

# Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo

## RESUMEN

**Objetivo:** describir que tipo de cuidados y de interacción humana demandan de sus enfermeras las personas mayores que viven en un hogar para ancianos, a partir de la síntesis y el reanálisis de los datos proporcionados por una serie de estudios primarios que han abordado la experiencia de vivir en un hogar para ancianos. **Antecedentes:** los estudios de tipo cualitativo que han tratado el tema de las experiencias vitales en un hogar para ancianos se han centrado en aspectos como la vida diaria, la calidad de vida, las experiencias de sufrimiento, los cuidados recibidos, la proximidad de la muerte y las relaciones personales. **Materiales y métodos:** metaestudio cualitativo de tipo análisis de metadatos. Las bases de datos empleadas han sido: ISI Web of Knowledge, CINAHL, EMBASE, LILACS y CUIDEN PLUS. Se han seleccionado 29 estudios. **Resultados:** las categorías centrales emergentes de los datos han sido: las cualidades personales demandadas al personal cuidador, las intervenciones cuidadoras, la relación personal con los cuidadores y la influencia de la relación persona mayor-cuidador en otros aspectos. **Conclusión:** con este trabajo hemos pretendido sintetizar las evidencias proporcionadas por una serie de investigaciones primarias tratando de proporcionar un nivel de conocimientos mayor sobre las necesidades de atención de las personas residentes en un hogar para ancianos, siempre a partir de los testimonios, las experiencias y las vivencias de los protagonistas.

## PALABRAS CLAVE

Análisis cualitativo, hogares para ancianos, atención de enfermería, asistencia a los ancianos, servicios de salud para ancianos. (Fuente: DeCs, Bireme).

## *The Care Relationship Required by Seniors in Nursing Homes: A Qualitative Meta-study*

## ABSTRACT

**Objective:** The purpose of the study was to describe the type of care and human interaction required from nurses by elderly persons living in a nursing home, based on a synthesis and reanalysis of data from a number of primary studies on the experience of living in such

1 Enfermero, magíster en Gerontología. Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, España. jjblanca@ephag.es  
2 Enfermero, Doctor en Antropología Social y Cultural. Universidad de Jaén, España. mlinares@ujaen.es  
3 Enfermera, Doctora en Ciencia Política. Universidad de Jaén, España. mlgrande@ujaen.es  
4 Enfermera, Doctora en Antropología Social y Cultural. Universidad de Jaén, España.  
5 Enfermera de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, España.

a facility. **Background:** Qualitative studies on the experience of living in a nursing home have focused on aspects such as daily life, quality of life, experiences of suffering, the care received, proximity to death and personal relationships. **Materials and methods:** This is a qualitative meta-study based on meta-data-analysis. ISI Web of Knowledge, CINAHL, EMBASE, LILACS and CUIDEN PLUS were the databases used. Twenty-nine (29) studies were selected. **Results:** The emerging central data categories were: the personal qualities required of the care-giving staff, the care and attention provided, the personal relationship with caregivers, and the influence the elderly person-caregiver relationship has on other aspects. **Conclusion:** In synthesizing evidence from by a number of primary studies, this research attempts to provide a higher level of knowledge about the care needs of residents in a nursing home, based invariably on the testimonies, episodes and life experiences of the protagonists.

#### KEY WORDS

Qualitative Analysis, Nursing Care, Old Age Assistance, Frail Elderly, Health Services for the Aged, Homes for the Aged (Source: DeCs, Bireme).

## *Relação do cuidado que exigem as pessoas mais velhas em lares para anciãos*

#### RESUMO

**Objetivo:** descrever que tipo de cuidados e de interação humana as pessoas idosas que moram em um lar para anciãos exigem de suas enfermeiras, a partir da síntese e da reanálise dos dados proporcionados por uma série de estudos primários que abordam a experiência de morar em um lar para anciãos. **Antecedentes:** os estudos de tipo qualitativo que tratam o tema das experiências vitais em um lar para anciãos se centram em aspectos como a vida diária, a qualidade de vida, as experiências de sofrimento, os cuidados recebidos, a proximidade da morte e as relações pessoais. **Materiais e métodos:** metaestudo qualitativo de tipo análise de metadados. As bases de dados empregadas foram: ISI Web of Knowledge, CINAHL, EMBASE, LILACS e CUIDEN PLUS. Foram selecionados 29 estudos. Resultados: as categorias centrais emergentes dos dados foram: as qualidades pessoais exigidas do pessoal cuidador, as intervenções cuidadoras, a relação pessoal com os cuidadores e a influência da relação pessoa idosa-cuidador em outros aspectos. **Conclusão:** com este trabalho pretendemos sintetizar as evidências proporcionadas por uma série de pesquisas primárias tentando proporcionar um nível de conhecimentos maior sobre as necessidades de atendimento das pessoas residentes em um lar para anciãos, sempre a partir dos testemunhos, das experiências e das vivências dos protagonistas.

#### PALAVRAS-CHAVE

Análise qualitativa, instituição de longa permanência para idoso, cuidados de enfermagem, assistência a Idosos, idoso fragilizado, serviços de saúde para idosos (Fonte: DeCs, Bireme).

## Introducción

Los hogares para ancianos son centros que prestan atención a las personas que viven en ellos durante un periodo de tiempo prolongado y durante las 24 horas del día. Además de servicio médico y de enfermería pueden contar con otros miembros del equipo de salud y con otros departamentos o servicios. Generalmente sus residentes son personas con algún déficit de autonomía que necesitan ayuda o suplencia para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria. Por razones económicas y culturales se ingresan en este tipo de instituciones a personas que no encuentran solución a sus problemas con otros recursos como los centros de día o la atención domiciliaria (1).

El cuidado de las personas mayores y de otros grupos con necesidades específicas (niños y enfermos) dentro del seno familiar es tan antiguo como el propio ser humano, a lo largo de la historia se crearon instituciones dedicadas al cuidado de los ancianos cuando este no podía ser abordado por parte de los familiares: en Roma los “gerontocomia”; los monasterios y los “Hôtel Dieu” durante la Edad Media; las casas de retiro de las organizaciones gremiales, los asilos a partir de la revolución industrial... Ya en el siglo XX, a partir de la década de los cincuenta, los diversos Estados comienzan a organizar la atención al anciano dentro de sus sistemas públicos de servicios sociales. La progresiva incorporación femenina al mundo del trabajo, así como la reducción del tamaño de las familias y del espacio físico de las viviendas, ha propiciado el desplazamiento del cuidado de los mayores desde un entorno familiar con la mujer como protagonista, a una serie de sistemas de apoyo regidos por estos sistemas públicos de servicios sociales: ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día y servicios de atención residencial entre los que se encuentran los hogares para ancianos (2, 3).

