

# Las experiencias de las personas mayores que viven en hogares para ancianos: la teoría de las "díadas de intercambio"

## RESUMEN

**Objetivo:** estudiar las experiencias vitales y el proceso de adaptación social de las personas mayores que viven en hogares para ancianos. **Metodología:** estudio cualitativo basado en los procedimientos propios de la teoría fundamentada. El emplazamiento han sido los 6 hogares para ancianos de la comarca de la campiña sur de Córdoba, en el sur de España. Los participantes han sido 16 residentes de estos centros. La recogida de información se ha realizado a través de entrevistas en profundidad. **Resultados:** la categoría central que emerge de los datos se ha denominado teoría de las "díadas de intercambio": en el seno de los hogares para ancianos se establece una situación de intercambio, en la que la persona mayor cede la totalidad o parte de una serie de cualidades, obteniendo a cambio otras que son características de este tipo de instituciones. Estas cualidades que se intercambian pueden organizarse en forma de díadas, siendo la principal la cesión del poder de decisión, a cambio de la obtención de unas condiciones más óptimas de seguridad, díada a través de la cual, incluso, se puede explicar el proceso de ingreso en la institución.

## PALABRAS CLAVE

Anciano, enfermería, hogares para ancianos, investigación cualitativa. (Source: DeCS, BIREME).

1. Doctor, Magíster en Gerontología. Enfermero de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, España. jblanca@ephag.es  
2. Doctora en Ciencia Política, Enfermera. Profesora titular, Universidad de Jaén, España. mlgrande@ujaen.es  
3. Doctor en Antropología Social y Cultural, Enfermero, Matrón. Profesor titular, Universidad de Jaén, España. mlinares@ujaen.es

## *The Experiences of Older People Living in Nursing Homes: the Theory of "Exchange Dyads"*

### ABSTRACT

**Objective:** To study the life experiences and the process of social adaptation of older people living in nursing homes. **Method:** A qualitative study based on the procedures of grounded theory. The locations were in the 6 nursing homes in a region of the countryside of Cordoba in southern Spain. The participants were 16 residents of these centers. The collection of information has been carried through in-depth interviews. **Results:** The main category emerging from the data is called "Exchange Dyads Theory": within nursing homes an exchange situation is established. In this one, the older person yields all or part of a series of qualities, obtaining in return other qualities that are typical of this kind of institution. These qualities that are exchanged can be organized in the form of dyads, being the most important the assignment of decision-making power for obtaining a more optimal safety conditions, dyad through which even can explain the process of admission to the institution.

### KEY WORDS

Aged, nursing, homes for the aged, qualitative research. (Source: DeCs, BIREME).

## *As experiências das pessoas idosas que vivem em casas de repouso: a teoria das "trocas diádicas"*

### RESUMO

**Objetivo:** estudar as experiências vitais e o processo de adaptação social das pessoas idosas que vivem em casas de repouso. **Método:** estudo qualitativo baseado nos procedimentos próprios da teoria fundamentada. Foram escolhidas seis casas de repouso da comarca da campina sul de Córdoba, no sul da Espanha. Os participantes foram 16 residentes desses centros. A coleta de informação se realizou por meio de entrevistas em profundidade. **Resultados:** a categoria central que emerge dos dados se denominou Teoria das "Trocas Diádicas": no seio das casas de repouso, estabelece-se uma situação de intercâmbio, na qual a pessoa idosa cede a totalidade ou parte de uma série de qualidades, obtendo em troca outras que são características desse tipo de instituições. Essas qualidades que se intercambiam podem se organizar em forma de díadas, sendo a principal cessão do poder de decisão, em troca da obtenção de umas condições melhores de segurança, díada pela qual, inclusive, pode-se explicar o processo de ingresso na instituição.

### PALAVRAS-CHAVE

Idoso, enfermagem, casa de repouso, pesquisa qualitativa. (Fonte: DeCs, BIREME).

## Introducción

### *Concepto y demografía de los hogares para ancianos en España y Europa*

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España (IM-SERSO) define a las "residencias de personas mayores", también denominadas "hogares para ancianos", como "establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal" (1).

Kane, Ouslander y Abrass (2), definen los siguientes objetivos de la atención en estos centros: proporcionar un ambiente seguro y de apoyo para las personas con enfermedades crónicas, recuperar y mantener el mayor nivel posible de independencia funcional, conservar la autonomía personal, mejorar la calidad de vida, el bienestar percibido y la satisfacción vital; proporcionar unas condiciones y un ambiente cómodo y digno para las personas que padecen una enfermedad terminal y para sus familiares, estabilizar y retrasar el avance y el deterioro producido por las enfermedades crónicas, prevenir enfermedades agudas y la yatrogenia, identificándolas y tratándolas cuando se presenten.

Este tipo de instituciones, los hogares para ancianos, son en realidad una evolución de aquellos centros que dentro de la sociedad tenían la función de "custodiar", "dar cobijo", o "recluir" a distintos grupos de personas y con diferentes finalidades: cuidar, curar o castigar. Por lo tanto, los objetivos de tipo social de cualquiera de estos centros son algo más ambiguos, lo cual sigue planteando interrogantes acerca de su verdadera función y en cuanto a su adecuación a las políticas de bienestar social (3,4).

Con respecto al volumen de personas mayores de 65 años que viven en España y en el resto de Europa en hogares para ancianos, se identificaron países en los que el porcentaje supera el 4 %, como Bélgica, Francia, Luxemburgo, o los Países Bajos, hasta otros en los que es inferior al 1 % como Bulgaria, Grecia, Lituania, Polonia o Rumanía. En España el porcentaje es del 1,2 %(5).

En España, el 66 % de los usuarios son mujeres y el 62 % de ellos son personas de 80 o más años. El 70 % son personas mayores en situación de dependencia. Si bien la información disponible sobre la edad media del residente y la edad media de ingreso es

escasa, se puede establecer la edad media de los usuarios en 83 años y la edad media del ingreso en 80 años (5).

### **La investigación cualitativa en los hogares para ancianos**

Diversos autores han estudiado el tema de las experiencias vitales de las personas mayores institucionalizadas, empleando diseños basados en la investigación cualitativa, con el objetivo de aproximarnos al punto de vista de los propios protagonistas.

#### *Vida diaria*

Tsai y Tsai (6) organizaron su estudio en torno a un tema central, ya que los informantes describían por lo general su vida en estas instituciones como "una estancia temporal para nutrir (fortalecer) su salud".

Los participantes de Slettebø (7) manifestaron que la vida en el centro les proporcionaba seguridad pero que se encontraban en una situación de soledad. Consideraban como circunstancias positivas de este tipo de vida el sentirse respetados, la seguridad, los cuidados proporcionados por el personal y el mantenimiento de la autonomía personal.

