



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso académico 2020-2021

TRABAJO FIN DE GRADO

***“Este era yo”*: historias de vida desde terapia ocupacional, barreras y facilitadores**

Antonio Domínguez Cuesta

22/06/2021

“Este era yo”: historias de vida desde terapia ocupacional, barreras y facilitadores

Tutores:

- **Iván de Rosende Celeiro.** Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud (Universidad de A Coruña).
 - Investigador en la Unidad de Investigación de Terapia Ocupacional en intervenciones no farmacológicas.

- **Adriana Ivette Ávila Álvarez.** Decana de la Facultad de ciencias de la Salud (Universidad de A Coruña).
 - Coordinadora de la Unidad de Investigación de Terapia Ocupacional en intervenciones no farmacológicas.

ÍNDICE

RESUMEN	5
RESUMO	6
SUMMARY	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 Contextualización	8
1.2 Trastorno neurocognitivo y demencia	8
1.3 Historias de vida	9
1.4 Historia de vida y deterioro cognitivo	11
1.5 Terapia ocupacional e historia de vida	12
1.6 Objetivos:	14
2. METODOLOGÍA	15
2.1 Diseño de estudio	15
2.2 Búsqueda bibliográfica	15
2.3 Criterios de inclusión y exclusión	16
2.4 Técnicas de recogida de información	18
2.5 Análisis estadístico	19
2.6 Aspectos éticos	20

2.7 Descripción de la intervención (contexto, cuantas sesiones, tiempo...) -----	20
3. RESULTADOS -----	23
3.1 Caso 1 -----	23
3.1.1 Presentación del caso -----	23
3.1.2 Sesión introductoria -----	23
3.1.3 Sesión relativa a la etapa de infancia -----	24
3.1.4 Sesión relativa a la etapa de adolescencia -----	25
3.1.5 Sesión relativa a la etapa adulta -----	25
3.1.6 Evaluación personal de la participación global de las personas 26	
3.2 Caso 2 -----	27
3.2.1 Presentación del caso -----	27
3.2.2 Sesión introductoria -----	27
3.2.3 Sesión relativa a la etapa de Infancia -----	28
3.2.4 Sesión relativa a la etapa de adolescencia -----	29
3.2.5 Sesión relativa a la etapa adulta -----	29
3.2.6 Evaluación personal de la participación global de las personas 30	
3.3 Caso 3 -----	31
3.3.1 Presentación del caso -----	31
3.3.2 Sesión introductoria -----	32
3.3.3 Sesión relativa a la etapa de Infancia -----	32
3.3.4 Sesión relativa a la etapa de adolescencia -----	33
3.3.5 Sesión relativa a la etapa adulta -----	34
3.3.6 Evaluación personal de la participación global de las personas 34	

3.4	Barreras y facilitadores del proceso de intervención en terapia ocupacional basada en historias de vida -----	35
3.4.1	Evaluación de los facilitadores empleados en las sesiones de intervención-----	37
3.4.2	Evaluación de las barreras encontradas en las sesiones de intervención-----	38
3.5	Tiempo medio de las sesiones -----	40
3.5.1	Caso 1-----	40
3.5.2	Caso 2-----	40
3.5.3	Caso 3-----	40
4.	DISCUSIÓN -----	41
5.	CONCLUSIONES -----	45
6.	AGRADECIMIENTOS -----	46
7.	BIBLIOGRAFÍA -----	47
8.	ANEXOS: -----	52
8.1	Anexo I:-----	52
8.2	Anexo II: -----	55

RESUMEN

Introducción: La intervención basada en historia de vida es una estrategia complementaria a la intervención farmacológica, con buenos resultados y respaldo científico en personas con deterioro cognitivo. Las historias de vida ayudan a las personas con deterioro cognitivo a integrar su identidad personal. Además, muestra numerosos beneficios en otros aspectos de la vida ocupacional de la persona.

Objetivos: Analizar barreras y facilitadores que encuentran los terapeutas ocupacionales y los usuarios durante el desarrollo de una intervención basada en la historia de vida en el entorno domiciliario en personas con y sin deterioro cognitivo.

Metodología: Se ha llevado a cabo un estudio de casos, con una muestra total de 3 participantes. La metodología empleada a lo largo del trabajo es mixta.

Resultados: Se realizaron un total de 12 sesiones (4 por persona). La duración media de las sesiones fue de 22 minutos 30 segundos. El principal facilitador encontrado fueron las fotografías, con 8 puntos y siendo facilitador en el 100% de los casos. Por el contrario, la mayor barrera son las preguntas encadenadas (realizar varias preguntas seguidas) con una puntuación asignada de 8 puntos y siendo una barrera en el 70% de las sesiones.

Discusión y conclusiones: La intervención basada en historia de vida es un método que permite a las personas con deterioro cognitivo fortalecer su identidad personal, pero primero es necesario empoderarlas, y para ello es necesario facilitarles el proceso eliminando barreras como el vocabulario técnico o la utilización de varias preguntas seguidas. Las fotografías o la utilización de un lenguaje común sirvieron como facilitadores del proceso.

Palabras clave: Historia de vida, Terapia Ocupacional, deterioro cognitivo, ocupación, personas mayores.

RESUMO

Introdución: A intervención baseada na historia da vida é unha estratexia complementaria á intervención farmacolóxica, con bos resultados endosados en persoas con deterioro cognitivo. As historias de vida axudan á xente con deterioro cognitivo a integrar a súa identidade persoal. Tamén, mostra numerosos beneficios noutros aspectos da vida ocupacional da persoa.

Obxectivos: Analizar barreiras e facilitadores que atope o terapeuta ocupacional e os usuarios durante o desenvolvemento dunha intervención baseada na historia da vida no entorno domiciliario en persoas con e sen deterioro cognitivo.

Metodoloxía: Se levou a cabo un estudo de casos, máis concretamente o análise de 3 estudos de casos. A metodoloxía empregada ao longo do traballo é mixta.

Resultados: Realizáronse un total de 12 sesións (4 por persoa). A duración media foi de 22 minutos 30 segundos. O principal facilitador atopado foron as fotografías, con 8 puntos e sendo facilitador no 100% dos casos. Polo contrario, a maior barreira foron as preguntas encadeadas (facer varias preguntas seguidas) cunha puntuación de 8 puntos e sendo una barrera no 70% das sesións.

Discusión e conclusións: A intervención baseada na historia da vida é un método que permite ás persoas con deterioro cognitivo fortalecer a súa identidade persoal, pero primeiro é necesario empoderalas, e para iso é necesario facilitar o proceso eliminando as principais barreiras como o vocabulario técnico ou a utilización de varias cuestións seguidas. As fotografías ou o uso dunha linguaxe común serviron como facilitadores do proceso.

Palabras clave: Historia de vida, Terapia Ocupacional, deterioro cognitivo, ocupación, persoas maiores.

SUMMARY

Introduction: Life history-based intervention is a complementary strategy to pharmacological intervention, with good results and scientific support in people with cognitive impairment. Life histories help people with cognitive impairment to integrate their personal identity. It also shows numerous benefits in other aspects of the person's occupational life.

Objectives: To analyse barriers and facilitators encountered by occupational therapists and users during the development of an intervention based on life histories in the home environment in people with and without cognitive impairment.

Methodology: A case study was carried out, with a total sample of 3 participants. The methodology used throughout the study was mixed.

Results: A total of 12 sessions were carried out (4 per person). The average duration of the sessions was 22 minutes 30 seconds. The main facilitator found was the photographs, with 8 points and being a facilitator in 100% of the cases. Contrary, the biggest barrier is chained questions (asking several questions in a row) with an assigned score of 8 points and being a barrier in 70% of the sessions.

Discussion and conclusions: Life history based intervention is a method that allows people with cognitive impairment to strengthen their personal identity, but first it is necessary to empower them, and for this it is necessary to facilitate the process by removing barriers such as technical vocabulary or the use of several questions in a row. Photographs or the use of a common language served as facilitators of the process.

Keywords: Life history, Occupational Therapy, cognitive impairment, occupation, elderly people.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Contextualización

Es una realidad que la población española lleva años sufriendo un proceso de envejecimiento progresivo. El Instituto Nacional de Estadística (INE) nos dice que la población española puede aumentar en 3 millones de habitantes en los próximos 50. Actualmente el porcentaje de personas mayores de 65 años se corresponde con el 19,6%, pero llegará a alcanzar el 31´4% entorno a 2050 (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

Si hablamos de Galicia seguimos por el mismo camino. La comunidad autónoma gallega presenta un importante índice de personas mayores frente a índices bajos de personas jóvenes. El porcentaje de menores de 16 años apenas sube del 12,5% en el territorio gallego, siendo del 10% en las provincias orientales. Todo lo contrario ocurre con el envejecimiento, en Galicia se están alcanzando unos niveles realmente importantes. Casi 1 de cada 4 gallegos es mayor de 65 años, encontrándose Lugo y Ourense cerca de alcanzar el 30% de su población. Coruña se acerca y Pontevedra en contraposición (aunque con unos valores por encima de la media española), presenta tasas menores de envejecimiento y mayores tasas de juventud (Aldrey y del Rio, 2014).

1.2 Trastorno neurocognitivo y demencia

Como observamos el envejecimiento progresivo de la población es un hecho. A medida que las personas envejecen existe la posibilidad de que la persona experimente un deterioro cognitivo que, con un poco de tiempo pueda acabar convirtiéndose en un trastorno neurocognitivo (Custodio et al., 2012).

Los trastornos neurocognitivos pueden clasificarse en mayores o leves y a su vez, pueden estar provocados por diversas etiologías. El más común es la

enfermedad de Alzheimer, seguido por otros como enfermedad por cuerpos de Lewy, enfermedad de Parkinson o enfermedad vascular (American Psychiatric Association, APA, 2014).