Encontramos en la literatura numerosos estudios que abordan el tema de las experiencias y vivencias de las personas mayores que viven en hogares para ancianos, empleando herramientas y diseños propios de la investigación cualitativa, con el objetivo priorizar el punto de vista de los protagonistas. Si bien los aspectos concretos abordados por los distintos autores son diversos, los podemos clasificar en unas categorías temáticas principales:

- Vida cotidiana y experiencias de la vida diaria (4-12).
- Experiencias satisfactorias, bienestar y calidad de vida (13-16).
- Experiencias de sufrimiento, de dolor y de pérdida (17-19).

- Cuidados recibidos y autocuidados (20-22).
- Relaciones con los compañeros de dormitorio (23).
- Relaciones con los compañeros del hogar para ancianos (24-26).
- Relaciones de pareja (27, 28).
- Proximidad de la muerte (29-32).

Como hemos indicado, la literatura de corte cualitativo concerniente a la vida de las personas que viven en estos centros es amplia, encontrando investigaciones de este tipo llevadas a cabo en contextos geográficos diversos. Las variadas temáticas tratadas hacen difícil para los profesionales traducir los resultados de estos estudios en una serie de recomendaciones prácticas globales que puedan guiar la asistencia sanitaria y humana que se presta a estas personas. Por ello, consideramos pertinente integrar los resultados de estas investigaciones a través de un metaestudio cualitativo, con el objetivo de reunir en un solo informe de investigación una serie de evidencias que puedan guiar la relación cuidadora de los profesionales de este tipo de centros.

La metodología de investigación cualitativa se refiere a un tipo de pesquisa que produce datos descriptivos, tales como las palabras de las personas y la conducta observable. El objetivo de esta metodología se centra en estudiar las experiencias, las vivencias, las percepciones, los sentimientos y las opiniones de los protagonistas de sus estudios, y a lo largo de los años ha demostrado su importancia en las ciencias sociales e incluso en las ciencias de la salud. Tal y como ocurre en la metodología cuantitativa con el metaanálisis, se ha desarrollado también un tipo de investigación secundaria que toma como fuente de datos los propios estudios cualitativos, en los denominados genéricamente como metaestudios cualitativos.

La metasíntesis podríamos considerarla como el máximo exponente dentro de los citados metaestudios cualitativos. Se trata de una metodología novedosa y de gran utilidad que puede proporcionar a las diversas disciplinas científicas elementos para construir, describir o explicar teorías en relación con los fenómenos de interés para esas disciplinas (33). Consiste en trascender el conocimiento particular producido en estudios cualitativos primarios para conseguir una comprensión más amplia de los fenómenos mediante el análisis y la interpretación de los resultados de los estudios primarios, produciendo de esta manera evidencias útiles que puedan fundamentar la práctica de las disciplinas científicas (34).

Para Jensen y Allen (35), “la metasíntesis de investigaciones cualitativas es una estrategia que facilita el desarrollo del cono-

cimiento, reuniendo los resultados cualitativos del fenómeno de interés para la disciplina”.

Gálvez (36) propone lo siguiente:

el nivel más alto de complejidad en la investigación secundaria cualitativa se conoce con el nombre de metátesis cualitativa, y se define como la integración y síntesis de hallazgos realizada a partir de varios metaestudios cualitativos conducidos por distintas técnicas de análisis y de síntesis y que responden a un enfoque de investigación sociocultural.

Diversas corrientes teóricas y autores han propuesto métodos para desarrollar la metátesis. Paterson *et al.* (37) establecen una serie de etapas no secuenciales para desarrollar un metaestudio cualitativo. La metátesis, de acuerdo con estas y otros autores, surge de la integración de tres niveles analíticos: el análisis de metadatos, el metamétodo y la metateoría (38).

## Materiales y métodos

### Objetivo

El objetivo de este estudio es describir qué tipo de cuidados y de interacción humana necesitan de sus enfermeras las personas mayores que viven en un hogar para ancianos. Para realizar el trabajo planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo son los cuidados y la relación humana que las personas mayores que viven en un hogar para ancianos demandan de sus enfermeras?

### Estrategia de búsqueda

Hemos realizado una revisión bibliográfica para obtener los estudios de investigación con orientación fenomenológica o metodología cualitativa que tratan el tema de las experiencias y vivencias de las personas mayores que viven en un hogar para ancianos. La búsqueda se llevó a cabo durante el mes de abril del 2010. Con respecto al idioma, hemos aceptado para nuestra revisión estudios publicados en inglés, español, portugués, francés e italiano. No hemos establecido ningún límite temporal. Hemos incluido estudios de investigación de tipo primario que dentro de las técnicas propias de la investigación cualitativa utilicen como instrumento principal de recogida de la información la entrevista. El algoritmo básico de búsqueda, adaptado al lenguaje controlado de cada base de datos, ha sido el siguiente (tabla 1):

1. phenomenolog\* OR qualitative stud\*
2. aged OR elder\* OR old\*
3. nursing home\*
4. interview\*
5. 1 AND 2 AND 3 AND 4

Las bases de datos empleadas han sido las siguientes: ISI Web of Knowledge, CINAHL, EMBASE, LILACS y CUIDEN PLUS.

El siguiente paso consistió en examinar el título y el resumen de cada una de las referencias para discriminar los trabajos según los criterios de inclusión de la revisión expuestos anteriormente. Con los trabajos que superaron esta primera selección se procedió a otro proceso de cribado por medio del análisis de su texto completo.

### Diseño del estudio

Para este metaestudio los investigadores partimos de una serie de estudios cualitativos primarios que comparten una serie de características:

- Desde el punto de vista teórico: se trata de investigaciones que se centran en la descripción o interpretación del significado de las experiencias de las personas mayores institucionalizadas, a partir de su propio punto de vista y con un evidente protagonismo de los cuidados y de la disciplina enfermera.
- Desde el punto de vista metodológico: si bien *a priori* dentro de los 29 estudios encontramos diseños diferentes (descriptivos, de teoría fundamentada, etnográficos y relatos biográficos), con respecto a nuestro metaestudio los autores no hemos considerado como relevantes estas diferencias metodológicas. En definitiva, todos ellos son trabajos de tipo cualitativo que analizan mediante la construcción de sistemas categoriales temáticos la información recogida en una serie de entrevistas abiertas realizadas a unas poblaciones de características demográficas muy similares: las personas mayores que viven en hogares para ancianos.

Debido a esta relativa homogeneidad teórico-metodológica de las investigaciones primarias, nos decidimos a desarrollar nuestro trabajo como un metaestudio cualitativo de tipo análisis de metadatos, en el cual no hemos pretendido abordar las etapas del metamétodo y la metateoría (37).

