M, Pozo Rubio RD, Escribano Sotos F. Socio-demographic and health factors associated with the institutionalization of dependent people. Rev Esp Salud Pública. 2010; 84 (6): 789 - 798.
8. Vitorino LM, Vianna LAC, Paskulin LMG. Calidad de vida de mayores en institución de larga permanencia. Rev. Latino Am. Enfermagem.

- [Internet]. 2012; [Acceso el 30-12-13]; 20(6): [09 pantallas]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/es\\_22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/es_22.pdf)
9. Urzúa A, Bravo M, Ogalde M, Vargas C. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Rev Med Chile*. 2011; 139: 1006-1014
  10. De la Fuente Sanza MM, Martínez León M, Romero García MJ, Fernández de Santiago FJ, Navas Cámara FJ. Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. *Fisioterapia*. 2012; 34 (6): 239 - 244
  11. WHO (Sede web). WHO Quality of Life Assessment Group. What Quality of Life? The WHOQOL Group. 1996. [Acceso 3-01-14]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/54358/1/WHF\\_1996\\_17%284%29\\_p354-356.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/54358/1/WHF_1996_17%284%29_p354-356.pdf)
  12. Schalock RL, Verdugo MA. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial. 2003.
  13. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pub Mex*. 2002. 44: 349-361.
  14. Gómez LE, Verdugo MA, Arias B, Arias V. A Comparison of Alternative Models of Individual Quality of Life for Social Service Recipients. *Soc Indic Res*. 2011; 101(1): 109-126.
  15. Gómez LE, Verdugo MA, Arias B. Calidad de vida individual: Avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Psicología Conductual*. 2010; 18(3): 453-472
  16. Verdugo Alonso MA, Gómez Sánchez LE, Arias Martínez B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La Escala FUMAT. 1ª ed. Salamanca. Publicaciones del INICO. 2009
  17. Fulton JS, Miller WR, Otte JL. A Systematic Review of Analyses of the Concept of Quality of Life in Nursing Exploring How Form of Analysis Affects Understanding. *Adv Nurs Sci*. 2012; 35(2): 1-12

18. Karlsson S, Edberg AK, Jakobsson U, Hallberg IR. Care satisfaction among older people receiving public care and service at home or in special accommodation. *J Clin Nurs*. 2013; 22: 318–330
19. Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garasen H, Espnes GA. Self-transcendence in cognitively intact nursing-home patients: a resource for well-being. *J Adv Nurs*. 2013; 69(5): 1147–1160.
20. Brown LJE, Astell AJ. Assessing mood in older adults: a conceptual review of methods and approaches. *Int Psychogeriatr*. 2012; 24(8): 1197–1206
21. Khader F. Nursing Homes in Jordan: Perspectives of Residents. *Care Management Journals*. 2011; 12 (4): 162-189
22. Hall S, Opio D, Dodd RH, Higginson IJ. Assessing quality-of-life in older people in care homes. *Age Ageing*. 2011; 40: 507–512
23. Pereira dos Santos Almeida AJ, Costa Pereira Rodrigues VM. La calidad de vida de la persona de edad avanzada institucionalizada en hogares de ancianos. *Rev Latino-am Enf*. 2008, 16(6)
24. S.P. Leea V, Simpsonb J, Katherine Froggatt K. A narrative exploration of older people's transitions into residential care. *Aging Ment Health*. 2013; 17(1): 48–56
25. Cooney A. 'Finding home': a grounded theory on how older people 'find home' in long-term care settings. *Int J Older People Nurs*. 2012; 7: 188–199
26. Ors Montenegro A, Maciá Soler L. Mayores institucionalizados. Valoración de la satisfacción y el bienestar en una residencia geriátrica religiosa. *Gerokomos*. 2013; 24(1): 18-21
27. Cooney A, Murphy K, O'Shea E. Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. *J Adv Nurs*. 2009, 65(5): 1029–1038.
28. Lobo A, Santos MP, Carvalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007; 42(1): 22-26

29. Osorio Parraguez P, Torrejon MJ, Meersohn C, Anigstein MS. Comprensión de la calidad de vida en personas mayores semivalentes en Chile. *Salud sociedad*. 2011; 2(2): 203 – 217
30. Bradshaw SA, Playford ED, Riazi A. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age Ageing*. 2012; 41: 429–440
31. Carli L, Kolankiewicz ACB, Loro MM, Schmidt Piovesan Rosanelli CL, Gomes Sonogo J, Miladi Stumm E. Sentimentos e percepções de idosos residentes em uma instituição asilar. *Cuid. fundam*. 2012; 4(2): 2868-28677
32. Pavan FJ, Nazareth Meneghel S, Roque Junges J. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(9): 2187-2190
33. Irigaray TQ, Trentini CM. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia*. 2009; 26(3): 297-304.
34. Maykut P, Morehouse R. Investigación cualitativa. Una guía práctica y filosófica. Barcelona: Hurtado. 1999.
35. Pedraz Marcos A, Zarco Colón J, Ramasco Gutiérrez M, Palmar Santos AM. Investigación cualitativa. Barcelona: Elsevier. 2014.
36. Pérez Serrano G. Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes I. Métodos. 5ªed. Madrid: La Muralla. 2008.
37. Pérez Serrano G. Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes II. Técnicas y análisis de datos. 5ªed. Madrid: La Muralla. 2008.
38. Ruíz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. 5ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto. 2012
39. Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Vivar CG. Investigación cualitativa. Manual para principiantes. Pamplona: Ediciones Eunat, 2012
40. Burns N, Grove SK. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 5ª ed. Barcelona. Elsevier Saunders. 2012.

41. Anadón M. La investigación llamada “cualitativa”: de la dinámica de su evolución a los innegables logros y los cuestionamientos presentes. *Invest Educ Enferm.* 2008; 26(2): 198-211
42. Daniel Sousa. Validation in Qualitative Research: General Aspects and Specificities of the Descriptive Phenomenological Method. *Qual Res Psychol.* 2014; 11(2): 211-227.
43. Vivar CG, McQueen A, Whyte DA, Canga Armayor N. Primeros pasos en la investigación cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación. *Index Enferm.* 2013; 22(4).
44. De la Cuesta-Benjumea C. ¿Por dónde empezar?: la pregunta en investigación cualitativa. *Enferm Clin.* 2008; 18(4): 205-10.
45. DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Med Educ.* 2006; 40: 314–321.
46. Xunta de Galicia (Sede web). Xunta de Galicia. Consellería de Traballo e Benestar. Secretaría Xeral de Política Social. Guía para a asignación de servizos sociais a personas en situación de dependencia. Santiago de Compostela. 2013. [Acceso el 26-05-14]. Disponible en: [http://benestar.xunta.es/export/sites/default/Benestar/Biblioteca/Documentos/Guias/Guia\\_asignacion\\_servizos.pdf](http://benestar.xunta.es/export/sites/default/Benestar/Biblioteca/Documentos/Guias/Guia_asignacion_servizos.pdf)
47. Resolución do 23 de abril de 2013, da Secretaría de Estado de Servizos Sociais e Igualdade, pola que se publica o Acordo do Consello Territorial de Servizos Sociais e do Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia sobre criterios, recomendacións e condicións mínimas para a elaboración dos plans de prevención das situacións de dependencia e promoción da autonomía persoal; datos básicos do sistema de información do SAAD e Catálogo de referencia de servizos sociais. *Boletín Oficial del Estado*, nº 117, (16-05-2013).
48. Orde do 2 de xaneiro de 2012 de desenvolvemento do Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do Sistema para a Autonomía e a Atención á Dependencia, o procedemento para a elaboración do programa individual de

atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes. Diario Oficial de Galicia, nº 9, (13-01-2012).

49. Kaufmann AE, Frías R. Residencias: lo público y lo privado. Revis. 1996, 73(96): 105-126
50. Blesa R, Pujol M, Aguilar M, Santacruz P, Bertran-Serra I, Hernández G, et al. Clinical validity of the 'mini-mental state' for Spanish speaking communities. *Neuropsychologia*. 2001; 39(11): 1150 - 1157
51. López Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). *Rev Esp Med Legal*. 2011; 37(3): 122 – 127
52. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-99).
53. Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y se modifica el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero. Boletín Oficial del Estado, nº 78, (31-3-2007)