Según la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos (DSM-V), en el trastorno neurocognitivo se puede observar un deterioro cognitivo en alguno de los dominios cognitivos: atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social. El deterioro cognitivo puede interferir o no, en las actividades básicas de la vida diaria (AVD), dependiendo de si se trata de un trastorno neurocognitivo mayor o leve (APA, 2014).

En el trastorno neurocognitivo mayor, el déficit cognitivo afecta a las AVD's, necesitando la persona ayuda asistencial para actividades instrumentales complejas. En cambio, en el deterioro neurocognitivo leve, la independencia en las AVD's no se ve afectada. (APA, 2014).

La memoria es una de las funciones que se ven afectadas principalmente. Las personas con deterioro cognitivo muestran dificultades para recordar sucesos recientes o para retener nueva información. Por otro lado, la memoria remota apenas se ve afectada, o es la última en verse afectada, sobre todo la memoria autobiográfica, aquella que hace referencia a los sucesos pasados en la vida de las personas y que nos ayuda a construir la percepción de nuestra identidad (APA, 2014).

1.3 Historias de vida

En los años 60, Butler propone el término revisión de vida, y lo define como: *“el retorno progresivo a la conciencia de recuerdos y conflictos pasados no resueltos, para su reevaluación y resolución”*. Butler, concibe este proceso como una forma de afrontar los conflictos no resueltos del pasado, para aceptarlos, reorganizarnos e integrar nuestra identidad (Butler, 1963; 2001).

Todas las personas tenemos una “identidad” diferente. Esto se debe a que para crear nuestra propia identidad es necesario organizar una historia que de relación y sentido a nuestras experiencias vitales y que nos permita integrar significados sobre nosotros mismos. Además, debe dar significado a los cambios que hemos vivido a largo de nuestra vida, proporcionando unidad y propósito a la vida actual (McAdams, 2001; Bolívar, 2016).

Las historias de vida pretenden que las personas narren aquellos sucesos que consideran vitales para ellos mismos. Dichos sucesos se cuentan a través de un formato y estructura propios de la narrativa literaria. Este formato cuenta con un entorno, unos personajes, una trama o secuencia de acontecimientos, desenlace y moraleja (McAdams, 1993). Para que la historia de vida tenga sentido, debe tener coherencia, y esta, se logra a través de la compatibilidad entre los elementos y la historia narrada. Además, el patrón cultural hace que la persona tenga una serie de aspiraciones o motivaciones que afectan a las decisiones que toma, crea unos objetivos y los medios para obtenerlos, así como una serie de hitos a conseguir en las diferentes etapas de la vida (Bluck y Habermas, 2000).

A la hora de llevar a cabo una intervención basada en historia de vida existen diferentes opciones: las intervenciones individuales (Haight, 1988), o las grupales, que cada vez son más comunes. En estas últimas, la persona revisa su vida delante de otras personas, esta experiencia es apoyada por las demás personas que conforman el grupo. A su vez, la experiencia se ve facilitada al escuchar las experiencias vitales de otras personas (Chiang, Lu, Chu, Chang y Chou, 2007).

Las historias de vida permiten contar nuestra historia de manera que seamos capaces de evaluarla. Esta evaluación debe de ser positiva y lograda por el narrador (la persona) a raíz de lo narrado (nuestra historia). Es normal que el narrador se identifique con su historia, despertando sentimientos que se proyectarán en el presente. Los éxitos despertarán orgullo y satisfacción, mientras que los fracasos y los errores se suelen sentir como cosas del pasado

y desvinculadas de nuestro presente, que nos ayudaron a ser nuestro “yo” actual (Wilson y Ross, 2003).

Otra de las opciones que se pueden dar a la hora de narrar una historia de vida es que la persona hable sobre actos moralmente cuestionables que realizó en el pasado. Este tipo de confesión permite liberar a la persona de sus temores pasados y alejarse de una imagen anterior de los mismos con la que ya no se identifica (Linde, 1993).

1.4 Historia de vida y deterioro cognitivo

La historia de vida como método terapéutico se ha utilizado desde hace muchos años en diversas disciplinas como pueden ser geriatría, enfermería, psiquiatría y terapia ocupacional. Uno de los ámbitos de actuación donde se ha implementado es en las personas con deterioro cognitivo (Afonso, Duarte, Pereira y da Graça, 2010).

Diversos estudios muestran que la historia de vida es un método eficaz para mejorar la función cognitiva (Wang, 2007; Tanaka et al. 2007), así como el estado de ánimo (Navarro, 2008; Davis, 2004; Bohlmeijer, 2007). Además, según Addis y Tippett (2004), las personas que sufren deterioro cognitivo y con ello problemas de memoria experimentan dificultades, tales como cambios de identidad. Las pérdidas de memoria autobiográfica afectan a la identidad y por tanto a la calidad de vida. La historia de vida como intervención terapéutica puede ayudar a paliar las dificultades de identidad y con ello frenar el deterioro de la calidad de vida en personas con deterioro cognitivo (McKinney, 2017).

La historia de vida puede utilizarse según Gibson (1998), para favorecer conexiones entre pasado, presente y futuro de la persona con deterioro cognitivo, así como favorecer la identidad, el valor personal y la sociabilidad.

1.5 Terapia ocupacional e historia de vida

Actualmente, la terapia ocupacional rige su práctica profesional a través de diversos paradigmas. Uno de los paradigmas referentes en la práctica de la terapia ocupacional es el paradigma contemporáneo. Este, guía la práctica de la terapia ocupacional a través de cuatro principios: práctica centrada en la persona, práctica centrada en la ocupación, práctica culturalmente relevante y la práctica basada en la evidencia (Jiménez, 2018).

Siguiendo estos principios el terapeuta y la persona crean un vínculo donde, el primero ayuda al segundo a empoderarse a lo largo del proceso de terapia ocupacional. En todo momento se debe dar voz a las personas, se deben de tener en cuenta sus intereses, gustos y necesidades (Jiménez, 2018).

Dos modelos tienen en cuenta estos aspectos a la hora de guiar la intervención de los terapeutas y son, el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (Canadian Model of Occupational Performance), y el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), (Kielhofner, 2004; Simó y Urbanowski, 2006)

El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (C.M.O.P.) habla desde una perspectiva ocupacional de las personas. Este modelo presenta una visión holística, donde persona, medio y ocupación interaccionan junto con la espiritualidad. Esta interacción provoca que las personas tengan la capacidad de escoger y realizar ocupaciones significativas, para su propia satisfacción y cuidado personal, dentro de la comunidad. Además, en el modelo canadiense destaca la práctica centrada en la persona, donde el terapeuta ocupacional establece una relación de alianza con la persona ayudándole a través del empoderamiento, es decir, dándole voz y valorando su opinión, gustos y preferencias a la hora de realizar la intervención desde terapia ocupacional (Simó y Urbanowski, 2006).

Por otro lado, el MOHO considera a las personas como dinámicas, se organizan, desarrollan y cambian con el tiempo. Este modelo también proporciona una visión ocupacional de las personas, esta relación viene dada

por la interacción de los sistemas de volición, habituación-ejecución y el medio. Así como el modelo canadiense, el MOHO plantea una práctica centrada en la persona (Kielhofner, 2004).

Como hemos visto hasta ahora, los conceptos principales en los que se basa la terapia ocupacional son: visión holística, práctica centrada en la persona (Plata, 2012) o el empoderamiento a través de la ocupación. Estos son conceptos que encajan a la perfección con la intervención basada en historias de vida, ya que esta intervención puede favorecer la calidad de vida de las personas mayores (Park et al. 2019). Además, ayuda a conocer más a las personas, sus intereses, gustos y preferencias, en definitiva, es una intervención que se centra en la persona. Cumpliendo así con todas las demandas necesarias para ser una intervención beneficiosa desde terapia ocupacional (McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan, Repper, 2010).

En la intervención desde terapia ocupacional se ha defendido la necesidad de crear una historia ocupacional. Esta historia ocupacional es una forma de contar tu historia de vida, pero centrándose en acontecimientos ocupacionales. Otro de los aspectos que defiende la terapia ocupacional es la necesidad de comprender los contextos propios de la persona. La intervención desde historia de vida ayuda a las personas que escuchan el relato a entender los diferentes contextos en los que la persona ha crecido y sigue creciendo (Trentham, 2007).

Desde terapia ocupacional siempre se ha intentado que los cuidadores familiares de las personas, y en general las familias, se involucren en el proceso de intervención. La intervención basada en historias de vida es una buena forma de involucrar a las familias porque les permite entender mejor el momento actual por el que pasa la persona. La historia de vida ayuda a la persona a dar sentido a su identidad, y a las personas que la escuchan a entender, tanto sus preocupaciones actuales, como su proceso vital y por todo lo que ha pasado (Yamasaki, Izumi y Nakatani, 2013).

1.6 Objetivos:

Objetivo general:

- Analizar barreras y facilitadores que encuentran los Terapeutas Ocupacionales y los usuarios durante el desarrollo de una intervención basada en la historia de vida en el entorno domiciliario en personas con y sin demencia.

Objetivos específicos:

- Describir las principales características del proceso de intervención basado en la historia de vida, en el entorno domiciliario, tales como duración de sesiones, recursos utilizados o características sociodemográficas de los participantes.
- Plantear estrategias de mejora para facilitar el proceso de intervención a partir de las conclusiones sacadas por el terapeuta y las personas.
- Evaluar el grado de dificultad que suponen las barreras para las personas en el proceso de historia de vida.
- Evaluar el grado de ayuda que suponen los facilitadores para las personas en el proceso de historia de vida.

