

**LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN
PACIENTES GERIÁTRICOS
INSTITUCIONALIZADOS. LA IMPORTANCIA DE
LAS HISTORIAS DE VIDA.**

Alumno:

Francisco Javier González Paredes

Tutor académico:

Alfonso Miguel García Hernández

Grado en Enfermería.

**Sección Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de La Laguna**

RESUMEN

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 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 la de otros usuarios, tanto a nivel biológico, como funcional y social. Además, como todo paciente hospitalizado o institucionalizado, se ven sometidos a una serie de situaciones que merman su imagen personal, identidad, intimidad... Es por ello, que este tipo de pacientes requieran de una serie de cuidados con un marcado carácter integrador, rehabilitador y terapéutico, entre otros.

La Atención Centrada en la Persona fue definida por la OMS como *«aquella forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, (...) organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales»*. El presente proyecto de intervención propone una actuación basada en esta práctica a través del uso de la Gerontología Narrativa, con el fin de elaborar las Historias de Vida de varios pacientes de un Hospital Ntra. S^a de los Dolores, favoreciendo de tal forma los procesos de reminiscencia y fomentando los beneficios de esta en los pacientes; 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

ABSTRACT

Aging is a complex, multifactorial process, which is affected both by the intrinsic factors of individuals and by the environment and its relationships. It 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, greater than that of other users. In addition, as all hospitalized or institutionalized patients, they are subjected to several situations that reduce their personal image, identity, intimacy... 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.

Person-Centered Care was defined by the WHO as "*the way of understanding and practicing health cares by adopting patients' and caregivers' points of view (...). Health cares are organized according to integral needs of each person, respecting social preferences, instead of specific diseases*". The aim of this project, based on Narrative Gerontology, is to elaborate the Life Stories of several patients of a Ntra. S^a de los Dolores Hospital, by favoring reminiscence processes and promoting its benefits in patients; pursuing the improvement of their state of mind and the subsequent design of nursing activities and interventions loaded with meaning for each of them.

Key words

Aging, Person-Centered Care, Narrative Gerontology, Life Stories, Institutionalized Elderly

INDICE

Introducción	1
El Envejecimiento.....	1
Teorías del Envejecimiento	2
El anciano institucionalizado	8
Situación Actual de los Mayores Institucionalizados en España	10
La Atención Centrada en la Persona.....	11
Gerontología Narrativa	12
Herramientas empleadas en la elaboración de las Historias de Vida	14
Uso y justificación de las Historias de Vida en la práctica enfermera	15
Hipótesis.....	20
Objetivos.....	21
Objetivo principal.....	21
Objetivos específicos	21
Material y método	22
Diseño del estudio.....	22
Participantes, criterios de inclusión, exclusión y abandono	22
Criterios de inclusión	22
Criterios de exclusión.....	23
Criterios de abandono.....	23
Variables del estudio e instrumentos de medida	23
Variables sociodemográficas	23
Variables relativas a la reminiscencia y estado emocional.....	24
Instrumentos de recogida de datos y de medida.....	24
Procedimiento	25
Análisis de datos	27
Análisis de datos de las entrevistas.....	27
Grupo focal de análisis de relatos.....	28
Grupo focal de diseño de intervenciones enfermeras	28
Consideraciones éticas	29
Cronograma	30
Referencias bibliográficas.....	31
Anexos	37

Anexo I – Consentimiento Informado	37
Anexo II – Recogida de datos sociodemográficos	38
Anexo III – Escala de Funciones de la Reminiscencia.....	39
Anexo IV – Escala de Depresión Geriátrica.....	41
Anexo V – Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	43
Anexo VI – Cuestionario de valoración para enfermería.....	44
Anexo VII – Solicitud de permiso a Gerencia del Instituto de Atención Sociosanitaria de Tenerife.....	45
Anexo VIII – Revocación de Consentimiento Informado	46
Anexo IX – Carta informativa a familiares de pacientes participantes.....	47
Anexo X – Guion sesiones de reminiscencia.....	48

Introducción

El Envejecimiento

La Real Academia de la Lengua Española (RAE) define la vejez en los siguientes términos: «*cualidad de viejo*», «*edad, senil, senectud*», «*achaques, manías, actitudes propias de la edad de los viejos*», todas ellas en términos negativos del concepto. Si atendemos a la definición de envejecer, encontramos definiciones tales como «*hacer viejo a alguien o algo*»; o, si atendemos a un objeto o sistema, «*perder sus propiedades con el paso del tiempo*». Sin embargo, el concepto de envejecimiento engloba distintos aspectos que no se recogen en estas definiciones.

Quizás, la definición más integradora y que asume la OMS es la que determina que el **Envejecimiento** se puede definir como aquel «*proceso caracterizado por la acumulación gradual de alteraciones y daños moleculares y celulares en un sistema vivo*»¹. Estos eventos, conllevan un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones físicas y mentales del organismo, una disminución de la reserva biológica y una mayor exposición y vulnerabilidad a factores del entorno. Todos estos eventos conducen a un mayor grado o riesgo de reproducir una enfermedad y la muerte¹.

Atendiendo al concepto integral de las personas y en busca de una definición positiva del concepto de envejecimiento, la OMS, dio un paso más allá y definió el concepto de **Envejecimiento Saludable** en su «*Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*» en 2005, como «*el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez*»². En este aspecto, la OMS detalla que la capacidad funcional comprende «*los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella*»². Estos atributos se basan en tres aspectos como son: las capacidades intrínsecas de las personas (físicas y mentales), su entorno (factores del mundo exterior, tales como aspectos sociales, culturales...) y la relación que se establecen entre ambos².

Dentro de la búsqueda de definiciones o conceptos que engloben una visión más positiva del envejecimiento, encontramos otros dos conceptos en esta misma línea. Por un lado, encontramos el concepto de **Envejecimiento exitoso**, propuesto inicialmente por Rowe y Khan a finales de los años 80 y actualizado posteriormente por Valliant y Mukamal en 2001^{3,4}, que se atribuye la habilidad para mantenerse en un bajo riesgo de contraer una enfermedad, manteniendo un alto nivel de actividad física y mental, acorde con la edad cronológica de la persona, con un elevado interés en

mantener las relaciones interpersonales y la participación en actividades significativas
4.

Posteriormente, en 2002, la OMS acuñó el término de **Envejecimiento activo** definido como «*el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen*»⁵. Cabe destacar, que esta definición es válida tanto para individuos como para grupos poblacionales y fue incluida en la estrategia política «*Envejecimiento activo: un marco político*» a principios de milenio debido a la situación demográfica del planeta. Por otro lado, es importante mencionar que el término “*activo*” no sólo hace referencia a los aspectos físicos del individuo, como en muchas ocasiones se ha tratado de usar el concepto de envejecimiento activo para asociarlo a planes de actividades de físicas de ocio y tiempo libre; sino que hace referencia, según la propia OMS, a «*una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas*»⁵. Este planteamiento busca, como objetivos principales, aumentar la esperanza de vida saludable (entendida como libre de discapacidad) y aumentar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen
5.

Cabe destacar, que el envejecimiento es un proceso heterogéneo, que no ocurre de igual forma dentro de los individuos de una misma especie, aunque exista una base biológica común y algunas afecciones se compartan⁶. 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.

En definitiva, 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 cambios a niveles físicos, emocionales, psicológicos y sociales de las personas⁷.

Teorías del Envejecimiento

Existen distintos tipos de teorías que tratan de explicar el proceso de envejecimiento. Estas teorías las podríamos dividir en dos grandes grupos: teorías biológicas, que buscan explicar el propio proceso fisiológico del envejecimiento y sus bases fisiopatológicas y moleculares, y las teorías psicológicas o psicosociológicas, que tienen como objetivo dar una explicación global al proceso de envejecimiento, las implicaciones para el propio individuo a nivel personal y social.

Teorías biológicas de envejecimiento. A modo de mención, dado que no son de interés para este tipo de trabajo, comentar que las teorías biológicas parten de la idea de que el envejecimiento biológico es universal, continuo e irreversible, intrínseco y heterogéneo ⁶.

Desde el punto de vista biológico, el proceso de envejecimiento se considera afectado por diversos factores, tanto intrínsecos (no modificables) como extrínsecos (relativamente modificables).

En general, las teorías biológicas se pueden dividir en dos grandes grupos: estocásticas (ambientales) y no estocásticas o deterministas ⁸. Las primeras, defienden que el proceso de envejecimiento ocurre por la acumulación de daños sucesivos a lo largo de la vida de los individuos, que generan un efecto sumatorio en las estructuras celulares y moleculares de los organismos, y acaban produciendo un deterioro lento y continuo de las mismas. Algunas de estas teorías implican la acción de los radicales libres sobre las estructuras moleculares de las células, o la reducción de los extremos de los telómeros por la inactividad de la enzima telomerasa ^{6,8}. Las teorías no estocásticas se basan en el trasfondo genético de los sujetos para dar respuesta al proceso de envejecimiento. Existen teorías que dan importancia a cierto grupo de genes implicados en la longevidad, principalmente. Sin embargo, entender este proceso como un proceso puramente genético, es un error. Desde hace bastante tiempo, se reconoce la epigenética como la capacidad que posee el medio ambiente para alterar o regular la expresión génica de los organismos. Un ejemplo de ello son los resultados obtenidos en estudios con gemelos homocigóticos (mismo trasfondo genético) en los que muestran una diferencia en el desarrollo de enfermedades degenerativas como el Alzheimer ⁶.

Teorías psicosociológicas del envejecimiento. Como hemos visto, el envejecimiento, entendido en su sentido más integrador, no sólo implica una variación física de los organismos, sino que va de la mano de una serie de modificaciones a nivel psicológico y social, entre otros aspectos. Es por ellos, que su significado, sus resultados e implicaciones variarán en función de la connotación que cada cultura haga de él ⁷, así como de la biografía y el medio social en que se desarrolla cada individuo ⁹.

Cabe destacar que en la década de los 60, la vejez era considerada una etapa de estancamiento, dando más importancia en la psicología evolutiva a los periodos comprendidos entre la infancia y la adultez. Sin embargo, a partir de la siguiente

década, se comienza a revalorizar la vejez, asignándole importancia y considerando sus posibilidades de desarrollo y crecimiento ⁷.

A continuación, exponemos varias de las teorías que ahondan en el proceso del envejecimiento, siendo la más comúnmente aceptada la teoría del desarrollo vital de Erikson.

Teoría del desapego. Postulada en 1961 por Cumming y Henry propone que las personas, a medida que maduran y envejecen, atraviesan distintas fases de desvinculación y desapego de personas, grupos y objetivos, de tal forma que el envejecimiento se traduce en un proceso de aislamiento gradual del individuo social ^{8,10}. Sin embargo, con el tiempo, distintos autores han criticado esta teoría que refleja más un comportamiento de respuesta de ciertos ancianos a la desvinculación que hace la sociedad hacia ellos, y no responde a una actitud generalizada de las personas durante la vejez ^{8,11}.

Teoría de la actividad. Esta teoría fue, inicialmente propuesta por Havighurst en 1961 y posteriormente acentuada por los resultados obtenidos por Maddox en 1963. En ella, los autores defienden que las personas deben llevar a cabo las actividades que les suponga mayor beneficio el mayor tiempo posible, manteniendo un nivel adecuado de actividad, de tal modo que el proceso de envejecimiento es, así, más satisfactorio ^{8,11}. En caso de que no fuera posible mantener la actividad que llevaban a cabo inicialmente, estas actividades deben ser sustituidas por otras ¹². En este aspecto, cabe mencionar que esta teoría es la base de sustentación de muchas actividades programadas por residencias y centros institucionales, así como por organismos públicos ¹³. En cuanto a este aspecto, existen autores que proponen que no es tan influyente la cantidad de actividades a realizar por las personas mayores como su calidad y el significado que tengan para ellas, lo que soporta una mejor adaptación al proceso de envejecimiento ¹⁴.

Teoría de la continuidad. Esta teoría, postulada por Atchley en 1972, se basa en la teoría anterior dado que considera a las personas como entes en continuo desarrollo ^{8,11}. De tal forma, Atchley considera que la vejez no es más que una prolongación de las etapas evolutivas que la preceden, y el comportamiento y actividad de cada persona ha de estar relacionados y condicionados por sus actividades previas y habilidades desarrolladas ¹¹. Es así, que el mantenimiento de las actividades hasta el momento desarrolladas y el desarrollo de nuevas, conforman la base de un proceso de envejecimiento saludable ¹¹.

Teoría del Apego. Desde el pensamiento clásico, los autores consideran al ser humano un ser social por naturaleza. Por ello, Bianchi postula esta teoría en contraposición total a la postulada y ampliamente criticada Teoría de la desvinculación o del desapego de Cumming y Henry ¹¹. Bianchi define el apego como «*vínculo afectivo muy fuerte con situaciones, estados, signos, y finalmente objetos*», entendiendo el término de objeto como personas, entidades o situaciones que promueven la satisfacción en las personas ¹⁵. Esta teoría se basa en tres momentos de apego: apego primario en la niñez, como apego primario en busca de la construcción de la persona; apego sustituible durante la etapa adulta, donde los apegos van variando y se aprende de su variación; y el momento del retorno al apego, que es el que viven las personas mayores. En este punto, los ancianos se dan cuenta de la dificultad en sustituir apegos o mantenerlos y se comienza a ser consciente de la noción de finitud ¹⁵.

Teoría del desarrollo del ciclo vital de Erikson. Erikson desarrolla, en 1968, su primera teoría sobre el ciclo vital a partir de la base de psicoanálisis de Freud, ampliando los conceptos de desarrollo psicosexual de su mentor hacia el desarrollo del contexto psicosocial de las personas, a lo largo de toda su historia de vida ¹⁶. Erikson entiende el desarrollo psicosocial de las personas como un continuo, dividido en 8 etapas consecutivas, recogidas a modo de resumen en la Tabla 1. 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 ¹⁷, entendido este último término desde el punto de vista de «*cambio*» y no desde una perspectiva negativa del mismo.

Según refiere el autor, en el momento de crisis ocurre el establecimiento de una «*dialéctica entre fuerzas sintónicas y distónicas*», y del resultado de la misma, 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) ¹⁶. 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*» ^{17,18}. 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 Erikson son jerárquicos, procesales y en continuo desarrollo ^{17,18}.

Estadio		Crisis Psicosocial	Fuerzas básicas Virtudes y fuerzas sincrónicas	Patologías básicas Antipatía y fuerza distónica
I	Infante (1 año)	Confianza vs. Desconfianza básica	Esperanza	Desconfianza (Retraimiento)
II	Infancia (2-3 años)	Autonomía vs. Vergüenza y Duda	Voluntad	Vergüenza y Duda
III	Preescolar - Edad del Juego (3-5 años)	Iniciativa vs. Culpa y Miedos	Propósito	Culpa y Miedos (Inhibición)
IV	Escolar (6-12 años)	Laboriosidad vs. Inferioridad	Competencia	Inferioridad (Inercia)
V	Adolescencia (12-20 años)	Identidad vs. Confusión de Identidad	Fidelidad- Fe	Confusión de Identidad (postergar valores)
VI	Joven Adulto (20-30 años)	Intimidad vs. Aislamiento	Amor	Aislamiento (Narcicismo, Exclusividad)
VII	Adulto (30-50 años)	Generatividad vs. Estancamiento	Cuidado-Celo	Estancamiento (Rechazo)
VIII	Viejo (>50 años)	Integridad vs. Desesperanza	Sabiduría	Desesperanza (Desdén)

Tabla 1. Ciclo de vida completo según Teoría de Erikson (1950). Fuente: Bordington NA. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*. 2005; 2 (2): 50-63

Atendiendo al último estadio de Adulthood tardía o Vejez (en función de la versión consultada), cabe mencionar que originariamente, Erikson estipuló dicho punto de inflexión en los adultos a partir de los 50 años ¹⁷. Sin embargo, con las revisiones posteriores, se ha ampliado el mismo a partir de los 60 años ¹⁸. En este punto, 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 ¹⁶. En caso de no lograrse, el adulto se ve abocado a una situación de desesperanza que incluye una situación de desesepo, ausencia de valores, falta de aceptación de sí mismo, desdén y miedo a la muerte ^{8,17}.

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 Gerotrascendencia ¹⁸. En este último proceso, 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 ¹⁹. Los logros a obtener en este último proceso de crisis serían la esperanza y la fe ¹⁹.

Gerotranscendencia. En 1989, Lars Tornstam, sociólogo de origen sueco, plantea y desarrolla la teoría de la Gerotranscendencia ²⁰. Siguiendo la línea de teorías como la de Erikson, Tornstam plantea que el proceso de envejecer incluye el propio potencial de madurar y alcanzar la Gerotranscendencia, que define 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*» ²⁰.

Según el autor, las personas, al ir envejeciendo, adquieren la capacidad o potencialidad de cambiar su punto de vista, pasando de una visión más materialista y racional hacia una visión más espiritual, cósmica, donde se siente parte de un todo (8). Este proceso, según Tornstam, es un proceso largo, continuo, instintivo y transcultural, y puede estar influenciado por la historia vital de cada individuo, así como por los aspectos culturales y sociales que lo rodean ²⁰.

A grandes rasgos, el autor defiende que las personas desarrollan signos de trascendencia en tres aspectos: a nivel cósmico, a nivel de uno mismo y a nivel social. A nivel cósmico, Tornstam hace hincapié en que los límites del tiempo y el espacio se desdibujan, dejando de importar el orden cronológico de los sucesos. De igual modo, existe una mayor conexión con las generaciones más jóvenes y el concepto de vida y muerte cambia, asumiendo este último sin temor ²⁰. En cuanto al aspecto personal, Tornstam defiende que hay 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 ²⁰. Por último, en el aspecto social, el autor defiende que las personas en este proceso cambian el concepto y la valoración de las relaciones, mostrando ser más selectivos y buscando relaciones más profundas, y existe una aceptación en el cambio de roles, entendiendo la diferencia entre uno mismo y el rol que desempeña, pudiendo llegar a redefinir nuevos roles sin riesgo de alterar su identidad ²⁰.

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 ¹⁹.

El anciano institucionalizado

Como hemos visto, el proceso de envejecimiento, desde el punto de vista psicosocial, es complejo y ampliamente variado. Como varios autores afirman, además, este proceso se ve influenciado por factores culturales y sociales ^{3-5,21,22}, siendo el medio ambiente un factor determinante en cómo el proceso de envejecimiento se percibe por el propio individuo ⁹.

Siendo así, no es difícil aventurarse a pensar que deben existir grandes diferencias entre una persona mayor que se encuentre viviendo rodeada de su familia, en su casa, cerca de su círculo social y con acceso a sus actividades cotidianas a las que se encuentra acostumbrado, a un paciente de igual edad que, por los motivos que sea, se encuentra ingresado o institucionalizado.

Por lo general, todo paciente institucionalizado o que sufre un ingreso, se ve sometido a un ambiente y a un proceso que implica ciertos cambios o características que debe asumir durante su estancia en el centro que lo recibe. Algunas de estas características son las siguientes ^{22,23}:

Aislamiento del paciente. En el momento del ingreso, el paciente sufre un proceso de aislamiento del resto de su entorno habitual, quedando limitadas el acceso a sus pertenencias y hábitos cotidianos. Durante este periodo de pandemia reciente por la covid-19, este aislamiento se ha visto acrecentado por la limitación de las visitas a los centros asistenciales por cuestiones sanitarias y de control de propagación de la enfermedad.

Supresión de la identidad. Tras el ingreso del paciente en la institución, muchas veces éste pasa a ser nombrado por el número de cama o habitación que se le asigna, perdiendo de este modo un aspecto importante de su identidad como es el que se le llame por su nombre.

Pérdida de la intimidad. Dada la convivencia dentro de los centros hospitalarios o de las instituciones, los pacientes se ven expuestos a una pérdida de la intimidad al

compartir espacio con otros pacientes, personal sanitario ajeno a su círculo cercano y visitas de familiares de otros pacientes.

Reducción, limitación y control de la movilidad. Algo inherente al ingreso o institucionalización es la pérdida de la movilidad libre y la elección de salidas a voluntad, así como la limitación y control de la movilidad a ciertas zonas y en ciertos horarios, debido a cuestiones organizativas de los centros.

Reglamentación de las actividades. A diferencia de cuando un paciente es totalmente autónomo y no requiere de ingreso o institucionalización, en el momento en que algo de esto último ocurre, la mayoría de las actividades (baño, curas, visita médica, etc.) suelen llevarse a cabo según los horarios establecidos por el propio centro, que pueden ser muy diferentes a los que suele estar acostumbrado el paciente, así como los turnos de visita y salidas.

Incremento de la dependencia. De forma inherente al ingreso, el paciente se ve sometido a una casi total dependencia del personal sanitario o asistencial para llevar a cabo la mayoría de sus actividades cotidianas, en función de su grado de dependencia.

Información deficiente. En muchos casos, la información recibida por los pacientes ingresados o institucionalizados o por las familias de estos es deficitaria, o bien se expresa en términos muy técnicos que escapan, muchas veces, al entendimiento de los propios usuarios, lo que hace que se establezca una barrera comunicativa importante entre paciente y entorno sanitario.

Relación profesional-paciente. A partir de la situación de ingreso o institucionalización del paciente, se fomenta que se instaure una relación profesional-paciente muy intensa y asimétrica, donde el profesional o los sanitarios tienen el control de las decisiones y los movimientos de los pacientes, relegando a la persona que recibe los cuidados a un rol de receptor pasivo bajo la supervisión del personal sanitario y mermando su capacidad de decisión, elección y entendimiento.

Este tipo de situaciones, generan en los pacientes, por lo general, dos tipos de respuestas. En el mejor de los casos, una respuesta adaptativa, donde el paciente asume la situación y la integra como un proceso al que se ha de ver sometido, aceptando su rol de forma conveniente y participando en el proceso de diagnóstico, cuidado y tratamiento, asumiendo las prescripciones que se le indican. En otros casos, se observa una respuesta no adaptativa, que implica una pérdida de interés por el proceso, desarrollando una estrategia psicológica de protección y evasión de la

situación que vive, que puede albergar desde la completa sumisión, retirada, rechazo del rol del enfermo o, por el contrario, la excesiva identificación con el mismo ²². En todos estos casos, se genera una respuesta inadecuada al proceso de ingreso o institucionalización que revierte negativamente, en el cuidado de los pacientes y usuarios ²⁴⁻²⁶.

Las personas mayores ingresadas o institucionalizadas, además 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 la de otros usuarios, tanto a nivel biológico, como funcional y social ²¹. Es por ello, que la atención de estos pacientes debe enfocarse desde un punto de vista bio-psico-social, y cumplir con una serie de características. Debe ser *Integral*, no sólo debe basarse en el aspecto biomédico del paciente, sino atender, también a sus esferas mental, emocional y social. Además, debe ser *Integrada* e incluida dentro de la atención sanitaria a los que tiene acceso la población en general. Otra característica que debe cumplir es que ha de ser *Integradora*, con el fin de mantener la independencia de la persona mayor a toda costa, siempre que sea posible y evitando disminuir su calidad de vida; sólo usando la institucionalización cuando ya no es posible otro método ²¹. Además, debe poseer un marcado carácter *Terapéutico y Rehabilitador*, con diagnósticos certeros y adecuados que eviten la pérdida de independencia del usuario, y fomenten su incapacidad. Además, deben abarcar aspectos como la prevención y fomentar las funciones que se conservan, evitando su deterioro. A su vez, la atención a pacientes mayores institucionalizados o ingresados debe ser *Coordinada*, requiriendo una colaboración íntima y bien estructurada entre los servicios sociales, sanitarios y los recursos necesarios y disponibles. Finalmente, es importante destacar que debe este tipo de atención debe ser *Continua y Progresiva*, con mayor acción en fases agudas de enfermedad o afecciones, y un control o mantenimiento en las fases subagudas ²¹.

Situación Actual de los Mayores Institucionalizados en España

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 ²⁷. 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 ²⁸. Por otro lado, según los datos recogidos en la «*Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios*», 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 ²⁸. Sin embargo, según la misma encuesta, únicamente 9.907 personas se encontraban acudiendo a un centro de apoyo o institución; lo que supone cerca del 10.5% de la población que lo requería ²⁸. Aunque no hemos 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 6.102 personas institucionalizadas en Canarias ²⁷.

La Atención Centrada en la Persona

Los trabajos de Carl Rogers en los años 60 supusieron la base del concepto de **Atención Centrada en la Persona**, gracias a su enfoque terapéutico plasmado en su libro «*Atención Centrada en el Cliente*», donde daba un paso más allá y asumía que el paciente al que se debía de tratar no sólo era un compendio de sucesiones de estados clínicos, sino que estos se encontraban íntimamente ligados a la personalidad de cada persona, o cliente ²⁹.

Según Brooker, la Atención Centrada en la Persona, para considerarse como tal, debe estar centrada en 4 áreas que nombró con las siglas VIPS: V, Hace referencia al «*conjunto de valores que reivindica el valor absoluto de toda vida humana, independientemente de la edad o estado cognitivo*» ³⁰. I, Individualizado, de tal forma que se reconoce la identidad de cada persona y su singularidad. P, Perspectiva del usuario, de tal forma que pasa a ser ésta la principal a la hora de interpretar el mundo y la S, Hace referencia al entorno social en el que se desarrolle la atención, que ha de ser uno que satisfaga las necesidades psicológicas y emocionales del paciente ³⁰.

El informe publicado por el IMSERSO en 2010 define la Atención Centrada en la Persona como aquella «*que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva*» ³¹.

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*»³².

Gerontología Narrativa

Existe un interés creciente desde distintas disciplinas por las técnicas narrativas para comprender distintos aspectos humanos y sociales³³. Varios autores han propuesto el uso de la narrativa como una herramienta básica para el estudio y entendimiento del proceso de envejecimiento³⁴, dado que se considera que el ser humano, además de su componente biológico, cuenta con un aspecto biográfico, de tipo narrativo³⁵. Este aumento de interés, también se ha visto presente en el estudio del envejecimiento, y de las personas mayores que viven en instituciones o que presentan alguna complicación cognitiva^{30,33}. De hecho, varios autores defienden que los programas de intervención basados en la Atención Centrada en el Paciente deben tener un sustento en un enfoque narrativo³³. 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 narran³⁵. De hecho, ciertos autores plantean que la vejez sea 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 importancia³⁶.

Las técnicas narrativas utilizadas en Gerontología se basan en los procesos de **Reminiscencia**, entendida esta como «*el recuerdo no organizado de hechos, situaciones y sentimientos vividos por las personas; realizado de forma voluntaria o no por parte de los individuos, sin requerir, necesariamente, de guía terapéutica o elementos externos*»³⁵. Distintos autores han otorgado diversas funciones a los procesos de reminiscencia. En general, se puede considerar que estos procesos se engloban en 8 categorías principales³⁷:

1. *Renacimiento de la Amargura*: procesos basados en recuperar recuerdos sobre circunstancias difíciles pasadas, desgracias, ...
2. *Disminución del Aburrimiento*
3. *Conversación*

4. *Preparación para la muerte*: proceso normal ante la conciencia del fin de la vida en el que se recapitulan eventos a valorar
5. *Identidad*: recuperación de recuerdos en busca de la consolidación de la identidad y valores propios
6. *Mantenimiento de la Intimidad*: referido a recuerdos de relaciones íntimas pasadas que ya no están presentes
7. *Solución de problemas*: uso de recuerdos de situaciones pasadas con el fin de afrontar situaciones presentes
8. *Enseñar/Informar*

Existen varias técnicas narrativas que se utilizan en Gerontología Narrativa y en la Atención Centrada en el Paciente, con el fin de indagar en la historia personal del paciente, sus vivencias, sus expectativas de futuros y los sentimientos acerca de su proceso vital ^{33,35}. A continuación, se detallan algunas de ellas.

Autobiografía. La autobiografía se basa en la narración (oral u escrita) por parte del paciente, de su propia experiencia de vida. Aporta la visión subjetiva de la experiencia que dan los pacientes a sus propias vivencias ³⁵. En este tipo de narración, el yo autor se ve reflejado en el yo actor, siendo la historia narrada por el propio protagonista. Por definición, la autobiografía, abarca todos los eventos que trascurren a lo largo de la vida del autor, a diferencia de otras herramientas o técnicas narrativas más utilizadas en gerontología.

Revisión de vida. Este término, acuñado por primera vez por Butler en 1963 definiéndolo como «*un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se traen a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver*» ³⁸. Posteriormente, en 1974, estableció la finalidad terapéutica de este proceso a través del recuerdo autobiográfico y la reminiscencia, con el fin de «*clarificar, profundizar y encontrar el sentido de lo obtenido en toda una vida de aprendizaje y adaptación*» ³⁸. De tal forma, es una técnica terapéutica individual, que implica un análisis crítico de la vida y no sólo la narración de la misma, como ocurría en la autobiografía, que suele ser guiado por un terapeuta que ayuda a reinterpretar y asignar significado a los recuerdos evocados ³⁵.

Historia de vida y Relato de vida. La Historia de Vida es el 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 ³⁵. Algunos autores, consideran que la Historia de Vida debe abarcar

todo el periodo vital del individuo, aunque se pueda dar mayor énfasis a ciertos momentos concretos del relato ^{8,34,35}. El concepto de Relato de Vida implica el mismo proceso, pero en él no se permite la adición de información externa al relato para complementarlo ⁸.

La elaboración de una Historia de Vida parte de la narración oral de la persona, en sesiones sucesivas, guiadas por un “entrevistador” que puede dirigir ciertos aspectos de la narración, a través de una entrevista estructurada o semiestructurada, pero donde se permite cierta libertad en el relato (35). 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»* ³⁹.

Herramientas empleadas en la elaboración de las Historias de Vida

La información gráfica simplifica el proceso de comunicación ya que se representa a través de figuras, símbolos o palabras clave antes que con informes escritos extensos.

Existen distintas herramientas que nos pueden ayudar a la hora de orientar las sesiones de Reminiscencia y elaborar la Historia de Vida de una persona. Por un lado, se puede hacer uso del **Genograma** que corresponde con una representación gráfica de la familia de la persona que se entrevista 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 ⁴⁰.

Otra herramienta que puede aportar mucha información y ayuda a la hora de elaborar la Historia de Vida de una persona es el **Ecograma**; recogiendo, 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 ⁴⁰.

La **Línea de la Vida** (o línea de tiempo o cronograma) es otra herramienta metodológica muy utilizada en distintos estudios de investigación. Según la definición aportada por Gramling y Carr, 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»* ⁴¹. De tal forma, la línea de

vida se puede emplear para determinar los eventos importantes en los que muestre especial interés el paciente, a lo largo de las entrevistas, con el fin de ordenarlos y posteriormente poder analizar y secuenciar las historias recopiladas ⁴².

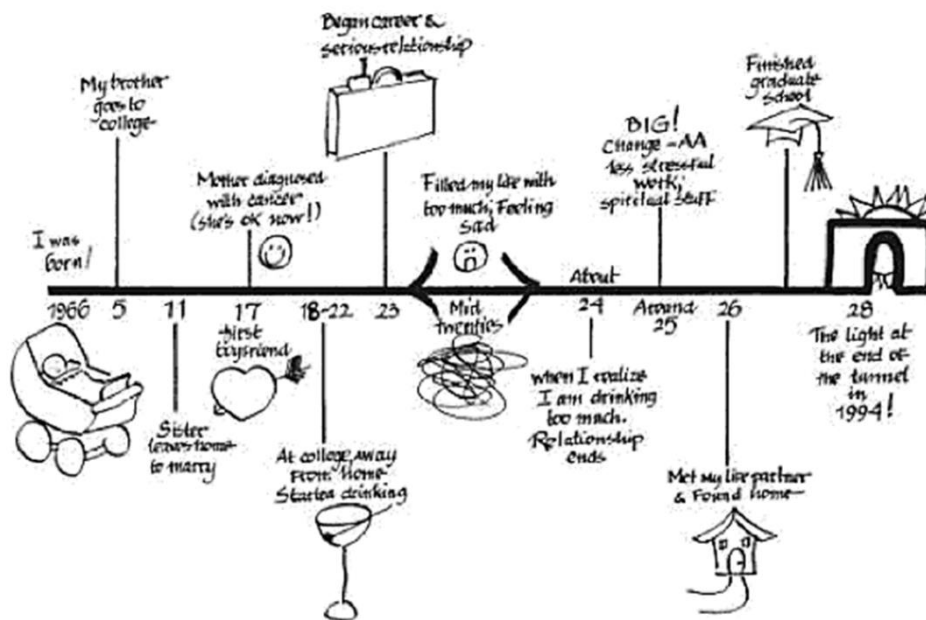


Figura 1: Ejemplo de Línea de Vida. Fuente: Gramling LF, Carr RL. Lifelines: a life history methodology. *Nurs Res.* 2004; 53(3):207-210

Uso y justificación de las Historias de Vida en la práctica enfermera

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.

Varios autores han destacado que el uso de las Historias de Vida en la práctica enfermera tiene una serie de beneficios que no se pueden pasar por alto.

Roselló y Vernhes definieron la historia de vida en el ámbito de la práctica enfermera como «*la recogida y análisis de los acontecimientos más importantes vividos (por una persona mayor), a lo largo de su vida, los recursos que ha utilizado para adaptarse a los cambios y las características que hacen de esa persona un ser único y, por ello, merecedor de unos cuidados personalizados*»⁴³. Ya las autoras, en esta misma definición, dan a entender que el uso de la historia de vida en la práctica enfermera da un paso más a la personalización de los cuidados que se brindan a cada paciente.

Como defendió en su tesis Aguarón-García, el uso de las Historias de Vida en la práctica enfermera permite el trabajo en tres áreas, principalmente: a través del trabajo de la reminiscencia, de mano de la elaboración de las historias de vida de los pacientes, se puede 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 historias⁸. Desde el punto de vista teórico, el conocimiento derivado de cada experiencia individual, permitirá extrapolarlo a una mejor comprensión de los mecanismos de adaptación y afrontamiento asociados al proceso de envejecimiento⁸.

En los resultados de su trabajo, Aguarón-García propone que el momento ideal para realizar la Historia de Vida con un anciano institucionalizado es el momento de su ingreso, y este hecho debería estar incluido dentro del plan de acogimiento de este, en la Evaluación Integral del paciente. Para ello, propone que la Historia de Vida quede registrada de forma programada en el expediente de cada uno⁸. Sin embargo, otros autores proponen, con respeto al momento de la elaboración de la Historia de Vida que, si bien ha de ser en un momento próximo al ingreso del paciente en la institución, esta debe realizarse cuando ya el paciente se encuentre cómodo y se haya definido a su persona de referencia para el proceso⁴⁴.

Por otro lado, Aguarón-García indica que el conocimiento de la Historia de Vida de nuestros mayores hará que se puedan ofrecer unos cuidados más holísticos a la persona institucionalizada, no sólo basándose en el plano físico, sino abarcando lo emocional, espiritual,... de tal forma que se incluyan en la planificación de los cuidados enfermeros, aquellas actividades que se consideren beneficiosas para que, el proceso de envejecimiento de cada persona, sea lo más adecuado y beneficioso posible⁸.

Este último aspecto, ha sido bastante mencionado por varios autores en sus trabajos. En el caso del trabajo de Roselló y Vernhes, la elaboración de la Historia de Vida de un paciente ingresado por una intervención futura permitió al equipo de

enfermeras indagar en la importancia de las relaciones sentimentales del paciente y su miedo ante la futura intervención, aspectos que habían pasado por alto a la hora de realizar la valoración del paciente basada en las Necesidades Básicas de Virginia Henderson ⁴³.

Otro ejemplo es el del trabajo presentado por Rodríguez-Castañeda y colaboradores en el que, en palabras de los autores, indican que las Historias de Vida «permite(n) conocer íntimamente a las personas, ver el mundo a través de sus ojos e introducimos en sus experiencias» ⁴⁵. El uso de esta técnica de investigación permitió a los autores el indagar sobre los cambios, tanto físicos como emocionales que se habían producido en un paciente tras una intervención para el tratamiento de una neovesical ⁴⁵.

Martin-Zarza y Santos-Martínez hacen hincapié en que el uso de historias de vida en el ámbito de la gerontología conlleva ciertos beneficios para los pacientes como la estimulación de la memoria, así como el refuerzo espacio temporal de los individuos ⁴². Desde un punto de vista de interés directo para la práctica enfermera, las autoras consideran que la elaboración de las Historias de Vida de los pacientes y el conocimiento de las mismas por parte del personal de los centros hace que se obtenga una visión más humana de las personas que son usuarias de los servicios, lo que conlleve a una mejor humanización de los cuidados prestados ⁴². Finalmente, consideran, al igual que en trabajos anteriormente referenciados, que la elaboración y conocimiento de las Historias de Vida por parte del personal que está a cargo del cuidado de las personas mayores puede desembocar en intervenciones enfermeras y actividades más acertadas acordes con un plan de actuación centrado en la persona ⁴².

Además, cualquier proceso de reminiscencia conlleva una reinterpretación de la historia y los recuerdos evocados, de tal forma que se fomenta la identidad personal de cada individuo, entendiendo el cómo son y porqué han llegado a ser como son ⁴². Es por ello por lo que este tipo de técnica narrativa también presenta un marcado aspecto terapéutico. Los resultados presentados en el trabajo realizado por Serrano y colaboradores con una población de adultos mayores de edades comprendidas entre los 64 y 83 años y con un diagnóstico de depresión bajo tratamiento farmacológico, a los que se les sometió a una terapia de revisión de ciclo vital, mostraron una mejora significativa en su situación emocional al nivel de la obtenida con otras terapias psicológicas de acompañamiento ⁴⁶. Además, el trabajo de reminiscencia empleado produjo un aumento en la producción de recuerdos, y este aumento se vio

correlacionado con una mayor disminución en las puntuaciones de los test de depresión aplicados ⁴⁶. Resultados similares obtuvo Wang en un estudio posterior donde comparó la evolución de los síntomas de depresión en personas mayores institucionalizadas, separadas en dos grupos de estudio, uno de los cuales se sometió a una terapia de reminiscencia, mostrando una evolución significativamente más positiva que el grupo que no recibió esta terapia ⁴⁷. En esta misma línea fueron los resultados obtenidos en el trabajo realizado por Fortuna-Terrero donde, al igual que los anteriores autores, detectó una mejoría significativa en el grupo de estudio que se vio sometido a terapia de reminiscencia ⁴⁸.

En cuanto a su afectación sobre la ansiedad y el estrés, cabe mencionar los resultados obtenidos por Rybarczyk y Auerbach en su trabajo en el que evaluaron la variación de estos parámetros en pacientes mayores que fueron sometidos a una cirugía facial, obteniendo que aquellos pacientes que se sometieron a una terapia de reminiscencia no solo mejoraron su nivel de ansiedad frente a la intervención, sino que fortalecieron su autoconcepto ⁴⁹.

Por otro lado, Willig y colaboradores proponen en su trabajo que el uso de Historias de Vida no sólo puede estar circunscrito a los pacientes geriátricos institucionalizados, sino que se podría incluir en los planes de Atención Primaria con el fin de hacer promoción y prevención de la salud por parte del personal de enfermería ⁵⁰.

A pesar de que el uso de esta herramienta narrativa se centre más en el trabajo con la población geriátrica, existen estudios en población joven que han hecho acopio de esta técnica para su desarrollo. Es el caso del trabajo presentado por Martínez-Rojo y Rodríguez-Portilla, en el que emplearon la entrevista y la elaboración de Historias de Vida de mujeres entre los 25 y 60 años, con el fin de conocer las necesidades e inquietudes de estas, en torno a su vida sexual y reproductiva, e implementar cuidados más efectivos en las mujeres de la región por parte de las matronas ⁵¹.

El presente trabajo propone 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. Durante este proceso, se evaluará la mejora esperada de la calidad de vida de los usuarios del programa; valorando, principalmente, la evolución de los niveles de ansiedad y depresión durante el proceso, así como si el empleo de la información obtenida en las Historias de Vida por

parte del personal de enfermería sirve para implementar intervenciones individualizadas para cada paciente.

El trabajo que presentamos consta de dos apartados: por un lado, 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.

Los centros de institucionalización con un claro enfoque en la Atención Centrada en la Persona, no sólo 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 ⁴². Para ello, se hace imprescindible, no sólo 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.

Aunque este tipo de proyectos tiene un amplio enfoque multidisciplinar, consideramos que el personal de enfermería, con un buen entrenamiento y desarrollando las habilidades y capacidades necesarias para el mismo, es el idóneo para liderar estas iniciativas debido a que es el personal que más tiempo pasa con los pacientes, quien más puede conocerlos y quienes pueden ser sus referentes durante este proceso tan personal. De hecho, existen trabajos, principalmente en el ámbito anglosajón, en el que se defiende el término de Enfermería Basada en la Narrativa, en el cual se busca determinar las necesidades del paciente, no desde el punto de vista del personal sanitario, sino desde la propia perspectiva del paciente, en base a sus necesidades, expectativas y requerimientos ^{52,53}.

Por último, deseamos 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 ⁴⁴; 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 Gerotranscendencia planteados por Tornstam.

Hipótesis

La elaboración de las Historias de Vida de los pacientes mayores institucionalizados servirá de ayuda 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. Además, el empleo de los procesos intrínsecos de la reminiscencia a la hora de elaborar las Historias de Vida de los pacientes geriátricos mejorará su estado anímico (ansiedad y/o depresión).

Para el desarrollo de este Proyecto de Intervención, hemos elegido el Hospital Nuestra Señora de los Dolores, perteneciente al Instituto de Atención Sociosanitaria de Canarias (IASS). Dicho centro geriátrico se encuentra localizado en el término municipal de San Cristóbal de La Laguna. Presta atención a cerca de un centenar de pacientes mayores dependientes con alto requerimiento sanitario, aparte de ofertar plazas como centro de día. El Centro cuenta con instalaciones dedicadas al uso común (jardín, biblioteca, sala de estar y de lectura, sala de visitas, terraza, etc.) y con personal sanitario de distintos campos de actuación (medicina, enfermería, fisioterapia, logopedia, psicología y terapia ocupacional).

Objetivos

Objetivo principal

1. Estudiar el efecto de la implantación de un programa basando en los procesos de reminiscencia y la Gerontología Narrativa para elaborar las Historias de Vida de 15 pacientes del Hospital de Ntra. S^a de los Dolores.

Objetivos específicos

1. Determinar los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes geriátricos institucionalizados seleccionados del Hospital de Ntra. S^a de los Dolores.
2. Determinar qué uso de dan los pacientes participantes en el estudio a los procesos de reminiscencia y si existe variación tras la elaboración de las Historias de Vida.
3. Analizar los cambios en los parámetros de ansiedad y depresión de los participantes el estudio después de llevar a cabo las sesiones destinadas a la elaboración de las Historias de Vida.
4. Analizar, junto con el equipo de enfermería, si la información que se ha obtenido de las Historias de Vida ha servido para fomentar la Atención Centrada en la Persona a través de intervenciones individualizadas.

Material y método

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 en el Hospital Ntra. S^a de los Dolores, 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, sería oportuno repetir la valoración de 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 en el Hospital Ntra. S^a de los Dolores, 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 en el Hospital Ntra. S^a de los Dolores.
- Pacientes que acuerden participar, voluntariamente, en el proyecto de intervención, a través de la firma del consentimiento informado (Anexo I).

- 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 o sean trasladados del Hospital Ntra. S^a de los Dolores a su domicilio u otro centro asistencial.
- Pacientes que sufran alguna alteración cognitiva que les influya en su capacidad comunicativa y/o de comprensión.

Variables del estudio e instrumentos de medida

Variables sociodemográficas

- Sexo: variable cualitativa.
- Edad: variable cuantitativa, que se expresará en años.
- Año de Nacimiento: variable cuantitativa.
- Estado civil: variable cualitativa que recogerá las categorías de soltero/a, separado/a y viudo/a.
- Estudios cursados: variable cualitativa que registrará el mayor grado de obtención en los estudios cursados.
- Profesión: variable cualitativa.
- Año de Ingreso: variable cuantitativa.

Variables relativas a la reminiscencia y estado emocional

- *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 pacientes en situación normal, con depresión leve, o depresión severa.
- *Ansiedad*: variable cualitativa que categoriza a los pacientes en pacientes en situación ausencia, mínima presencia o máxima presencia.

Instrumentos de recogida de datos y de medida

- *Entrevista inicial de recogida de datos sociodemográficos*: Se utilizará para recoger los relativos a las variables demográficas de interés para el proyecto (Anexo II).

- *Escala de Funciones de la Reminiscencia (Reminiscense Functions Scale, RFS)* ³⁷. 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 (Anexo III).

- *Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS)* ⁵⁴. 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 (Anexo IV).

- *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)* ⁵⁵. 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 ⁵⁶. (Anexo V).

- *Entrevista semiestructurada para el personal de enfermería de referencia de cada paciente.* Se llevará a cabo un cuestionario autoadministrado, de tipo semiestructurado, con preguntas definidas, pero de respuesta abierta, para determinar la valoración que hacen las enfermeras encargadas de haber llevado a cabo las distintas partes del proyecto con cada paciente y sus aportaciones de mejora. (Anexo VI).

Procedimiento

Con el fin de llevar a cabo este proyecto en las instalaciones del Hospital Ntra. S^a de los Dolores, se deberá obtener el permiso oportuno por parte de la Gerencia del Instituto de Atención Sociosanitaria de Tenerife (Anexo VII).

Tras haber obtenido la autorización por parte de la Gerencia del Centro, se fijará una reunión con las enfermeras de la plantilla con el fin de presentarles el Programa y las funciones a realizar dentro de cada apartado de este.

Seguidamente, se llevará a cabo una selección, junto con las enfermeras responsables de los pacientes, de aquellos que cumplan los criterios para ser incluidos en el Programa de Intervención propuesto. Una vez se hayan seleccionado los pacientes candidatos, se fijarán encuentros individuales para informar de forma presencial del proyecto que se va a realizar, aclarar posibles dudas que tengan los participantes, y firmar, en caso de desear participar en el estudio, el consentimiento informado diseñado para tal fin (Anexo I). Además, se informará a cada paciente que, en caso de desear abandonar el estudio, dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento a través de un escrito dirigido a la dirección del Programa (Anexo VIII). Además, se hará entrega de una carta con carácter informativo a los familiares de los pacientes que deseen formar parte del estudio (Anexo IX), donde se expondrán los objetivos y metodología del Programa de Intervención, haciendo hincapié en la confidencialidad de los pacientes, y dejando claro que los datos recogidos serán utilizados únicamente para la consecución de los objetivos del Programa.

Los profesionales encargados de llevar a cabo la recogida de datos y dirigir las sesiones de preparación de la Historia de Vida de cada paciente serán las enfermeras que deseen formar parte del Programa. Para ello, antes de comenzar las entrevistas, se designará a un Profesional de Referencia para cada paciente que vaya a participar en la elaboración de su Historia de Vida. De tal forma, esta enfermera podrá establecer 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 entre los meses de marzo y mayo del año 2023, llevándose a cabo 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 pueda 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. Siguiendo las recomendaciones de Martín-Zarza y Santos-Martínez, se comenzará a preguntar al paciente por su situación actual, su vida en la residencia y sus relaciones, tratando de fomentar la relación de confianza entre la enfermera de referencia y apoyando la idea de que su presente es tan importante como su pasado ⁴². Se estima que harán falta un total de dos sesiones para trabajar este aspecto; sin embargo, serán principalmente la disposición del paciente y el criterio

de la enfermera que guíe las entrevistas quienes determinen en qué momento es el adecuado para iniciar el trabajo de reminiscencia para enfocarse en aspectos del pasado.

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, así como de un guion orientativo basado en el publicado por Martínez-Rodríguez (Anexo X) ⁴⁴. 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 transcrita 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, escritos,...

Análisis de datos

El procesamiento de datos y análisis estadístico se llevará a cabo con el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en su versión 27.0. Los datos recogidos de las variables del estudio se utilizarán para hacer un análisis estadístico descriptivo. Las variables cuantitativas se analizarán mediante el estudio de media y desviación típica. Las variables cualitativas se expresarán en base a frecuencias relativas y de forma porcentual. Se llevará a cabo una comparación de medias de las variables cuantitativas a través de la prueba de t-Student.

Análisis de datos de las entrevistas

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*»⁵⁷. El método fenomenológico de análisis de datos cualitativos persigue entender los fenómenos vivenciados por las personas a través del análisis de sus descripciones o relatos⁵⁸.

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.

Este análisis se realizará según lo propuesto por otros autores anteriormente⁵⁸. 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 participan 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 ⁵⁹. Igualmente, se garantiza 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 ⁶⁰.

Los datos recogidos durante la ejecución del proyecto sólo 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 recogidas en el informe Belmont y en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica ⁶¹.

Por último, los integrantes del proyecto de investigación y sus responsables declaran que no existen conflictos de intereses en la ejecución del mismo.

Cronograma

	2023											
	Enero	Febrero	Marzo - Mayo			Junio - Julio		Agosto - Septiembre		Octubre - Diciembre		
Obtención de permisos	■											
Selección de paciente		■										
Formación de las Enfermeras del Centro		■										
Intervención individual - Entrevistas			■	■	■							
Análisis de entrevistas y elaboración de Historias de Vida						■	■					
Grupo focal diseño de intervenciones acordes a las Historias de Vida								■	■			
Intervenciones - Actividades diseñadas									■	■	■	■
Evaluación de intervenciones (grupo focal)												■

Referencias bibliográficas

1. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008; 451 (7179): 644–7. DOI: 10.1038/451644a.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. EEUU; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
3. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: Usual and successful. *Science*. 1987; 237 (4811): 143-9. DOI: 10.1126/science.3299702.
4. Vaillant GE, Mukamal K. Successful aging. *Am J Psychiatry*. 2001; 158 (6): 839-47. DOI: 10.1093/geront/37.4.433.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento activo; un marco político. Génova; 2002. Disponible en: https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
6. Hoyl Moreno T. Teorías actuales de envejecimiento. *Ars Médica*. 1984; 13 (3):1-17. DOI: <https://doi.org/10.11565/arsmed.v32i2.258>
7. Alvarado García A, Salazar Maya A. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014; 25(2): 57-62. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
8. Aguarón-García MJ. La Historia de Vida como Herramienta en la Mejora de los Cuidados Gerontológicos [Tesis Doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2016.
9. Sánchez Hidalgo E, Sánchez Hidalgo L. *La psicología de la vejez*. 5 ed. Puerto Rico: Editorial Universitaria; 1990.
10. Castro Aguilera G. Identidad, Elucidación y Narrativa. Hacia un envejecer “con sentido” [Trabajo Fin de Grado]. Montevideo: Universidad de la República; 2017.
11. Merchán Maroto E, Cifuentes Caceres R. Teorías psicosociales del envejecimiento [Apuntes de curso]. Asociación Cicerón; 2002.
12. Mauk KI. *Gerontological Nursing. Competences for care*. 2º ed. Boston: Jones & Barlett Publishers; 2009
13. Odone MJ. Antecedentes Teóricos del Envejecimiento Activo. *Informes Envejecimiento en red [en línea]* 2013 [fecha de acceso 16 de enero de 2022];

4: 1-8. URL disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf>

14. Carstensen LL, Edelstein BA. Cambios relacionados con la edad en la actividad social. En: *Gerontología clínica: Intervención psicológica y social*. Barcelona: Ed Martínez Roca; 1990: p. 58-73
15. Bianchi H, Gagey H, Moreigne J, Balbo G, Poïvet DY, Thomas LV. *La cuestión del envejecimiento. Perspectivas psicoanalíticas*. Madrid (España). Ed. Biblioteca Nueva; 1992.
16. Bordingnon NA. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*. 2005; 2 (2): 50-63.
17. Erikson E. *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1968.
18. Erikson E, Erikson J. *El ciclo vital completado*. Barcelona: Editorial Paidós; 2000.
19. San Martín-Petersen C. Espiritualidad en la Tercera Edad. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*. 2008; (8): 111-128. DOI: <https://doi.org/10.18682/pd.v8i0.420>.
20. Tornstam L. *Gerotranscendence: A Developmental Theory of Positive Aging*. EEUU: Ed. Springer; 2005.
21. Mayán Santos JM. Las personas mayores en el ámbito sociosanitario. En: *Enfermería de Cuidados Sociosanitarios*. Madrid (España): DAE Editorial; 2005. p. 153-164
22. Espin-Lorite E, Alonso-Garrido N, Noriega-Matanza C, Sanz-Carrillo C, García-Campayo J, Tazón-Ansola P. Impacto psicológico de la enfermedad y la hospitalización. En: *Relación y Comunicación*. Madrid (España): DAE Editorial; 2017, p.193-209
23. Rodríguez- Marín J, Zurriaga-Llorens R. *Estrés, Enfermedad y Hospitalización*. Granada (España): Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública; 1997
24. Coe RM. *Sociología de la Medicina*. Madrid (España): Ed. Alianza; 1973.
25. Lorber J. Good patients and problem patients: conformity and deviance in a general hospital. *J Health Soc Behav*. 1975; 16 (2):213-25. DOI: <https://doi.org/10.2307/2137163>
26. Taylor SE. Hospital Patient Behavior: Reactance, Helplessness, or Control?. *J Soc Issues*.1979; 35 (1):156-184. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1979.tb00793.x>
27. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Fernández Morales I, Ramiro Fariñas D, Pujol Rodríguez R. Una estimación de la población que vive en residencias de

- mayores. *Informes Envejecimiento en red [en línea] 2020* [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/>
28. Instituto Canario de Estadística [actualizado 29 Marzo 2022; citado 1 Abril 2002]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/>
 29. Rogers CR. *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Barcelona: Ed Paidós; 1981.
 30. Brooker D. *Psicoterapias: atención centrada en la persona con demencia*. Barcelona: Ed Octaedro, S.L; 2014.
 31. Rodríguez Rodríguez P. La atención integral centrada en la persona. *Informes Portal Mayores [en línea] 2010*. [fecha de acceso 18 de enero de 2022]; 106: 1-17. URL disponible en: <https://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atención-01.pdf>
 32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra; 2016. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253079/A69_39-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 33. Villar F, Serrat R. Hable con ellos: cuidados narrativos en el marco de una atención centrada en la persona. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017; 52(4): 216-222. DOI: 10.1016/j.regg.2016.06.004
 34. Villar F, Serrat R. El envejecimiento como relato: Una invitación a la gerontología narrativa. *Kairós Gerontol*. 2015; 18(2): 9-29. DOI: 10.23925/2176-901X.2015V18I2P09-29
 35. Plaza Carmona M, Requena Hernández C, Álvarez Merino P. La Narrativa Gerontológica. Perspectiva Subjetiva del Conocimiento de la Vejez. *INFAD Revista de Psicología*. 2017; (2): 57-66. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1079>
 36. Salazar M. Aproximaciones desde la Gerontología narrativa: La memoria autobiográfica como recurso para el desarrollo de la identidad en la vejez. *Anales en Gerontología*. 2015; 7(7): 41-68. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/17537/24842>
 37. Webster JD. Construction and Validation of the Reminiscence Functions Scale. *J of Gerontol*. 1993; 48: 256-62. DOI: 10.1093/geronj/48.5.p256

38. Serrano JP, Latorre JM, Ricarte JJ, Ros L, Navarro B, Aguilar MJ, Nieto M. Reminiscencia y Revisión de Vida. Un Modelo conceptual para la Investigación y la Práctica. Portal de Mayores. *Envejecimiento en Red CSIC [en línea]* 2011. [fecha de acceso 18 de enero de 2022]; URL disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/serranoreminiscencia.pdf>
39. Veras, E. Historia de vida: ¿un método para las ciencias sociales?. *Cinta de Moebio*. 2010; (39): 142-152. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2010000300002>
40. Vernet-Aguiló F. La historia de vida en la intervención gerontológica: instrumentos y método para la elaboración. *Gerokomos*. 2001; 12 (4): 148-156. Disponible en: <http://gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/12-4-2001-148.pdf>
41. Gramling LF, Carr RL. Lifelines: a life history methodology. *Nurs Res*. 2004; 53(3): 207-210. DOI: 10.1097/00006199-200405000-00008
42. Martín-Zarza E, Santos-Martínez V. Las historias de vida y su manejo terapéutico en los centros gerontológicos. *Neurama*. 2016; 3(1): 16-22. Disponible en: <http://psicogerontologia.org/wp-content/uploads/2014/02/articulo3.pdf>
43. Prats-Roselló L, Vernhes T. Cuando el silencio habla. *Gerokomos*. 1996; 19 (8):11-14.
44. Martínez-Rodríguez T. *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. 2019.
45. Rodríguez Castañeda L, Moreno Bermejo L, Carretero Día MA, Ortiz Molina S, Oviedo Sotomayor H, Garrido González ML. La utilización de historias de vida en la investigación cualitativa en enfermería urológica. *Enfuro*. 2012; 122: 39-41. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4274048.pdf>
46. Serrano JP, Latorre JM, Gatz M, Montanes J. Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychol Aging*. 2004; 19(2): 270-277. DOI: 10.1037/0882-7974.19.2.270
47. Wang JJ. The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005; 20(1): 57-62. DOI: 10.1002/gps.1248.
48. Fortuna-Terrero FB. Reminiscencia en Adultos Mayores No Institucionalizados de República Dominicana: Seguimiento de una Intervención. [Tesis Doctoral]. Valencia: Universitat de València; 2016.

49. Rybarczyk B, Auerbach S. Reminiscence interviews as stress management interventions for older patients undergoing surgery. *Gerontologist*, 1990; 30: 522-528. DOI: 10.1093/geront/30.4.522.
50. Willig MH, Lenardt MH, Caldas CP. Longevity according to life histories of the oldest-old. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(4): 610-7. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680418i.
51. Martínez-Rojo C, Rodríguez-Portilla NE. La matrona en la salud sexual y reproductiva de las mujeres a través de historias de vida. *RECIEN*. 2011; 3: 1-18. Disponible en: <https://recien.ua.es/article/view/2011-n3-la-matrona-en-la-salud-sexual-y-reproductiva-de-las-mujeres-a-traves-de-historias-de-vida/pdf>
52. Mariano-Juárez L, Rodríguez-Martín B, Conde-Caballero D. Cuidados basados en narrativas. Redefiniendo la jerarquía de la evidencia. *Index Enferm [on line]* 2013 [acceso el 25 de febrero de 2022]; 22(1-2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100012
53. Skott C. Caring narratives and the strategy of presence: narrative communication in nursing practice and research. *JAMA*. 2001; 286 (15): 1897-902. DOI: 10.1177/08943180122108364.
54. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J of Psychiatr Res*. 1983; 17: 37-49. DOI: 10.1016/0022-3956(82)90033-4.
55. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67: 361-370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
56. De las Cuevas-Castresana C, García-Estrada Pérez A, de Rivera G. "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. *An Psiquiatría*. 1995; 11(4): 126-130. Disponible en: http://psicoter.es/pdf/95_A138_03.pdf
57. Gibbs G. *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. Madrid (España). Ed: Morata; 2012
58. Gutiérrez-García AI, Solano-Ruíz C, Siles-González J, Perpiñán-Galvan J. Life Histories and Lifelines: A Methodological Symbiosis for the Study of Female Genital Mutilation. *Int J Qual Methods*. 2021; 20: 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1177/16094069211040969>
59. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, núm. 294, (6 de diciembre de 2018).

60. 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. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, (15 de noviembre de 2002).
61. Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica. Boletín Oficial del Estado, núm. 159, (4 de julio de 2017).

Anexos

Anexo I – Consentimiento Informado

Yo, _____, con D.N.I. _____, como mayor de edad y residente en el Hospital Nuestra Señora de los Dolores, en San Cristóbal de la Laguna.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

De igual modo, presto consentimiento para que participe en el programa «LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS. LA IMPORTANCIA DE LAS HISTORIAS DE VIDA», teniendo en cuenta que:

- He sido informado/a de los objetivos del programa.
- Se me ha informado/a de que los datos recogidos se utilizarán únicamente para la consecución del objetivo de estudio.
- He sido informado/a de la garantía de la confidencialidad de mis datos personales.
- Entiendo que puedo abandonar voluntariamente el estudio sin dar explicación.
- Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.

Firma del participante:

A _____ de _____ del 202_, en San Cristóbal de La Laguna.

Anexo II – Recogida de datos sociodemográficos

Cuestionario Datos del Participante

1) Nombre del paciente:

2) Edad:

3) Sexo:

4) Estado Civil:

5) Estudios cursados:

6) Profesión:

7) Año de ingreso:

Anexo III – Escala de Funciones de la Reminiscencia

A continuación, se exponen 43 frases. Valore de 1 a 6, de acuerdo con cada enunciado, si Ud. utiliza sus recuerdos para lo que se expone siendo; 1: nunca; 2 rara vez; 3: pocas veces; 4: en ocasiones; 5: a menudo; 6: muy frecuentemente

1. Para enseñar a los más jóvenes de la familia cómo era la vida cuando yo era joven y vivía en un tiempo diferente.	1	2	3	4	5	6
2. Para ayudarme a poner las cosas en orden antes de morir.	1	2	3	4	5	6
3. Porque llena el vacío en mi tiempo en soledad.	1	2	3	4	5	6
4. Porque me ayuda a planificar el futuro.	1	2	3	4	5	6
5. Para mantener viva la memoria de un ser querido fallecido.	1	2	3	4	5	6
6. Porque me acerca de nuevo a amigos o conocidos recientemente fallecidos.	1	2	3	4	5	6
7. Porque promueve el sentido de pertenencia a un grupo (amigos, familia, etc.)	1	2	3	4	5	6
8. Porque me ayuda a comparar las cosas que dejé atrás con las que he mantenido.	1	2	3	4	5	6
9. Porque me da sensación de realización personal o de integridad según me acerco al final de la vida.	1	2	3	4	5	6
10. Para ver cómo mi pasado encaja en mi viaje por la vida.	1	2	3	4	5	6
11. Para pasar el tiempo durante las horas de inactividad o en las que estoy inquieto.	1	2	3	4	5	6
12. Para ayudar a resolver algunos problemas actuales.	1	2	3	4	5	6
13. Para mantener vivos los recuerdos dolorosos.	1	2	3	4	5	6
14. Por lealtad a mantener viva la memoria de alguien cercano a mí que ha fallecido.	1	2	3	4	5	6
15. Para revisar mis oportunidades perdidas.	1	2	3	4	5	6
16. Para reducir el aburrimiento.	1	2	3	4	5	6
17. Para recordar una época anterior en la que fui injustamente tratado por otros.	1	2	3	4	5	6
18. Para recordarme que tengo las habilidades necesarias para hacer frente a los problemas actuales.	1	2	3	4	5	6
19. Para aliviar la depresión.	1	2	3	4	5	6
20. Para transmitir mis conocimientos a otras personas.	1	2	3	4	5	6
21. Por falta de una mejor estimulación mental que la de mis propios pensamientos.	1	2	3	4	5	6
22. Para crear un vínculo común entre los viejos y nuevos amigos.	1	2	3	4	5	6
23. Con el fin de enseñar a los más jóvenes los valores culturales.	1	2	3	4	5	6
24. Porque me da un sentido de auto-identidad.	1	2	3	4	5	6
25. Para recordar a alguien que ha fallecido.	1	2	3	4	5	6
26. Porque recordar mi pasado me ayuda a definir quién soy ahora.	1	2	3	4	5	6
27. Como una manera de disminuir las diferencias generacionales.	1	2	3	4	5	6
28. Como una forma de promover las relaciones sociales.	1	2	3	4	5	6
29. Porque me ayuda a prepararme para mi propia muerte.	1	2	3	4	5	6
30. Con el fin de dejar un legado de la historia familiar.	1	2	3	4	5	6
31. Para analizar los problemas actuales con perspectiva.	1	2	3	4	5	6
32. Para tratar de entenderme mejor a mí mismo.	1	2	3	4	5	6
33. Porque después de recordar el pasado siento menos miedo a la muerte.	1	2	3	4	5	6
34. Para facilitar la conversación.	1	2	3	4	5	6
35. Porque me ayuda a ver que he vivido una vida plena y aceptar la muerte con más calma.	1	2	3	4	5	6
36. Como un medio de auto-exploración y de crecimiento.	1	2	3	4	5	6
37. Por tener algo que hacer.	1	2	3	4	5	6
38. Porque me ayuda a enfrentarme a los pensamientos de mi propia muerte.	1	2	3	4	5	6
39. Para ver cómo mis puntos fuertes pueden ayudarme a resolver un problema actual.	1	2	3	4	5	6
40. Para revivir recuerdos amargos.	1	2	3	4	5	6
41. Para recordar gente que estaba cerca pero ya no son parte de mi vida.	1	2	3	4	5	6
42. Para no repetir en la actualidad los errores del pasado.	1	2	3	4	5	6
43. Para mantener los recuerdos de viejas heridas en mi mente.	1	2	3	4	5	6

Imagen tomada de la publicación de Fortuna-Terrero (2016). Fuente: Fortuna-Terrero FB. Reminiscencia en Adultos Mayores No Institucionalizados de República Dominicana: Seguimiento de una Intervención. [Tesis Doctoral]. Valencia: Universitat de València; 2016.

Se han de sumar los siguientes ítems correspondientes a cada función:

Renacimiento de la Amargura	13, 15, 17, 40, 43
Disminución del Aburrimiento	3, 11, 16, 19, 21, 37
Conversación	6, 7, 22, 28, 34
Preparación para la muerte	2, 9, 29, 33, 35, 38
Identidad	8, 10, 24, 26, 32, 36
Mantenimiento de la Intimidad	5, 14, 25, 41
Solución de problemas	4, 12, 18, 31, 39, 42
Enseñar/Informar	1, 20, 23, 27, 30

Posteriormente, se ha de sumar el total obtenido en cada factor para obtener el valor RFS total.

Anexo IV – Escala de Depresión Geriátrica

Nombre.....Fecha.....

Elija la respuesta de acuerdo con cómo se ha sentido durante las últimas semanas:

- 1- ¿En el fondo está satisfecho con su vida?
- 2- ¿Ha abandonado muchas de sus actividades y pasatiempos?
- 3- ¿Siente que su vida está vacía?
- 4- ¿Se aburre con frecuencia?
- 5- ¿Tiene esperanza en el futuro?
- 6- ¿Lo preocupa ideas que no pueda quitar de la cabeza?
- 7- ¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?
- 8- ¿Teme que algo malo pueda sucederle?
- 9- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
- 10- ¿Se siente desamparado con frecuencia?
- 11- ¿Con frecuencia se siente desvelado y nervioso?
- 12- ¿Prefiere quedarse en casa a salir y realizar cosas nuevas?
- 13- ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?
- 14- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que las demás personas?
- 15- ¿Piensa que es bueno estar vivo hoy?
- 16- ¿Se siente triste y desanimado con frecuencia?
- 17- ¿Se siente inútil en su estado actual?
- 18- ¿Se preocupa mucho por el pasado?
- 19- ¿Le parece que la vida es algo apasionante?
- 20- ¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?
- 21- ¿Se siente con energías?
- 22- ¿Piensa que su situación no tiene arreglo?
- 23- ¿Piensa que la mayor parte de la gente está mejor que usted?
- 24- ¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?
- 25- ¿Siente ganas de llorar frecuentemente?
- 26- ¿Tiene dificultad para concentrarse?
- 27- ¿Disfruta al levantarse de mañana?

- 28- ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?
 29- ¿Le resulta fácil tomar decisiones?
 30- ¿Siente su mente tan despejada como antes?

Se han de valorar y sumar aquellas preguntas que reciben una respuesta inadecuada.

TOTAL: _____

- Normales: 0-9 puntos
- Deprimidos leves: 10-19 puntos
- Deprimidos Severos: 20-30 puntos

Leyenda de respuestas inadecuadas:

1-no	6-sí	11-sí	16-sí	21-no	26-sí
2-sí	7-no	12-sí	17-sí	22-sí	27-no
3-sí	8-sí	13-sí	18-sí	23-sí	28-sí
4-sí	9-no	14-sí	19-no	24-sí	29-no
5-no	10-sí	15-no	20-sí	25-sí	30-no

Basado en *Geriatric Depression Scale* desarrollada por la Universidad de Stanford. Fuente: Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research.* 1983; 17: 37-49

Anexo V – Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE Versión original de Zigmond y Snaith, 1983

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

- | | |
|--|--|
| 1. Me siento tenso o nervioso.
<input type="checkbox"/> Todos los días
<input type="checkbox"/> Muchas veces
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> Nunca | 8. Me siento como si cada día estuviera más lento.
<input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento
<input type="checkbox"/> Muy a menudo
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> Nunca |
| 2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.
<input type="checkbox"/> Como siempre
<input type="checkbox"/> No lo bastante
<input type="checkbox"/> Sólo un poco
<input type="checkbox"/> Nada | 9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.
<input type="checkbox"/> El Nunca
<input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones
<input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia
<input type="checkbox"/> Muy a menudo |
| 3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.
<input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte
<input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte
<input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa
<input type="checkbox"/> Nada | 10. He perdido interés en mi aspecto personal.
<input type="checkbox"/> Totalmente
<input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debiera
<input type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado
<input type="checkbox"/> Me preocupo al igual que siempre |
| 4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.
<input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice
<input type="checkbox"/> No tanto ahora
<input type="checkbox"/> Casi nunca
<input type="checkbox"/> Nunca | 11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.
<input type="checkbox"/> Mucho
<input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> No mucho
<input type="checkbox"/> Nada |
| 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces
<input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia
<input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo
<input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones | 12. Me siento optimista respecto al futuro.
<input type="checkbox"/> Igual que siempre
<input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba
<input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba
<input type="checkbox"/> Nada |
| 6. Me siento alegre.
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> No muy a menudo
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> Casi siempre | 13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
<input type="checkbox"/> Muy frecuentemente
<input type="checkbox"/> Bastante a menudo
<input type="checkbox"/> No muy a menudo
<input type="checkbox"/> Rara vez |
| 7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.
<input type="checkbox"/> Siempre
<input type="checkbox"/> Por lo general
<input type="checkbox"/> No muy a menudo
<input type="checkbox"/> Nunca | 14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.
<input type="checkbox"/> A menudo
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> No muy a menudo
<input type="checkbox"/> Rara vez |

Imagen tomada de la publicación de De las Cuevas-Castresana et al (1995). Fuente: De las Cuevas-Castresana C, García-Estrada Pérez A, de Rivera G. "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. *An Psiquiatría*. 1995; 11(4): 126-130.

Anexo VI – Cuestionario de valoración para enfermería

El siguiente cuestionario tiene como objetivo conocer, de mano de las enfermeras encargadas de la elaboración de las Historia de Vida de los pacientes, su experiencia y si consideran de utilidad esta herramienta tanto para su trabajo diario como para los pacientes.

Le agradecemos que conteste a estas preguntas y valore de 1 a 5 cada ítem, siendo 1 la puntuación más baja esperable para cada pregunta y 5 la máxima.

- 1) ¿Considera de relevancia para su trabajo como enfermera la información recopilada durante la elaboración de la Historia de Vida de su paciente? ¿Por qué?
- 2) ¿Cree que la inversión de tiempo que supone este tipo de intervenciones está acorde con los beneficios que espera pueda recibir su paciente? ¿Por qué?
- 3) ¿Ha notado cambios en la actitud y/o estado anímico de su paciente a medida que avanzaban las sesiones de reminiscencia? ¿Cuáles? ¿A qué cree que son debidos?
- 4) ¿Consideraría aumentar el número de pacientes a los que realizar este mismo procedimiento?
- 5) ¿Ha logrado implementar nuevas intervenciones con su paciente o realizar nuevas actividades más significativas para él/ella, tras la realización de este proyecto?
- 6) De ser así, ¿qué actividades / intervenciones han modificado y en qué grado de medida cree que ha beneficiado a su paciente?
- 7) ¿Considera que sin este proyecto habría llegado a alcanzar este último objetivo?

Muchas gracias por su dedicación y su tiempo.

Anexo VII – Solicitud de permiso a Gerencia del Instituto de Atención Sociosanitaria de Tenerife

Sra. Yazmina León Martínez

Gerente del Instituto de Atención Sociosanitaria de Tenerife

Calle Galcerán nº10, 38003, Santa Cruz de Tenerife

Estimada Sra.:

Mi nombre es Francisco Javier González Paredes, soy estudiante de 4º curso de grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna y me dirijo a usted para solicitar su autorización para poder realizar el presente proyecto de intervención planteado para mi Trabajo de Fin de Grado con título: «LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS. LA IMPORTANCIA DE LAS HISTORIAS DE VIDA».

El proyecto tiene como propósito elaborar las Historias de Vida de un grupo pacientes institucionalizados en el Hospital Ntra. Sª de los Dolores, a través de sesiones de reminiscencia, privadas guiadas por un grupo de profesionales de enfermería de referencia. Además, pretendemos evaluar los efectos de estas sesiones sobre el grado de ansiedad y/o depresión de los participantes y evaluar, junto con el equipo de enfermería del Centro, si esta herramienta puede favorecer la elaboración de intervenciones más significativas para los pacientes a través de la información obtenida durante las sesiones.

Hemos elegido el Hospital Ntra. Sª de los Dolores por sus características, grupo de pacientes institucionalizados de edad avanzada, personal contratado e instalaciones. Desde nuestro punto de vista, dicho centro se ajusta completamente a las necesidades de nuestro proyecto.

El proyecto comenzará en Enero de 2023 y finalizará en diciembre de ese mismo año. Adjunto una copia del proyecto.

Quedo a su disposición para aclarar cualquier duda

Atentamente,

Francisco Javier González Paredes, alumno de 4º de Enfermería de la ULL.

Anexo VIII – Revocación de Consentimiento Informado

Yo, _____, con D.N.I. _____,
revoco el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo
proseguir en el proyecto, que doy con esta fecha finalizado.

Firma del participante

A _____ de _____ del 202_, en San Cristóbal de La Laguna.

Anexo IX – Carta informativa a familiares de pacientes participantes

Yo, Francisco Javier González Paredes, alumno de 4º curso de grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna, estoy realizando un proyecto de intervención para presentar mi Trabajo de Fin de Grado titulado: «LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS. LA IMPORTANCIA DE LAS HISTORIAS DE VIDA».

El proyecto tiene como propósito elaborar las Historias de Vida de los pacientes participantes a través de sesiones de reminiscencia, privadas guiadas por un profesional de referencia. Además, pretendemos evaluar los efectos de estas sesiones sobre el grado de ansiedad y/o depresión de los participantes y perseguimos elaborar intervenciones más significativas para los pacientes a través de la información obtenida durante las sesiones. Para ello, se llevarán a cabo entrevistas con los pacientes, de 60 minutos de duración y se evaluará el nivel de ansiedad y depresión que presentan al inicio y a la finalización del conjunto de sesiones destinadas a la recopilación de la información necesaria para la elaboración de la Historia de Vida de su familiar.

Para poder participar en dicho proyecto, es necesario que los pacientes presten su consentimiento mediante la firma de un documento en el que aceptan la participación en el estudio, reconocen conocer el objetivo de este y el carácter voluntario de participación. Para ello se firmará un consentimiento informado que podrá ser revocado según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Por parte del equipo investigador, garantizará la confidencialidad de los datos recogidos, así como la voluntariedad para poder abandonar el estudio en cualquier momento, previa solicitud por escrito de los participantes, sin necesidad de aportar más explicaciones.

Entendiendo que pueda ser de interés para Uds. ser conocedores del proyecto de intervención al que ha decidido unirse voluntariamente su familiar, le hacemos llegar esta carta informativa.

Muchas gracias por su atención y su participación.

Atentamente,

Francisco Javier González Paredes, alumno de 4º de Enfermería de la ULL.

Anexo X – Guion sesiones de reminiscencia

INFANCIA

1. Acercamiento inicial

Me gustaría que pudiéramos hablar sobre su infancia y sobre los principales recuerdos de este momento de su vida. ¿Qué recuerdos guarda de cuando era un niño/a? ¿Qué recuerdos tiene de su infancia?

2. Posibles preguntas para orientar y animar la conversación

Acudir a ellas solo si se considera necesario, no aplicar a modo de entrevista

Lugar de nacimiento y contexto social	¿Dónde nació? ¿Cómo era la vida entonces?
Su familia	¿Cómo era su familia? ¿Cómo eran sus padres? ¿Y sus hermanos? ¿Había otros miembros importantes en su familia?
La escuela	¿Fue a la escuela o al colegio? ¿Cómo era el edificio, la clase? ¿Recuerda a sus profesores? ¿Cómo eran las clases?
Las amistades de la infancia	¿Quiénes eran sus mejores amigos/as? ¿A qué solían jugar?

3. Los mejores recuerdos de la infancia

¿Cuáles son los mejores recuerdos de su infancia? ¿Cuáles fueron los mejores momentos? ¿Qué era lo que más le hacía disfrutar? ¿Qué recuerdos guarda como "oro en paño"?

JUVENTUD

1. Acercamiento inicial

Me gustaría mucho que me contara cosas de cuando era joven y sus principales recuerdos de este momento de su vida. ¿Qué recuerdos guarda de cuando era joven?

2. Posibles preguntas para orientar y animar la conversación

Acudir a ellas solo si se considera necesario, no aplicar a modo de entrevista

Estudios	¿Hasta qué edad estudió? ¿Qué estudios tuvo? ¿Dónde estudió? ¿Cómo era su vida de estudiante?
El inicio del trabajo	¿Trabajaba de joven? ¿Cuándo empezó a trabajar? ¿Cuál fue su primer trabajo? ¿Cómo era su vida trabajando de joven?
Amistades y amores de juventud	¿Quiénes eran sus amigos/as de juventud? ¿Los noviazgos entonces, cómo eran? ¿Cómo fue el suyo?
La diversión	De joven para divertirse ¿qué hacían, a dónde iban?

3. Los mejores recuerdos de la juventud

¿Cuáles son los mejores recuerdos de su juventud? ¿Cuáles fueron los mejores momentos? ¿Qué era lo que más le hacía disfrutar? ¿Qué recuerdos guarda como "oro en paño"?

EDAD ADULTA/MADUREZ

1. Acercamiento inicial

Me gustaría mucho conocer cosas de su vida adulta. De cuando ya no vivía con sus padres, de cuando formó su propia familia. ¿Qué recuerdos guarda de su vida adulta (después de casarse o cuando ya no vivía con sus padres)?

2. Posibles preguntas para orientar y animar la conversación

Acudir a ellas solo si se considera necesario, no aplicar a modo de entrevista

Matrimonio	¿Se casó? ¿Con quién se casó? ¿Cómo fue su boda? ¿Cómo era su vida de casado/a?
Trabajo	¿En qué trabajó, a qué se dedicó? ¿Cuál fue su mejor trabajo? ¿Disfrutaba con su trabajo?
Hijos/as	¿Tuvo hijos/as? En caso de que no tuviera hijos/as, ¿tuvo sobrinos/as?
Amistades y grupos de la comunidad	¿Cuáles eran sus mejores amistades? ¿Qué recuerdos le vienen a la mente de buenos momentos con ellas? ¿Pertenece a grupos o a asociaciones de su comunidad?
Aficiones y lo que le hacía disfrutar	¿Cómo disfrutaba del tiempo libre, qué le gustaba hacer, tenía aficiones? ¿Había algo que le apasionara?
Vacaciones y viajes	¿Dónde solía pasar las vacaciones? ¿Hizo viajes importantes, especiales para usted?

3. Los mejores recuerdos de su vida adulta

¿Cuáles son los mejores recuerdos de su vida adulta? ¿Cuáles fueron los mejores momentos? ¿Qué era lo que más le hacía disfrutar? ¿Qué recuerdos guarda como "oro en paño"?

JUBILACIÓN/ANTES DE ENTRAR EN LA RESIDENCIA

1. Acercamiento inicial

Me gustaría escuchar sus recuerdos de estas últimas décadas, desde que se jubiló hasta en estos últimos años antes de decidir irse a vivir a esta residencia. ¿Qué recuerdos guarda después de jubilarse o después de los 65?

2. Posibles preguntas para orientar y animar la conversación

Acudir a ellas solo si se considera necesario, no aplicar a modo de entrevista

Jubilación	¿Cómo le afectó su jubilación, qué cambios supuso para usted el dejar de trabajar?
Viudedad	Cuando se quedó viudo/a... ¿cómo cambió su vida? ¿Qué hizo, que le ayudó a reorganizar su vida?
Ser abuelo/a	¿Cómo fue la llegada del primer nieto/o? ¿Le aportan sus nietos? ¿Le aporta algo nuevo ejercer de abuelo/a? ¿Cómo se siente siendo abuelo/a?
Amistades y grupos de la comunidad	¿Cuáles eran sus mejores amistades en esta época? ¿Pertenece a grupos o a asociaciones de su comunidad?
Aficiones y lo que le hacía disfrutar	¿Cómo disfrutaba del tiempo libre, qué le gustaba hacer, tenía aficiones? ¿Había algo que le apasionara?
Vacaciones y viajes	¿Dónde solía pasar las vacaciones? ¿Hizo viajes importantes, especiales para usted?
Antes de entrar en la residencia	¿Cómo era un día normal antes de vivir en la residencia? ¿Cuál era su rutina diaria? ¿Qué aficiones tenía? ¿Qué le hacía disfrutar especialmente? ¿Qué le hacía sentirse más útil? ¿Había algo que le preocupara? ¿Cuál fue el motivo de trasladarse a una residencia?

3. Los mejores recuerdos de esta época, antes de venir a la residencia

¿Cuáles son los mejores recuerdos de esta época? ¿Cuáles fueron los mejores momentos? ¿Con qué disfrutaba más? ¿Qué recuerdos guarda como "oro en paño"?

EL MOMENTO ACTUAL Y LO IMPORTANTE PARA LA PERSONA

1. Acercamiento inicial

Nos importa mucho que su vida actual sea lo mejor posible. Es importante conocer lo que usted ha conseguido a lo largo de su vida para que podamos saberlo quienes le estamos cuidando. También lo que ahora es REALMENTE importante para usted.

2. Asuntos importantes a conocer en la actualidad

Sus principales logros a lo largo de su vida

- ¿Cuáles son los principales logros que ha conseguido a lo largo de su vida? ¿Qué es de lo que se siente más orgulloso/a?

Talentos y pasiones

- ¿Tiene talentos o habilidades especiales que le hagan sentir especialmente útil o vivo/a? ¿Hay cosas que ahora le apasionan?

Sus hábitos, su actividad agradable

¿Con qué cosas de su forma de ser debemos ser especialmente cuidadosos? ¿Qué costumbres o rutinas le hacen sentir bien? ¿Qué cosas les gusta hacer en su día a día?

- Su rutina cotidiana agradable consiste en:

Lo que ahora le preocupa, inquieta o produce malestar

- ¿Hay algo que le preocupe especialmente? ¿Algo que le quite el sueño, que le haga sufrir? ¿Hay algo que le haga sentir temor, que le asuste? ¿Algo que le desagrade especialmente y que debemos evitar?

Las personas que para usted son más importantes

También nos gustaría conocer qué personas para usted, ahora, son más importantes. Esto no quiere decir, en absoluto, que no aprecie a otras. Pero conocer las personas con las que guarda más confianza nos ayudará a intentar que usted se encuentre mejor viviendo aquí.

- Familiares
- Amistades
- Profesionales
- Otros
- Grupos a los que pertenece

Espiritualidad

- Religión u otro tipo de creencias

¿Practica alguna religión? ¿Alguna creencia que haga que su vida tenga un mayor sentido?

- Creatividad, arte u otras formas de trascendencia

¿Qué cosas de las que hace le hace sentir que su vida contribuye a los demás? ¿Tiene alguna actividad artística, cultural o creativa que alimente su espiritualidad?

Imagen tomada de la publicación de Serrano JP *et al* (2004). Fuente: Serrano JP, Latorre JM, Gatz M, Montanes J. *Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. Psychol Aging.* 2004;19(2):270-277.