Por tanto, el diseño de la investigación consiste en un metaestudio cualitativo de tipo análisis de metadatos: “El análisis de metadatos es el análisis de datos ya procesados procedentes de estudios de investigación cualitativa seleccionados, para crear un sistemáticamente desarrollado, integrado cuerpo de conocimientos acerca de un fenómeno específico” (39). En este procedimiento, “el análisis de los datos se realiza comparando cada informe de investigación individual con todos los otros informes que tienen un enfoque común o que comparten propiedades específicas y genéricas” (en nuestro caso, las investigaciones relacionadas con la experiencia de vivir en un hogar para ancianos, con las similitudes teórico-metodológicas que hemos indicado). Se trata de proporcionar una comprensión mayor y original sobre el fenómeno de estudio que las investigaciones individuales en las que se basa (40). La principal ventaja del análisis de metadatos es que los investigadores evitamos el sesgo teórico y metodológico, partiendo de una homogeneidad que hará más factible el posterior análisis y síntesis (38).

### **Análisis de datos**

La estrategia analítica concreta empleada para trabajar con los datos ha sido el análisis de contenido (41), mediante el cual hemos ejecutado un proceso de síntesis, integración e interpretación de las aportaciones de las investigaciones primarias. Hemos procedido a extraer de los textos indicados todos los datos, conceptos y metáforas relacionados con la pregunta de investigación. A cada una de estas unidades le hemos asignado un código que se completa con una serie de comentarios o enunciados, con la finalidad de “retener el significado del texto una vez que es extraído del contexto de su informe” (37). Una vez completada la asignación de códigos, las unidades se han agrupado de forma consensuada en torno a subcategorías y categorías centrales, pretendiendo que las mismas fueran exhaustivas y mutuamente excluyentes. Las cuatro categorías centrales obtenidas constituyen los epígrafes a partir de los cuales se exponen los resultados de nuestro trabajo: cualidades personales demandadas al personal cuidador, las intervenciones cuidadoras, relación personal con los cuidadores y la influencia de la relación persona mayor-cuidador en otros aspectos.

### **Rigor científico**

Algunos autores, como las citadas Paterson *et al.* (37), optan por excluir informes de investigaciones primarias sobre la base de los méritos científicos de dichos trabajos, catalogando como cues-

tionables las aportaciones de estudios con muestras pequeñas de personas (incluso de una sola persona). En nuestro caso, preferimos seguir las sugerencias de Jensen y Allen (35), las cuales indican que hacer restricciones en función de la calidad científica de la investigación podría significar la pérdida de datos útiles para el metaestudio. En la tabla 2 incluimos los criterios seguidos por los autores de las investigaciones primarias contenidas en el presente metaestudio, para garantizar la calidad científica de sus informes.

Para el desarrollo del metaestudio nos hemos basado en las indicaciones de Paterson *et al.* (37) respecto al “mantenimiento de la honestidad de tipo analítico” en el análisis de metadatos. Tales indicaciones son las siguientes:

- El análisis debe ser realizado en grupos de al menos tres personas.
- Inclusión de la máxima cantidad de información procedente de las investigaciones primarias en el desarrollo de los códigos y las categorías del metaestudio.
- Construcción de tablas en las que se identifiquen las categorías mayores y las fuentes de las que se derivan.
- Evitar la construcción rápida de las categorías en función de los primeros estudios primarios con los que se trabaja, ya que los investigadores tenderíamos a encontrar en los siguientes estudios evidencias que estén de acuerdo con nuestra primera categorización.
- Inclusión de explicaciones y metáforas con los códigos y las categorías que elegimos, ya que una misma palabra u oración puede tener significados muy distintos para cada uno de los miembros del equipo investigador.
- Precaución con las categorías o los códigos extensos que parecen dar cabida a todas las variaciones e incluso a las contradicciones de los datos. Estas categorías amplias pueden que no sean significativas o pueden inducirnos a los investigadores a ignorar datos que no se ajusten exactamente a ellas.

## **Resultados**

El total de referencias extraídas para cada una de las bases de datos fueron las siguientes (tabla 1): ISI Web of Knowledge

(197), CINAHL (409), EMBASE (518), LILACS (21) y CUIDEN PLUS (226). Tras el cribado realizado a través del análisis del título y del resumen se seleccionaron 49 estudios, los cuales procedimos a analizar a texto completo. Las principales causas de exclusión en estas dos fases fueron: estudios que no estaban realizados en instituciones de tipo “hogares para ancianos”, participantes que no eran personas mayores, empleo exclusivo de metodología cuantitativa y estudios que no usaban la entrevista para recoger la información. Por último, fueron un total de 29 los estudios consecuentes con los criterios de inclusión indicados anteriormente y, por tanto, integrados a través del posterior análisis de metadatos. En la tabla 2 reseñamos para cada uno de estos trabajos el número de informantes incluidos y su país de procedencia, la técnica utilizada para analizar los datos y los criterios seguidos para garantizar la calidad científica de cada uno de los informes.

### ***Cualidades personales demandadas al personal cuidador***

El respeto es una cualidad muy referenciada por los participantes en los diversos estudios cuando dialogan sobre las características que tienen o deben de tener sus cuidadores. El respeto es definido como la ausencia de cualquier actitud que pueda ser considerada como maltrato. La indiferencia es otra actitud contraria al trato respetuoso, pero para los informantes de algunas instituciones suecas no es una cuestión referente a cualidades personales, sino que se trata de un problema de comunicación producido porque algunas de sus cuidadoras son extranjeras y desconocen el idioma (5). El respeto implica reconocer y tratar a los residentes de una forma personal (personalización), considerando y manteniendo sus valores propios, sus estilos de vida y su intimidad (13, 27). Se trata de considerar a las personas mayores como seres humanos y de ser compasivos y receptivos hacia su situación (19). El trato respetuoso también supone que el personal no ponga en duda los comentarios realizados por los residentes o simplemente los considere como falsos o engañosos, sin otorgarles la importancia y la atención que requieren (7). El respeto también ha de ser protagonista en los momentos más cercanos a la muerte, precisamente permitiendo morir en el momento más adecuado y teniendo en cuenta los últimos deseos y el testamento de la persona moribunda (29).

Los cuidadores han de ser competentes (7), y se requiere que se mantengan atentos y vigilantes. Por ejemplo, una enfermera atenta es aquella que ante cualquier desviación del estado de

salud o tras dar cumplimiento a los controles rutinarios deriva y gestiona la consulta con el médico o un especialista (10). En el estudio de Pilkington (17) se hace referencia a la “minuciosidad de la atención”. Se confía en que estos profesionales de enfermería atentos y competentes “estén a su lado cuando ellos (las personas mayores), estén enfermos o muriendo” (14).