Wadensten (8) destacó entre sus hallazgos cómo aquellos residentes que se encontraban satisfechos con su vida actual en el hogar para ancianos, también consideraban haber llevado una vida agradable anteriormente.

En el trabajo de Andersson, Pettersson y Sidenvall (9), los participantes se encontraban generalmente satisfechos con la vida que llevaban en el centro, excepto por la capacidad de libre determinación.

Van't Leven y Jonsson (10) expusieron sus resultados a través de tres temas fundamentales: la continuación de actividades de tipo familiar que tengan un interés personal, la propia elección-control de las actividades y las relaciones sociales con la gente.

En el estudio de Fiveash (11), los asuntos tratados fueron: en contra de mi voluntad (refiriéndose al ingreso en el centro), la vida en un hogar público, implicaciones culturales de la vida con otras personas y el impacto de vivir en un hogar para ancianos.

López (12) y Álvarez (13) recogieron sendos relatos biográficos de dos mujeres que vivían en hogares para ancianos en el sur de España, el mismo entorno que el de este estudio. Bazo (14), también desde España, analizó diversos aspectos de la vida dentro de estos centros, como las causas del ingreso, los roles y las relaciones que se establecían, así como la imagen de la institución adquirida en el proceso de socialización.

### ***Experiencias de sufrimiento, de dolor y de pérdida***

Pilkington y Kilpatrick (15) se centraron en el estudio de la estructura de la experiencia del sufrimiento de estas personas. Identificaron tres temas centrales: la desolación ilimitada, la aquiescencia determinante y las afiliaciones benévolas.

Pilkington (16), en un estudio anterior, investigó como es el proceso de aflicción ante una pérdida dentro de estas instituciones. Estableció dos núcleos temáticos fundamentales: el dolor que supone la soledad frente al confort que producen las afiliaciones personales y el estado de conformidad serena que se desarrolla ante las pérdidas dolorosas.

Forbes-Thompson y Gessert (17) estudiaron las experiencias de pacientes que estaban próximos a fallecer en hogares para ancianos. Los testimonios de dos residentes en concreto fueron utilizados para ilustrar su investigación y mostrar los aspectos físicos, psicosociales y existenciales que conformaban sus experiencias de sufrimiento.

Pleschberger (18), se centró en los significados de la dignidad humana en los momentos próximos a la muerte de los residentes de estos centros. Concluyó que la dignidad está constituida por una faceta intrapersonal y por otra que está fundamentada en las relaciones sociales interpersonales.

### ***Los cuidados recibidos y los autocuidados***

Anderberg y Berglund (19), estudiaron las experiencias con respecto a las necesidades de cuidados y ayuda en su vida diaria. Los participantes consideraban que estos cuidados son determinantes para: mantener un equilibrio entre el dolor y el bienestar, conservar el control de su propio cuerpo, vivir el presente sin preocuparse en demasía por el futuro y ocultar la vulnerabilidad propia ante una situación que consideraban comprometida.

Chang (20), estudió las percepciones referentes al autocuidado de los residentes de estos centros. Las creencias de los informantes, las expuso organizadas en torno a tres grandes temas: la importancia de realizar autocuidados, las barreras que impiden recuperar la capacidad de autocuidarse y los aspectos facilitadores que permiten recuperar esta capacidad.

Para los informantes de Liukkonen (21), los profesionales estaban siempre muy ocupados y presionados por el tiempo, por lo que demandaban que las personas cuidadoras pudieran hablar un poco más con ellos sobre sus esperanzas, sus deseos y sobre sus pensamientos diarios.

### ***Bienestar, satisfacción, calidad de vida***

El trabajo de Dwyer, Nordenfelt y Ternestedt (22), indica que las fuentes de significado en este tipo de centros son la capacidad física, la capacidad cognitiva, las necesidades y la pertenencia y que el significado se crea a través del diálogo interno, las relaciones con los otros y la comunicación.

Hjaltadóttir y Gústafsdóttir (23), se aproximaron al tema de la calidad de vida dentro de estas instituciones. El estudio indica que el fenómeno de la calidad de vida para estas personas era complejo y multidimensional. Los informantes necesitaban ser reconocidos como individuos propios que tienen sus raíces y pertenecen a una familia y también necesitaban mantenerse realizando actividades significativas.

Bergland y Kirkevold (24), investigaron que aspectos contribuyen al desarrollo del bienestar psíquico y satisfacción emocional ("thriving") en estos centros. Dos aspectos fundamentales condicionaban este tipo de desarrollo: la actitud de las personas mayores acerca de vivir en estas instituciones y la calidad de los cuidados recibidos.

Los informantes del estudio de Aller y Van Ess Coeling (25), identificaron tres temas como determinantes de su calidad de vida: la habilidad para comunicarse con los otros, la habilidad para cuidarse por sí mismos y la habilidad de ayudar a los otros.

## **Objetivos**

La mayoría de estas investigaciones han ofrecido sus resultados desde una perspectiva exclusivamente descriptiva. Los

estudios que han trabajado desde una perspectiva interpretativa han teorizado sobre aspectos muy concretos, por ejemplo Pleschberger (18), construyó su teoría sobre la base del concepto de la dignidad humana.

Con este trabajo se pretende ofrecer una visión interpretativa más amplia y, en definitiva, estudiar a través de los procedimientos propios de la teoría fundamentada las experiencias vitales y el proceso de adaptación social de las personas mayores que viven en un hogar para ancianos.

## Método

### *Diseño*

El diseño de la investigación consiste en un estudio cualitativo de tipo interpretativo, basado en la construcción de teoría fundamentada. Strauss y Corbin definen este abordaje investigador como "una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí". (26)

### *Emplazamiento y selección de los participantes*

El emplazamiento de realización del estudio han sido los 6 hogares para ancianos de la comarca de la campiña sur de Córdoba, en el sur de España. La selección de los informantes ha consistido en un muestreo de tipo intencional y teórico (26,27): se invitó a participar a aquellas personas a las que se consideraban de mayor relevancia para comprender los fenómenos en estudio, en este caso a las propias personas mayores que viven en hogares para ancianos, buscando variación en aspectos como la edad, el tiempo viviendo en la institución y el nivel de independencia (Tabla 1). A medida que se iba avanzando en el análisis de los datos, se amplió el número de entrevistados para englobar una perspectiva lo más amplia posible de los códigos y categorías emergentes a partir del tratamiento de la información.

Cuando, a pesar de realizar más entrevistas, no se producían comprensiones nuevas y el análisis de datos no proporcionaba propiedades y dimensiones novedosas para cada una de las categorías y subcategorías en estudio, no se incorporaron más informantes: criterio de saturación teórica (26,27).

En primer lugar, los investigadores concertaron citas individuales con las directoras de los centros en cuestión. En dichas citas, se expusieron los objetivos de la investigación, obteniendo su autorización para la realización de las entrevistas. Las directoras, así como las enfermeras y profesionales de los hogares para ancianos asumieron la figura de "porteros", propia de la investigación cualitativa y a través de la técnica de la "bola de nieve", nos presentaron a algunos de los residentes de cada centro, los cuales pusieron a los investigadores en conocimiento de otras personas mayores y así sucesivamente (28).

Se han realizado entrevistas en profundidad a un total de 16 residentes de estos centros: 7 hombres y 9 mujeres. La edad de los entrevistados ha oscilado desde los 56 hasta los 98 años y el tiempo que llevan viviendo en el hogar para ancianos ha variado desde 8 días hasta 26 años (tabla 1). No se han incluido como participantes a personas mayores que estuvieran afectadas por enfermedades neurológicas degenerativas en estado avanzado.

### *Recolección de información*

La recogida de la información se ha efectuado a través de entrevistas en profundidad, desarrolladas por los propios investigadores firmantes de este estudio:

La entrevista en profundidad o entrevista cualitativa tiene lugar cuando se producen reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los entrevistados respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (27).

Puesto que a la vez que se iban realizando las primeras entrevistas se ejecutó simultáneamente el análisis de los datos que proporcionaban, los encuentros se fueron estructurando mediante un guión de apoyo que quedó definido por las diversas categorías y subcategorías que fueron surgiendo a medida que se profundizaba en el tratamiento de la información, según el desarrollo inductivo propio de la metodología de investigación cualitativa, pero sin perder no obstante el carácter de "entrevista abierta" de los diálogos.

Los encuentros se mantenían en un despacho privado habilitado para que los residentes puedan recibir a sus visitas o bien en los propios dormitorios de los informantes. Los testimonios de los participantes fueron grabados en formato digital a través de un dispositivo tipo MP3 y posteriormente transcritos literalmente por

los propios investigadores. La duración aproximada de las entrevistas osciló entre una y dos horas.

## **Análisis de datos**

Diversos elementos son necesarios para el desarrollo de la teoría fundamentada (26, 29, 30). Del muestreo teórico y de la saturación teórica ya se ha hablado en el apartado de “emplazamiento y selección de los participantes”. Otro aspecto básico es el método de la comparación constante: los investigadores simultáneamente codificaron y analizaron los datos con la finalidad de desarrollar conceptos. Se trataba de comparar continuamente los incidentes (unidades mínimas de análisis) de los datos para refinar estos conceptos, identificar sus propiedades, explorar como se relacionan unos con otros e integrarlos en una teoría coherente.

Otros recursos útiles fueron los memos o memorandos (anotaciones de ideas teóricas tal y como a los investigadores les iban surgiendo en el proceso de codificación) y los diagramas (representaciones gráficas de las relaciones entre conceptos).

Las tres etapas que en la práctica han constituido el análisis de nuestros datos han sido la codificación abierta, la codificación axial y la codificación selectiva. (26, 29, 30).

En la codificación abierta, se realizó una lectura de la transcripción directa de cada una de las entrevistas, desglosándolas en unidades pequeñas a las que se les asignaban palabras o expresiones de los investigadores que constituyeron los códigos preliminares y que identificaban la temática del fragmento analizado.

Ejemplo:

...Yo me llevo con todos bien pero hago como decía el refrán: “con todos corro pero con ninguno me paro”. Yo no soy rara, hablo con todo el mundo.

Código preliminar: relación con los compañeros de la residencia.

Memorando: tiene relaciones cordiales pero no son muy intensas.

En la codificación axial, se ha procedido a reorganizar los códigos conforme a un mayor nivel de abstracción, con el objetivo de desarrollar sucesivamente códigos conceptuales, subcategorías y categorías, así como la formación de las conexiones que permitieran explicar los fenómenos estudiados. Las categorías principales emergentes del análisis, en las que se persiguió un mayor grado de profundización a medida que se desarrollaron

más entrevistas, hasta alcanzar la pretendida saturación teórica, han sido las siguientes: *situación de intercambio en el hogar para ancianos, situación de adaptación social y circunstancias anteriores al ingreso en la institución*. La jerarquización de las principales categorías, subcategorías y conceptos desarrollados, se muestran en la Figura 1.

En la codificación selectiva, se han refinado e integrado las diversas categorías, culminando el establecimiento de relaciones entre sí e identificando una central (situación de intercambio: teoría de las “díadas de intercambio”) que constituye el resultado principal de esta investigación. Las relaciones entre las diversas categorías se desarrollan en el apartado de resultados y se muestran esquemáticamente en la Figura 2.

El soporte físico donde se ha desarrollado este proceso de análisis de datos ha sido el programa informático EXCEL v. 2007.

## **Aspectos éticos**

Emmanuel, Wendler y Grady (31), sintetizaron los requisitos que garantizan la ética en una investigación, que posteriormente fueron adaptados al campo de la investigación cualitativa por Barrio y Simón (32). Con base en estos criterios se ha tratado de garantizar la corrección ética de la investigación:

- Valor social o científico.
- El diseño metodológico debe ser coherente con los objetivos, seleccionando correctamente los contextos y los informantes. También la interpretación de los resultados.
- Cociente entre riesgo y beneficio favorable.
- Consentimiento informado: a cada una de las personas mayores participantes de las entrevistas se le proporcionó un modelo de consentimiento informado, en el que daban la autorización expresa a su participación mediante la grabación de su testimonio.
- Respeto por los participantes: protección de la intimidad y la confidencialidad. Se informó a los entrevistados de la forma en que se protegerán los datos, como se almacenarán y quién accederá a ellos. En el caso de que los participantes citaran algún nombre propio, este ha sido sustituido por otro ficticio.

- Evaluación independiente, que no ha de seguir los esquemas de evaluación típicos de los ensayos clínicos con medicamentos. El proyecto de investigación que fundamentó este estudio fue evaluado y aprobado por la Comisión de Estudios de Postgrado de la Universidad de Jaén y como se ha comentado anteriormente, se contó con la autorización de las directoras de las 6 instituciones participantes.
- Selección equitativa de los participantes.

### **Medidas para garantizar el rigor científico**

Con el fin de tratar de garantizar el rigor científico del estudio, se tuvieron en cuenta una serie de criterios clave que según los diversos autores fundamentan la calidad científica de la investigación de tipo cualitativo: credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad (33-37). Con respecto a la credibilidad, los investigadores se han apoyado en estrategias concretas como los métodos de la triangulación (revisión y análisis algunos documentos escritos, tales como informes de incidencias de enfermería, hojas de tratamiento médico y planillas de distribución de las actividades de los cuidadores y cuidadoras) y los controles cruzados (cuando los informantes nos han relatado algún hecho concreto de su vida diaria, se han entrevistado también a otras personas que hayan participado de esa situación o que hayan sido testigos de la misma) (27). También se han proporcionado algunos de los hallazgos obtenidos en la presente investigación a varios de los participantes, los cuales han procedido a revisarlos para comprobar si los fenómenos en estudio se encontraban fielmente representados en el trabajo.

En los apartados de introducción y metodología se han abordado y detallado el contexto de realización del estudio (hogares para ancianos) y cómo son las vivencias de los residentes en estos escenarios, así como caracterizado a los participantes del trabajo actual (transferibilidad). Con la descripción detallada de los métodos y procedimientos empleados en la recogida de la información y su análisis, se pretende que otros investigadores puedan seguir los pasos de este trabajo (consistencia). La presentación de resultados se ha ilustrado con algunos de los comentarios textuales de los entrevistados, siendo así mismo contrastados con la bibliografía disponible sobre el tema y revisados por un investigador ajeno a este estudio (confirmabilidad). También se consideraron los 32 puntos de la herramienta COREQ (38).

No obstante, los criterios específicos para evaluar la calidad científica de la teoría fundamentada que los investigadores han considerado son cuatro (39, 40):

- El ajuste de los datos: debe existir una conexión evidente entre los datos y las categorías y las teorías que se generen a partir de ellos.
- La teoría debe funcionar: ha de ser capaz de explicar de manera fidedigna las relaciones y conexiones entre los fenómenos estudiados.
- Relevancia: que sea significativa, pertinente en relación a los comportamientos sociales con los que se están trabajando.
- Modificabilidad: que la teoría pueda incluir nuevos datos que se vayan generando con la investigación.

## **Resultados**

En este apartado, se expone en primer lugar cómo el proceso de adaptación de los adultos institucionalizados en este tipo de centros se articula a través de una serie de cesiones y ganancias establecidas con la institución (teoría de las "díadas de intercambio"). Esta situación de trueque; de permuta, propicia la evolución hacia la adaptación social de estas personas (que se definirá posteriormente como un estado de "aceptada continuidad-resignado conformismo" y que está caracterizado por una serie de propiedades). A través del proceso principal de canje (poder de decisión frente a seguridad), se intentará explicar también el proceso secuencial que puede determinar el ingreso a este tipo de instituciones. (Figura 2)

### **La teoría de las "díadas de intercambio"**

Para tratar de explicar el proceso de adaptación social del adulto mayor en los hogares para ancianos, se propone lo que los investigadores de este estudio han denominado teoría de las "díadas de intercambio", según la cual, en el seno de estas instituciones se establecería una situación de intercambio, en la que la persona mayor cede la totalidad o parte de una serie de cualidades obteniendo a cambio otras que son características de este tipo de instituciones. Las cesiones no siempre se producen de forma voluntaria y el hecho de que se produzcan estos intercambios, no quiere decir que los atributos que recibe la persona mayor



sean del todo deseables o satisfactorios por su parte. Es decir, no se trata de un proceso demandado explícitamente por los residentes, sino que más bien se ven inmersos en esta situación.

Estas cualidades que se intercambian pueden organizarse en forma de díadas, parejas vinculadas de atributos a través de los que de forma implícita, no pactada de forma contractual, los participantes participan en una permuta con la institución. Son las siguientes:

**Poder de decisión-seguridad:** las personas mayores pierden en el hogar para ancianos parte de su libertad para decidir y obtienen a cambio seguridad. El poder de decisión es cedido, las personas mayores han de acogerse a una disciplina horaria, a unas normas de comportamiento y a unas normas referidas a los espacios físicos. Lo que la institución les ofrece a cambio de esta cesión con respecto a la toma de decisiones es seguridad: qué significa para las personas mayores estar en un entorno que comparan con un hospital, ya que tienen al personal de enfermería y al personal médico disponibles y además tienen las necesidades básicas cubiertas.

M2: "Hay un montón de reglas y horarios. A las nueve, tengo que estar lavada y lista para ir al comedor. El almuerzo es a las una..., lo que pasa es que en casa no me encuentro yo que pueda estar sola".

M8: "Yo prefiero estar aquí antes que con mis hijos porque ellos son jóvenes, se van, me dejan encerrada en el piso porque yo no puedo estar con la puerta abierta y no puedo abrirle a nadie ni nada porque no veo y no sé quién es el que entra o el que sale. Y aquí aunque tenga que estar pendiente de unos horarios y unas normas sé yo que estoy bien atendida, que me caigo, me da un mareo o cualquier cosa y sé que tengo gente aquí para atenderme".

En torno a esta díada de decisión-seguridad, considerada como el eje central de la teoría de las díadas propuesta en este estudio, se organizan otras tres parejas de intercambio:

**Gestión de mi tiempo-apoyo en las actividades básicas de la vida diaria:** los residentes ceden la gestión de su propio tiempo, para adaptarse a la disciplina horaria que se ha comentado anteriormente. La aceptación de esos horarios supone recibir cobertura específica para las actividades de la vida diaria.

M3: "A las nueve en punto de la mañana tienes que estar despierta para ser aseada por el personal y luego entonces me acompañan ellos también al comedor".

**Relaciones familiares-relaciones con personal cuidador y compañeros residentes:** antes de ingresar en el hogar para ancianos, la persona mayor estaba situada en un entorno dónde tenía relativa libertad para relacionarse con los amigos y familiares, a veces viviendo incluso en el mismo hogar que estos últimos. Tras el ingreso en el centro se produce una cesión en cuanto a las relaciones con los familiares, pero se obtienen unas relaciones sustitutorias con otras personas como son el personal cuidador y los compañeros de la institución.

H6: "Las enfermeras me quieren porque yo soy muy cariñoso con ellas. Las muchachas son muy buenas todas, lo mismo unas que otras. Has visto que ahora me ha dado frío y como ha sacado una la manta y me la ha echado por lo alto de la cabeza".

**Propiedad privada-acompañamiento:** la propiedad privada para la persona mayor dentro de estas instituciones se reduce al dormitorio, en el caso de los cuartos individuales, o a un armario o mueble dónde se guardan los objetos personales, en el caso de los dormitorios comunes. El resto de espacios físicos son compartidos. A cambio de esta cesión de propiedad privada, se obtiene el acompañamiento continuo de otras personas, el personal cuidador y los compañeros, lo que evita que el mayor se encuentre solo. La condición de acompañamiento determina también unas mayores condiciones de seguridad.

H6: "Yo tengo una mesita de noche donde tengo todo, tengo ropa, tengo un armario, camisetas y calzoncillos en los calzones de abajo y allí pongo la ropa y en una silla y me acuesta una muchacha, porque como tengo lo de la pierna, me mete en la cama vaya que vaya yo a caerme. Tienen la cama siempre muy limpia y la ropa tardan un día o dos en lavarla, nos visten de limpio ellas, nos lavan, nos ponen en cueros las muchachas, ponen una cosa hay para sentarme para que no me pueda caer, por lo de las piernas".

### **La aceptada continuidad y el resignado conformismo**

Como consecuencia del establecimiento de la situación de intercambio que se acabó de detallar, en la persona mayor institucionalizada se evoluciona de manera genérica, hacia un estado denominado "resignado conformismo y aceptada continuidad" y que



se define como: la aceptación de las circunstancias vitales que les han tocado vivir como miembros de un hogar para ancianos, considerándolo como una etapa más de sus vidas y dónde la institución hace las veces de su hogar; no esperando apenas cambios para el futuro, al que se suele asociar en muchos casos con la muerte.

M9: "Yo no estoy a disgusto con nada, yo sola no puedo estar, dinero no tengo nada más que el de la pensión de inválida. Yo si tuviera mi pisito o mi casa o lo que sea, pues tendría una mujer para que me hiciera las cosas porque yo esta mano no me sirve para nada, así que como yo sé que esto es lo que tengo para que voy a estar a disgusto con lo que me ha quedado. Pasar los días y los días y tratar de molestar lo menos posible".

M5: "Bueno, pues como, no sé, pues no tener nada que hacer. Yo trato de molestar lo menos posible, las enfermeras me tratan bien, las muchachas son todas buenas, yo no quiero problemas con nadie y como yo sé que en mi casa no puedo estar y que otra cosa no tengo, yo estoy aquí a gusto, hay unas comidas muy buenas, me tratan tan bien, el patio es muy grande para estar para arriba y para abajo y todo eso y como el día que yo quiero pues salgo a la calle, para pasearme".

Esta situación de continuidad-conformismo significaría la culminación del proceso de adaptación social de estos residentes. El grado de consecución de este proceso, su mantenimiento e incluso su percepción como satisfactorio por parte de las personas mayores institucionalizadas, está determinado por varias propiedades, derivadas también del proceso de intercambio expuesto anteriormente y que son las siguientes:

**La pérdida de responsabilidades:** en el contexto de los hogares para ancianos, la pérdida de poder de decisión lleva asociada también una pérdida de responsabilidad (económica y del cuidado hacia algunos familiares, como las esposas o los hermanos enfermos). Tiene mucho que ver en esta situación la historia vital de cada persona, en concreto, que el mayor quede desligado o no de las preocupaciones y responsabilidades que tenía fuera de la institución.

M1: "Lo bueno de aquí es que no tengo que preocuparme de los dineros, de la comida, de nada... Yo ingresé aquí a la vez que mis hermanos, que estaban muy mayores y aquí cuidaban del todo de ellos y yo además podía estar a su lado. Pero yo ya estaba muy mayor para estar todo el rato pendiente de ellos en nuestra casa".

**La seguridad:** como se ha indicado anteriormente en los resultados de este estudio, la seguridad significa para las personas mayores estar en un entorno comparado con un hospital, donde tienen al personal de enfermería y al médico disponibles y donde además tienen sus necesidades básicas cubiertas.

H7: "Me siento cómodo aquí. Le pido a la enfermera una pastilla y me la da, ahora le he pedido también que me traiga un pañal".

H2: "Yo estoy aquí encantado de la vida, tengo limpieza, tengo el alimento, de todo. Yo estoy a gusto con el retiro que me ha dado el estado".

**Relaciones sociales satisfactorias:** para ello la persona mayor ha de experimentar como gratificantes las interacciones sociales que tienen lugar en su vida diaria. Estas relaciones satisfactorias no se las puede proporcionar exclusivamente uno u otro grupo humano, sino que se debe dar una "condición de complementariedad" en el contexto relacional de la persona mayor. Es decir, que necesita de relaciones humanas significativas proporcionadas tanto por parte de las personas del hogar para ancianos (personal cuidador y compañeros), como por parte de los familiares, vecinos y amigos que ha dejado fuera de la institución.

M5: "Yo me parece que me llevo bien con todas las compañeras y también con todas las enfermeras y ellas son muy apañadas y hacen por todos los que estamos aquí lo que pueden... También paso algunos días de vez en cuando en casa de mis hermanas y ellas vienen a verme cuando pueden porque tienen que estar pendientes de sus casa y de sus hijos".

M1: "Voy a ver a mi amiga que la tengo aquí en el cuarto de al lado... Viene a visitarme mucha gente de fuera, amigas. Ayer se me llenó la habitación, porque vinieron de un cursillo que hicieron aquí y vienen a visitarme de vez en cuando."

### ***Proceso de ingreso en el hogar para ancianos según la teoría de las "díadas de intercambio"***

El proceso que desemboca en el ingreso de la persona mayor en un hogar para ancianos se puede explicar de una forma sencilla a partir de la díada poder de decisión-seguridad, tal y como se ilustra de forma esquemática en la parte superior de la Figura 2:

Partiendo de una situación ideal, en la que la persona mayor vive en su entorno natural, como es el domicilio propio o el de

alguno de sus familiares cercanos, el mayor tiene libertad para decidir sobre los diversos aspectos de su vida diaria y además se desenvuelve en un ambiente con unas condiciones de seguridad prácticamente óptimas.

Se ponen en escena unos factores causales que van modificar esta situación ideal y que son los siguientes: la disminución del nivel de independencia, la disminución o la pérdida de apoyo social, condiciones económicas adversas y la pérdida del rol dominante dentro de la propia familia.

M5: "Dios y yo sabemos lo que yo he ayudado a mis hermanas, pero nadie se acuerda de mí, o lo que solía ser. A veces pensaba que todavía estaba en mi casa, con el poder que tenía, no me daba cuenta de que yo ya no estaba en mi casa, sino que estaba en la casa de mis hermanas como de prestado, como una visita, y sólo mis hermanas tenían la razón y yo me tenía que callar".

La aparición de estos factores de forma individual o conjunta transforma la situación ideal citada anteriormente en otra en que se produce una merma de las condiciones de seguridad en el ambiente en que se desenvuelve la persona mayor, pero en el que su libertad de decisión por ahora está mantenida.

Si la actuación sobre estos factores causales no es posible o es insuficiente en el ambiente natural de la persona mayor, se puede producir como solución temporal o indefinida el ingreso en un hogar para ancianos, en la cual las experiencias vitales de las personas mayores estarían condicionadas por el intercambio entre la diada poder de decisión-seguridad, así como por otros intercambios citados anteriormente.

H5: "Cuando me puse malo mi hija fue la que me dijo, tienes que irte, porque he estado unos años viviendo solo en Córdoba, pero me dijo que si me ponía malo o cualquier cosa que estaba solo y además tienes que hacer esfuerzos para limpiar la casa y limpiarte la ropa y todo, pero si te vas a la residencia...".

M6: "Porque yo estaba sola en mi casa y una vez me dió un mareo y me caí, me descalabré y ya mis hijos no querían que estuviera allí, porque ellos estaban en su casa, aunque uno estaba muy cerca pero estaba cada uno en su casa y trabajar tenían que trabajar todos y se iban y me dejaban sola y ellos decían que ya no querían que estuviera yo así, que había que buscar un sitio donde yo estuviera acompañada, y me buscaron esto y me trajeron aquí. Y aquí estoy".

De no producirse la citada intervención sobre los factores causales perjudiciales para la seguridad de la persona mayor o la alternativa del ingreso en el hogar para ancianos, se podría derivar hacia una situación extrema, en la que la persona mayor sufra tal deterioro físico y/o mental que se produzca la pérdida de la práctica totalidad de su poder decisión y viva además en un ambiente extremadamente inseguro.

## Discusión

La situación de "aceptada continuidad y resignado conformismo" a la que se ha equiparado la adaptación de tipo social de los adultos mayores institucionalizados, conlleva en realidad a una serie de connotaciones de conformismo, acatamiento, sumisión... Cabe recordar que la institución exige implícitamente una serie de cesiones a sus residentes, a la que se unen unas pérdidas propias del envejecimiento social: pérdida de familiares y seres amados, de un rol predominante en el seno familiar, de otros roles asociados con la vida laboral (41)... A cambio, las personas mayores obtienen principalmente unas condiciones bastante aceptables de protección y seguridad.

En un metaestudio cualitativo realizado por los autores del presente manuscrito a partir de las referencias incluidas en el apartado de "antecedentes investigadores" (42), se expone como uno de los aspectos claves demandados por los residentes de las instituciones geriátricas a sus enfermeras, el de la provisión de unos cuidados seguros, para lo cual se exige que los profesionales sean competentes y atentos. En esta misma línea, las personas entrevistadas por Hjaltadóttir y Gústafsdóttir (23), puntualizan que el ingreso en el hogar de ancianos ofrece la seguridad que necesitaban y que el traslado era inevitable. Si bien esta opinión también es común para los participantes de este estudio, para algunos hay otras soluciones más deseables. Slettebø (7), concluye en su trabajo respecto a la seguridad que "vivir en un hogar para ancianos es una experiencia segura, pero solitaria".

Con respecto a la pérdida del poder de decisión de estas personas mayores que emerge en el desarrollo de la teoría fundamentada, Pía (3) afirmaba que en estas instituciones se produce "un proceso paulatino de pérdida de control, el control que toda persona adulta ejerce sobre las circunstancias más habituales que le afectan como miembro de un grupo que participa plenamente de su vida social". Pía concluía que el envejecimiento institucionalizado fomenta en la persona mayor una actitud sumisa y

pasiva y proponía como solución una flexibilización del medio institucional, permitiendo a las personas mayores un mayor control sobre su vida y actividades. Los residentes del estudio de Tsai y Tsai (6) también describen su vida como altamente estructurada, de una manera similar a como los informantes de este estudio aluden a la inflexibilidad de los horarios que rigen a las diversas actividades de su vida diaria. Los entrevistados por Liukkonen (21) citan concretamente a los horarios de las comidas como principales determinantes de las rutinas diarias.

Otros trabajos parecen ser consecuentes con las connotaciones de aceptación, resignación que parece implicar el proceso de adaptación a este tipo de centros. Las respuestas mostradas en la investigación de Fiveash (11) reflejan un sentimiento de resignación de los entrevistados compatibles con la situación que se ha descrito aquí como "aceptada continuidad y resignado conformismo". El hijo de un residente entrevistado por Andersson et al. (9) dice que "probablemente no podría ser de otra forma", haciendo referencia a la repetitiva y estructurada forma de vida de la institución. "Es sólo comer y dormir", añade otro de sus participantes.

La teoría de Plechsberger (18) acerca de la dignidad en los hogares para ancianos manifiesta la importancia de las relaciones sociales en relación con este concepto de dignidad. El autor señala la dificultad de establecer relaciones con el personal debido a la sobrecarga de trabajo, haciendo hincapié en la importancia de las relaciones con familiares y amigos que viven fuera de la institución. En este trabajo se ha establecido la llamada "condición de complementariedad" en virtud de la cual para producirse la adaptación social de los residentes se requieren aportaciones de cada grupo, la familia, los compañeros y los cuidadores. En el metaestudio citado anteriormente (42), se indica como los mayores institucionalizados necesitan de relaciones personales consolidadas con las cuidadoras y el personal de estos centros, demandando que estas interacciones sean más estrechas, casi a semejanza de las que se podría establecer con un familiar o un amigo y que no deben estar basadas exclusivamente en interacciones de tipo profesional.

Dentro del trabajo de Bazo (14), el cual se desarrolla en un entorno social y cultural muy similar al del estudio, se ha encontrado varios aspectos comunes en los testimonios. En ambas investigaciones hay personas que han sido ingresadas por su propia voluntad, aunque también hay otras que ha sido a través de pequeños engaños de su familia. En definitiva, las personas mayores suelen

ser ingresadas, por no tener hijos o parejas que se puedan dedicar a su cuidado, además muchos de ellos añaden que tienen mejores condiciones de seguridad en el hogar para ancianos que viviendo solos en sus casas. En cambio, la mayoría de los entrevistados de Fiveash (11), puntualizan que han sido trasladados a la institución sin haber sido consultados o en contra de sus propios deseos. Los entrevistados para este estudio, en cambio, son bastante comprensivos en relación con las causas que han propiciado su entrada en la institución, justificando a sus propias familias e indicando que el ingreso, en definitiva, ha sido necesario.

La señora protagonista de la historia de vida del trabajo de López (12), reprocha que su hija la haya ingresado en el centro después de toda una vida cuidando de ella, mientras que en el trabajo actual los residentes se muestran más complacientes con respecto a los motivos que han propiciado que sus familiares hayan tenido que delegar su cuidado en este tipo de instituciones. La señora protagonista del trabajo de Álvarez (13), pertenece a ese grupo de personas que ingresaron en el hogar para ancianos por encontrarse solas en casa, en unas condiciones donde se mantenía el poder de decisión pero estaban mermadas las condiciones de seguridad. Los relatos de López (12) y Álvarez (13) tienen lugar en un contexto muy próximo y similar al aquí presente, ya que se desarrollan ambos en hogares para ancianos de Andalucía (España).

### ***Limitaciones del estudio***

Las entrevistas y el contacto con los participantes han tenido lugar en el seno de las propias instituciones. Este hecho quizás haya podido propiciar cierta reticencia de los entrevistados a expresarse con total libertad, sobre todo en aspectos comprometidos de la organización de estos centros, ya que por lo general estas personas están agradecidas y satisfechas con su personal cuidador. Este sentimiento de gratitud es posible que pueda auto-limitar en cierta forma su libertad a la hora de detallar aspectos relacionados con el estilo de vida altamente estructurado que parece regir en este tipo de instituciones.

Cada hogar para ancianos constituye una sociedad en miniatura con sus propias normas, costumbres, valores... Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación no pueden ser extrapolados por completo al contexto de cualquier otro hogar para ancianos: debido a las características particulares de cada uno de estos centros y sobre todo a la complejidad de las percepciones, viven-

cias y relaciones humanas que se establecen entre los miembros de estas instituciones, los datos obtenidos no pueden hacerse extensivos de manera exhaustiva a todas las instituciones de este tipo. No obstante, la revisión de los trabajos científicos realizados en hogares para ancianos de otros países y continentes, ofrecen unos resultados bastante similares en diversos aspectos de los testimonios de los informantes claves, como se ha mostrado en los apartados de antecedentes y discusión de los resultados.

## Conclusión

Con este trabajo, se ha pretendido proporcionar una teoría sencilla y coherente que pueda ayudar a comprender mejor las experiencias vitales de las personas mayores en un hogar para ancianos, el proceso de adaptación sociológica que se produce en los residentes, así como otras circunstancias tales como el ingreso en la institución. Con estas propuestas los autores intentan ampliar el cuerpo de conocimientos que las enfermeras y otros profesionales aportan dentro de este tipo de contextos. Los trabajos de este tipo, contruidos desde la propia perspectiva de los protagonistas han de ser claves para guiar la interacción personal y cuidadora que se establece entre los profesionales y los pacientes.

Las enfermeras deben trabajar para ofrecer a estos residentes las condiciones más seguras posibles, pero no tan condicionadas por un estilo de vida altamente estructurado que llega a comprometer la independencia de las personas mayores con respecto a sus decisiones vitales. Así mismo, deben garantizar procesos más sistemáticos de negociación y de toma de decisiones compartidas en estos centros, a la hora de planificar y ejecutar los cuidados. Se trataría en definitiva de potenciar los atributos positivos ofrecidos por las instituciones en las diadas de intercambio y de paliar todo lo posible el grado de cesión que a cambio están otorgando los mayores institucionalizados.

Como se ha comprobado en el apartado de discusión, las investigaciones previas en otros países también parecen sugerir esta situación de intercambio del poder de decisión frente a unas condiciones más óptimas de seguridad. Sin embargo, se necesitan más estudios de este tipo en centros situados en contextos con características culturales y sociales diferentes, para confirmar o refutar definitivamente la aplicabilidad de estas proposiciones, desarrollarlas e incluso posibilitarlas para hacer aportaciones teóricas al proceso global de envejecimiento social del ser humano.

## Referencias

1. Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España . Centros residenciales para personas mayores. Disponible en: [http://www.imserso.es/imserso\\_01/centros/centros\\_personas\\_mayores/centros\\_residenciales/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/centros/centros_personas_mayores/centros_residenciales/index.htm) [Consultado: 2011 feb. 15].
2. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Geriatria Clínica. México: Mc Graw-Hill; 2001.
3. Pía Barenys M. Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers* 1992; 40: 121-135.
4. Pía Barenys M. Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 1993; 64: 155-174.
5. Díaz Martín R, et al. Informe 2008. Las personas mayores en España. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2009. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/index.html>. [Consultado: 2011 feb. 15].
6. Tsai H, Tsai Y. A temporary home to nurture health: lived experiences of older nursing home residents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17 (14): 1915-1922.
7. Slettebø A. Safe, but lonely: living in a nursing home. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden* 2008; 28 (1): 22-25.
8. Wadensten B. Life situation and daily life in a nursing home as described by nursing home residents in Sweden. *International Journal of Older People Nursing* 2007; 2 (3): 180-188.
9. Andersson I, Pettersson E, Sidenvall B. Daily life after moving into a care home -- experiences from older people, relatives and contact persons. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16 (9): 1712-1718.

10. Van't Leven N, Jonsson H. Doing and being in the atmosphere of the doing: environmental influences on occupational performance in a nursing home. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2002; 9 (4): 148-155.
11. Fiveash B. The experience of nursing home life. *International Journal of Nursing Practice* 1998; 4 (3): 166-174.
12. López Pérez MT. Vivencias de una anciana hasta llegar a una Residencia de Mayores. *Archivos de la Memoria* 2006; 3 (2). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/3/a20616.php>. [Consultado: 2011 abr. 10].
13. Álvarez Leiva MI. Mi vida en una residencia de mayores. 'Esa es mi vida. Trabajar mucho para nada'. *Archivos de la Memoria* 2006; 3 (3). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/3/a30607.php>. [Consultado: 2011 abr. 10].
14. Bazo MT. Institucionalización de las personas ancianas: un reto sociológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 1991; 53: 149-164.
15. Pilkington F, Kilpatrick D. The lived experience of suffering: a Parse research method study. *Nursing Science Quarterly* 2008; 21 (3): 228-237.
16. Pilkington F. Grieving a loss: the lived experience for elders residing in an institution. *Nursing Science Quarterly* 2005; 18 (3): 233-242.
17. Forbes-Thompson S, Gessert, C. Nursing homes and suffering: part of the problem or part of the solution? *Journal of Applied Gerontology* 2006; 25 (3): 234-251.
18. Pleschberger S. Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age & Ageing* 2007; 36 (2): 197-202.
19. Anderberg P, Berglund AL. Elderly persons' experiences of striving to receive care on their own terms in nursing homes. *International Journal of nursing practice* 2010; 16 (1): 64-68.
20. Chang S. Beliefs about self-care among nursing home staff and residents in Taiwan. *Geriatric Nursing* 2009; 30 (2): 90-98.
21. Liukkonen A. Life in a nursing home for the frail elderly... including commentary by Anderson M.C. *Clinical Nursing Research* 1995; 4 (4): 358-372.
22. Dwyer L, Nordenfelt L, Ternstedt B. Three nursing home residents speak about meaning at the end of life. *Nursing Ethics* 2008; 15 (1): 97-109.
23. Hjaltadóttir I, Gústafsdóttir M. Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2007; 21 (1): 48-55.
24. Bergland A, Kirkevold M. Thriving in nursing homes in Norway: Contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 43 (6): 681-691.
25. Aller LJ, Van Ess Coeling H. Quality of life: its meaning to the long-term care resident. *Journal of Gerontological Nursing* 1995; 21 (2): 20-25.
26. Strauss A, Corbin J. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
27. Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987.
28. Amezcua M. El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería* 2000; 30. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/30revista/30\\_articulo\\_30-35.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/30revista/30_articulo_30-35.php) [Consultado: 2011 jun. 22].
29. Carvalho Dantas C, Luzia Leite J, Soãres de Lima SB, Conceição Stipp MA. Teoría fundamentada en los datos-Aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en Enfermería. *Revista latinoamericana Enfermagem* 2009; 17 (4). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es_21.pdf). [Consultado: 2011 jun. 22].
30. Soãres de Lima SB, Luzia Leite J, Erdmann AL, Prochnow AG, Conceição Stipp MA, Lima García VR. La teoría fundamentada en datos: un camino a la investigación en Enfermería. *Index de Enfermería* 2010; 19 (1). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n1/7166.php>. [Consultado: 2011 jun. 22].
31. Emanuell E, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? *The journal of the American Medical Association (JAMA)* 2000; 283: 2701-2711.

32. Barrio Cantalejo IM, Simón Lorda P. Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Medicina Clínica* 2006; 126 (11): 418-423.
33. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park C. A.: Sage Publications; 1985.
34. Miles MB, Huberman AM. *Producing Reports*. In: *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks California: Sage; 1994.
35. Morse JM, Barret M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods* 2002; 2 (1): 13-22. Disponible en: [http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1\\_2Final/pdf/morseetal.pdf](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_2Final/pdf/morseetal.pdf). [Consultado: 2011 jul. 8].
36. Noreña AL, Alcaraz-Moreno N, Guillermo-Rojas J, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan* 2012; 12 (3): 263-274.
37. Gálvez Toro A. Lectura Crítica de un Estudio Cualitativo Interpretativo. *Index de Enfermería* 2003; 42. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/42\\_articulo\\_39-43.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/42_articulo_39-43.php) [Consultado: 2011 jul. 8].
38. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 2007; 19 (6): 349-357.
39. Glaser B. *Theoretical Sensitivity: Advances in the methodology of Grounded Theory*. Mill Valley C.A.: Sociology Press; 1978.
40. De la Cuesta Benjumea C. La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados* 2006; Año X (20): 136-140.
41. Brandolín A. Estereotipos sobre la vejez en noticieros televisivos. *UNRevista* 2006; 1 (3): 1-17
42. Blanca Gutiérrez JJ, Linares Abad M, Grande Gascón ML, et al. "Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo". *Aquichan* 2012; 12 (3): 213-227.

**Tabla 1.** Muestra incluida en el estudio

<b>Hogares para ancianos (6)</b>		
Número de residentes	10 a 80	Media:52
Tipo de gestión	Pública	1
	Privada	3
	Concertada con la administración pública	2
<b>Personas entrevistadas (16)</b>		
Nivel de independencia	Índice Barthel > 60 puntos	8
	Índice Barthel < 60 puntos	8
Edad	56 a 98 años	Media: 80
Tiempo viviendo en la institución	8 días hasta 26 años	
Género	7 hombres, 9 mujeres	
Número de hijos		Media: 1,13
Nivel de estudios	Sin ningún tipo de estudios	2
	Estudios primarios sin completar	6
	Estudios primarios completados	6
	Educación secundaria	1
	Educación Universitaria	1
Estado civil	Soltero	6
	Viudo	8
	Separado	2
	Casado	0



**Figura 1.** Jerarquización de las categorías. Codificación axial

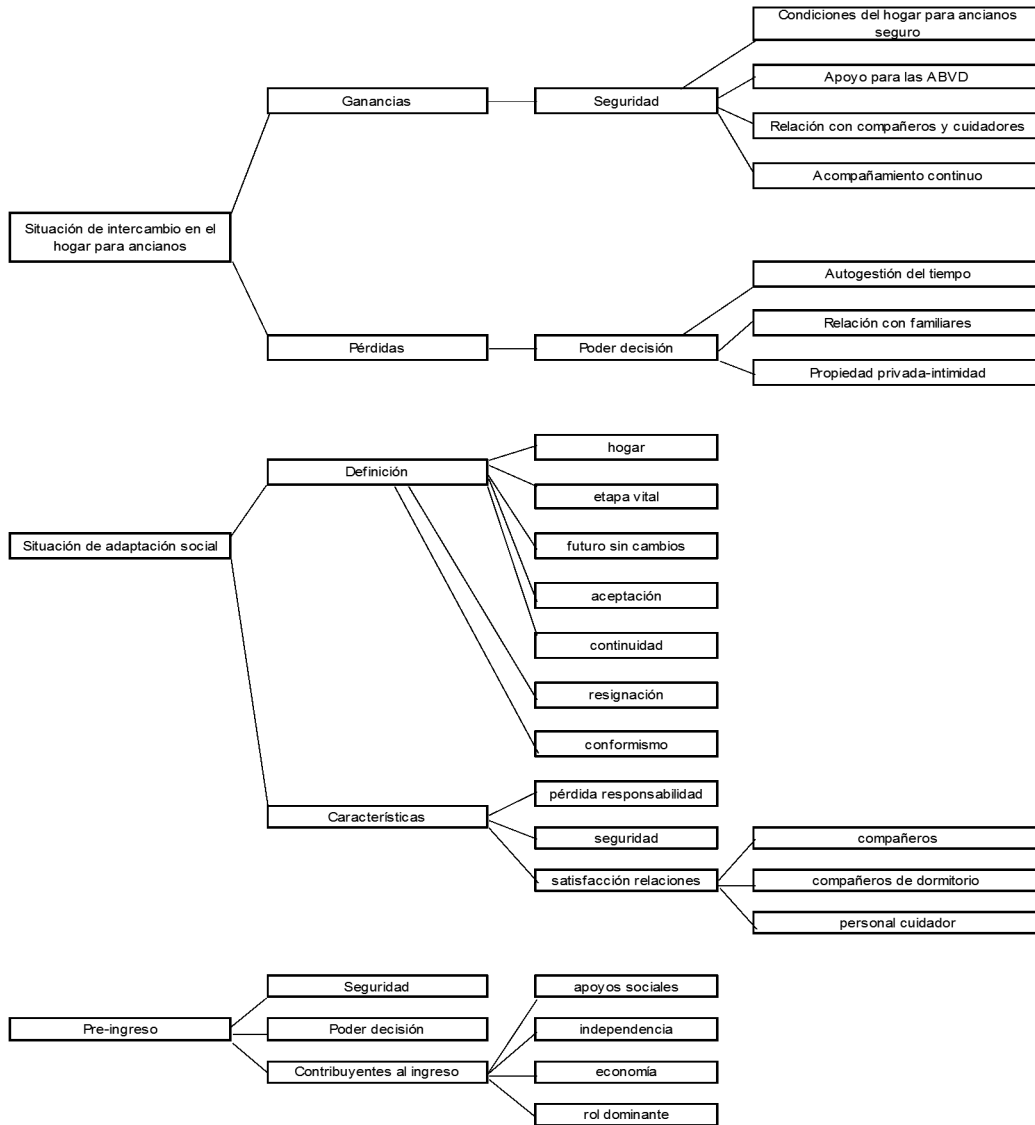


Figura 2. Integración de las categorías. Codificación selectiva