2. METODOLOGÍA

2.1 Diseño de estudio

El tipo de estudio que se ha llevado a cabo es un estudio de casos, más concretamente el análisis de 3 estudios de casos. Según López (2013) un estudio de casos es una investigación basada en la experiencia de un caso del que se pretende aprender en su contexto real cotidiano. *“En un estudio de caso, un investigador conoce la realidad, un caso, acercándose a esa realidad según conveniencia o siendo informado off-line desde ella”* (López, 2013, p. 140). Este método de estudio es muy valioso en investigación, ya que nos permite reconocer y explorar la vida de la persona implicada en el fenómeno estudiado. En un estudio de casos los datos se pueden obtener desde fuentes cualitativas o cuantitativas (López, 2013).

En este caso la metodología utilizada es mixta (Johnson y Onwuegbuzie, 2004). Este tipo de metodología nos permite recolectar información a nivel cuantitativo como cualitativo.

2.2 Búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los estudios españoles y extranjeros que aportarán información específica y útil sobre aspectos relacionados con las “historias de vida en personas mayores con y sin demencia”.

Para incluirlos en este trabajo, se consideraron los trabajos que cumplieran los siguientes requisitos:

- Trabajos que incluyen a la población de interés, es decir, personas mayores.
- Trabajos que contengan información sobre intervenciones basadas en historia de vida.

La estrategia de búsqueda en la literatura científica incluyó: por un lado, la búsqueda en varias bases de datos (PubMed, Scopus, Dialnet, GoogleScholar). Por otro lado, la búsqueda de artículos se realizó tanto en español como en inglés, empleando las siguientes entradas: “occupational therapy”, “life story”, “life story book” and “dementia”.

2.3 Criterios de inclusión y exclusión

En la tabla que aparece a continuación se recogen los criterios que deben cumplir las personas con deterioro cognitivo seleccionadas para la intervención basada en historia de vida. Por otro lado, también se muestran los criterios de exclusión.

Tabla 1. Criterios de inclusión/exclusión de las personas con deterioro cognitivo.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Tener 65 años o más.	No mostrar consentimiento para la participación al estudio.
Presentar una puntuación entre 23 y 10 puntos en el Mini-examen cognoscitivo de Lobo (Lobo et al. 1999). Herramienta validada en español para valorar el deterioro cognitivo.	Presentar una discapacidad auditiva o visual que le impida participar en el estudio.

En la tabla que aparece a continuación, se recogen los criterios que debe cumplir el cuidador de la persona con deterioro cognitivo. Por otro lado, también se recogen los criterios de exclusión de dicho cuidador.

Tabla 2. Criterios de inclusión/exclusión del cuidador de la persona con deterioro cognitivo.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Ser mayor de edad.	No mostrar consentimiento para la participación al estudio.
Asumir el rol de cuidador principal informal de una persona con deterioro cognitivo.	Presentar una discapacidad auditiva, visual o una condición de salud que repercuta de forma relevante en las funciones mentales y, en consecuencia, le impida participar en el estudio.

En la tabla que aparece a continuación, se nos muestran los principales criterios que deben cumplir las personas sin deterioro cognitivo seleccionadas para la intervención basada en historia de vida. Por otro lado, también se muestran los criterios de exclusión.

Tabla 3. Criterios de inclusión/exclusión de las personas sin deterioro cognitivo.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Tener 65 años o más.	No mostrar consentimiento para la participación al estudio.
Presentar una puntuación superior a 23 (24 o más) en la escala Mini-examen cognoscitivo de Lobo (Lobo, et al. 1999). Herramienta validada en español para valorar el deterioro cognitivo.	Presentar una discapacidad auditiva o visual que le impida participar en el estudio.

2.4 Técnicas de recogida de información

Tras cada sesión el terapeuta realizará unas notas de campo, las cuales contendrán información sobre las impresiones, cuestiones que le han llamado la atención o aspectos que crea destacables de cada sesión.

La parte cualitativa se llevará a cabo a través de una entrevista semiestructurada y la metodología de observación participante. Durante la entrevista se tendrá en cuenta la información proporcionada tanto por las personas como por el cuidador, ya que este puede proporcionarnos información relevante acerca del tema abordado. A lo largo de la sesión se le proporcionarán estímulos (fotografías, vídeos o canciones) para facilitar el recuerdo. Además, se prestará especial atención en el lenguaje no verbal en todas las sesiones.

La parte cuantitativa se realizará a través de una valoración de 0 a 10, siendo 0 nada y 10 máximo. Los valores entre 0 y 10 corresponderán con: 0= nada, 1/2=muy malo, 3/4= malo, 5= normal, 6/7= bueno, 8/9= muy bueno, 10=máximo. Esta valoración será personal por parte del terapeuta, y se basará en las grabaciones de las sesiones, en el lenguaje no verbal y en las notas de campo.

En la tabla 4, se puede ver una descripción de las diferentes variables que van a ser evaluadas de manera cuantitativa a lo largo de este trabajo.

Tabla 4. Descripción de las diferentes variables evaluadas de forma cuantitativa.

Variable	Descripción
Participación por parte de la persona	Se realizará una valoración por parte del terapeuta del grado de participación de las personas en las diferentes sesiones.
Grado de facilitador	Se realizará una valoración para determinar en una escala de 0 a 10 (siendo 0 = nada y 10 = máximo) el grado en el que cada técnica/herramienta intervino como facilitador en el proceso basado en historias de vida.
Grado de barrera	Se realizará una valoración para determinar, en una escala de 0 a 10 (siendo 0 = nada y 10 = máximo), el grado en el que cada factor intervino como una barrera en el proceso basado en historias de vida.

2.5 Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico de carácter descriptivo de las variables de estudio analizadas en la presente investigación. La descripción de las variables categóricas se llevó a cabo a través de las frecuencias absolutas y porcentajes. Con respecto a las variables cuantitativas, se presentaron los valores mínimo y máximo (rango), así como la media de cada variable analizada.

2.6 Aspectos éticos

Se informará a las personas en qué consiste el estudio a través de una hoja de información (Anexo I), posteriormente se aclararán todas las dudas que la persona pueda tener con respecto al estudio y se le informará que el tratamiento de toda la información será confidencial, garantizando así el anonimato.

La obtención, tratamiento, conservación, comunicación y cesión de los datos se hará de acuerdo con el Reglamento general de Protección de Datos (Reglamento UE 2016-679 del Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016), la normativa española sobre protección de datos de carácter personal vigente, así como la Ley 14/2007, de investigación biomédica y el Real Decreto 1716/2011.

Una vez las personas no tengan ninguna duda al respecto decidirán libremente si participar o no. En caso de que quieran participar se les pedirá el consentimiento informado a través de la firma de una hoja de consentimiento informado (Anexo II).

2.7 Descripción de la intervención (contexto, cuantas sesiones, tiempo...)

La intervención contará con una reunión inicial y un total de 4 sesiones en el domicilio de las personas. La duración de las diferentes sesiones oscilará, para observar la tolerancia al tiempo que presentan las personas, pero todas deben durar entre 20 minutos y 45 minutos, con la excepción de las sesiones introductorias. Si alguna sesión supera los 45 minutos, se plantearán dos opciones: hacer un descanso “largo” de unos 30/60 minutos, para refrescarse y despejarse, o continuar la sesión otro día. Cada sesión será grabada en audio y vídeo con un dispositivo electrónico para no perder nada de información. Se tendrá muy en cuenta el lenguaje corporal de la persona (sonrisa, nerviosismo, especial atención a un estímulo...), ya que puede

suponernos de gran relevancia para identificar que sucesos de su vida la considera de mayor relevancia.

En la reunión inicial se les presentará el proyecto y se les resolverán todas las dudas existentes. Si la persona acepta, se pedirá el consentimiento informado como se aclara en el apartado 2.6.

La primera sesión servirá de toma de contacto con las personas, se usará la sesión a modo de introducción de lo que serán las siguientes, y se le realizarán algunas preguntas generales de las tres etapas. Estas preguntas tienen dos fines, el primero es que la persona se familiarice con el tipo de preguntas que se le van a realizar; el segundo es romper el hielo y que la persona se relaje. En esta reunión se hablará con las personas y con los cuidadores, en caso oportuno, para solicitar estímulos, fotografías, canciones, vídeos... Se empezará siempre por preguntas un poco más abiertas, para dejar que la persona se exprese libremente. Además, en esta sesión, se pasará la escala de valoración Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (Lobo et al,1999). Esta escala es la validación al español del Mini-Mental State Examination (Folstein et al,1975). Con esta escala se pretende observar el grado de deterioro cognitivo de las personas seleccionadas y descartar dicho deterioro en la población a la que se le va a realizar la intervención sin deterioro cognitivo.

En la segunda sesión se abordarán temas relacionados con la infancia. Esta etapa abarcará desde que la persona nace, incluyendo anécdotas que le pudieron haber contado sus padres, abuelos o familia de cuando era muy pequeño, hasta la etapa adolescente, situada entre los 13/14 años.

En la tercera sesión se hablará acerca de la adolescencia. Esta etapa abarcará desde los 13/14 años, hasta el momento donde se casan, ya que, siendo personas mayores de 65 años, por época, lo habitual es que se casasen a una edad temprana.

En la cuarta sesión se hablará acerca de la vida adulta. Esta etapa incluirá desde el momento donde se contrae matrimonio, hasta el momento de la jubilación, es una etapa muy amplia, por lo que se espera mayor aporte de

información y, por lo tanto, es posible que las sesiones se hagan más largas, en caso de superar los 45 minutos estipulados, se le plantearán a la persona las dos opciones comentadas con anterioridad.

Hay que recordar que al inicio de cada sesión se le recordará a la persona que no está obligada a responder a ninguna pregunta, que puede hacer pausas cuando lo considere oportuno y que, si en algún momento desea acabar con la entrevista, solo debe expresarlo. Además, recalcarle, que no existen las respuestas incorrectas, ni se espera ningún tipo de respuesta por nuestra parte, su respuesta es única, indudable e inquebrantable.

3. RESULTADOS

3.1 Caso 1

3.1.1 Presentación del caso

“Sara” (nombre ficticio), es una mujer de 67 que vive en un pueblo costero. Está casada, tiene dos hijos y dos nietos. Trabajaba en una empresa naval como perforista, para más adelante desempeñar otras funciones. Actualmente está jubilada. Aun así, se encarga de las tareas del hogar y de cuidar a sus nietos, cuando sus padres no pueden por trabajo. En sus ratos libres le gusta realizar actividades como leer, calcetar o ver series.

3.1.2 Sesión introductoria

La sesión introductoria de Sara se realizó en su domicilio, más concretamente en el comedor. La grabación se realiza por la tarde, empezando la grabación a las 18:08 horas y dura 09:01 minutos, es decir, hasta las 18:17 horas. Aun así, antes de empezar a grabar se realizó una pequeña charla con Sara para “romper el hielo” y que la entrevista fuese lo más distendida posible. En la habitación nos encontrábamos Sara, su hermana y yo. En la sesión se habló un poco sobre cada una de las etapas que íbamos a ver en las sesiones siguientes, ya que esta sesión está enfocada a que la persona de indicios de temas que le gustan, sobre los que se siente cómoda hablando y que considera importantes para que luego yo pueda dirigir las siguientes sesiones. En la tabla que se muestra a continuación se recogen una serie de preguntas que se han realizado en la sesión introductoria con Sara. Dichas preguntas se centran en buscar indicios acerca de temas importantes o sobre los que la persona quiera hablar en las sesiones venideras. Las preguntas se enfocaron en temas como el transcurso de los años, o la infancia.

Tabla 5. Ejemplo de preguntas realizadas durante la sesión introductoria con Sara.

Pregunta introductoria: En general, ¿cómo crees que te ha ido en la vida?, ¿estás contenta con tu vida?
Si todo volviese a pasar de la misma manera ¿qué momento te gustaría vivir otra vez?
¿Qué momento o situación destacas de cuando eras una niña?

3.1.3 Sesión relativa a la etapa de infancia

La segunda sesión con Sara fue en su domicilio, pero esta vez, la entrevista tuvo lugar en salón y durante la sesión se abarcó “la infancia”. La sesión se grabó al mediodía, empezando la grabación a las 12:04 horas y acabando a las 12:31 horas, durando así 27 minutos.

En la tabla que aparece a continuación podemos observar algunas preguntas que se han realizado durante la sesión de infancia. Durante esta sesión, las preguntas se enfocan en información básica de la época. Algunas preguntas tenían como eje principal a la familia, los juegos típicos o el colegio.

Tabla 6. Ejemplo de preguntas realizadas a Sara durante la sesión enfocada a la infancia.

Pregunta introductoria: ¿Cuál es el instante o situación más agradable que recuerdas de tu vida siendo niño/a?
¿Tiene hermanos/as?, ¿Cómo se llamaban?, ¿Qué es lo que más recuerda de sus hermanos/as cuando eran pequeños?
¿A qué juegos le gustaba jugar cuando era pequeño?, ¿Cuál era su juego favorito?, ¿Qué le divertía más?, ¿Recuerda algún juguete?

3.1.4 Sesión relativa a la etapa de adolescencia

La tercera sesión con Sara se grabó en su domicilio, concretamente en el salón de su vivienda. La tercera sesión abarcó su etapa adolescente, la cual delimitamos desde los estudios secundarios hasta el momento donde se casa, más o menos, se le ha recalado que no tiene que ajustarse estrictamente a estos años, sino que es una guía para delimitar las etapas y las sesiones. La sesión fue grabada por la tarde, comenzando la grabación a las 17:30 horas y durando 25 minutos

A continuación, se observan algunos ejemplos de preguntas realizadas en la sesión de adolescencia con Sara. Las preguntas se enfocan en temas posteriores a la escuela, como los oficios, el trabajo, las fiestas de pueblo o las amigas.

Tabla 7. Ejemplo de preguntas planteadas en la sesión de adolescencia en la intervención con Sara.

¿Cuántos años tenía al terminar en la escuela? Si hizo estudios sobre oficios: ¿qué oficio aprendió?, ¿Le gustaba?, ¿Qué recuerda de aquella época?
¿Qué recuerdo destacarías de esta época que siempre lo has recordado por lo bien que lo pasaste?
¿Cuál fue su primer trabajo?, ¿Le gustaba?, ¿En qué consistía su trabajo?, ¿Dónde se encontraba ese trabajo (ciudad, pueblo...)?, ¿Qué recuerda de sus compañeros/as de trabajo? (si hay fotografías mostrarlas).

3.1.5 Sesión relativa a la etapa adulta

La sesión sobre la etapa adulta fue la última sesión con Sara, se realizó en su domicilio, concretamente en el comedor. La sesión se realizó por la tarde, empezando la grabación a las 17:17 horas con una duración de 43 minutos, hasta las 18:00 horas. La sesión abarcó desde el momento donde se casa

hasta el momento de la jubilación y se trataron temas como el día de su boda, el nacimiento de sus hijos, sus nietos, su vida laboral o las diferentes actividades de ocio que realizaba con su pareja.

A continuación, observamos algunos ejemplos de preguntas que se realizaron en la sesión de la etapa adulta con Sara. Las preguntas se centraron en aspectos como la boda, su pareja o el viaje de bodas.

Tabla 8. Ejemplo de preguntas realizadas durante la sesión de la etapa adulta con Sara.

¿Cuál fue el acontecimiento más importante y feliz que sucedió en tu vida como adulto/a.
¿A qué edad se casó?, ¿Dónde se casó?, ¿Qué recuerda de aquel día? ¿Qué fue lo mejor de su boda?
¿Realizó viaje de bodas?, ¿A dónde?, ¿Qué recuerda de aquel viaje?

3.1.6 Evaluación personal de la participación global de las personas

A continuación, se representa el nivel de participación de la persona en las diferentes sesiones. Esta puntuación es asignada por el terapeuta ocupacional a través de la observación y de la revisión de las grabaciones, pero también después de cada sesión el terapeuta preguntaba como se había sentido la persona durante la sesión. La puntuación será de 0 a 10, siendo 0 nada y 10 máxima participación.

Tabla 9. Evaluación de la participación de Sara a lo largo de las diferentes sesiones de intervención.

SESIONES				
Puntuación asignada	Introductoria	Infancia	Adolescencia	Etapas adulta
	7	9	10	10
Puntuación media	9			

3.2 Caso 2

3.2.1 Presentación del caso

“Julián” (nombre ficticio), es hombre de 68 años que vive en un municipio pequeño de la provincia de A Coruña. Está casado, tiene una hija, un hijo y dos nietos. Trabajaba en una empresa como electricista hasta que conoció el mundo de los sindicatos dentro de la empresa. Actualmente está jubilado, pero ayuda a cuidar a sus nietos cuando es necesario y ayuda a su mujer en lo que necesite. En su tiempo libre le gusta ir a su finca donde realiza actividades de agricultura.

3.2.2 Sesión introductoria

La sesión introductoria con Julián se realizó por la tarde, a las 18:40 horas y duró 9 minutos, como en el caso anterior, la sesión sirvió de introducción para lo que serían las siguientes sesiones. En esta sesión se abordaron algunas preguntas generales sobre las etapas de infancia, adolescencia y etapa adulta. Como en el caso anterior, antes de la sesión se mantuvo una conversación con la persona y se le comentó que no existían respuestas erróneas, ya que decía estar nervioso por si sus respuestas no eran “del todo buenas”.

En la tabla que se muestra a continuación, se recogen una serie de preguntas que se han realizado en la sesión introductoria con Julián. Dichas preguntas se

centran en buscar indicios acerca de temas importantes o sobre los que la persona quiera hablar en las sesiones venideras.

Tabla 10. Preguntas planteadas durante la sesión introductoria con Julián.

En general, ¿Cómo crees que te ha ido en la vida?, ¿Estás contento con tu vida?
¿Cuál fue el momento más feliz de tu vida?
¿Cuáles fueron las personas más importantes en tu vida?

3.2.3 Sesión relativa a la etapa de Infancia

La segunda sesión con Julián se desarrolla en su domicilio, concretamente en el salón, en un ambiente cálido y distendido. La sesión se realiza por la mañana a las 11:30 horas y la sesión dura hasta las 11:52 horas, es decir, la grabación duró 22 minutos.

En la tabla que aparece a continuación podemos observar algunas preguntas que se han realizado durante la sesión de infancia, durante esta sesión las preguntas se enfocan en información básica de la infancia, como el colegio o el lugar donde se crio y como había cambiado desde entonces.

Tabla 11. Ejemplo de preguntas realizadas durante la sesión de infancia con Julián.

¿Pudo acudir al colegio?, ¿A cuál?, ¿Le gustaba ir al colegio/escuela?, ¿Qué recuerdos tiene de su colegio/escuela?
¿Hay algo de esta época que recuerde con especial cariño?
¿Qué recuerda de los veranos y las vacaciones?, ¿Qué le gustaba hacer en los veranos?, ¿Veraneaba en algún sitio?, ¿Cómo era ese lugar?, ¿Qué solía/le gustaba hacer allí?

3.2.4 Sesión relativa a la etapa de adolescencia

La tercera sesión se llevó a cabo en el salón de su domicilio, esta sesión empezó a las 19:14 horas y la sesión finalizó a las 19:40, es decir, la sesión sobre la adolescencia tuvo una duración de 26 minutos. Como en el caso anterior, se le explicó que esta sesión recogía recuerdos desde la etapa de los estudios secundarios hasta aproximadamente el momento donde se casa, pero que no eran unas fechas fijas. Durante la sesión se habló de temas como deportes, amigos, el servicio militar obligatorio (mili) o como conoció a su esposa.

A continuación, se observan algunos ejemplos de preguntas realizadas en la sesión de adolescencia con Julián. Las preguntas se centran en temas como, el servicio militar obligatorio, aficiones, amigos de la época.

Tabla 12. Ejemplo de preguntas realizadas durante la sesión de adolescencia con Julián.

¿Qué aficiones tenía?, ¿Cuál era su favorita?, ¿Por qué le gustaba tanto?
¿Hizo la mili?, ¿Dónde?, ¿Cómo fue ese momento?, ¿Le gustaba? ¿Recuerda alguna anécdota?
¿Recuerda a sus amigos/as de aquella época? (si hay fotografías enseñarlas). ¿Qué le gustaba hacer con ellos/as?, ¿Tenía algún amigo/a favorito?

3.2.5 Sesión relativa a la etapa adulta

En la última sesión se abordó la etapa adulta, etapa que delimitamos desde que contrae matrimonio hasta que se jubila. Esta sesión se realizó en el salón de su vivienda. La sesión se grabó por la tarde, a las 18:36 y duró 33 minutos. En la tabla que aparece a continuación, observamos algunos ejemplos de preguntas realizadas a Julián durante la sesión de la etapa adulta, estas

preguntas van enfocadas a temas como la familia, aficiones de la época, gustos o viajes.

Tabla 13. Ejemplo de preguntas realizadas en la sesión de la etapa adulta con Julián.

¿A qué edad tuvieron a sus hijos/as?, ¿Cómo son sus hijos/as y qué destaca de ellos?, ¿A qué les gustaba jugar de pequeños?, ¿Recuerda alguna anécdota vivida con sus hijos/as cuando eran pequeños?, ¿De qué trabajan hoy en día?
¿Qué les gustaba hacer con su familia en los días de descanso?, ¿Realizaron viajes juntos?
¿Qué aficiones tenía de esa época?, ¿Qué le gustaba más hacer en su tiempo libre?

3.2.6 Evaluación personal de la participación global de las personas

A continuación, se representa el nivel de participación de la persona en las diferentes sesiones. Esta puntuación es asignada por el terapeuta ocupacional a través de la observación y de la revisión de las grabaciones, pero también después de cada sesión el terapeuta preguntaba como se había sentido la persona durante la sesión para así tener un feedback, ya que la perspectiva de la persona es de vital importancia. La puntuación será de 0 a 10, siendo 0 nada participativo y 10 máxima participación.

Tabla 14. Evaluación de la participación de la persona de Julián en las diferentes sesiones.

SESIONES				
Puntuación asignada	Introdutoria	Infancia	Adolescencia	Etapas adulta
	6	8	8	8
Puntuación media	7'5			

3.3 Caso 3

3.3.1 Presentación del caso

David (nombre ficticio) es un hombre de 87 años que vive en una pequeña población costera de la provincia de A Coruña. David está viudo y tiene dos hijos y 5 nietos. Trabajó toda su vida en el sector de la construcción. En sus ratos libres le gusta leer, ver la televisión y pasar tiempo con sus seres queridos.

David tiene artrosis degenerativa en ambas rodillas, lo que le dificulta mucho caminar y por tanto realizar actividades básicas de la vida diaria, por eso su hijo se encarga de ayudarlo durante el día y su nuera por las noches mientras el hijo trabaja. Desde hace poco más de un año su familia comenta que empezó a olvidarse de algunas cosas de forma momentánea, olvidaba si había tomado la medicación o donde había dejado las llaves... Esta situación se acentuó debido a la cuarentena. El no tener relación con nadie más que con su hijo y su nuera por el miedo a un posible contagio y el no poder salir del domicilio provocaron que David se desorientase habitualmente, lo que empeoró su estado.

Para comprobar y validar la existencia de una demencia a David se le pasó el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo, escala validada al español. Según esta escala, para pacientes geriátricos (> de 65 años) el punto de corte es de 23/24, es decir, 23 puntos o menos existe deterioro cognitivo y 24 puntos no existe deterioro cognitivo. En este caso la puntuación de David fue de 20 puntos, por lo que sí que existe un deterioro cognitivo.

3.3.2 Sesión introductoria

La sesión introductoria se ha realizado en el domicilio de David, concretamente en su salón. La sesión se realizó al mediodía, a las 15:00 horas de la tarde y la duración fue de 10:02 minutos. A lo largo de toda la sesión estuvo presente su hijo.

En la tabla que se muestra a continuación se recogen una serie de preguntas que se han realizado en la sesión introductora del caso 3. Dichas preguntas se centran en buscar indicios acerca de temas importantes o sobre los que la persona quiera hablar en las sesiones venideras. Los temas recurrentes en la sesión fueron, el paso del tiempo desde la infancia o las aficiones.

Tabla 15. Ejemplos de preguntas realizadas durante la sesión introductoria de David.

En general, ¿Cómo crees que te ha ido en la vida?, ¿Estás contento con tu vida?
¿Puedes describir los momentos más felices de tu vida? Los primeros que vengan a tu memoria.
¿Qué afición o actividad era la que más te gustaba hacer en tu tiempo libre?

3.3.3 Sesión relativa a la etapa de Infancia

La segunda sesión fue grabada en su casa, en el salón. Durante la sesión estuvo presente la nuera de David, ya que se grabó a las 20:01 y su hijo estaba de camino al trabajo. La sesión duró 17 minutos.

En la tabla que aparece a continuación podemos observar algunas preguntas que se han realizado durante la sesión de infancia, durante esta sesión las preguntas se enfocan en información básica sobre la infancia. Las preguntas se enfocan en temas como el colegio, amigos, anécdotas, familia, etc.

Tabla 16. Ejemplo de preguntas realizadas durante la sesión de infancia con David.

¿Cómo se llamaban sus amigos/as del colegio? (si hay fotografías enseñarlas) ¿Tenía algún amigo/a favorito?, ¿Qué recuerdos tiene de él/ella?, ¿Recuerda alguna anécdota que haya pasado con sus amigos o su amigo/a?
¿Nombre de sus padres?, ¿De dónde eran?, ¿A qué se dedicaban?, ¿Qué destacaría de sus padres?
¿Recuerdas algún día siendo chico/a que fuese el día más divertido de tu infancia?

3.3.4 Sesión relativa a la etapa de adolescencia

La tercera sesión también se realizó en su domicilio, y también se grabó en el salón. Esta sesión fue grabada a las 17:20 de la tarde y duró 31 minutos, durante la grabación estuvo presente su hijo. Como en los casos anteriores se le explicó que la adolescencia era la etapa comprendida entre los estudios secundarios y el momento donde se casaba, pero que eran unas fechas orientativas.

En la tabla que aparece a continuación, se observan algunos ejemplos de preguntas realizadas en la sesión de adolescencia de David. Las preguntas que se muestran en la tabla se enfocan en fiestas, anécdotas, bailes, música, su esposa...

Tabla 17. Ejemplo de preguntas realizadas en la sesión enfocada a la adolescencia en la intervención realizada con David.

¿Recuerda las fiestas-verbenas de su pueblo/ciudad?, ¿Cómo eran?, ¿Qué le gustaba más de las fiestas de su pueblo?, ¿Le gustaba bailar?
¿Recuerda alguna canción de aquella época?, ¿Le gustaban?
¿A qué edad conoció a su esposa?, ¿Cómo la conoció?, ¿Qué solían hacer en pareja?

3.3.5 Sesión relativa a la etapa adulta

La sesión sobre la etapa adulta se realizó en su domicilio, concretamente en el salón. La sesión se realizó por la tarde, empezando la grabación a las 18:15 horas con una duración de 20 minutos, hasta las 18:35 horas. La sesión abarcó desde el momento donde se casa hasta el momento de la jubilación.

En la tabla que se muestra a continuación, se pueden observar algunas preguntas que tipo que han sido realizadas en la sesión enfocada a la etapa de la vida adulta del caso de David. La temática principal de las preguntas se centra en anécdotas o recuerdos concretos especiales para la persona, pero también sobre amigos o su pueblo/ciudad.

Tabla 18. Ejemplo de preguntas realizadas en la sesión de la etapa adulta David.

¿Hay algo que recuerde especial de esa época?, ¿Está muy orgulloso de algo de aquella época?
¿Pasaba tiempo con amigos/as?, ¿Qué le gustaba hacer con sus amigos/as?
¿En dónde vivían?, ¿Qué le gustaba más de su pueblo/ciudad?

3.3.6 Evaluación personal de la participación global de las personas

A continuación, se representa el nivel de participación de la persona en las diferentes sesiones. Esta puntuación es asignada por el terapeuta ocupacional a través de la observación y de la revisión de las grabaciones, pero también después de cada sesión el terapeuta preguntaba como se había sentido la persona durante la sesión. La puntuación será de 0 a 10, siendo 0 nada participativo y 10 máxima participación.

Tabla 19. Evaluación participación de la persona de David en las diferentes sesiones.

SESIONES				
	Introdutoria	Infancia	Adolescencia	Etapa adulta
Puntuación asignada	7	8	8	9
Puntuación media	8			

3.4 Barreras y facilitadores del proceso de intervención en terapia ocupacional basada en historias de vida

A continuación, se presenta una tabla donde se muestran las principales barreras y facilitadores encontrados por el terapeuta ocupacional a la hora de realizar las intervenciones. En la tabla también se puede observar el porcentaje de veces que se observa la barrera o el facilitador sobre el total de las sesiones.

Tabla 20. Barreras y facilitadores del proceso basado en historia de vida.