A los cuidadores también se les demanda que sean buenos, agradables, simpáticos y amables. Para explicar estas características se compara a las personas que sí las tienen con aquellas otras que no las poseen y que trabajan con los residentes “a disgusto” y como si fueran “obreros de una fábrica” (12). Este es un personal cuidador desmotivado, que no quiere estar en ese lugar, y que ha perdido el interés por el desarrollo de su labor (32). Es necesario, que el trato cordial se dispense a todas las personas mayores por igual (equidad), independientemente del desarrollo de afinidades personales más profundas entre algunos de los residentes con sus personas cuidadoras (12). En el trabajo de Silva *et al.* (26) se definen las cualidades que deben caracterizar a las relaciones de amistad dentro de un hogar para ancianos, tales como la confianza. Dicha característica puede ser añadida también a las requeridas en el personal asistencial.

Los participantes en el estudio de Fiveash (9) consideran que el mantenimiento de una relación positiva entre ellos y el personal cuidador exige también una serie de cualidades y actitudes de su parte. Asimismo, las personas mayores entrevistadas en el estudio de Liukkonen (22) piensan que la falta de gratitud y, sobre de todo, de obediencia de su parte puede suponer incluso el tener que abandonar la institución.

En definitiva, hay una serie de cualidades personales demandadas por los residentes a sus cuidadores, las cuales podemos considerar como conceptos que pueden ser dimensionados. Por ejemplo, la dimensionalización del concepto “respeto” puede ir desde un trato “muy respetuoso”, hasta un trato “muy poco respetuoso” por parte del personal. Niveles altos con respecto a este conjunto de atributos personales facilitarían el establecimiento de relaciones de tipo satisfactorio entre las personas mayores y sus cuidadores, mientras que los niveles bajos propiciarían el desarrollo de interacciones poco gratificantes.

### ***Las intervenciones cuidadoras***

Uno de los temas más referenciados en los diversos estudios con respecto a la prestación de unos cuidados de calidad es el de

la rapidez con la que el personal debe atender a las demandas de las personas mayores. Las intervenciones cuidadoras eficaces suponen "proporcionar cuidados de enfermería a tiempo y ayudar a los residentes tan pronto como lo necesitan" (4). Se afirma con frecuencia que los profesionales de enfermería siempre tienen prisa, siempre están ocupados como para atenderlos adecuadamente, y que hay que esperar durante "eternidades" para tener respuesta a sus necesidades (5). La situación de espera provoca en los residentes la percepción de que las personas cuidadoras no les están prestando suficiente atención y les produce sentimientos y estados negativos como ansiedad, abandono, desequilibrio, dependencia, suciedad, miedo, enfado, agitación, dolor, frustración, humillación, tristeza, pena, agresividad, molestia, vergüenza, depresión, disgusto, desesperación y malestar (7, 8, 19-21, 29, 30, 32).

Las personas mayores apuntan algunas de las causas que pueden producir estas demoras en la atención:

- La escasez de personal asistencial. Dicha falta de personal hace que las personas cuidadoras se vean desbordadas y no sean capaces de atender a tiempo y adecuadamente todas las demandas (5, 6).
- El hecho de que algunos de los cuidadores no tengan la formación académica o profesional necesaria para llevar a cabo su labor (6).
- El excesivo reemplazo del personal. Esta circunstancia va en detrimento también del establecimiento de relaciones de confianza entre las personas mayores y las personas cuidadoras, y de la capacidad de personalización de estas últimas (6, 19).

Si bien estos resentimientos por los retrasos en la atención son bastante frecuentes, son muy puntuales los comentarios acerca de situaciones en las que se haya producido un trato rudo o una supuesta situación de maltrato por parte del personal (9).

Para estas personas mayores es muy importante su seguridad. Se trata de sentir que uno tendrá la ayuda que necesite y que sus necesidades diarias serán atendidas (15), especialmente en aquellas situaciones en las que los mayores consideran que su propia salud se encuentra en una situación de incertidumbre (20). Los residentes necesitan tener evidencia de que se les están proporcionando unos cuidados seguros, y que el personal está vigilante y atento durante el día y la noche:

Me siento muy seguro aquí. Ellos (el personal) nos vigilan incluso durante la noche. Tenía un terrible dolor una noche y me temía que podría tratarse de algo en mi corazón. Esperé durante un rato para ver si se me pasaba pero al final tuve que llamar a las enfermeras. Ellas llegaron e inmediatamente tuve ayuda aquella noche. Las enfermeras no duermen aquí durante la noche (5).

Las personas mayores confían más y se sienten más seguras con aquellos cuidadores que conocen, ya que indican que estos pueden proporcionar una mayor continuidad en sus cuidados diarios, si bien también comprenden que es imposible que siempre les asista la misma persona. Señalan que el personal debe tener sólidos conocimientos y habilidades con respecto a sus problemas de salud y enfermedades específicas, así como sobre los tratamientos médicos necesarios (15). A veces las personas cuidadoras son de origen extranjero, lo cual causa problemas de comunicación que a veces se traducen en una cierta sensación de inseguridad por parte de los residentes (5).

Algunas personas mayores que se encuentran en una situación de extrema dependencia hacia el personal asistencial sienten mermada su capacidad de autodeterminación (7, 13). En cambio, hay familiares de residentes que consideran que son excesivos los niveles de independencia y de autodeterminación que se les están exigiendo a sus familiares, por lo que demandan una provisión de cuidados más amplia con respecto a los que se les están dispensando en la actualidad (7). En definitiva, es necesario alcanzar un estado de equilibrio entre la ayuda prestada y permitir a los residentes hacer aquello que sean capaces de realizar por sí mismos (20, 15). En este sentido, es importante fomentar el establecimiento de negociaciones (30) entre las personas mayores y el personal asistencial (toma de decisiones compartidas) referentes a los cuidados diarios, al nivel de ayuda que se precisa para su ejecución y respecto a los resultados que se pretenden conseguir con los mismos. La realización de autocuidados aumenta la sensación de independencia de las personas mayores implicadas y eleva la percepción de calidad con respecto a los cuidados de enfermería. A su vez, el incremento de la independencia produce efectos beneficiosos en la autoestima, en la confianza y en el mantenimiento de la función física: en consecuencia, se produce un aumento de la felicidad de las personas mayores. Para la realización de estos autocuidados es importante el apoyo de los familiares y, por supuesto, del propio personal asistencial (21).

En ocasiones, la interacción y comunicación entre las personas mayores en los comedores y salones comunes es débil, co-

lapsándose totalmente cuando el personal abandona la estancia (25). Por ello, una de las intervenciones demandadas al personal es la de la planificación de actividades recreativas o terapéuticas, sobre todo con el propósito de mantenerse en contacto y relacionarse con otras personas (26). Los entrevistados indican que han de ser las personas cuidadoras quienes fomenten el contacto entre los participantes y las participantes cuando se realizan estas dinámicas (8). En definitiva, el personal del centro debe asumir un rol facilitador, y tener habilidades para fomentar el establecimiento de interacciones sociales positivas y significativas entre los residentes (24).

Por tanto, las personas mayores necesitan unos cuidados que den cobertura de una manera eficaz y rápida a sus necesidades, que se produzcan en unas condiciones óptimas de seguridad, y que estén enfocados al mantenimiento de su salud y al desarrollo de contactos sociales. Todos estos cuidados deben ejecutarse con el consentimiento de los receptores, tras un proceso de negociación y toma de decisiones compartidas que garantice el protagonismo de la ejecución de autocuidados por parte de los residentes.

### ***La relación personal con los cuidadores y las cuidadoras***

“Una relación de tipo positivo con los cuidadores y la sensación de que los cuidadores tenían tiempo para hablar con ellos era extremadamente importante para la mayoría de los residentes” (16). Los informantes tienen una queja generalizada, y es que los miembros del personal asistencial no tienen tiempo para hablar con ellos. Solamente les hablan cuando ocurre algo extraordinario o únicamente en relación con temas prácticos relacionados con la salud. Una vez más se hace responsable de esta situación a la falta de personal. En algunas ocasiones se trata de un simple problema lingüístico que tiene lugar con personas cuidadoras que son contratadas en países extranjeros. La ausencia de conversación con las personas mayores se interpreta como una falta de atención hacia sus necesidades sociales, en consecuencia, sienten que sus días se hacen largos, solitarios y aburridos. A pesar de que se reconoce que hay cuidadores que hacen un esfuerzo por ser más cercanos y hablar con las personas mayores también sobre su vida y sus experiencias, esta falta de comunicación produce la sensación de ser invisibles y de que no se les está tratando de una forma individualizada, sino de manera estereotipada y descuidada. Algunos informantes tratan de paliar esta circunstancia aprendiendo los nombres de las personas cuidadoras junto con sus intereses y aficiones para tratar de establecer un mayor

diálogo con ellas, sin embargo, los cambios frecuentes de personal dificultan esta estrategia y hacen que muchas de las personas mayores opten por abandonarla (5, 6, 30). Estas situaciones pueden derivar en el hecho de que algunos residentes solo consideren importantes los contactos sociales con los compañeros del hogar para ancianos o con los parientes que los visitan, dejando en un segundo plano la relación con sus cuidadores y cuidadoras (8). Hay un comentario muy ilustrativo de todos estos fenómenos: “ellos (refiriéndose al personal asistencial) son mi salvación, pero ellos no pueden ser mis compañeros” (7).

Las personas mayores se muestran reacias a mantener con los cuidadores una relación estrictamente profesional, demandando el establecimiento de una interacción más personal, con un componente de reciprocidad (20) que estaría fundamentado en un tipo de contacto próximo al que se mantiene en la relación con los familiares, amigos y, en algunos casos, con los compañeros y las compañeras residentes. Algunos informantes, refiriéndose a sus cuidadoras, comentan: “Son como hermanas”, “como una madre”, “como una hija”, “como una amiga” (12). Los residentes necesitan atribuir a sus personas cuidadoras características similares a las que tendría un amigo: se trata de alguien que contribuye a contrarrestar sus carencias en la vida de la institución, alguien que presta ayuda, que les ofrece atención y en quien se pueda confiar (26). La relación entre los residentes y los cuidadores, establecida a través de un trato más cercano, contribuye a que el mayor se sienta reconocido como una persona (14).

Es necesario alcanzar un estado de equilibrio entre el establecimiento de relaciones de confianza y el mantenimiento de la intimidad de las personas mayores (8). De nuevo, un proceso negociador y la toma de decisiones compartidas, deben guiar el grado de cercanía que se pretende conseguir en cada relación establecida entre una persona mayor y su cuidador.

Como síntesis de este apartado indicaremos que los residentes demandan el establecimiento de una relación más cercana a la de tipo familiar-amistoso con sus personas cuidadoras, frente a una relación en la que se produzcan únicamente interacciones de tipo profesional.

### ***La influencia de la relación persona mayor-cuidador en otros aspectos***

El hecho de que las personas cuidadoras traten a los mayores como las personas que ellos experimentan que son, así como

que respeten sus valores y sus estilos de vida propios, tiene un papel determinante para que estos últimos puedan encontrar un sentido a su vida (*meaning*), permitiéndoles disfrutar de unas experiencias diarias significativas (13).

Las relaciones de tipo satisfactorio con el personal asistencial pueden formar parte de las “afiliaciones benevolentes” que se oponen al sentimiento de “ilimitada desolación” que surge en las personas mayores causado por las experiencias de sufrimiento y pérdida (17, 18).

La calidad de los cuidados recibidos es uno de los aspectos esenciales que determinan el desarrollo del bienestar psíquico y la satisfacción emocional de los residentes (*thriving*). Los cuidados inadecuados, además de las experiencias negativas con las y los cuidadores, pueden mermar los esfuerzos de las personas mayores por alcanzar ese estado de bienestar. Por el contrario, los cuidados de calidad dispensados por un personal cercano y amistoso propician que los residentes establezcan sus propias estrategias para tratar de alcanzarlo. Los informantes que han alcanzado ese estado de evolución psíquico y emocional afirman que los buenos cuidados y los buenos cuidadores tienen una importante influencia sobre su actitud mental, redireccionando esa disposición hacia la experiencia de crecimiento (15). Cuando las personas cuidadoras facilitan el establecimiento de relaciones positivas y significativas entre los compañeros del hogar para ancianos, manteniendo un rol facilitador con respecto a estas interacciones, también se favorece la construcción de la experiencia de *thriving* (24).

Cuando los residentes enuncian los aspectos que influyen en el mantenimiento de su calidad de vida dentro de la institución incluyen los cuidados recibidos, las personas que les proporcionan esos cuidados, así como la habilidad para comunicarse con su personal cuidador (16).

Como se indicó en un apartado anterior, la realización de autocuidados por parte de las personas mayores aumenta su independencia, lo cual a su vez produce un incremento de la autoestima, de la confianza en sí mismos y de la funcionalidad física (21).

La dignidad está muy relacionada con el mantenimiento de la capacidad de autodeterminación por parte de cada residente. También es importante que ellos mantengan un propósito y una utilidad en su vida, como se expresa en el siguiente testimonio: “Soy una madre y una abuela y toda mi familia es encantado-

ra. Ayudo a los otros a la hora de las comidas. Eso ayuda a mis compañeros y al personal” (30). El apoyo proporcionado por los familiares y por las personas cuidadoras “fortalece” mentalmente a las personas mayores y contribuye al mantenimiento de su dignidad. La construcción de la experiencia de la dignidad, dentro del concepto de dignidad relacional (29), está influenciada por la calidad y la cantidad de las relaciones que se mantienen con amigos, familiares, con los otros residentes y, por supuesto, también con las personas cuidadoras.

En conclusión, una serie de cualidades favorecedoras en el personal asistencial, las intervenciones cuidadoras óptimas, y un tipo de relación persona mayor-cuidador más cercana que la exclusivamente profesional, son elementos facilitadores que contribuyen al desarrollo en los residentes de una serie de percepciones y estados beneficiosos: crecimiento psíquico y emocional, dignidad, independencia, calidad de vida, afiliaciones contrapuestas a la experiencia de sufrimiento y construcción de experiencias significativas.

## Discusión

El establecimiento de una comunicación óptima entre el profesional y la persona mayor institucionalizada es un aspecto clave en el desarrollo de su interacción personal. Serrano (42) establece que la comunicación efectiva con los mayores que viven en un hogar para ancianos produce una serie de consecuencias beneficiosas. Se trata de aspectos que hemos abordado a lo largo del apartado de resultados de nuestro metaestudio:

- Proporcionar tranquilidad a las personas que han participado en una situación conflictiva.
- Fomentar la independencia de la persona mayor, valorando por medio de la comunicación su nivel de autonomía y estableciendo un proceso de toma de decisiones compartidas.
- Satisfacer las necesidades de los residentes y de los cuidadores, a los primeros a través de la expresión de sus sentimientos y a los profesionales permitiendo valorar su ánimo y reconocer sus carencias.
- Crear un clima de confianza y seguridad.
- Identificar, por parte de la persona mayor, un ícono de referencia para su seguridad, que es el personal de enfermería.
- Valorar problemas psíquicos y emocionales en la persona mayor.

García *et al.* (43) exponen unas dificultades prácticas de tipo organizativo para el establecimiento de una adecuada relación terapéutica, que también son aplicables en el contexto de los hogares para ancianos:

- La falta de una supervisión y una evaluación de la propia relación y de su calidad.
- Los intercambios relacionales mutuos que se establecen con los pacientes tampoco son supervisados, por lo que no son asimilados por la organización y se pueden crear prejuicios en los enfermeros y las enfermeras a la hora de establecer la relación.
- Carencias en la relación de ayuda estructurada a los pacientes, la familia y su entorno.
- Falta de comprensión hacia el paciente cuando procede de un entorno cultural diferente.
- Tensión profesional debido a la sobrecarga laboral y a la falta de identidad profesional en relación con otras profesiones.

Nascimento *et al.* (44) realizaron una revisión bibliográfica de la base de datos LILACS para resumir el conocimiento disponible sobre el cuidado dirigido a las personas mayores. Con respecto a los cuidados de enfermería, las autoras indican que debemos crear para las personas mayores un ambiente de cuidado, el cual definen como: “aquel en el que prevalece el respeto, la confianza, la atención, el reconocimiento y la aceptación de las personas con sus limitaciones y dificultades, buscando ofrecerles apoyo y ayuda”. Para Anderberg y Berglund (20), recibir cuidados en un hogar para ancianos “es un proceso continuo y gradual mediante el cual las personas mayores aspiran a estar en equilibrio consigo mismas y con el ambiente”.

Blanca *et al.* (45), al estudiar el concepto de intimidad en los pacientes hospitalizados, establecen un modelo explicativo según el cual la evolución óptima de las relaciones entre el paciente-familiar hospitalizado, los compañeros o compañeras de cuarto y los profesionales sanitarios desemboca en la constitución de un núcleo de la intimidad más amplio en el que tendrían cabida todas estas personas. Todo ello marcado por el cambio de una situación que el autor define como intimidad impuesta (hay personas que permanecen en los espacios privados del paciente, que se mueven en ellos sin ningún tipo de consentimiento), hacia una situación de intimidad consentida (en el espacio físico del paciente-familia hay

otras personas ajenas, pero que han sido aceptadas de manera voluntaria en su núcleo de la intimidad). Consideramos que este modelo es aplicable también al desarrollo de las relaciones humanas dentro de un hogar para ancianos y sería una situación ideal que propiciaría el establecimiento de unas relaciones de tipo más personal con los cuidadores, como precisamente demandan los informantes de los diversos estudios.

El desarrollo de relaciones más estrechas entre los pacientes y los profesionales de enfermería o el personal sanitario en general puede producir consecuencias negativas para estos últimos, derivadas de la sobreimplicación de tipo emocional y subjetiva: estrés, efectos negativos en la distribución del trabajo en el área en cuestión, dificultades para las enfermeras en el cumplimiento de su rol institucional, descenso de la productividad, alejamiento del rol profesional, alteración de la capacidad de enjuiciamiento clínico, dolor emocional, sufrimiento, tensión y síndrome de “burnout” (46-49).

Miner-Williams (50) indica que la relación enfermería-paciente tiene su origen en la intención del profesional de encontrarse con las necesidades del enfermo. Estas suelen ser de tipo biopsicosocial, pero en ocasiones aparecen otras que emergen de la esencia de cada persona, las llamadas necesidades espirituales. Su descubrimiento solo es posible a través del establecimiento de una interrelación estrecha de tipo significativo y que le otorgaría una característica de “conexión” a la relación enfermería-paciente. Se trata por tanto de un nivel más alto con respecto a la interacción entre los profesionales y las personas a las que cuidan, un nivel que debemos pretender alcanzar en el contexto de los hogares para ancianos, donde no somos únicamente responsables del bienestar biopsicosocial de estas personas, sino también de dar cobertura a sus necesidades más espirituales.

## Conclusión

En este trabajo hemos pretendido sintetizar las evidencias proporcionadas por una serie de investigaciones primarias elaboradas a partir de los testimonios de los receptores de cuidados, en este caso las personas mayores que viven en hogares para ancianos. Consideramos que estudios de este tipo pueden aportar un conocimiento más extensivo o en todo caso complementario al que proporcionan otro tipo de abordajes investigativos como el diseño y la cumplimentación de encuestas de satisfacción.

Todo el apartado de resultados puede ser considerado como un conjunto de recomendaciones prácticas que pueden constituirse en una herramienta de apoyo para la interacción que es-

tablecemos con las personas mayores institucionalizadas, las enfermeras, los estudiantes, otros profesionales, e incluso sus propios familiares.

## Referencias

1. García M, Torres MP, Ballesteros E. *Enfermería Geriátrica*. Barcelona: Masson; 2000.
2. Díaz R. Informe 2008. Las personas mayores en España. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2009. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/index.html> [Consultado 2012 sept. 4].
3. Tobaruela JL. *Residencias: perfil del usuario e impacto del ingreso (Memoria para optar al grado de Doctor)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2003. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/tesis/med/ucm-t26425.PDF> [Consultado 2012 sept. 4].
4. 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):1915-22.
5. Slettebø A. Safe, but lonely: living in a nursing home. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden* 2008;28(1):22-5.
6. 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):180-8.
7. 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):1712-8.
8. 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.
9. Fiveash B. The experience of nursing home life. *International Journal of Nursing Practice* 1998;4(3):166-74.
10. 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 2010 abr. 15].
11. 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 2010 abr. 15].
12. Bazo MT. Institucionalización de las personas ancianas: un reto sociológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 1991;53:149-64.
13. 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.
14. 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.
15. Bergland A, Kirkevold M. Thriving in nursing homes in Norway: Contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies* 2006;43(6):681-91.
16. Aller LJ, van Ess Coeling H. Quality of life: its meaning to the long-term care resident. *Journal of Gerontological Nursing* 1995;21(2):20-5.
17. Pilkington F, Kilpatrick D. The lived experience of suffering: a Parse research method study. *Nursing Science Quarterly* 2008;21(3):228-37.
18. Pilkington F. Grieving a loss: the lived experience for elders residing in an institution. *Nursing Science Quarterly* 2005;18(3):233-42.

19. 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):234-51.
20. 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):64-8.
21. Chang S. Beliefs about self-care among nursing home staff and residents in Taiwan. *Geriatric Nursing* 2009;30(2):90-8.
22. Liukkonen A. Life in a nursing home for the frail elderly... including commentary by Anderson M.C. *Clinical Nursing Research* 1995;4(4):358-72.
23. Oh J. Stroke patients' experiences of sharing rooms with dementia patients in a nursing home. *International Journal of Nursing Studies* 2006;43(7):839-49.
24. Bergland A, Kirkevold M. The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17(10):1295-302.
25. Hauge S, Heggen K. The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17(4):460-7.
26. Silva CA, Menezes MR, Santos AC, Carvalho LS, Barreiros EX. Relacionamento de amizade na instituição asilar. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2006;27(2):274-83.
27. Mendoza E, Martínez B, García M, Ullivarri N. Sexuality in institutionalized elderly people. *Gerokomos* 2005;16(2):90-6.
28. Nay R. Sexuality and aged women in nursing homes. *Geriatric Nursing* 1992;13(6):312-4.
29. Pleschberger S. Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age & Ageing*; 36(2):197-202.
30. Franklin L, Ternstedt B, Nordenfelt L. Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing Ethics* 2006;13(2):130-46.
31. García Hernández A. & Darias Curvo S. Elderly's concepts about death. *Gerokomos* 2003;14(2):74-9.
32. Engle VF, Fox-Hill E, Graney MJ. The experience of living-dying in a nursing home: self-reports of black and white older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 1998;46(9):1091-6.
33. Walsh D, Downe S. Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2005;50(2):204-11.
34. Carrillo González GM, Gómez Ramírez OJ, Vargas Rosero E. Metodologías en metasíntesis. *Ciencia y Enfermería* 2008;XIV(2):13-9.
35. Jensen LA, Allen MN. Meta-synthesis of qualitative findings. *Qualitative Health Research* 1996;6(4):553-60.
36. Gálvez Toro A. Clasificación de las Evidencias por su Diseño y Utilidad la Investigación Secundaria Cualitativa. *Index de Enfermería (edición digital)* 2003;43. Disponible en: [http://www.index-f.com/indexenfermeria/43revista/43\\_articulo\\_45-49.php](http://www.index-f.com/indexenfermeria/43revista/43_articulo_45-49.php) [Consultado 2010 dic. 1].
37. Paterson BL, Thorne SE, Canam C, Jillings C. *Meta-study of Qualitative Health Research: A Practical Guide to Meta-analysis and Meta-synthesis*. California: Sage; 2001.
38. Hueso C. Metaestudio cualitativo a través del relato biográfico: un modelo de investigación secundaria cualitativa. *Archivos de la Memoria* 2008;5(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/5/e30801.php> [Consultado 2010 dic. 1].
39. Zhao S. Meta-theory, meta-method, meta-data-analysis: What, why and how? *Sociological perspectives* 1991; 34: 377-90.
40. Gálvez A, Amezcua M, Salido MP. La construcción social de los sentimientos. La muerte del sujeto que nace. *Index de Enfermería* 2002, 39. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/39revista/39\\_sumario.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/39revista/39_sumario.php) [Consultado 2010 dic. 1].
41. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procederes and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004;(24):105-12.
42. Serrano AJ. La importancia de la comunicación con el anciano institucionalizado. *Anales de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza* 2007;10:189-200.

43. García MI, López MN, Vicente MJ. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica. ¿Falta de tiempo? Index de Enfermería 2004, 47. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000300010&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000300010&script=sci_arttext) [Consultado 2011 jun. 15].
44. Nascimento LC, Moraes ER, Silva JC, Veloso LC, Rodrigues Moura da Costa A. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. Revista Brasileira de Enfermagem 2008;61(4):514-7.
45. Blanca JJ, Muñoz R, Caraballo MA, Expósito MC, Sáez R, Fernández ME. La intimidad en el Hospital. La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. Index de Enfermería 2008;17(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000200006&script=sci_arttext) [Consultado 2011 jun. 15].
46. Williams A. A literature review on the concept of intimacy in nursing. Journal of Advanced Nursing 2001;33(5):660-7.
47. May C. Affective neutrality and involvement in nurse-patient relationships: perceptions of appropriate behaviour among nurses in acute medical and surgical wards. Journal of Advanced Nursing 1991;16:552-8.
48. Morse JM. Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. Journal of Advanced Nursing 1991;15:455-68.
49. Ramos MC. The nurse patient relationship: theme and variation. Journal of Advanced Nursing 1992;17:496-506.
50. Miner-Williams D. Connectedness in the nurse-patient relationship: a grounded theory study. Issues in Mental Health Nursing 2007;28(11):1215-34.

**Tabla 1.** Búsqueda bibliográfica

Base de datos	ISI Web of Knowledge	CINAHL	EMBASE	LILACS	CUIDEN PLUS
Algoritmo de búsqueda	1 phenomenolog* OR qualitative stud* 2 aged OR elder* OR old* 3 nursing home* 4 interview* 5 1 AND 2 AND 3 AND 4	1 phenomenological research OR qualitative studies 2 aged OR elder* OR old* 3 nursing home* 4 interview* 5 1 AND 2 AND 3 AND 4	1 phenomenology OR qualitative research 2 aged OR elder* OR old* 3 nursing home* 4 interview* 5 1 AND 2 AND 3 AND 4	1 ancian* 2 institucion* 3 cualitativ* 4 1 AND 2 AND 3	ancian*
Número total de referencias	197	409	518	21	226
<b>Cribado a través del título y resumen</b> 49 referencias <b>Cribado a través del análisis del texto completo</b> 29 referencias					

**Tabla 2.**  
Referencias bibliográficas incluidas en el metaestudio

<b>Autores, año de publicación y título</b>	<b>Informantes y país de procedencia</b>	<b>Análisis de datos</b>	<b>Criterios para garantizar el rigor científico</b>
Tsai, H. & Tsai, Y. (2008). A temporary home to nurture health: lived experiences of older nursing home residents in Taiwan.	33 personas de 8 residencias de Taiwan	Análisis temático mediante software ATLAS	Credibilidad, transferibilidad, confiabilidad y confirmabilidad
Slettebø, A. (2008). Safe, but lonely: living in a nursing home.	14 personas de 3 residencias de Suecia	Análisis de contenido	Fiabilidad y validez
Dwyer, L.; Nordenfelt, L. & Ternstedt, B. (2008). Three nursing home residents speak about meaning at the end of life.	12 personas de 2 residencias de Suecia	Análisis conjunto de las entrevistas seguido de un análisis parte a parte	Credibilidad
Wadensten, B. (2007). Life situation and daily life in a nursing home as described by nursing home residents in Sweden.	16 personas de una residencia de Suecia	Análisis de contenido cualitativo	Confirmabilidad, credibilidad, confiabilidad
Andersson, I.; Pettersson, E. & Sidenvall, B. (2007). Daily life after moving into a care home -- experiences from older people, relatives and contact persons.	13 personas de una residencia de Suecia	Lectura global, análisis por áreas, descubrimiento de similitudes y diferencias y condensación de los datos	No consta
Van't Leven, N. & Jonsson, H. (2002). Doing and being in the atmosphere of the doing: environmental influences on occupational performance in a nursing home.	10 personas de una residencia de Holanda	Método comparativo constante	Realización de una entrevista piloto
Fiveash, B. (1998). The experience of nursing home life.	8 personas de dos residencias de Australia	Recolección y análisis de datos realizados simultáneamente	Los informantes clave decidieron que era legítimo y relevante
Liukkonen, A. (1995). Life in a nursing home for the frail elderly	31 personas de una residencia de Finlandia	División en enunciados que fueron sometidos a análisis de contenido	Fiabilidad y replicabilidad
López Pérez, M.T. (2006). Vivencias de una anciana hasta llegar a una Residencia de Mayores.	1 mujer de una residencia de Andalucía (España)	Relato biográfico-Historia de vida	No consta
Álvarez Leiva, M.I. (2006). Mi vida en una residencia de mayores. 'Esa es mi vida. Trabajar mucho para nada'	1 mujer de una residencia de Andalucía (España)	Relato biográfico-Historia de vida	No consta
Bazo, M.T. (1991). Institucionalización de las personas ancianas: un reto sociológico.	28 personas de 5 residencias de Vizcaya (España)	Análisis de la interpretación de las personas informantes	No consta
Pilkington, F., & Kilpatrick, D. (2008). The lived experience of suffering: a Parse research method study.	12 personas de 2 residencias de Canadá	Procedimiento de extracción-síntesis	No consta
Pilkington, F. (2005). Grieving a loss: the lived experience for elders residing in an institution.	10 personas de una residencia de Canadá	Procedimiento de extracción-síntesis	No consta
Forbes-Thompson, S. & Gessert, C. (2006). Nursing homes and suffering: part of the problem or part of the solution?	58 personas de 2 residencias de Estados Unidos	Análisis de contenido cualitativo mediante software	Credibilidad e integridad del análisis: revisión por pares, triangulación y verificación de los investigadores

Autores, año de publicación y título	Informantes y país de procedencia	Análisis de datos	Criterios para garantizar el rigor científico
Anderberg, P & Berglund, A. L. (2010). Elderly persons' experiences of striving to receive care on their own terms in nursing homes.	15 personas de 4 residencias de Suecia	Lectura completa, relectura para discriminar las unidades de significado e interpretación de las más esenciales	Credibilidad y transferibilidad
Chang, S. (2009). Beliefs about self-care among nursing home staff and residents in Taiwan.	10 personas de una residencia de Taiwán	Análisis de contenido	No consta
Bergland, A. & Kirkevold M. (2006). Thriving in nursing homes in Norway: Contributing aspects described by residents.	26 personas de 2 residencias de Noruega	Identificación de unidades de significado y codificación	Diversos términos empleados para describir los fenómenos de estudio fueron introducidos por los propios residentes
Hjaltadóttir, I. & Gústafsdóttir, M. (2007). Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents.	8 personas de 2 residencias de Islandia	Análisis temático teniendo en cuenta las diferencias y similitudes entre los casos	Consideración de los prejuicios y concepciones previas de los investigadores
Aller, L.J. & Van Ess Coeling, H. (1995). Quality of life: its meaning to the long-term care resident.	8 personas de una residencia de Estados Unidos	Análisis de contenido	Se reclutaron informantes con unas características determinadas que garantizarían la validez de los datos proporcionados
Hauge, S. & Heggen, K. (2008). The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms.	5 personas de 2 residencias de Noruega	Análisis de contenido para descubrir temas y categorías	Validación por parte de cuidadores de los residentes
Oh, J. (2006). Stroke patients' experiences of sharing rooms with dementia patients in a nursing home.	14 personas de una residencia de Corea	Lectura general, extracción estamentos de significado, identificación de significados, descripción del fenómeno	Validación a través de la presentación de los resultados a cada informante
Silva, C.A.; Menezes, M.R.; Santos, A.C.; Carvalho, L.S. & Barreiros E.X. (2006). Relacionamento de amizade na instituição asilar.	15 personas de una residencia de Brasil	Análisis de contenidos temáticos	Criterios de inclusión para los informantes para garantizar la veracidad de los resultados
Bergland, A. & Kirkevold, M. (2008). The significance of peer relationships to thriving in nursing homes.	26 personas de 2 residencias de Noruega	Identificación de unidades de significado y codificación	Consenso entre los dos autores
Mendoza, E.; Martínez, B.; García, M. & Ullivarri, N. (2005). Sexuality in institutionalized elderly people.	42 personas de varias residencias de Álava (España)	Descripción de las respuestas a las preguntas de las entrevistas	No consta
Nay, R. (1992). Sexuality and aged women in nursing homes.	20 personas de una residencia de Australia	Descripción de los temas de las entrevistas	No consta
Franklin, L.; Ternstedt, B. & Nordenfelt, L. (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents.	12 personas en 2 residencias de Suecia	Lectura completa, lectura de cada entrevista, resumen y comparación de las partes, identificación de temas	Criterios de inclusión para los informantes
Pleschberger, S. (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view.	14 personas de una residencia de Alemania	Codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva (teoría fundamentada)	Limitaciones del estudio: los informantes fueron seleccionados por los gestores del centro
García Hernández, A. & Darias Curvo, S. (2003). Elderly's concepts about death.	20 personas de una residencia de Tenerife (España)	Lectura general, extracción de cuestiones significativas, clasificación englobando una gama de fenómenos	No consta
Engle, V.F.; Fox-Hill, E. & Graney, M.J. (1998). The experience of living-dying in a nursing home: self-reports of black and white older adults.	13 personas de dos residencias de Estados Unidos	Codificación, desarrollo de un modelo conceptual, dirección de valoraciones cualitativas	Muestreo adecuado, auditabilidad, credibilidad y aplicabilidad: