

EL CUENTO DE QUIÉNES SOMOS. EL APOORTE DE LA GERONTOLOGÍA NARRATIVA A LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Francisco Javier González Paredes*
Servicio Canario de Salud

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso complejo, multifactorial, que implica cambios a niveles físicos, emocionales, psicológicos y sociales de las personas. Los pacientes mayores institucionalizados suelen tener un grado de fragilidad y una tendencia a la dependencia mayor que el de otros usuarios, tanto a nivel biológico, como funcional y social. Es por ello que este tipo de pacientes requieran de una serie de cuidados con un marcado carácter integrador, rehabilitador y terapéutico, entre otros. Atendiendo a los pilares de la Atención Centrada en la Persona, este trabajo presenta un proyecto de intervención basado en el uso de la Gerontología Narrativa, con el objetivo de elaborar las Historias de Vida de varios pacientes de una residencia geriátrica de la isla de Tenerife, persiguiendo la mejoría de su estado anímico y el diseño posterior de actividades e intervenciones enfermeras cargadas de significado para cada uno de ellos.

PALABRAS CLAVE: envejecimiento, atención centrada en la persona, gerontología narrativa, historias de vida, anciano institucionalizado.

THE STORY OF WHO WE ARE. THE CONTRIBUTION OF NARRATIVE GERONTOLOGY TO PATIENT-CENTERED CARE

ABSTRACT

Aging is a complex, multifactorial process, which involves changes at physical, emotional, psychological and social levels in people. Institutionalized elderly patients usually have a degree of frailty and a tendency to dependence, both biologically, as well as functionally and socially. It is for this reason that this type of patient requires a series of care with a marked integrative nature, rehabilitative and therapeutic, among others. According Person-Centered Care aims, this article presents an intervention project based on Narrative Gerontology, to elaborate the Life Stories of several patients of a nursing home in Tenerife, searching for the improvement of their state of mind and the subsequent design of nursing activities and interventions loaded with meaning for each of them.

KEYWORDS: aging, person-centered care, narrative gerontology, life stories, institutionalized elderly.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso heterogéneo, que no ocurre de igual forma en todos de los individuos de una misma especie, aunque exista una base biológica común y algunas afecciones se compartan (Hoyl, 1984). Es por ello que se hace más difícil establecer un concepto único y universal de envejecimiento que se ajuste de igual modo para todas las personas. Podemos considerar que el envejecimiento es un proceso complejo, multifactorial, que se ve afectado tanto por los factores intrínsecos de los individuos como por el entorno y sus relaciones. Implica, no solo una variación física de los individuos, sino que va de la mano de una serie de modificaciones a nivel psicológico y social, entre otros aspectos. Es por ello que su significado, sus resultados e implicaciones variarán en función de la connotación que cada cultura haga de él, así como de la biografía y el medio social en que se desarrolla cada individuo (Alvarado García y Salazar Maya, 2014; Sánchez Hidalgo y Sánchez Hidalgo, 2014).

Existen varias teorías que tratan de explicar el proceso de envejecimiento. La más comúnmente aceptada es la Teoría del Desarrollo Vital de Erikson, la cual amplía los conceptos de desarrollo psicosexual de Freud hacia el desarrollo del contexto psicosocial de las personas, a lo largo de toda su historia de vida (Erikson, 1968; Bordignon, 2005). Erikson entiende el desarrollo psicosocial de las personas como un continuo, dividido en 8 etapas consecutivas. El paso de una etapa a otra viene dado por las exigencias personales y ambientales otorgadas por la sociedad, y cada paso supone un momento de crisis dicotómica, entendido este último término desde el punto de vista de «cambio» y no desde una perspectiva negativa del mismo (Erikson, 1968).

Según refiere el autor, en el momento de crisis ocurre el establecimiento de una «dialéctica entre fuerzas sintónicas y distónicas», y del resultado de esta se establece un patrón de resolución adaptativo positivo, del cual emerge una fuerza positiva, virtud o potencialidad; mientras que, en caso de no resolverse, se establece una situación que conduce a una patología, un estado negativo de defecto o fragilidad (disonía) (Bordignon, 2005). De tal forma, la construcción de la identidad y el desarrollo social del individuo es continuo y sumatorio, siguiendo el principio epigenético postulado por Erikson que determina que «todo ser vivo tiene un plano básico de desarrollo, y es a partir de este plano que se agregan las partes, teniendo cada una de ellas su propio tiempo de ascensión, maduración y ejercicio, hasta que todas hayan surgido para formar un todo en funcionamiento» (Erikson, 1968; Erikson y Erikson, 2000). Siguiendo esta idea, el paso continuo de cada individuo a través de los diferentes puntos de crisis irá estableciendo el todo que conformará al individuo en sus fases finales. De tal forma, los ocho estadios iniciales propuestos por

* Doctor en Biología, Enfermero. Complejo Hospital Universitario de Canarias (CHUC). Servicio Canario de Salud. *E-mail*: fgonzalez.paredes@gmail.com.

Erikson son jerárquicos, procesales y en continuo desarrollo (Erikson, 1968; Erikson y Erikson, 2000). Atendiendo al último estadio de Adultez tardía o Vejez, Erikson plantea una crisis psicosocial entre dos elementos vitales: la Integridad (elemento sintónico) y la Desesperanza (elemento distónico). En este punto, el objetivo es la obtención de la integridad, que supone la aceptación de la propia persona: su historia personal, la integración emocional de los estadios anteriores, la aceptación de su contribución a la humanidad a través de su propio estilo de vida y su historia, entre otros aspectos (Bordington, 2005). En caso de no lograrse, el adulto se ve abocado a una situación de desesperanza que incluye una situación de desespero, ausencia de valores, falta de aceptación de sí mismo, desdén y miedo a la muerte (Aguarón-García, 2016; Erikson, 1968). Posteriormente, la esposa de Erikson, Joan M. Erikson, reformuló la teoría de su esposo añadiendo una nueva etapa al ciclo (entre los 80-90 años), enfocada hacia la Gerotranscendencia (Erikson y Erikson, 2000). En este último proceso, propone que la persona anciana se verá sometida a un deterioro físico considerable que amenazará directamente su autonomía, los logros de toda la vida, su independencia, y en la cual las fortalezas y virtudes logradas a lo largo de las anteriores etapas obtendrán un valor crítico para superar este proceso (San Martín-Petersen, 2008). Los logros a obtener en este último proceso de crisis serían la esperanza y la fe (San Martín-Petersen, 2008). Lars Tornstam, en su Teoría de la Gerotranscendencia, define este proceso como «un cambio en la metaperspectiva de una visión materialista y racional a una visión cósmica y trascendente, acompañada, por lo general, de un incremento de satisfacción vital» (Tornstam, 2005). A grandes rasgos, el autor defiende que las personas desarrollan signos de trascendencia en tres aspectos: a nivel cósmico, personal y social; siempre bajo la influencia de la historia vital de cada individuo, así como por los aspectos culturales y sociales que lo rodean (Tornstam, 2005). En cuanto al aspecto personal, Tornstam propone que ocurre una pérdida de interés por uno mismo como el centro de las cosas y existe una reflexión personal sobre los aspectos de la personalidad y la historia de vida de cada uno, entre otros signos (Tornstam, 2005). J. Erikson, en su obra del año 2000, hablaba del término de trascendencia como un estado asociado a la tranquilidad de espíritu por parte de las personas mayores, ligado a la búsqueda de madurez y sabiduría, acorde con su teoría. Establecían como elementos comunes, entre otros, que las personas en este punto de su ciclo de desarrollo vital, el tiempo se desdibuja, ciñéndose a los próximos inmediatos (hoy, próxima semana), quedando la ventana de tiempo reducida a lo circunscrito al momento actual, existe una pérdida del miedo a la muerte, la cual se aprecia como sintónica; se busca el espacio personal para la reflexión y la autoobservación (San Martín-Petersen, 2008).

Las personas mayores institucionalizadas poseen una serie de características definitorias que las diferencian de personas de edades más jóvenes. Este tipo de pacientes suelen tener un grado de fragilidad y una tendencia a la dependencia mayor que el de otros usuarios, tanto a nivel biológico como funcional y social (Mayán Santos, 2005). Es por ello, que la atención de estos pacientes debe enfocarse desde un punto de vista biopsicosocial, y cumplir con una serie de características.

Según el estudio publicado por el Departamento de Población del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) en su revista digital *Envejecimiento*



en Red, en 2020 había 9 198 114 personas mayores de 65 años en España, de las cuales 312 688 se encontraban institucionalizadas (Abellán García *et al.*, 2020). En Canarias, según los datos recogidos en el Instituto Canario de Estadística, se computaban un total de 361 259 personas mayores de 65 años a fecha de 1 de enero de 2021, de las cuales 161 682 eran hombres y 199 577 mujeres. Los datos recogidos en la «Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios» del mismo Instituto, en su versión más reciente de 2018, muestran que 95 159 personas mayores de 65 años presentaban alguna limitación en su actividad diaria y requerían la asistencia a un centro de apoyo o institución. Sin embargo, según la misma encuesta, únicamente 9907 personas se encontraban acudiendo a un centro de apoyo o institución; lo que supone cerca del 10,5% de la población que lo requería. Aunque no se han encontrado datos propios de Canarias acerca del número de pacientes mayores de 65 años institucionalizados, según el informe anteriormente mencionado del Departamento de Población del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), en 2020 existían en torno a 6102 personas institucionalizadas en Canarias (Abellán García *et al.*, 2020).

La OMS definió en 2016 la Atención Centrada en la Persona (ACP) como aquella «forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales» (OMS, 2016).

La Gerontología Narrativa es aquella parte de la Gerontología que trata de estudiar el proceso de envejecimiento desde el aspecto subjetivo de las personas de interés, a través de las historias y vivencias que narran, partiendo de la premisa de que la vejez se establece como el momento por excelencia en el que las habilidades narrativas cobran mayor significado, ya que los recuerdos y la integración de las vivencias poseen una mayor importancia (Plaza Carmona *et al.*, 2017; Salazar, 2015). Es por ello que varios autores defienden que los programas de intervención basados en la Atención Centrada en el Paciente deben tener un sustento en un enfoque narrativo (Villar y Serrat, 2017). Las técnicas narrativas utilizadas en Gerontología se basan en los procesos de reminiscencia. Dentro de las distintas herramientas empleadas en la Gerontología Narrativa se encuentran las Historias de Vida; siendo esta un relato autobiográfico que realiza una persona de su vida o experiencias, a través de la intervención o guía de otra, que se apoya en otro tipo de documentos o información complementaria aportados por el investigador con el fin de apoyar o reformar ciertos aspectos del relato narrado (Plaza Carmona *et al.*, 2017).

En palabras del sociólogo Pereira de Querioz recogidas en el trabajo de Veras: «lo importante de una historia de vida es que sean captadas las experiencias del entrevistado. Él es quien determina qué es relevante o no para ser narrado (...). Nada puede ser considerado superfluo, pues todo se encadena para componer y explicar su existencia» (Veras, 2010).

El trabajo con los pacientes de edades avanzadas a través de las Historias de Vida está enfocado a potenciar un proceso de envejecimiento lo más favorecedor posible para ellos, con un fuerte arraigo en la teoría del Desarrollo del Ciclo Vital



de Erikson, principalmente, y en la Teoría de la Gerotranscendencia de Tornstam, con la búsqueda del mantenimiento del Proyecto de Vida.

La Historia de Vida se considera una técnica de investigación cualitativa, de tipo descriptivo, con un elevado carácter subjetivo. Pero, además, como se ha descrito anteriormente, supone una herramienta terapéutica narrativa intrínseca a todo ser humano, y con un mayor desarrollo a medida que alcanza mayores edades. Para su elaboración, es habitual el empleo de otras técnicas gráficas de apoyo que ayuden a orientar las sesiones de reminiscencia, como son el Genograma, el Ecograma y la Línea de Vida. El Genograma es una representación gráfica de la familia de la persona a modo de mapa conceptual que recopila información acerca de sus miembros y de las relaciones de parentesco de esta. En el genograma se registra nombre, sexo y edad (o fecha de muerte) de cada individuo (Vernet-Aguiló, 2001). El Ecograma resume, de forma gráfica, las relaciones establecidas por el individuo con su medio ambiente (personas de cercanía, vecindario, amigos...). Se utiliza para estimar la cantidad y calidad de las relaciones socioafectivas del individuo en un momento dado de su vida (Vernet-Aguiló, 2001). La Línea de Vida es otra herramienta metodológica muy utilizada en distintos estudios de investigación. Según la definición aportada por Gramling y Carr (2004), se corresponde con «una representación del pasado y del presente de la historia de vida, que permite visualizar los acontecimientos en orden cronológico y señala la importancia o significado de éstos».

Varios autores han destacado que el uso de las Historias de Vida en la práctica enfermera tiene una serie de beneficios como son el fomento de la humanización de los cuidados (Martin-Zarza y Santos-Martínez, 2016), la personalización de los cuidados en la práctica enfermera que se brindan a cada paciente con intervenciones y actividades más centradas en el plan de actuación de la Atención Centrada en la Persona (Martin-Zarza y Santos-Martínez, 2016; Prats-Roselló y Vernhes, 1996), ofrecer unos cuidados más holísticos a la persona institucionalizada (Aguarón-García, 2016), ayudar a los ancianos a detectar y resolver asuntos pendientes con su pasado, y a disfrutar de los recuerdos evocados; entender, de primera mano, el proceso de envejecimiento a través de los ojos de los propios protagonistas de las historias (Aguarón-García, 2016), ofrecer unos cuidados más holísticos a la persona institucionalizada (Aguarón-García, 2016), la estimulación de la memoria, así como el refuerzo espaciotemporal de los individuos (Martin-Zarza y Santos-Martínez, 2016), fomentar la identidad personal y fortalecimiento del autoconcepto (Martin-Zarza y Santos-Martínez, 2016; Wang, 2005), y mejorar en la situación emocional, disminución de la ansiedad y depresión (Serrano *et al.*, 2004; Wang, 2005; Fortuna-Terrero, 2016).

Los centros de institucionalización con un claro enfoque en la Atención Centrada en la Persona, no solo se han de basar en una Valoración Integral del Anciano institucionalizado que aporte información biopsicosocial, sino que han de tener en cuenta aquellas capacidades y fortalezas con las que cuenta cada individuo que lo hacen especial y lo caracterizan como persona dentro del grupo social del centro; y cuáles son sus expectativas y el desarrollo de su proyecto vital (Martin-Zarza y Santos-Martínez, 2016). Para ello, se hace imprescindible, no solo utilizar técnicas de estudio cuantitativas, sino emplear técnicas cualitativas adecuadas para conocer la



biografía de la persona, como son las entrevistas al paciente y la elaboración de las Historias de Vida acompañados por personal entrenado para ello.

El presente trabajo presenta un Proyecto de Intervención para la promoción de la Atención Centrada en la Persona de pacientes geriátricos institucionalizados a través de la elaboración sus Historias de Vida, cuyos objetivos son mejorar el estado anímico de los pacientes geriátricos institucionalizados y ayudar a las enfermeras para la implementación de intervenciones más significativas para los pacientes, de acuerdo con lo promulgado por los planes de Atención Centrada en la Persona.

Aunque este tipo de proyectos tiene un amplio enfoque multidisciplinar, las enfermeras con un buen entrenamiento y desarrollando las habilidades y capacidades necesarias para el mismo pueden ser líderes para gestionar estas iniciativas debido a que es el personal que más tiempo pasa con los pacientes, quienes más pueden conocerlos y quienes pueden ser sus referentes durante este proceso tan personal, como ya han puesto de manifiesto experiencias anteriores (Mariano-Juárez *et al.*, 2013; Skott, 2001).

Por último, cabe destacar que este proyecto podría considerarse un primer paso en la elaboración futura de los Proyectos de Vida de los pacientes del centro seleccionado, según lo sugerido por Martínez-Rodríguez (2019); con el fin último de mejorar la calidad de vida de estos, facilitando un proceso de envejecimiento exitoso acorde con lo propuesto por Erikson en su Teoría del Ciclo Vital y siguiendo los postulados de la Gerotrascendencia planteados por Tornstam.

MATERIAL Y MÉTODO

El proyecto que se propone consta de dos apartados. En primer lugar, la valoración del nivel de ansiedad y depresión de pacientes geriátricos institucionalizados y su variación a través de los procesos de reminiscencia que implican la elaboración de las Historias de Vida de cada uno. En segundo lugar, este trabajo pretende aportar un aspecto práctico directo y servir de apoyo al personal de enfermería a la hora de diseñar intervenciones más adecuadas con cada paciente, fomentando los pilares de la Atención Centrada en la Persona.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Con el fin de evaluar los cambios en los parámetros de ansiedad y depresión de los participantes del estudio, al finalizar las sesiones destinadas a la elaboración de las Historias de Vida, se llevará a cabo un ensayo clínico controlado aleatorizado. De tal forma, se seleccionarán un total de 15 pacientes institucionalizados, a los que se les planteará participar en el Proyecto de Intervención propuesto, formando parte del grupo de estudio. Además, con el fin de evaluar si existen cambios en el estado anímico de los pacientes a nivel de sus grados de ansiedad y depresión, se elegirán 15 pacientes como grupo control, que cumplan los criterios de inclusión en el proyecto pero que no participarán en las sesiones de reminiscencia ni en la elaboración



de sus Historias de Vida; y a los que se les realizará el mismo seguimiento en cuanto a sus niveles de ansiedad y depresión. De tal forma, se podrá comparar el efecto de las sesiones de reminiscencia empleadas en el grupo de estudio.

Tras la elaboración de las Historias de Vida, las propuestas de las intervenciones enfermeras y las actividades basadas en la información obtenida de cada relato; y tras un tiempo de implementación de estas, se reevaluarán los parámetros de ansiedad y depresión del grupo de estudio con el fin de evaluar si las actividades propuestas han modificado el estado anímico de los pacientes.

PARTICIPANTES, CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ABANDONO

Contaremos con un grupo de 30 pacientes geriátricos institucionalizados divididos en dos grupos de 15. Para formar parte de este proyecto de Intervención, los pacientes han de cumplir los siguientes criterios.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 65 años institucionalizados.
- Pacientes que acuerden participar, voluntariamente, en el proyecto de intervención, a través de la firma del consentimiento informado.
- Pacientes que hayan permanecido ingresados en la institución los últimos 3 meses.
- Pacientes que no presenten ninguna dificultad comunicativa ni de comprensión.

Criterios de exclusión

- Pacientes que rechacen formar parte del proyecto y no firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que lleven menos de 3 meses ingresados en la institución.
- Pacientes que presenten alguna dificultad comunicativa o de comprensión.

Criterios de abandono

- Pacientes que fallezcan o sufran ingreso hospitalario durante el tiempo de ejecución del Proyecto de Intervención.
- Pacientes que retiren su consentimiento para formar parte del estudio.
- Pacientes que abandonen la institucionalización.
- Pacientes que sufran alguna alteración cognitiva que les influya en su capacidad comunicativa y/o de comprensión.



- *Funcionalidad de la Reminiscencia*: variable cualitativa que se clasifica en 8 categorías distintas que incluyen Renacimiento de la Amargura, Disminución del Aburrimiento, Conversación, Preparación para la Muerte, Identidad, Mantenimiento de la Intimidad, Solución de Problemas y Enseñar/Informar.
- *Depresión*: variable cualitativa que engloba los pacientes en situación normal, con depresión leve, o depresión severa.
- *Ansiedad*: variable cualitativa que categoriza a los pacientes en situación ausencia, mínima presencia o máxima presencia.

Instrumentos de recogida de datos y de medida

- *Escala de Funciones de la Reminiscencia (Reminiscence Functions Scale, RFS)*. Establece 8 tipos de usos de los procesos de reminiscencia: Renacimiento de la Amargura, Disminución del Aburrimiento, Conversación, Preparación para la Muerte, Identidad, Mantenimiento de la Intimidad, Solución de Problemas y Enseñar/Informar. La escala cuenta con 43 preguntas cuyo procedimiento de respuesta es tipo Likert con 6 niveles de respuesta (1: nunca, 2: casi nunca, 3: poco frecuente, 4: ocasionalmente, 5: a menudo, 6: muy frecuentemente). Cada pregunta está relacionada con una función determinada. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada frase determina el grado de uso de cada función de reminiscencia por parte del paciente entrevistado (Webster, 1993).
- *Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS)*. Esta escala fue diseñada para la detección de aspectos depresivos en personas mayores. Consta de 30 preguntas a responder con Sí o No por parte del entrevistado. Cada respuesta se contabiliza como adecuada o inadecuada. En función del número de respuestas inadecuadas, se considera que el paciente se encuentra en un estado normal si el número de respuestas inadecuadas está entre 0 y 9, o si está entre 10-19 se clasificará como paciente deprimido leve, y por encima de 20, como deprimido severo (Yesavage *et al.*, 1983).
- *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)*. Esta escala valora los síntomas cognitivos y conductuales que presentan pacientes sometidos a un padecimiento crónico, basándose en los 7 días previos a la entrevista con el paciente. La HADS está formada por dos subescalas de 7 ítems cada una que valoran ansiedad (ítems 1-7) y depresión (ítems 8-14) de forma independiente. Durante la entrevista, cada ítem debe ser valorado entre 0 y 3, siendo 0: ausencia/mínima presencia y 3: máxima presencia. A mayor puntuación obtenida, mayor gravedad de los síntomas estudiados (Zigmond y Snaith, 1983; De las Cuevas-Castresana *et al.*, 1995).



PROCEDIMIENTO

Se designará a una enfermera como Profesional de Referencia para cada paciente que vaya a participar en la elaboración de su Historia de Vida. De tal forma, se fomentará el establecimiento de una relación cercana y de confianza y que aporte continuidad al ejercicio de reminiscencia y a la elaboración de la Historia de Vida.

Las sesiones de intervención se desarrollarán con una frecuencia de 2-3 veces por semana, en función del acuerdo llegado con el paciente. Cada sesión de intervención tendrá una duración de 60 minutos. Las sesiones se harán de forma individual, en un espacio a elección del paciente que ofrezca intimidad y tranquilidad, y donde se puedan llevar a cabo las entrevistas sin interrupción. Todas las sesiones, a excepción de la primera, se grabarán haciendo uso de una grabadora de voz. Dichos registros serán utilizados posteriormente para su revisión por parte de las enfermeras de referencia y para la elaboración de la Historia de Vida.

En la primera sesión, la enfermera comenzará la misma conversando con el paciente y tratando de que, a través del diálogo, vaya sintiéndose cada vez más cómodo. Tras esto, se tomarán los datos sociodemográficos del participante y se le entrevistará para completar las Escalas de Funcionalidad de la Reminiscencia, la Escala de Depresión Geriátrica y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Para finalizar, se acordará con el paciente la fecha para una nueva sesión y se le informará de lo que se realizará durante la misma.

En la segunda sesión, se iniciará el trabajo de reminiscencia a través de la elaboración del genograma y el ecograma. Estas dos herramientas serán utilizadas por el profesional de referencia para guiar las posteriores sesiones de reminiscencia enfocadas a la elaboración de la Historia de Vida.

A partir de la tercera sesión, y en sucesivas, se procederá con las entrevistas destinadas a recopilar la información biográfica que conducirá a la elaboración de Historia de Vida del paciente.

Las sesiones de reminiscencia se abordarán de tal forma que se hable sobre toda la vida del paciente, organizada a través de cuatro periodos largo de su vida: infancia, juventud, edad adulta y jubilación (antes de entrar en la residencia). Para ello, la enfermera podrá hacer uso del Genograma y el Ecograma. Durante estas sesiones, se irá completando la Línea de Vida de cada paciente para su posterior análisis.

Al finalizar las sesiones de reminiscencia con el profesional de referencia, se volverá a entrevistar al paciente para rellenar, de nuevo, la Escala de Funciones de la Reminiscencia, la Escala de Depresión Geriátrica y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, con el fin de evaluar los posibles cambios sucedidos tras la intervención.

La información obtenida durante las sesiones de reminiscencia será trascrita y categorizada en cada periodo de vida del paciente, recogiendo menciones literales realizadas por cada paciente. Para completar la información aportada por el paciente, se podrán incluir otros materiales que se consideren significativos como fotografías, lecturas y escritos.



ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVO

Dentro de la investigación cualitativa, partiendo de una perspectiva de análisis constructivista y fenomenológico interpretativo, se han seleccionado los métodos más adecuados para el desarrollo de esta. Con la finalidad de poder realizar la comparación, se utilizan dos métodos complementarios, grupos focales y trabajo individual, con enfoques epistemológicos similares, que proporcionan datos paralelos y nos permiten realizar la triangulación, «para crear una interpretación única, válida y precisa» (Gibbs, 2012). El método fenomenológico de análisis de datos cualitativos persigue entender los fenómenos vivenciados por las personas a través del análisis de sus descripciones o relatos (Gutiérrez-García, 2021).

GRUPO FOCAL DE ANÁLISIS DE RELATOS

Con respecto al análisis y evaluación de los datos recogidos en las sesiones de reminiscencia de cada enfermera con su paciente, se propone la creación de un grupo focal de trabajo en el cual, cada enfermera presentará el relato de su paciente al resto de profesionales de referencia. Dentro de este grupo, se considera de interés que pueda incluirse otro tipo de profesionales del centro como psicólogos y terapeutas, con el fin de aportar una visión transdisciplinar en el análisis.

De forma resumida, en una primera lectura, se leerá, de forma completa, el relato, buscando entender el sentido global del mismo. Seguidamente, en una segunda lectura, se buscarán puntos de interés en el relato, de máxima intensidad por parte del narrador, enmarcándolos en las fases de estudio propuestas en el proyecto: infancia, juventud, edad adulta y jubilación (antes de entrar en la residencia). Finalmente, se ahondará en cada fase a través del relato recogido, categorizando las experiencias y sintetizando las mismas, estableciendo puntos que sean considerados como de interés para el paciente.

Tras este análisis, se elaborará un documento que contendrá el relato del paciente ordenado de forma cronológica, así como una revisión de su Genograma, su Ecograma, su Línea de Vida y cualquier otra documentación gráfica que pudiera ser útil para completar dicho documento. De esta forma, se constituirá la Historia de Vida del paciente. Se hará entrega de una copia de este documento al paciente y se incluirá en su Historia Clínica.

GRUPO FOCAL DE DISEÑO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

Una vez elaborada la Historia de Vida de cada participante, se constituirá un grupo focal formado por las Enfermeras de Referencia y el resto de las enfermeras del centro. Este grupo, partiendo de las conclusiones obtenidas en el grupo focal de análisis de los relatos y las Historias de Vida elaboradas, y bajo la guía de las Enfermeras de Referencia, será el responsable de revisar las intervenciones enfermeras recogidas en el Plan Actividades de Enfermería de cada paciente y establecer,



de forma conjunta y consensuada, los cambios en las mismas y en las actividades diarias de cada paciente que puedan resultar más satisfactorias y sean más significativas para cada uno. Dichas propuestas serán incluidas en la Historia Clínica de cada paciente junto con su Historia de Vida.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los profesionales que participarán en el presente proyecto de intervención garantizarán la confidencialidad de los datos recogidos acorde a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Igualmente, se garantizará la libre disposición por parte de los participantes de abandonar el proyecto en cualquier momento, previa solicitud al equipo director del proyecto, de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Los datos recogidos durante la ejecución del proyecto solo podrán ser empleados con fines científicos y para la implementación de nuevas intervenciones enfermeras de acuerdo a lo estipulado en los objetivos del presente proyecto. De igual modo, los datos obtenidos no podrán ser utilizados, sin autorización previa, para otra finalidad distinta de la recogida en los objetivos del presente proyecto.

El personal que desarrolla su labor bajo las directrices de este proyecto garantiza que se respetará la normativa en materia de bioética recogida en el informe Belmont y en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

RECIBIDO: 15/5/2022; ACEPTADO: 20/9/2022



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABELLÁN GARCÍA, A., ACEITUNO NIETO, P., FERNÁNDEZ MORALES, I., RAMIRO FARIÑAS, D. y PUJOL RODRÍGUEZ, R. (2020). «Una estimación de la población que vive en residencias de mayores». *Informes Envejecimiento en red [en línea]* [fecha de acceso 16 de marzo de 2022]; URL disponible en <https://envejecimientoenred.es/estimacion-de-la-ocupacion-en-residencias-de-personas-mayores-por-comunidad-autonoma-2020/>.
- AGUARÓN-GARCÍA, M.J. (2016). *La Historia de Vida como Herramienta en la Mejora de los Cuidados Gerontológicos*. [Tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2016.
- ALVARADO GARCÍA, A. y SALAZAR MAYA, A. (2014). «Análisis del concepto de envejecimiento». *Gerokomos*, 25(2): 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.
- BORDINGNON, N.A. (2005). «El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto». *Revista Lasallista de Investigación*, 2 (2): 50-63.
- DE LAS CUEVAS-CASTRESANA, C., GARCÍA-ESTRADA PÉREZ, A. y DE RIVERA, G. (1995). «Hospital Anxiety and Depression Scale” y Psicopatología Afectiva». *An Psiquiatría*, 11(4): 126-130. Disponible en http://psicoter.es/pdf/95_A138_03.pdf.
- ERIKSON, E. y ERIKSON, J. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Editorial Paidós.
- ERIKSON, E. (1968a). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- FORTUNA-TERRERO, F.B. (2016). *Reminiscencia en Adultos Mayores No Institucionalizados de República Dominicana: Seguimiento de una Intervención*. [Tesis doctoral]. Valencia: Universitat de València.
- GIBBS, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. Madrid (España). Ed. Morata.
- GRAMLING, L.F. y CARR, R.L. (2004). «Lifelines: a life history methodology». *Nurs Res*, 53(3): 207-210. <https://doi.org/10.1097/00006199-200405000-00008>.
- GUTIÉRREZ-GARCÍA, A.I., SOLANO-RUIZ, C., SILES-GONZÁLEZ, J. y PERPIÑÁN-GALVAN, J. (2021). «Life Histories and Lifelines: A Methodological Symbiosis for the Study of Female Genital Mutilation». *Int. J. Qual. Methods.*, 20: 1-11. <https://doi.org/10.1177/16094069211040969>.
- HOYL MORENO, T. (1984). «Teorías actuales de envejecimiento». *Ars Médica*, 13 (3): 1-17. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v32i2.258>.
- MARIANO-JUÁREZ, L., RODRÍGUEZ-MARTÍN, B. y CONDE-CABALLERO, D. (2013). «Cuidados basados en narrativas. Redefiniendo la jerarquía de la evidencia». *Index Enferm [on line]*, 22(1-2). Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100012.
- MARTÍNEZ-RODRÍGUEZ, T. (2019). *Guía para activar el proyecto de vida de personas mayores que viven en entornos residenciales. Prestación del catálogo de servicios sociales*. Ed. Junta de Castilla y León.
- MARTIN-ZARZA, E., SANTOS-MARTÍNEZ, V. (2016). «Las historias de vida y su manejo terapéutico en los centros gerontológicos». *Neurama*, 3(1): 16-22. Disponible en <http://psicogerontologia.org/wp-content/uploads/2014/02/articulo3.pdf>.
- MAYÁN SANTOS, J.M. (2005). «Las personas mayores en el ámbito sociosanitario», en *Enfermería de Cuidados Sociosanitarios*. Madrid (España): DAE Editorial, pp. 153-164.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2016). *Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona*. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253079/A69_39-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- PLAZA CARMONA, M., REQUENA HERNÁNDEZ, C. y ÁLVAREZ MERINO, P. (2017). «La Narrativa Gerontológica. Perspectiva Subjetiva del Conocimiento de la Vejez». *INFAD Revista de Psicología*, (2): 57-66. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1079>.
- PRATS-ROSELLÓ, L. y VERNHES, T. (1996). «Cuando el silencio habla». *Gerokomos*, 19 (8):11-14.
- RYBARCZYK, B. y AUERBACH, S. (1990). «Reminiscence interviews as stress management interventions for older patients undergoing surgery». *Gerontologist*, 30: 522-528. <https://doi.org/10.1093/geront/30.4.522>.
- SALAZAR, M. (2015). «Aproximaciones desde la Gerontología narrativa: La memoria autobiográfica como recurso para el desarrollo de la identidad en la vejez». *Anales en Gerontología*, 7(7): 41-68. Disponible en <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/17537/24842>.
- SAN MARTÍN-PETERSEN, C. (2008). «Espiritualidad en la Tercera Edad. Psicodebate». *Psicología, Cultura y Sociedad*, (8): 111-128. <https://doi.org/10.18682/pd.v8i0.420>.
- SÁNCHEZ HIDALGO, E., SÁNCHEZ HIDALGO, L. (1990). *La psicología de la vejez*. 5.ª ed. Puerto Rico: Editorial Universitaria.
- SERRANO, J.P., LATORRE, J.M., GATZ, M., MONTANES, J. (2004). «Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology». *Psychol. Aging*, 19(2): 270-277. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.2.270>.
- SKOTT, C. (2001). «Caring narratives and the strategy of presence: narrative communication in nursing practice and research». *JAMA*, 286 (15): 1897-1902. <https://doi.org/10.1177/08943180122108364>.
- TORNSTAM, L. (2005). *Gerotranscendence: A Developmental Theory of Positive Aging*. EE. UU. Ed. Springer.
- VERAS, E. (2010). «Historia de vida: ¿un método para las ciencias sociales?». *Cinta de Moebio*, (39): 142-152. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2010000300002>.
- VERNET-AGUILÓ, F (2001). «La historia de vida en la intervención gerontológica: instrumentos y método para la elaboración». *Gerokomos*, 12 (4): 148-156. Disponible en <http://gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/12-4-2001-148.pdf>.
- VILLAR, F., SERRAT, R. (2017). «Hable con ellos: cuidados narrativos en el marco de una atención centrada en la persona». *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 52(4): 216-222. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.06.004>.
- WANG, J.J. (2005). «The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan». *Int J. Geriatr. Psychiatry*, 20(1): 57-62. <https://doi.org/10.1002/gps.1248>.
- WEBSTER, J.D. (1993). «Construction and Validation of the Reminiscence Functions Scale». *J. of Gerontol*, 48: 256-262. <https://doi.org/10.1093/geronj/48.5.P256>.
- YESAVAGE, J.A., BRINK, T.L., ROSE, T.L., LUM, O., HUANG, V., ADEY, M.B. y LEIRER, V.O. (1983). «Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report». *J. of Psychiatr. Res.*, 17: 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4).
- ZIGMOND, A.S. y SNAITH, R.P. (1983). «The Hospital Anxiety and Depression Scale». *Acta Psychiatr Scand*, 67: 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.