Barreras	Facilitadores
Duración excesiva de las sesiones (aparición de fatiga). Aparece en un 25% de las sesiones, mayoritariamente en las de la persona con deterioro cognitivo.	Fotografías. Es un facilitador en el 100% de los casos utilizados.
Complejidad del vocabulario utilizado en algunos momentos. Aparece en un 33% de las sesiones, sobre todo en las sesiones de la persona con deterioro cognitivo.	Simplificación de las preguntas y del lenguaje. Sirve en el 90% de las sesiones, pero especialmente en la persona con deterioro cognitivo.
Preguntas demasiado largas. Aparece en un 33% de las sesiones, sobre todo en las sesiones de la persona con deterioro cognitivo.	Canciones. Sirve de facilitador en un 25% de las sesiones.
Preguntas encadenadas, (realizar varias preguntas dentro de una misma pregunta). Aparece en un 70% de las sesiones, sobre todo en las sesiones de la persona con deterioro cognitivo, pero también en las personas sin deterioro cognitivo, pero en menor medida.	Realizar una sesión previa, con la persona/cuidador para obtener información previa a las entrevistas. Es un facilitador en el 100% de las sesiones.

Tabla 20 (continuación): Barreras y facilitadores del proceso basado en historia de vida.

“Bloqueos”, momentos en los que la persona se queda intentando recordar una cosa en concreto demasiado tiempo, obviando el resto de los aspectos de la pregunta o respuesta. Aparece en un 15% de las sesiones.	Lugar donde se desarrolla la sesión. En caso de ser en el domicilio, que el entorno sea confortable y cómodo. Es un facilitador en el 80% de las sesiones
Nervios producidos por la inexperiencia de las personas en este tipo de intervenciones. Fue una barrera en el 25% de las sesiones, especialmente en las sesiones introductorias.	Creación de un vínculo entre persona y terapeuta, para facilitar una conversación distendida. Fue un facilitador en un 80% de las sesiones.
Dificultades de audición. Aparece como una barrera en un 20% de las sesiones.	La figura del cuidador. Fue un facilitador en el 33% de las sesiones (100% de las sesiones de la persona con deterioro cognitivo).

3.4.1 Evaluación de los facilitadores empleados en las sesiones de intervención

A continuación, se puntuarán los facilitadores observados por el terapeuta ocupacional a lo largo de las intervenciones. La evaluación cuantitativa de los facilitadores será de 0 a 10 puntos, siendo 0 nada facilitador y 10 máximo facilitador. El mayor de los facilitadores fueron las fotografías (10 puntos), y el facilitador que menos puntuación obtuvo fueron las canciones (6 puntos).

La tabla que se muestra a continuación recoge los diferentes facilitadores encontrados por el terapeuta ocupacional durante la intervención. En este caso

“Este era yo”: historias de vida desde terapia ocupacional, barreras y facilitadores

podemos observar como el mayor facilitador son las fotografías con una puntuación asignada de 10 puntos, mientras que el menos facilitador fueron las canciones con una puntuación de 6 puntos.

Tabla 21. Evaluación cuantitativa de los facilitadores encontrados por parte del terapeuta en las diferentes sesiones y casos.

FACILITADOR	PUNTUACIÓN ASIGNADA
Fotografías	10
Simplificación de las preguntas	8
Canciones	6
Realizar una sesión previa, con la persona/cuidador para obtener información previa a las entrevistas	8
Lugar donde se desarrolla la sesión. En caso de ser en el domicilio, que el entorno sea confortable y cómodo	7
Creación de un vínculo entre persona y terapeuta, para facilitar una conversación distendida.	9
La figura del cuidador	7

3.4.2 Evaluación de las barreras encontradas en las sesiones de intervención

La evaluación cualitativa de las barreras será de 0 a 10, siendo 0 nada de dificultad y 10 muy difícil.

“Este era yo”: historias de vida desde terapia ocupacional, barreras y facilitadores

En la tabla que aparece a continuación se puntuarán las barreras observadas por el terapeuta ocupacional a lo largo de las intervenciones. En la tabla se observa como la mayor barrera es el lenguaje, tanto en las palabras empleadas como en la formulación de las preguntas, todas estas barreras tienen una puntuación asignada de 8 puntos. Por otro lado, la menor barrera encontrada fueron las dificultades de audición con una puntuación de 5 puntos.

Tabla 22. Evaluación cuantitativa de las barreras encontradas por parte del terapeuta ocupacional en las diferentes sesiones y casos.

BARRERA	PUNTUACIÓN ASIGNADA
Duración excesiva de las sesiones (aparición de fatiga)	7
Complejidad del vocabulario utilizado en algunos momentos.	8
Preguntas demasiado largas	8
Preguntas encadenadas, (realizar varias preguntas dentro de una misma pregunta)	8
“Bloqueos”, momentos en los que la persona se queda intentando recordar una cosa en concreto demasiado tiempo, obviando el resto de los aspectos de la pregunta o respuesta	7
Nervios producidos por la inexperiencia de las personas en este tipo de intervenciones.	7
Dificultades de audición	5

3.5 Tiempo medio de las sesiones

En este apartado analizaremos el tiempo medio de los diferentes casos y las diferentes sesiones.

3.5.1 Caso 1

La duración media de las sesiones es de 26 minutos. La sesión introductoria es la sesión de menor duración con 9 minutos y la sesión de la etapa adulta es la de mayor duración con 43 minutos.

3.5.2 Caso 2

La duración media de las sesiones es de 22 minutos y medio, siendo la sesión introductoria la de menor duración (9 minutos como en el caso anterior) y la de mayor duración la sesión sobre la etapa adulta, con 33 minutos.

3.5.3 Caso 3

La duración media de las sesiones fue de 19 minutos. Como en anteriores casos, la sesión de menor duración fue la introductoria (9 minutos 41 segundos), pero la sesión más larga en este caso fue la sesión sobre la adolescencia (durando 29 minutos 35 segundos).

3.5.4 Tiempo medio total

La duración media general de las sesiones es de 22 minutos 30 segundos.

4. DISCUSIÓN

Tras recolectar y examinar los resultados, se observa como la intervención basada en historias de vida es una intervención eficaz y con diferentes beneficios. Entre estos beneficios destacan la capacidad que tiene la intervención para empoderar a la persona otorgándole voz y proporcionándole los medios para que sea ella quien vaya redescubriendo su identidad personal, sobre este tema habla McAdams, (McAdams, 1985). Otro de los beneficios que tiene la intervención basada en historia de vida es que, gracias a la capacidad de empoderamiento, el recuerdo de los sucesos pasados agradables y la resolución de conflictos del pasado, las personas son capaces de desarrollar, mantener o redescubrir su identidad personal, generando un sentimiento de satisfacción y de pertenencia (Villar y Traidó, 2006; Butler, 1963; Afonso, Duarte, Pereira y da Graça, 2010).

A la hora de realizar la intervención hay que tener presente que la personalidad de cada persona es diferente, y, por lo tanto, cada persona afronta la intervención de manera distinta. Esto se puede traducir en que algunas personas pueden sentirse más incómodas o nerviosas al principio de la intervención, provocando que la persona se cohíba y esto afecte a sus relatos. Por ello, fue imprescindible durante las sesiones crear un ambiente donde la persona se sintiese seguro y a gusto. Para ser capaces de crear este ambiente se tuvieron en cuenta dos cosas:

La primera es el entorno físico donde se realizaba la entrevista. Todas las entrevistas se realizaron en el domicilio de las personas, pero se pidió a los participantes que escogiesen el sitio de la casa donde más cómodos se sintiesen para realizar la entrevista.

La segunda fue la relación persona – terapeuta. Fue imprescindible esta relación para acabar creando un espacio seguro, y es que, en las primeras sesiones, como se reflejan en las tablas sobre la valoración de la participación de las diferentes personas (tabla 9 – caso 1, tabla 14 – caso 2, tabla 19 – caso

3), la participación es menor y esto se puede traducir a que aún no existía una relación estrecha entre ambas partes. Signos de esto se observaron a través del lenguaje no verbal, donde en muchos casos, la postura era de brazos cruzados con respuestas cortas y concretas. A medida que las sesiones avanzaron, el lenguaje corporal de las personas cambió y las respuestas ya eran mucho más descriptivas, e incluso, ellos mismos hilaban la historia sin necesidad de unirla con preguntas. Generar una relación entre el profesional y la persona es muy beneficioso porque mejora la atención centrada en la persona (Tilburgs et al. 2018).

Una vez existe ese espacio de seguridad y respeto la intervención cambia completamente, y lo que para la persona empezó como una entrevista, donde “esperaban contestar bien a las preguntas”, se acaba convirtiendo en una “charla” donde no existen respuestas malas, solo experiencias de vida, lo que propicia una conversación fluida llena de información valiosa.

Para poder desarrollar una buena intervención es necesario una buena comunicación entre todas las partes. Por ello, una de las estrategias escogidas fue la simplificación tanto del vocabulario empleado como de la forma de plantear las preguntas. En el caso de la persona con deterioro cognitivo fue necesario simplificar las preguntas lo máximo posible, ya que se encontraban dificultades de comprensión cuando se realizaban preguntas encadenadas o demasiado largas. Esta simplificación provocó una mejora significativa en la comunicación entre el terapeuta ocupacional, persona entrevistada y viceversa. De acuerdo con el estudio de Mileski et al. (2018), la mejora de la comunicación supone un gran facilitador para las personas con deterioro cognitivo, pero también para su entorno, ya que permite a las personas de su alrededor comprender a la persona. También se tuvo en cuenta la duración de cada sesión, ninguna sesión duró más de 30 minutos en el caso de la persona con deterioro cognitivo para evitar la aparición de fatiga.

La sesión previa, donde se firmó el consentimiento informado y la sesión introductoria también fueron de vital importancia a la hora de tener una fuente

de información previa que ayudó a poder guiar las sesiones de la intervención. El tener información acerca de sucesos importantes de las personas sirve para dar pistas que ayudan al recuerdo de momentos, lugares o incluso personas importantes.

Durante las intervenciones surgieron algunos facilitadores que ayudaron de manera significativa a que las personas pudiesen recordar o reconstruir momentos pasados de sus vidas. Uno de estos facilitadores fue el uso de fotografías, para así estimular el recuerdo, este fue el gran facilitador que se encontró a la hora de realizar la intervención, ya que cuando las personas veían las fotografías instantáneamente recordaban sucesos de la época, o del día. En la intervención con la persona con deterioro cognitivo las fotografías sirvieron para traer recuerdos de momentos donde solo con las preguntas no conseguía recordar nada. De acuerdo con esto, Guitart considera las fotografías una metodología muy buena para conseguir crear una identidad personal autobiográfica (Guitart, 2012).

Desde otras disciplinas como la enfermería se han usado las fotografías como medio para elaborar libros de historia de vida. En estos casos, los libros, conformados por fotos servían para ayudar a las personas a recordar (Riley y Manias, 2004; Guse et al. 2000).

En ciertos momentos de la intervención fue necesario utilizar tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Estas tecnologías son muy beneficiosas para poder acceder a contenidos multimedia necesarios para la intervención (Lazar, Thompson y Demiris, 2014). Un uso beneficioso que se le dio a las TIC fue el acceso a música de la época de las personas entrevistadas, sirviendo esta para recordar momentos de su vida pasada (Onieva, Hernández, González, Parra y Fernández, 2018).

Otro de los aspectos fundamentales en la intervención basada en historia de vida es la figura del cuidador, durante las intervenciones con la persona con deterioro cognitivo siempre estuvo presente el cuidador. La figura del cuidador es imprescindible (Banerjee et al., 2003), en diversos momentos de la

“Este era yo”: historias de vida desde terapia ocupacional, barreras y facilitadores

intervención su papel fue crucial. Además, proporciona seguridad al entrevistado, ya que ve una cara conocida. Por otro lado, también la intervención sirve para que el cuidador conozca un poco más a la persona desde su propia perspectiva, y lo ayuda así a entenderlo y a forjar un vínculo más fuerte.

5. CONCLUSIONES

Tras analizar las barreras y facilitadores encontrados por el terapeuta ocupacional y las personas implicadas durante la intervención basada en la historia de vida, en el entorno domiciliario, de personas con y sin deterioro cognitivo, se concluyó que:

- Se encontraron diversas barreras. Por un lado, se identificaron dificultades en la forma de plantear las preguntas. El lenguaje técnico fue un factor negativo, lo cual se debe tener en cuenta a la hora de realizar las preguntas. Las sesiones demasiado largas producen fatiga en el entrevistado, especialmente en la persona con deterioro cognitivo, provocando respuestas cortas y con poca información.
- Se encontraron facilitadores que ayudaron a las personas a lo largo de la intervención, como son las canciones o la figura del cuidador. Este último fue esencial porque aportó información vital relevante para el proceso de intervención. Por último, las fotografías fueron el elemento facilitador de mayor utilidad en todo el proceso.
- Las barreras relacionadas con el lenguaje se solventaron utilizando un léxico común, de uso cotidiano en la población y básico. Además, las preguntas fueron realizadas de una en una, evitando la formulación conjunta de diferentes preguntas en un mismo momento, para simplificar la comprensión de estas por parte de los entrevistados.
- Por último, hay que destacar dos factores que se deben tener en cuenta. Por un lado, se ha realizado una sesión previa con la persona; esta sesión ayuda en gran medida a iniciar el proceso de intervención y facilita que la persona se relaje de forma previa a la primera sesión, la cual suele ser la de mayor nerviosismo para los participantes. El otro factor a considerar es el entorno utilizado; este debe caracterizarse por cumplir y atender las preferencias del entrevistado, para lograr un clima de comodidad, relajación y bienestar.

6. AGRADECIMIENTOS

Quería empezar agradeciendo a las personas que han hecho posible el trabajo, que no son otras que las personas que han participado en la intervención, tanto personas entrevistadas como al cuidador. Su ayuda y disposición en todo momento ha sido fundamental para poder desarrollar este trabajo.

Por último, agradecer a mis tutores por el trabajo y ayuda ofrecido, incluso superando con creces el cupo de horas que les corresponde para las tutorías del trabajo final de grado.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Addis, R. y Tippett, L. (2004). Memory of myself: Autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory*, 12 (1), 56-74.
2. Afonso, R.M., Duarte, E., Pereira, H., y da Graça, M. (2010). CONSTRUCCIÓN DE UN PROGRAMA INDIVIDUAL DE REMINISCENCIA PARA MAYORES CON DEMENCIA RESIDENTES EN UNA INSTITUCIÓN. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1),643-650. [fecha de Consulta 13 de abril de 2021]. ISSN: 0214-9877. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832325067>
3. American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington. (pp.334-358). VA: American Psychiatric Publishing
4. Banerjee, S., Murray, J., Foley, B., Atkins, L., Schneider, J., y Mann, A. (2003, 1 septiembre). Predictors of institutionalisation in people with dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. <https://jnnp.bmj.com/content/74/9/1315.info>
5. Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., y Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: a meta-analysis. *Aging & mental health*, 11(3), 291–300. <https://doi.org/10.1080/13607860600963547>
6. Bolívar, A. (2016). Las historias de vida y construcción de identidades profesionales. En M.H. Abrahão, L. Frison, C. Barreiro. *A Nova Aventura (Auto)Biográfica*. Tomo I (pp. 251-287). Porto Alegre: Edipucrs,
7. Bluck, S. y Habermas, T. (2000). The life story schema. *Motivation and Emotion*, 24, 121-147.
8. Butler, R.N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-70.
9. Butler, R.N. (2001). Life review. En G.L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging: A comprehensive resource in gerontology and geriatrics 3rd Ed.* (pp 790-795). Nueva York: Springer.
10. Chiang, K. J., Lu, R. B., Chu, H., Chang, Y. C., y Chou, K. R. (2007). Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 7–10. <https://doi.org/10.1002/gps.1824>
11. Custodio, N. Herrera, E. Lira, D. Montesinos, R. Linares, J. y Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330. Recuperado en 09 de

junio de 2021, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&tlng=es.

12. Davis M. C. (2004). Life review therapy as an intervention to manage depression and enhance life satisfaction in individuals with right hemisphere cerebral vascular accidents. *Issues in mental health nursing*, 25(5), 503–515. <https://doi.org/10.1080/01612840490443455>
13. Folstein, M. F., Folstein, S. E., y McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
14. Gibson, F. (1998). *Reminiscence and recall: A guide to good practice*. London: Age Concern.
15. Guitart, M. E. (2012). La Multi-metodología Autobiográfica Extendida (MAE). Una estrategia cualitativa para estudiar la identidad, los fondos de conocimiento y las formas de vida. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 17(2), 51–64. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=La+Multi-metodolog%C3%ADa+Autobiogr%C3%A1fica+Extendida+%28MAE%29%3A+una+estrategia+cualitativa+para+estudiar+la+identidad%2C+los+fondos+de+conocimiento+y+las+formas+de+vida&btnG=
16. Guse, L., Inglis, J., Chicoine, J., Leche, G., Stadnyk, L., y Whitbread, L. (2000). Life albums in long-term care: resident, family, and staff perceptions. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 21(1), 34–37. <https://doi.org/10.1067/mgn.2000.105788>
17. Haight B. K. (1988). The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects. *Journal of gerontology*, 43(2), 40–P44. <https://doi.org/10.1093/geronj/43.2.p40>
18. Instituto Nacional de Estadística. (22 de septiembre de 2020). *Proyecciones de Población 2020-2070*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística: https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf
19. Johnson, R. B., y Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14–26. <https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>
20. Jiménez-Echenique, J. (2018). La terapia ocupacional, fundamentos de la disciplina. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 59(Especial), 82-87. Recuperado en 27 de abril de 2021, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762018000300012&lng=es&tlng=es

“Este era yo”: historias de vida desde terapia ocupacional, barreras y facilitadores

21. Kielhofner, G. (2004). *Modelo de Ocupación Humana* (3.^a ed.). Editorial Médica Panamericana. <https://books.google.com.pe/books?id=hBQfhHCs-XlC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
22. Lazar, A., Thompson, H., y Demiris, G. (2014). A systematic review of the use of technology for reminiscence therapy. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, 41(1 Suppl), 51S–61S. <https://doi.org/10.1177/1090198114537067>
23. Linde, C. (1993). *Life stories: The creation of coherence*. Oxford: Oxford University Press.
24. Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Fernando Pascual, L., Montañés, J. A., y Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica [Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population]. *Medicina clinica*, 112(20), 767–774.
25. López, W.O. (2013). El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa. *Educere*, 17(56), 139-144 [fecha de Consulta 16 de junio de 2021]. ISSN: 1316-4910. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/356/35630150004.pdf>
26. McAdams, D. (1985). *Power, intimacy, and the life story: Personological inquiries into identity*. New York: Guilford Press
27. McAdams, D.P. (1993). *The stories we live by. Personal myths and the making of the self*. Nueva York: Guilford.
28. McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, 100-122.
29. McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., y Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International journal of older people nursing*, 5(2), 148–158. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x>
30. McKinney A. (2017). The value of life story work for staff, people with dementia and family members. *Nursing older people*, 29(5), 25–29. <https://doi.org/10.7748/nop.2017.e899>
31. Mileski, M., Baar Topinka, J., Brooks, M., Lonidier, C., Linker, K., y Vander Veen, K. (2018). Sensory and memory stimulation as a means to care for individuals with dementia in long-term care facilities. *Clinical interventions in aging*, 13, 967–974. <https://doi.org/10.2147/CIA.S153113>

“Este era yo”: historias de vida desde terapia ocupacional, barreras y facilitadores

32. Navarro, B., Latorre J. M., Lopez-Torres J., y Andrés, F. (2008, 23 mayo). Memoria autobiográfica y entrenamiento en revisión de vida como método de mejora del estado de ánimo en la vejez. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 02(4). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000200007
33. Onieva, M. D., Hernández, L., González, M. T., Parra, M. L., y Fernández, E. (2018). Music Intervention With Reminiscence Therapy and Reality Orientation for Elderly People With Alzheimer Disease Living in a Nursing Home: A Pilot Study. *Holistic nursing practice*, 32(1), 43–50. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000247>
34. Park, K., Lee, S., Yang, J., Song, T., y Hong, G. (2019). A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(11), 1581-1597. doi:10.1017/S1041610218002168
35. Plata, R. (2012). Intervención centrada en la persona, basada en la ocupación. A propósito de María. *Norte de salud mental*, X(44), 62–71. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjEo97Z76DwAhWkxIUkHUjFDEAQFjADegQIBxAD&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4116560.pdf&usq=AOvVaw21mkLaxbSRrJTA5ktnqk0b>
36. Riley, R.G. and Manias, E. (2004), The uses of photography in clinical nursing practice and research: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 48: 397-405. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03208.x>
37. Simó, S., y Urbanowski, R. El modelo canadiense del desempeño ocupacional I-II. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2006 [- 27/04/21-]; 3 (1): [27 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/Expertol.pdf>
38. Tanaka, K., Yamada, Y., Kobayashi, Y., Sonohara, K., Machida, A., Nakai, R., Kozaki, K. y Toba, K. (2007). Improved cognitive function, mood and brain blood flow in single photon emission computed tomography following individual reminiscence therapy in an elderly patient with Alzheimer’s disease. *Geriatrics and Gerontology International*, 7 (3), 305-309.
39. Tilburgs, B., Vernooij-Dassen, M., Koopmans, R., Weidema, M., Perry, M., y Engels, Y. (2018). The importance of trust-based relations and a holistic approach in advance care planning with people with dementia in primary care: a qualitative study. *BMC geriatrics*, 18(1), 184. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0872-6>
40. Trentham, B. (2007). Life storytelling, occupation, social participation and aging. *Occupational Therapy Now*, 9(5), 23-26.
41. Villar, F., y Triado, C. (2006). El estudio del ciclo vital a partir de historias de vida: una propuesta práctica. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.

“Este era yo”: historias de vida desde terapia ocupacional, barreras y facilitadores

42. Wang J. J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(12), 1235–1240. <https://doi.org/10.1002/gps.1821>
43. Wilson, A.E., y Ross, M. (2003). The identity function of autobiographical memory: Time is on our side. *Memory*, 11, 137-149.
44. XIV CONGRESO NACIONAL DE POBLACIÓN, AGE. (2014). *Consejo Superior Investigaciones Científicas*. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/agepoblacion-congresossevilla-02-2015.pdf>
45. Yamasaki, K., Izumi, T., y Nakatani, Y. (2013). Communication Support System Between Persons with Dementia and Family based on Memory Recollection and Life Story. *International Journal on Advances in Life Sciences*, 5(1 y 2). http://www.iariajournals.org/life_sciences/

8. ANEXOS:

8.1 Anexo I:

FOLLA DE INFORMACIÓN AO/Á PARTICIPANTE

TÍTULO DO ESTUDO: El libro de historia de vida como herramienta en Terapia Ocupacional: perspectivas de la población mayor

INVESTIGADOR: Antonio Domínguez Cuesta

Este documento ten por obxecto ofrecerlle información sobre un estudo de investigación no que se lle invita a participar. Se decide participar no mesmo debe recibir información personalizada do investigador, **ler antes este documento** e facer todas as preguntas que precise para comprender os detalles sobre o mesmo. Se así o desexa pode levar o documento, consúltalo con outras persoas, e tomar o tempo necesario para decidir se participar ou non.

A participación neste estudio é completamente **voluntaria**. Vd. pode decidir non participar ou, se acepta facelo, cambiar de parecer retirando o consentimento en calquera momento sen obriga de dar explicacións.

¿Cal é a finalidade do estudo?

O obxectivo do traballo ten como fin último analizar os procesos terapéuticos de historias de vida, identificando os factores que interveñen como una barreira e como un facilitador destas actividades, nunha mostra formada por persoas maiores.

¿Por que me ofrecen participar a min?

Vostede foi convidado xa que cumpre os criterios establecidos para a participación no estudo.

¿En que consiste a miña participación?

Ao longo de diferentes sesións, Vd. repasará as etapas da súa vida, dende a infancia ata a vida adulta media, comentando co investigador os seus recordos de carácter positivo e cun significado e valor na súa vida. O investigador guiará as sesións de traballo e faralle preguntas dirixidas a facilitar o proceso. Se non desexa comentar algún tema en particular, só terá que indicarllo e as sesións continuarán tratando outros aspectos da súa vida.

A súa participación terá unha duración estimada de 6 sesións e cada sesión durará entre 30 minutos e 1 hora.

¿Que molestias ou inconvenientes ten?

A súa participación non implica molestias adicionais as da práctica habitual neste tipo de actividades terapéuticas.

¿Obterei algún beneficio por participar?

Non se espera que Vd. obteña beneficio directo por participar no estudo. A investigación pretende descubrir aspectos descoñecidos ou pouco claros sobre as actividades terapéuticas consistentes no recordo e narración de historias de vida. Esta información poderá ser de utilidade nun futuro para mellorar este tipo de intervencións con outras persoas.

¿Recibirei a información que se obteña do estudo?

Se Vd. o desexa, facilitaráselle un resumo dos resultados do estudo.

¿Publicaranse os resultados deste estudo?

Os resultados deste estudo poderán ser remitidos a publicacións científicas para a súa difusión, pero non se transmitirá ningún dato que poida levar á súa identificación. As gravacións que se fagan durante a súa participación poden ser empregadas, só de forma confidencial.

O investigador garantirá sempre o anonimato e a confidencialidade dos participantes.

Información referente aos seus datos:

A obtención, tratamento, conservación, comunicación e cesión dos seus datos farase conforme ao disposto Regulamento Xeral de Protección de Datos (Reglamento UE 2016-679 del Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016), a normativa española sobre protección de datos de carácter persoal vixente, a Lei 14/2007 de investigación biomédica e o RD 1716/2011.

Os datos necesarios para levar a cabo este estudo serán recollidos e conservados de modo **seudonimizados (codificados)**. A seudonimización é o tratamento de datos persoais de maneira tal que non poden atribuírse a un/a interesado/a sen que se empregue información adicional. Neste estudo só o equipo investigador coñecerá o código que permitirá saber a súa identidade.

A normativa que rixe o tratamento de datos de persoas outórgalle dereito a acceder aos seus datos, opoñerse, corrixilos, cancelalos, limitar o seu

tratamento, restrinxir ou solicitar a supresión dos seus datos. Tamén pode solicitar unha copia dos mesmos ou que esta sexa remitida a un terceiro (dereito de portabilidade).

Así mesmo, vostede ten dereito a interpoñer unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos, cando considere que algún dos seus dereitos non foi respectado.

So o equipo investigador, que ten deber de gardar a confidencialidade, terá acceso a todos os datos recollidos no estudo. Poderase transmitir a terceiros información que non poida ser identificada. No caso de que algunha información sexa transmitida a outros países, realizarase cun nivel de protección dos datos equivalente, como mínimo, ao esixido pola normativa española e europea.

Ao rematar o estudo, ou o prazo legal establecido, os datos recollidos serán eliminados ou gardados anónimos para o seu uso en futuras investigacións segundo o que Vd. escolla na folla de firma do consentimento.

¿Existen intereses económicos neste estudo?

O investigador non recibirá retribución específica pola dedicación ao estudo.

Vd. non será retribuído por participar. É posible que dos resultados do estudo se deriven produtos comerciais o patentes; neste caso, Vd. non participará dos beneficios económicos orixinados.

¿Como contactar co equipo investigador deste estudo?

Vd. pode contactar con *Antonio Domínguez Cuesta* no teléfono 689 63 74 87 e/ou no enderezo electrónico antonio.dominguez@udc.es

Moitas grazas pola súa colaboración.

8.2 Anexo II:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: El libro de historia de vida como herramienta en Terapia Ocupacional: perspectivas de la población mayor

Eu, _____

- *Lin a folla de información ao participante do estudo arriba mencionado que se me entregou, puiden conversar con Antonio Domínguez Cuesta e facer todas as preguntas sobre o estudo necesarias.*
- *Comprendo que a miña participación é voluntaria, e que podo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta nos meus coidados médicos.*
- *Accedo a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.*
- *Presto libremente a miña conformidade para participar neste estudo.*

Ao rematar o estudo, os meus DATOS acepto que sexan:

- Eliminados.
- Conservados anonimizados para usos futuros noutras investigacións.

Asinado.: O/a participante,

Asinado.: O/a investigador/a que solicita o consentimento

Nome e apelidos: _____

Antonio Domínguez Cuesta

Data:

Data:

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA REPRESENTANTE LEGAL
PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN**

**TÍTULO: El libro de historia de vida como herramienta en Terapia
Ocupacional: perspectivas de la población mayor**

Eu, _____, representante legal de
_____:

- *Lin a folla de información ao participante do estudo arriba mencionado que se me entregou, puiden conversar con: Antonio Domínguez Cuesta, e facer todas as preguntas sobre o estudo.*
- *Comprendo que a súa participación é voluntaria, e que pode retirarse do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta nos seus coidados médicos.*
- *Accedo a que se utilicen os seus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.*
- *Presto libremente a miña conformidade para que participe neste estudo.*

Ao rematar o estudo, os seus DATOS acepto que sexan:

- Eliminados
- Conservados anonimizados para usos futuros noutras investigacións.

Asinado.: O/a representante legal,

Asinado.: O/a investigador/a
que solicita o consentimento

Nome e apelidos: _____
Cuesta

Antonio Domínguez

Data:

Data: