

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:
*“ADAPTACIÓN DE LAS PERSONAS
MAYORES DEL ENTORNO RURAL A LA
CONVIVENCIA CON SUS FAMILIARES EN UN
NÚCLEO URBANO”.*



Autora: María Mercedes Cebrián Gasanz

Tutora: María Luisa Martínez

Curso: 2016/2017

ÍNDICE

• Resumen	3
• Abstract.....	4
• Introducción	5
○ Sobre envejecimiento y dependencia.....	5
○ Envejecer en un entorno rural.....	7
○ Adaptarse a vivir en un entorno nuevo.....	9
• Objetivos del estudio.....	13
• Método.....	14
○ Diseño del estudio.....	14
○ Ámbito del estudio.....	14
○ Población y muestra.....	14
○ Recolección de datos e instrumentos del estudio.....	17
○ Codificación y análisis de los datos.....	18
○ Aspectos éticos y legales del estudio.....	18
○ Criterios de calidad.....	19
○ Planificación operativa de la investigación.....	20
• Consideraciones finales.....	22
○ Limitaciones y alcances del estudio.....	22
• Agradecimientos.....	23
• Bibliografía.....	24
• Anexos	29
○ Anexo I. Perfiles que conforman la selección de la muestra del estudio.....	28
○ Anexo II. Guión de la entrevista.....	30
○ Anexo III. Consentimiento informado.....	32

RESUMEN

Cuando las personas mayores que viven en entornos rurales comienzan a perder su independencia y necesitan ayuda, se produce una ruptura de los roles y actividades que ejercían. Esto en muchas ocasiones plantea la necesidad de adaptarse a nuevos entornos, que en muchas ocasiones será el traslado al domicilio de alguno de sus hijos para recibir la atención y los cuidados necesarios. Esto no solo implica un cambio en la convivencia, sino también un nuevo hábitat diferente al rural, lo que significa una doble adaptación. Estos mayores llegan a un entorno desconocido, con domicilios estructuralmente muy diferentes a los rurales, los cuales tienen un espacio más reducido, y la llegada del mayor implica una redistribución del espacio familiar, siendo frecuente tener que compartir dormitorio, produciéndose así una pérdida de intimidad, sintiéndose el mayor como un “estorbo”. Por ello, el objetivo de este proyecto de investigación es conocer la vivencia de las personas mayores que como consecuencia de su declive funcional se tienen que trasladar desde el área rural para convivir con sus hijos en la ciudad, además de identificar las necesidades y problemas de adaptación que produce este cambio de entorno. Se trata de un estudio descriptivo con abordaje metodológico cualitativo bajo el prisma de la fenomenología. Se captará a los mayores que cumplan los criterios de inclusión de los Centros de Salud Mar Báltico y Chopera en Madrid y Alcobendas respectivamente. Los datos sobre sus experiencias se obtendrán mediante entrevistas en profundidad. La importancia del estudio se encuentra en la frecuencia que esta cuestión se halla en nuestra sociedad.

Palabras clave: Envejecimiento rural. Adaptación. Cuidado familiar. Dependencia

ABSTRACT

When the elderly people who live in rural environments start losing their independence and need help, it is produced a role break and break of the activities they carried through. Many times this means the necessity of adaptability to new environments, which frequently implies a move to their children's home in order to receive the attention and care they need. Not only do this imply a change in coexistence but also a different habitat from the rural one, which means a double adaptation.

Those elderly people find themselves in an unknown environment, with residences different from the rural one, whose space is more limited. Besides, their arrival implies a redistribution of the family space, being sharing bedroom something frequent. This fact results in a loss of privacy and in a feeling of nuisance.

So that, the aim of this investigation project is to know the experience of those elderly people that, as a consequence of their deterioration, have to leave the rural area to live with their children in the city. In addition, another aim of this study is the identification of the necessities and problems of adaptation that this change of environment produces.

This, is a cross descriptive study with a qualitative methodological approach under the point of view of phenomenology. The elderly people who meet the criteria of inclusion of the Mar Baltico, Chopera and Alcobendas health centres will be recruit for this study. The data will be obtained through interviews. It is the frequency of this issue in society what gives to this study such importance.

Key words: Rural environment aging. Adaptability. Family Care. Dependency status

INTRODUCCIÓN

Sobre envejecimiento y dependencia

En España, como en el resto del mundo, ha tenido lugar una transición demográfica que comenzó a principios del siglo XX, siendo en nuestro país su inicio un poco más tardío, aunque con una intensidad superior. Esta transición se ha producido principalmente por las mejoras en la calidad de vida, los cambios sociales, culturales y económicos y, en gran medida, gracias a los avances en la atención a la salud, lo que ha dado lugar a un aumento progresivo de la esperanza de vida, siendo actualmente de 80,1 años en los hombres y de 85,6 años en las mujeres ^(1, 2, 3).

En Europa, en 2011, el 16,1% de la población era mayor de 65 años, sin embargo, en 2014, España superaba esta media con el 18,4% de mayores de 65 años, siendo un 5,8% las personas de 80 años o más. Las proyecciones demográficas indican que en España la población de más de 65 años seguirá en aumento, pudiendo llegar en 2050 a los 15 millones de personas, casi el doble que en la actualidad, y siendo además el 9% de estos 15 millones mayores de 80 años ⁽¹⁾.

El envejecimiento poblacional no ha sido un asunto de interés político hasta que en 1982 se celebra la I Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena, donde se toma conciencia por primera vez de que el envejecimiento es un fenómeno de importancia mundial, que afecta tanto a los países desarrollados como en vías de desarrollo⁽⁴⁾. El informe final de dicha Asamblea concluyó con el compromiso de que todos los países valoraran sus necesidades y comenzaran a establecer planes dirigidos a garantizar los recursos apropiados al grupo de personas mayores. Posteriormente, ya en 2002, tuvo lugar la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, que se celebró en Madrid y en la que se evaluaron las medidas que se habían puesto en marcha y se establecieron estrategias de actuación conjuntas a largo plazo, diseñando una política internacional que tenía como marco el “Envejecimiento activo”⁽⁵⁾.

El concepto de “Envejecimiento activo“ ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen; permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección,

seguridad y cuidados adecuados.” Y por ello para conseguirlo se debe intentar tener una actitud positiva ante el proceso de envejecimiento y una vinculación y participación activa en la sociedad ⁽⁶⁾.

Las políticas y programas para el envejecimiento activo defienden tanto una perspectiva del ciclo vital como la solidaridad intergeneracional y son el reflejo de que la sociedad del siglo XXI siente una preocupación especial por el tema de la vejez. Por tanto, es necesario garantizar al colectivo de personas mayores una atención a la salud orientada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida; cobertura económica que permita reducir la pobreza y, en relación con las políticas sociales, sistemas de protección dirigidos especialmente a personas mayores dependientes, dado que cada vez es menos frecuente que las familias se puedan responsabilizar del cuidado de las personas mayores que necesitan asistencia ⁽⁷⁾.

No obstante, en la etapa de vejez hay una gran heterogeneidad, ya que no se puede considerar igual a las personas con edades relativamente jóvenes, entre 65 y 75 años, que se encuentran en buen estado de salud y pueden mantener una vida activa, que a los mayores de más de 80 años, que frecuentemente padecen varios problemas de salud y manifestaciones de dependencia ⁽⁸⁾. Es en estas edades de sobre envejecimiento en las que se requieren más recursos, que muchas veces no son suficientes, y son las familias las que tienen que hacerse cargo del cuidado de los más mayores.

La sociedad española, todavía hoy en día, se encuentra muy influenciada por el peso de la familia y las decisiones sobre el futuro de los mayores se suelen tomar en conjunto ⁽⁹⁾. Tradicionalmente, el cuidado de los mayores ha recaído dentro del sistema familiar, siendo el cónyuge, en el primer escalón, y los hijos, predominando las hijas, en el segundo, quienes en la mayoría de las ocasiones han asumido esta responsabilidad. Concretamente el cuidado de la familia y, por ende de los mayores, ha recaído sobre la mujer y, aún en la actualidad, esta forma de actuar se sigue manteniendo en muchas familias, y son las hijas las que mayoritariamente se encargan del cuidado de los mayores ⁽¹⁾.

Pero el modelo de familia ha cambiado mucho en los últimos años, anteriormente las familias, y más las del medio rural, no se disgregaban como en la actualidad. Los hijos, por lo general, no abandonaban el núcleo familiar para salir a trabajar o a estudiar fuera, sino que se quedaban trabajando las tierras o encargándose del negocio familiar,

mientras tanto las hijas quedaban relegadas al cuidado ya fuera de su marido e hijos o de sus progenitores. Sin embargo, desde la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la familia tradicional sufre un cambio importante en cuanto a su organización interna, sobre todo en lo referente a compartir las responsabilidades económicas y las del cuidado. Este nuevo tipo de familia nuclear o elemental, constituida por el padre, la madre y los hijos, de descendencia biológica o adoptados, no es ya el único, sino que actualmente han surgido nuevos modelos de familias -monoparentales, reconstruidas, homoparentales y multiculturales-, todos ellos igualmente válidos y equiparables, pero que plantean nuevas formas de asumir la responsabilidad del cuidado a las personas mayores ^(10, 11).

Por otra parte, aunque uno de los apoyos más importantes a las personas mayores es el cuidado dentro de la familia, son ya muchos los recursos socios sanitarios de los que se dispone actualmente, tales como, el servicio de teleasistencia, la atención domiciliaria, los centros de día, los pisos tutelados y la atención residencial, entre otros ⁽⁹⁾.

Estos recursos no son gratuitos y su coste depende de la prestación económica que perciba la persona mayor. Prácticamente todas las personas mayores en España reciben alguna prestación del sistema público de pensiones, ya sea de forma directa como la pensión de jubilación, o de forma indirecta como la pensión de viudedad del cónyuge. En 2015 la pensión media era de 886,8 euros mensuales y aunque la posición económica de los mayores haya mejorado relativamente en los últimos años, su riesgo de pobreza se sitúa todavía en el 11,4% según datos de 2014, por lo que no siempre pueden acceder a determinados recursos necesarios para su cuidado y van a precisar ayuda y supervisión de sus familias, especialmente a medida que se van haciendo más mayores y comienzan a presentar alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, bien sean estas básicas o instrumentales ^(1, 9, 12).

Envejecer en un entorno rural

Los procesos de modernización desarrollista que tuvieron lugar en España durante los años sesenta del pasado siglo forzaron un éxodo masivo de las generaciones más jóvenes de los núcleos rurales hacia las ciudades en busca de puestos de trabajo, una vez que la crisis de la agricultura agotó la forma de producción tradicional de muchos pueblos ⁽⁹⁾.

El despoblamiento progresivo de las grandes extensiones de territorio que antaño estaba organizado en núcleos rurales capaces de ofrecer un *modus vivendi* adecuado a sus pobladores, ha tenido como consecuencias inmediatas una disminución de la población, un notable envejecimiento de la misma y una falta de recursos y oportunidades para los habitantes de estos entornos ⁽¹³⁾. Este abandono se encuentra acentuado en la actualidad ya no solo en búsqueda de trabajo, sino en busca de una mejora en la formación académica, siendo destacable el número de jóvenes que incluso abandonan el país para estudiar o trabajar ⁽⁹⁾.

De esta forma, en España, en el año 2011, los municipios rurales de menos de 2000 habitantes tenían el 30,9% de la población total, siendo un 9,9% personas mayores de 65 años. Hay comunidades autónomas que han sufrido en mayor medida este problema, como Castilla y León, Asturias, Galicia, País Vasco, Aragón y Cantabria, cuya proporción de personas mayores supera el 20% en todas ellas ⁽¹⁾. Estos territorios, en los que se ha perdido rápidamente población por la emigración a las áreas urbanas, también han perdido heterogeneidad generacional, lo que ha ido en detrimento de las relaciones sociales entre los miembros de distintas generaciones, que son consideradas un elemento que favorece el nivel de bienestar en la vejez, facilitando el acceso a más información y recursos a las personas mayores ⁽¹⁴⁾.

Aunque distintos trabajos ponen de manifiesto que la etapa de envejecimiento se vive mejor en las zonas rurales, también tiene inconvenientes ⁽¹⁵⁾. La transición entre estar activo en el trabajo y la baja en la actividad con la jubilación se lleva de una forma menos brusca en el entorno rural, donde es más común que los mayores mantengan muchas de las tareas que realizaban, como el cuidado de las tierras o de su huerto, los paseos, el cuidado de los animales y las relaciones con sus vecinos y amigos, ya que la vida social es más fácil de mantener en los pueblos que en las ciudades, especialmente si estas últimas son de gran tamaño o si la persona mayor ha ido perdiendo progresivamente su autonomía. Según los datos aportados por el Libro Blanco del Envejecimiento Activo, en los municipios rurales es mayor la proporción de mayores que pasa el día con los amigos, un 9,8% frente a un 4,4% en las ciudades ^(13, 16, 17).

Aunque lo rural se sigue asociando con lo agrario, no siempre es así, ya que la población de las zonas rurales también trabaja en otros sectores, aunque es cierto que las labores agrícolas siguen siendo predominantes y no se dan en los medios urbanos, por lo

que en estos son más difíciles de sustituir. Por tanto, la pérdida de la actividad y del contacto con las redes sociales próximas es más gradual en los entornos rurales ⁽¹⁷⁾.

Sin embargo, también existen inconvenientes como tener un menor acceso a los recursos asistenciales, socioculturales y de ocio, a lo que hay que sumar el distanciamiento de los hijos, en caso de que estos se hayan trasladado a la ciudad. Una de las causas de esta situación es que el modelo de provisión de necesidades de apoyo por parte de los servicios sociales es principalmente urbano y que no se lleva a cabo en los medios rurales o no con tanta cobertura ⁽¹⁷⁾. Como ya se ha mencionado anteriormente existen muchos recursos, pero por el mero hecho de residir en una zona rural las personas no tienen el mismo acceso. No todos los pueblos tienen centro de mayores, comedores, servicio de ayuda a domicilio y otros recursos que integran el catálogo de prestaciones a los que da derecho la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ⁽¹⁸⁾. Esta Ley, aprobada en 2006, tenía como propósito garantizar la igualdad en el acceso a las distintas prestaciones a las personas en situación de dependencia, sin embargo su puesta en marcha coincidió con el inicio de la crisis económica mundial que ha afectado a España de una manera especial, por lo que su desarrollo ha sido muy lento y de forma desigual en las distintas comunidades autónomas, lo que ha obligado a las familias a buscar ayudas y alternativas de forma privada.

A todo ello hay que añadir que el contexto rural ha experimentado en los últimos años un importante sobre envejecimiento, por lo que muchas de estas personas mayores se encuentran en situación de fragilidad o con problemas de dependencia. Esto comporta un riesgo evidente de aislamiento y una pérdida de oportunidades en entornos, muchas veces incapacitantes, que restringen las posibilidades de participación ^(12, 19).

Adaptarse a vivir en un entorno nuevo

Distintos autores han desarrollado construcciones teóricas con el propósito de describir el envejecimiento normal y proponer modelos de ajuste que permitan explicar conductas bien o mal adaptadas socialmente. Estas diferentes perspectivas coinciden en que, a medida que las personas envejecen, cambian sus conductas, sus interacciones sociales y las actividades en las que participan. En definitiva, las denominadas teorías

psicosociales de la vejez tienen como fin último predecir un envejecimiento con éxito. Dentro de estas teorías son destacables las siguientes ⁽²⁰⁾:

- La Teoría de la Desvinculación o Retraimiento se basa en que las personas mayores a medida que sus capacidades cambian, modifican sus preferencias y paulatinamente eligen retirarse de los roles sociales y reducir sus compromisos con los demás. Al mismo tiempo, la sociedad, gradualmente, se aparta de los mayores y entrega a los jóvenes los roles y responsabilidades que una vez desempeñaron los anteriores. Los mayores que no aceptan esta mutua desvinculación y quieren seguir manteniendo las pautas de actividad anteriores no se adaptan, por tanto, a envejecer.
- La Teoría de la Actividad tiene como argumento central que el ajuste a la vejez se produce con éxito si los individuos conservan un nivel de actividad similar al de etapas anteriores de su vida, lo que no significa que la persona mayor siga realizando su actividad laboral, sino que busque nuevos papeles que reemplacen al anterior. Cuando las personas mayores son forzadas por las limitaciones físicas o las necesidades sociales a suspender los papeles útiles, deben desarrollar nuevos roles si quieren conservar un sentido positivo de uno mismo y un bienestar físico. La flexibilidad del rol será un indicador de que la persona mayor se está adaptando con éxito a la vejez.
- La Teoría de Vacío de roles plantea que la persona mayor va perdiendo gran parte de sus roles más importantes a medida que envejece. Sin embargo, esta pérdida no tiene por qué ser negativa e incluso puede estar asociada a un sentimiento de liberación en la vejez, pero también puede convertirse en un elemento negativo para la persona mayor de manera que la vejez se transforme en una situación desestructurada dominada por la escasez y la ambigüedad de los roles. Por tanto, la persona mayor debe organizarse un plan de trabajo y de actividades propias a su edad, pero también es cierto que muchas veces la sociedad no le da suficientes alternativas para cubrir el vacío que dejan los roles que anteriormente desempeñaba.
- La Teoría de la Continuidad trata de encontrar un punto intermedio en un intento de superar las críticas recibidas por los enfoques anteriores. Según esta teoría, el ser humano lleva a cabo una serie de elecciones adaptativas a lo largo de la etapa adulta y del envejecimiento que suponen una continuación de los patrones de comportamiento mantenidos de manera más o menos estable a lo largo de su ciclo vital. Desde una perspectiva constructivista asume que las personas, en función de

sus experiencias vitales, desarrollan activamente sus propias concepciones tanto acerca de sí mismos como de su estilo de vida y su integración social

De las propuestas teóricas mencionadas, la Teoría de la Continuidad es la que actualmente goza de mayor aceptación, al considerarse más razonable que el nivel de actividad de una persona durante la vejez estará en función de su trayectoria vital y del patrón de actividades que haya presentado durante las etapas anteriores. La continuidad representa, de esta manera, un modo de afrontar los cambios físicos, mentales y sociales que acompañan al proceso de envejecimiento ⁽²¹⁾.

Sin embargo, en el momento en el que las personas mayores comienzan a precisar ayuda y a perder su independencia se produce una ruptura, tanto de los roles que ejercían como de las actividades que llevaban a cabo, planteándose la necesidad de adaptarse a nuevos entornos, ya que en muchas ocasiones van a tener que trasladarse a vivir al domicilio de alguno de sus hijos para poder recibir la atención y cuidados que requieren ^(3, 22).

Cuando llega el momento de atender estas necesidades es diferente el abordaje que se realiza si el mayor vive en un entorno urbano o en uno rural. En las zonas urbanas está más extendida la creencia de que la atención y cuidado a las personas mayores son responsabilidad de la Administración Pública, mientras que en los núcleos rurales se llevan a cabo más frecuentemente por la propia familia ⁽¹⁶⁾.

A medida que los mayores van precisando ayuda, las soluciones adoptadas por las familias van cambiando. Inicialmente se suele optar por cuidados en el domicilio del mayor bajo el acompañamiento y supervisión unas horas diarias por parte de cuidadores, así se suplen las actividades que ellos ya no pueden realizar. Cuando el nivel de dependencia aumenta y esta solución ya no es válida, requiriendo supervisión y cuidados las 24 horas del día, se suele buscar una persona para que resida en el domicilio del mayor y se encargue de su atención.

Hay que destacar que estos cuidados son de ámbito privado y generan un elevado coste para la persona mayor, por lo que en ocasiones va a necesitar de ayuda económica por parte de sus hijos. No obstante, esta situación no siempre se puede mantener y, frecuentemente, la solución termina siendo el traslado del mayor al domicilio de los hijos para su cuidado. Muchos de estos mayores pasan a ser los llamados “abuelos golondrinas”, ya que residen por periodos determinados de tiempo con cada uno de sus

hijos o hijas, lo que les obliga a realizar traslados de domicilio varias veces al año, sufriendo las consecuencias que estos cambios producen ⁽²³⁾. Aunque las residencias son una alternativa, como ya se ha mencionado previamente, no todas las familias pueden hacer frente a su coste y aunque existen residencias de carácter público, el acceso a las mismas requiere de periodos prolongados de permanencia en una lista de espera.

Esta problemática se encuentra incrementada cuando las familias residen en una ciudad y el mayor en una zona rural, ya que a la familia le supone un mayor esfuerzo estar pendiente de su bienestar y, finalmente, la persona mayor acaba también trasladándose al domicilio de alguno de los hijos para facilitar el cuidado, lo que implica no solo un cambio en la unidad de convivencia, sino también un nuevo hábitat, la ciudad, lo que significa la necesidad de una doble adaptación.

En el momento que los mayores llegan a casa de sus hijos se encuentran en entornos desconocidos y, en ocasiones, se sienten como un “estorbo”, como si fueran “objetos de los cuales se tienen que encargar los demás” y que solo dan problemas ⁽²⁴⁾. Los domicilios en la ciudad son muy diferentes estructuralmente a las casas de los pueblos. En las zonas urbanas los pisos suelen tener un espacio reducido y la llegada del mayor implica una redistribución del espacio familiar, siendo frecuente que tenga que compartir el dormitorio con otro miembro de la familia, generalmente un nieto, o bien este tendrá que cederle su habitación. Este tipo de convivencia produce una gran pérdida de intimidad, en general para toda la familia, no solo del mayor que deja de tener su espacio, sino también de los hijos y nietos que pierden la independencia para realizar las actividades que deseen ⁽²⁵⁾. Estas situaciones suelen generar problemas de convivencia, que se ven agudizados por la brecha generacional y las distintas costumbres, por lo que la familia puede vivir la experiencia negativamente, asumiendo el cuidado al mayor como una sobrecarga, no prestándole la atención pertinente e incluso pudiendo aparecer maltrato psicológico ^(13, 26).

Lo ideal es que el mayor disponga de un espacio privado en el que pueda descansar, almacenar sus enseres y retirarse cuando quiera y que la familia viva esta experiencia como una oportunidad de convivencia en la que el mayor ayuda también en alguna medida con el cuidado de los nietos y de la casa. Este intercambio intergeneracional favorece las relaciones de los nietos con sus abuelos, que pueden llegar a tener mucha complicidad con estos, lo que también les ayuda a comprender e interiorizar el declive

que se va produciendo a medida que pasan los años y la necesidad de ayuda que precisan las personas mayores ⁽²⁵⁾.

Teniendo en consideración la importancia que los cambios mencionados pueden tener en la adaptación de las personas mayores procedentes del entorno rural al trasladarse a convivir con sus hijos en un núcleo urbano se plantea como pregunta de investigación de este proyecto: ¿Cómo es la experiencia de adaptación de las personas mayores procedentes del entorno rural que como consecuencia de su declive funcional tienen que dejar su hogar y desplazarse a la ciudad para convivir con sus hijos o hijas en un medio urbano?

Para tratar de dar respuesta a este interrogante se plantean como objetivos de esta investigación los siguientes:

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general:

Conocer la vivencia de las personas mayores que como consecuencia de su declive funcional se trasladan desde el área rural para convivir con sus hijos en la ciudad.

Objetivos específicos:

- Analizar los problemas de adaptación que refieren las personas mayores al trasladarse a un entorno urbano.
- Identificar las necesidades percibidas por las personas mayores como resultado del cambio de entorno.
- Describir el afrontamiento de las personas mayores a la disminución progresiva de su capacidad funcional.
- Explorar la integración de las personas mayores en la nueva dinámica familiar.

MÉTODO

Diseño del estudio.

El abordaje de los objetivos de este estudio se llevará a cabo bajo el marco de una investigación cualitativa, ya que la finalidad última es explicar y comprender la interpretación de los sujetos y no evaluar relaciones causa-efecto. Lo que preocupa es cómo sucede dicho problema y no el por qué sucede. De esta forma, siguiendo a Taylor y Bogdan se tratará de “*comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas*” (27,28).

El diseño del estudio que se propone es descriptivo bajo el prisma de la fenomenología, ya que se busca obtener el punto de vista y la experiencia de una situación concreta vivida por las personas mayores y reflejar sus testimonios para tratar de comprenderlos, lo que requiere la subjetividad de los participantes. Además, se plantea que el diseño de esta investigación sea flexible, ya que se pretende describir una realidad dinámica y cambiante (27, 28).

Ámbito del estudio.

El lugar seleccionado para el estudio se enmarca en la Comunidad de Madrid y dentro de esta será el Área Asistencial Norte de Salud, en concreto se seleccionarán dos centros de Atención Primaria: el Centro de Salud Mar Báltico, en el distrito de Hortaleza, y el Centro de Salud la Chopera, en el municipio madrileño de Alcobendas.

Población y muestra.

La población diana del estudio serán las personas mayores de 80 años que hayan tenido que trasladarse desde su domicilio en el entorno rural al domicilio de sus hijos o hijas en un entorno urbano como consecuencia de su declive funcional, por lo que precisan supervisión o cuidados, y que estén adscritos a los dos centros de salud del Área Asistencial Norte de la Comunidad de Madrid, anteriormente citados.

Dentro de esta población diana, los criterios de inclusión para este estudio serán:

- Nacionalidad española.
- Llevar al menos 1 año conviviendo en el domicilio de los hijos o hijas.

- Declive funcional en algunas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y/o actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que han motivado el traslado.

Los criterios de exclusión serán:

- Deterioro cognitivo.
- Dificultad para expresarse.

No obstante, dado que el diseño del estudio se contempla como emergente y que, por tanto, puede evolucionar a lo largo del proyecto, los criterios mencionados para formar parte de la muestra son susceptibles de modificación si durante el trabajo de campo se observa que existen nuevas variables de interés ⁽²⁹⁾.

El diseño de la muestra será teórico estructural, ya que la finalidad es tener una representación micro de la realidad, por lo que los participantes deben ser heterogéneos en relación con los factores que pueden tener relación con la percepción de la persona mayor a la nueva forma de convivencia. Para ello se generarán distintos perfiles que vendrán determinados por las siguientes variables relacionadas con los objetivos de esta investigación (Cuadro 1) ⁽²⁹⁾.

Variable	Clases	Justificación
Sexo	Hombre Mujer	Ya que ser hombre o mujer influye en el afrontamiento del declive funcional y en los roles familiares
Nivel de Renta	Renta superior a la media anual / Renta inferior a la media anual.	Un nivel adquisitivo alto facilita a la familia contar con ayudas externas para el cuidado y el espacio de las viviendas es mayor. La renta media anual en este colectivo en 2015 se situaba en 12.261 € ⁽³¹⁾ .
Tipo de familia	Monoparental/ Nuclear	Trasladarse a una familia que no es de tipo nuclear puede ser más difícil de asimilar, por la concepción cultural que tienen los mayores y los cambios en las estructuras familiares que se han ido produciendo en los últimos años.
Convivencia previa	En pareja/Solo	Puede contribuir a la adaptación en el hogar, ya que no es lo mismo que el mayor haya vivido antes en pareja o no, o sea si estaba viudo/a y por lo tanto vivía solo/a. Si el mayor vivía en pareja se produce la separación de esta con todo lo que eso conlleva.

De esta forma se pueden construir en torno a 16 perfiles o arquetipos que vendrán determinados por las variables anteriormente mencionadas y sus subdivisiones (Anexo I). Respecto al número total de participantes, a medida que se vaya reclutando la muestra se prevé la posibilidad de incrementar el tamaño muestral en función de la saturación o no de la información.

Respecto a las variables relacionadas con los objetivos de la investigación, en el Cuadro 2 se presentan junto con sus clases y justificación ^(29,30).

Cuadro 2: Variables relacionadas con los objetivos de la investigación.		
Variables	Clases	Justificación
Capacidad funcional	Dependencia en ABVD Dependencia en AIVD	El afrontamiento no es el mismo cuando el mayor es independiente, que cuando comienza a perder su independencia y solo es dependiente para AIVD, y más aún cuando pasa a ser dependiente para todas las ABVD.
Tiempo de convivencia		No es lo mismo que lleve poco tiempo y no haya podido todavía adaptarse o que lleve muchos años y ya se encuentre adaptado a la dinámica familiar.
Tipo de afrontamiento primario al traslado	Actitud positiva al traslado / Actitud negativa al traslado	Tener una actitud positiva en el traslado facilita en gran medida la adaptación al cambio de vida por parte del mayor.
Posición del cuidador hacia el mayor. Tipo de relación previa.	Buena relación familiar / Mala relación familiar.	No se afronta de la misma forma cuando las relaciones familiares previas han sido malas, y se debe tener en cuenta quién es la persona que ejerce el cuidado si es la familia directa o la política, además si la familia o el cuidador tienen una posición negativa hacia el cuidado también dificulta la adaptación del mayor.

La captación de la muestra se hará con la colaboración de los profesionales de los Centros de Salud seleccionados, los cuales derivarán a los posibles candidatos que

cumplan los criterios de inclusión, facilitando sus datos. Posteriormente se contactará con ellos telefónicamente para una primera entrevista en la que se les informará del proyecto y se les solicitará la firma del consentimiento informado.

Recolección de datos e instrumentos del estudio.

La exploración de las vivencias y experiencias de los sujetos del estudio se llevará a cabo mediante la entrevista en profundidad, ya que se considera que es la herramienta que mejor se adapta para obtener este tipo de información y dar respuesta a los objetivos de la investigación ^(32, 33).

La entrevista será semiestructurada y se contará con un guión que facilite a la entrevistadora explorar todos los temas considerados relevantes para poder dar respuesta a los objetivos de esta investigación ^(32, 33). En este guión estarán definidas las preguntas, mayoritariamente abiertas para poder tener la libertad de profundizar en otras ideas que se consideren significativas, pudiendo realizarse nuevas cuestiones que vayan emergiendo de las respuestas del entrevistado ^(33, 34) (Anexo II

Las entrevistas se realizarán de forma individual y tras haber acordado la fecha con el participante, el horario y día que mejor le convenga, previo recordatorio por vía telefónica de la cita y poniéndolo en conocimiento de la familia. Las entrevistas se realizarán en una consulta del Centro de Salud que quedará reservada para ello, y con una duración de 60 minutos aproximadamente.

En el trabajo de campo se tendrá una primera entrevista de contacto inicial con la persona mayor y así recoger información básica que también servirá para romper el hielo con la investigadora, posteriormente se tendrá una segunda entrevista en la que se profundizará más en función de los objetivos buscados.

Durante el tiempo que duren las entrevistas se usará una grabadora de audio, para recoger la información de una forma más fácil y que permita su reproducción tantas veces como se necesite. Además, se hará uso de un cuaderno de campo para tomar nota de la información relevante y las reacciones no verbales del paciente. La duración de cada entrevista diferirá, ya que no se puede limitar porque depende de la cantidad de información que relate el participante o entrevistado, y lo cómodo que se encuentre con la investigadora, aunque inicialmente se fija un tiempo de 60 minutos aproximadamente ⁽³⁴⁾.

Codificación y análisis de los datos.

Las grabaciones se transcribirán literalmente mediante el programa informático, “Express Scribe”⁽³⁵⁾. Esta transcripción se ha de hacer lo antes posible, para facilitar la contextualización del discurso, además se añadirán los datos recogidos en el cuaderno de campo y las reflexiones de la investigadora^(36, 37). Posteriormente se realizará una lectura integral de todo el material transcrito⁽³⁷⁾.

Una vez que las entrevistas hayan sido transcritas el siguiente paso será extraer la información y codificarla^(38, 37). Durante la codificación propiamente dicha, se identificarán palabras, frases o párrafos con relación a los objetivos, asociándoles un código. Esta codificación se realizará mediante un análisis temático, en el cual se fragmentarán los datos en función de su significado y el objetivo de investigación, así los datos pasarán a ser unidades analizables y se estudiarán mejor. Posteriormente se elaborará un listado en el que se explicará el significado de cada código. Los códigos se reagruparán mediante su significado común, en este caso, siendo este un estudio fenomenológico se hará mediante la identificación de temas que describan la esencia de la experiencia^(36, 37). Gracias a esta codificación se realizará el análisis de los datos.

Mediante la organización y el procesamiento de los datos, se podrá extraer la información que tenga significado relevante con los objetivos del estudio, para así poder relacionarla. Esta información se considera que aporta un máximo valor interpretativo y representativo sobre el tema.^(36, 37, 38)

Aspectos éticos y legales del estudio.

Llegados al punto en que los participantes acceden a ser parte de este estudio, se les informará sobre sus objetivos y metodología al igual que a sus familiares. Para ello deberán leer y firmar el consentimiento informado que se les entregará en el que aparecen los datos de la investigadora principal, la forma de contactar con ella y que las entrevistas serán grabadas. Este consentimiento es un pilar básico de la ética, que se encuentra recogido en la Ley 12/2001, de 21 de Diciembre (Artículo 27)⁽³⁹⁾. En el momento en el que este consentimiento pudiera ser modificado los pacientes deben ser informados⁽⁴⁰⁾. Así mismo, se explicará la opción de abandonar de forma voluntaria el estudio en cualquier momento, sin ninguna penalización para ellos⁽⁴¹⁾ (Anexo III).

Además, este estudio evaluará los aspectos éticos mediante los siete principios propuestos por Ezequiel Emanuel ^(42, 43) y también tendrá en cuenta las siguientes normativas:

- La Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de Protección de datos de carácter personal, que garantiza la confidencialidad de la información ⁽⁴⁴⁾.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ⁽⁴⁵⁾.

Finalmente mencionar que este estudio será presentado al Comité Ético de Investigación Clínica Regional (CEIC-R) de la Comunidad de Madrid ⁽⁴⁶⁾ y se solicitará permiso a la Dirección Asistencial Norte y al coordinador médico de los centros de salud anteriormente citados.

Criterios de calidad.

A lo largo de la realización de este proyecto se ha llevado a cabo un análisis de calidad, ya que esta no se debe valorar solo después de la investigación, sino que se considera como un debate continuo a lo largo del trabajo e integrado de forma natural en él ⁽⁴⁷⁾.

En este estudio se han tenido en consideración los criterios de calidad propuestos por Carlos Calderón para evaluar un proyecto:

Con relación a la adecuación epistemológica, queda reflejada la definición de la pregunta de investigación y expuesto el fenómeno a investigar. Además, refleja la coherencia del estudio y contribuye a un mejor conocimiento del problema, entendiendo que el diseño se ajusta a los objetivos que se pretenden conseguir ⁽⁴⁸⁾.

En cuanto a la relevancia se entiende que es fundamental conocer este fenómeno, puesto que cada vez hay más población mayor, además cada vez más mayores, con mucho declive funcional y dependencia, lo que produce muchas dificultades a las familias. Es interesante conocer qué problemas de adaptación que tienen y así poder tomar medidas y adecuar los recursos sociosanitarios ⁽⁴⁸⁾.

Respecto a la validez del estudio, la muestra ha sido elegida para tratar de tener todos los perfiles posibles que garanticen discursos que puedan ser generalizables, siempre teniendo en cuenta que no se trata de una generalización desde el punto de vista

estadístico. Por ello se puede garantizar en mayor medida la credibilidad del estudio ya que tiene una muestra bien elegida, pero no se puede asegurar la transferibilidad. El discurso será válido en función de la capacidad que tenga el investigador para establecer un *rapport*, es decir, una complicidad con el participante ⁽⁴⁸⁾.

Para evidenciar la reflexibilidad se manifiesta la consciencia sobre la influencia que se puede ejercer en el proceso y resultados, además de la formación, planteamiento de partida y perspectiva del fenómeno. Queda reflejado el esfuerzo por evitar y reconocer el efecto que se puede ejercer sobre el objeto de estudio ⁽⁴⁸⁾.

Planificación operativa de la investigación.

El equipo investigador estará formado por una enfermera de cada Centro de Salud que serán investigadoras colaboradoras en el trabajo de campo, además de la investigadora principal.

El estudio se realizará en una de las consultas de los Centros de Salud habilitadas para ello. Como recursos materiales se necesitará de material tecnológico como: Grabadora, ordenador, sistema informático de transcripción “Express Scribe”; también se precisará material de papelería como folios y bolígrafos, además de carteles para poder dar visibilidad al estudio. Inicialmente en esta primera etapa, no está previsto solicitar financiación, más adelante se valorará si hay que ampliar el estudio y presentar el proyecto a alguna convocatoria pública para solicitar ayuda económica.

La temporalización del estudio prevista es de 18 meses (Cuadro 4), pero dependerá de la dificultad en la captación de los participantes y de conseguir todos los arquetipos poblacionales hasta la saturación de información ⁽³⁾.

Cuadro 4: Cronograma.

	1ª Fase (Ene-Abr 2017)	2ª Fase (Jun-Dic 2017)	3ª Fase (Ene-Abr 2018)	4ª Fase (May-Jun 2018)
Diseño del proyecto.	X			
Búsqueda bibliográfica.	X	X	X	X
Selección de la muestra.		X		
Captación de datos.		X		
Entrevistas.		X		
Codificación y análisis de datos.		X	X	
Redacción de informe final.				X
Difusión de resultados.				X

CONSIDERACIONES FINALES

Limitaciones y alcances del estudio:

A lo largo del estudio pueden aparecer limitaciones durante la captación de los participantes, ya que por el miedo a las posibles cuestiones, las personas mayores o sus familiares muestren su negativa para participar. Además, siendo la población sujeto de estudio mayor, se debe tener en cuenta que durante la entrevista se pueden producir sesgos, como la no comprensión de las preguntas, desviarse del tema en cuestión entre otros, aunque esto se intentará evitar mediante la experiencia y la habilidad de las investigadoras en la recolección de los datos.

Como alcance del proyecto, inicialmente está elaborado para ser expuesto como Trabajo de Fin de Grado, pero con la previsión de ser llevado a cabo en el contexto de un posgrado como Trabajo Fin de Máster en un futuro.

Asimismo, está previsto difundir el proyecto en alguna publicación científica o presentarlo en eventos destinados a dar visibilidad a los Trabajos de Fin de Grado.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, María Luisa Martínez, por la motivación de llevar este proyecto adelante, por su esfuerzo, dedicación y el apoyo durante estos meses.

A toda mi familia, en especial a mis abuelos, que me han hecho ver esta problemática de primera mano y me han ayudado a comprender la necesidad de apoyo que precisan en estas ocasiones.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Abellán García A, Pujol Rodríguez R. (2016). “Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 14. [Fecha de publicación: 22/01/2016]. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/24TxEc5>
- 2) Bazo Royo MT. Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual. Panorama social. 2005; 1: 48-57. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2ooMII0>
- 3) Cordero del Castillo P. Situación social de las personas mayores. Humanismo y trabajo. 2006; 5: 161-195. Recuperado a partir de: https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1493/HUM5_Art8.pdf?sequence=1
- 4) Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Plan de Viena sobre el envejecimiento 1982. [Internet] 1982 [citado el 12 de Febr de 2017]. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/1eIxzMR>
- 5) Codón I. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Rev. Del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. [Internet] 2002 [citado el 12 de Febr de 2017]; 42:193-208. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/1RQ7c97>
- 6) Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/1TfFXdo>
- 7) Pérez Pallarés ML, Torres María R, Góngora Hernandez F. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores a través del envejecimiento activo. En: ASUNIVEP. Salud, alimentación y sexualidad en el ciclo vital. Vol I. ASUNIVEP; 2016. P. 25-31.
- 8) Espinosa Almendro JM, Muñoz Cobos F, Portillo Strempe J. Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica. Medicina de Familia [Internet]. 2005; 62(3):49-50. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2pYzUCs>
- 9) Vidal Domínguez MJ, Fernández Portela J, Ruiz Cañete O, Dizy Menéndez D, Iglesias de Ussell J, López Doblaz J, et al. Informe 2012. Las personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. 2014 IMSERSO [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [citado el 13 de Febr de 2017]. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/1AwcZLI>

- 10) Castro Martín T, Seiz Puyuelo M. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014. La transformación de las familias en España desde una perspectiva socio-demográfica. [Internet]. Fundación Foessa. 2014. [citado el 13 de Febr de 2017]. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/1I3tepQ>
- 11) Flores Acuña E. Nuevos modelos de familia y léxico español actual. Tonos Digital. [Internet]. 2017. [citado el 13 de Febr de 2017]; 32(I): 39p. Recuperado de: <http://bit.ly/2pYt2oU>
- 12) Robles Raya MJ, Miralles Basseda R, Llorach Gaspar I, Cervera Alemany MA. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología y población diana, En: Internacional Marketing & Communication, S.A. Tratado de geriatría para residentes. Madrid. 2006. P. 25-32.
- 13) Rodríguez Rodríguez P. Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas. Boletín sobre el envejecimiento: Perfiles y Tendencias. [Internet]. 2014. [citado 14 de Febr de 2017]; 11. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2paNBvk>
- 14) Puga González MD, Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Donde y entre quien viven los mayores. Blog Envejecimiento en Red. 29 de Octubre de 2015. [citado 14 de Febr de 2017]. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2oF82zs>
- 15) Pichardo Bullón I, Martínez García C, Montero García E. Descripción de perfiles de pacientes jubilados según el tipo de población y situación socio-sanitarias y cultural a la que pertenezcan. En: ASUNIVEP. Salud, alimentación y sexualidad en el ciclo vital. Vol. I. ASUNIVEP; 2016. P. 77-83.
- 16) Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Envejecimiento activo. Libro blanco [Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. [citado el 15 de Febr de 2017]. 730p. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/1dhEzDs>
- 17) Esteban Martínez AI. Envejecimiento y medio rural. [citado el 15 de Febr de 2017]. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2ooLWoH>
- 18) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE-A-2006-21990, núm. 299.
- 19) Monreal Bosch P, Valle Gómez Arantza del, SFB. Los Grandes Olvidados: Las Personas Mayores en el Entorno Rural. Psychosocial Intervention [Internet].

- 2009 [citado el 15 de Febr de 2017]; 18(3): 269-277. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2pecV5E>
- 20) Polo Luque ML, Martínez Ortega MP, Ruiz Torres MP. Teorías sobre el envejecimiento: Una visión Actual. Gerokomos. [Internet]. 2002 [citado el 16 de Febr de 2017]; 13 (2): 70-74. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2pXDLgr>
- 21) Barragán Martín AB, Martos Martínez A, Pérez-Esteban MD, Molero Jurado MM, Pérez-Fuentes MC, Gázquez Linares JJ. Revisión de los informes de salud y envejecimiento realizados por la OMS. En: ASUNIVEP. Salud, alimentación y sexualidad en el ciclo vital. Vol. I. ASUNIVEP; 2016. P. 131-138.
- 22) Tomeu Vidal HB, Andrés de Masso, Sergi Valera & Maribel Però (2013) Apego al lugar, identidad de lugar, sentido de comunidad y participación en un contexto de renovación urbana, Estudios de Psicología, 34:3, 275-286, DOI:10.1174/021093913808295172
- 23) Pinazo S. Las abuelas y los abuelos en la familia: el caso de las abuelas/os itinerantes. Rev. Multidiscip. Gerontol. [Internet]. 2005 [citado el 17 de Febr de 2017]; 15(3): 178-187. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2paPat8>
- 24) Obra Social “La Caixa”. [Internet]. Resumen encuesta cuidados en familia [citado el 17 de Febr de 2017]. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2pYWXgv>
- 25) Buil P, Diez Espino J. Anciano y familia. Una relación en evolución. ANALES Sis San Navarra [Internet].1999 [citado el 17 de Febr de 2017]; 22 (1): 19-25. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2paSUEi>
- 26) Crespo M, Fernandez-Lansac V. Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Anal. Psicol [Internet]. 2015 [citado el 17 de Febr de 2017]; 31 (1): 19-27. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2paXsRX>
- 27) Salamanca AB. El aeiou de la investigación en enfermería. 1º Ed. Madrid: Editorial Fuden; 2013.
- 28) Pedraz Marcos A, Zarco Colon J, Ramasco Gutiérrez M, Palmar Santos AM. Investigación cualitativa. 1º Edición. Madrid: Elsevier; 2014.
- 29) Salamanca Castro A, Martín-Crespo Blanco C. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación [Internet] 2007 [citado el 1 de Mar de 2017]; 27. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2pCkC2G>
- 30) Báez Pérez de Tudela J. Investigación cualitativa. 1º Edición. Pozuelo de Alarcón: Esic Editorial; 2009.

- 31) Instituto Nacional de Estadística. [Internet]; 2017 [citado el 2 de Mar de 2017]. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2oFIO53>
- 32) Vivar, CG.; McQueen, A; Whyte, DA.; Canga Amayor, N. Primeros pasos en la Investigación Cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación. Index de Enfermería [Internet]. 2013 [citado el 9 de Marzo de 2017]; 22(4). Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2q7LjfR>
- 33) Blasco Hernández T, Otero García L. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I)- Nure Investigación [Internet]. 2008 [citado el 11 de Mar de 2017]; 33. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2oESKLi>
- 34) Departamento de Sociología II [sede web]. Alicante: Universidad de Alicante; 2012 [citado el 11 de Mar de 2017]. Frances García FJ. Técnicas de investigación social para el trabajo social. Tema 4: Las técnicas estructurales: entrevista, grupo de discusión, observación, biografía. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2nRdkY5>
- 35) NCH Software. Express Scribe, software para transcripciones. [Internet] 2017. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2ooP1Fr>
- 36) Departamento de Sociología II [sede web]. Alicante: Universidad de Alicante; 2012 [citado el 16 de Mar de 2017]. Frances García FJ. Técnicas de investigación social para el trabajo social. Tema 4: Las técnicas estructurales: entrevista, grupo de discusión, observación, biografía. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2q7XGbS>
- 37) González Gil T, Cano Arana A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II). Nure Investigación. [Internet]. 2010 [citado el 17 de Mar de 2017]; 45. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2oEiYN6>
- 38) González Gil T, Cano Arana A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: concepto y características (I). Nure Investigación. [Internet]. 2010 [citado el 16 de Mar de 2017]; 44. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2oErVpm>
- 39) Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOE-A-2002-4375, núm. 306.

- 40) Universidad de Chile. [Internet]. Formatos para documentos de Consentimiento Informado elaborados por la OMS. 2017. [citado el 17 de Mar de 2017]. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2ptpUkT>
- 41) Martín Arribas MC et ál. Recomendaciones sobre aspectos éticos de la investigación cualitativa en la salud. Metas de Enferm. [Internet]. 2012 [citado el 17 de Mar de 2017]; 15(4): 58-63. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2pYBQec>
- 42) Lolas Stepke F, Quezada Sepúlveda A. Que hace que la investigación sea ética. [Internet]. Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003 [citado el 18 de Mar de 2017]. 152p. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2oYDP15>
- 43) Barrio-Cantalejo IM, Simón-Lorda P. Problemas éticos de la investigación cualitativa. Med Clin (Barc) [Internet]. 2006 [citado el 19 de Mar de 2017]; 126 (11): 418-23. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2ptrd39>
- 44) Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE-A1999-23750. Núm. 298.
- 45) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE-A-2002-22188. Núm., 274.
- 46) Portal de Salud. [Internet]. 2017 [citado el 19 de Mar de 2017]. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2pepNZA>
- 47) De la Cuesta Benjumea C. La calidad de la investigación cualitativa: de evaluarla a lograrla. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2015 [citado el 20 de Mar de 2017]; 24(3): 883-9. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2q7PmIR>
- 48) Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2002 [citado el 20 de Mar de 2017]; 76(5): 473-482. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2pXB52s>

ANEXO I: PERFILES QUE CONFORMAN LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

Perfiles que conforman la selección de la muestra del estudio							
SEXO	RENTA		FAMILIA		CONVIVENCIA PREVIA		ARQUETIPOS
	SUPERIOR A LA MEDIA	INFERIOR A LA MEDIA	MONONUCLEAR	NUCLEAR	SOLO	EN PAREJA	
SEXO FEMENINO	X		X		X		1.
	X		X			X	2.
	X			X	X		3.
	X			X		X	4.
		X	X		X		5.
		X	X			X	6.
		X		X	X		7.
		X		X		X	8.
SEXO MASCULINO	X		X		X		9.
	X		X			X	10.
	X			X	X		11.
	X			X		X	12.
		X	X		X		13.
		X	X			X	14.
		X			X		15.
		X				X	16.

ANEXO II. GUIÓN DE LA ENTREVISTA

Se van a realizar preguntas abiertas para que permitan una expresión libre del participante, toda la información será recogida mediante una grabadora, para poder tener la información de forma más literal. La entrevista se va a dividir en 4 grandes grupos de preguntas, atendiendo a los objetivos específicos del trabajo:

Problemas de adaptación tras el traslado:

- Cuénteme, ¿Cómo ha sido su adaptación desde que llego del pueblo a vivir a casa de sus hijos en la ciudad?
- ¿Cree que esta adaptación se podría haber mejorado de alguna manera?
- ¿Tiene usted su propio espacio dentro del domicilio? En caso de no tenerlo: ¿Cree que le sería beneficioso para usted?
- ¿Qué ocupación laboral ha desempeñado usted? En función de ella puede ser mejor o peor la adaptación.
- ¿Antes de trasladarse, ha precisado cuidados o recursos del ayuntamiento para su cuidado? ¿Tenía teleasistencia, ayuda domiciliaria, cuidadora privada, centro de día?
- ¿Hubiera preferido usted alguna otra medida para su cuidado que no hubiera sido esta?

Necesidades percibidas tras el traslado:

- ¿Tiene usted las mismas cosas aquí que las que tenía en su casa? ¿Tenía usted huerta?, porque de ser así, aquí ya no tiene.
- ¿Qué cosas echa de menos de su entorno?
- ¿Tenía alguna actividad que realizaba y ya no pueda hacerla aquí?
- ¿Cree usted que alguna de estas necesidades las puede suplir con alguna otra actividad?

Afrontamiento a la disminución progresiva de la capacidad funcional:

- ¿Nota usted que hay algunas actividades que ya no podía hacer en su casa?
- Si usted se hubiera quedado en el pueblo, ¿cree que habría podido llevar el día a día sin dificultad?
- ¿Cree usted que aquí puede encontrarse más atendido ayudándole en esas cosas?

Integración en la dinámica familiar:

- ¿Qué tal se lleva con los miembros de la familia?
- ¿Con cuantas personas convive actualmente?
- ¿Tiene nietos?
- ¿Se ha adaptado bien al día a día en el domicilio?
- ¿Sale con su familia de forma ociosa?
- Si tiene más de un hijo: ¿Durante el tiempo que lleva fuera de su casa ha alternado su residencia entre las casas de todos sus hijos?

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres de más de 80 años adscritos a los Centros de Salud Mar Báltico en Hortaleza y Centro de Salud la Chopera, en el municipio madrileño de Alcobendas, a los cuales se les invita a participar en este proyecto de investigación para conocer la adaptación de las personas mayores del entorno rural a la convivencia con sus familiares en un núcleo urbano.

Yo, María de las Mercedes Cebrián Gasanz, alumna de 4º Grado de Enfermería en la Universidad Autónoma de Madrid e investigadora principal, estoy realizando un estudio sobre la vivencia de las personas mayores que, como consecuencia de su declive funcional se trasladan desde el área rural para convivir con sus hijos en la ciudad, por ello quiero analizar los problemas de adaptación que se presentan, las necesidades que perciben como resultado del cambio de entorno, conocer y describir cómo es su afrontamiento a esta pérdida progresiva de la capacidad funcional, y explorar la integración dentro de la dinámica familiar. Por ello, se le anima a participar en dicho estudio. Su participación es voluntaria, y no es necesario que decida en este momento, puede consultarlo con sus personas de confianza, además tiene derecho de abandonar el estudio en el momento que usted desee.

El procedimiento del estudio consiste en 2 entrevistas con usted de forma privada y en su Centro de Salud, por lo que no implica ningún tipo de peligro hacia su persona. Cada una de estas entrevistas, tendrá una duración de aproximadamente 60 minutos. Dichas entrevistas serán grabadas con grabadoras de audio, para tener un mejor acceso a los datos que nos proporcione. Ha de conocer que dichos procedimientos han sido aprobados por el Comité de Ética del Área Asistencial Norte de Madrid.

Los datos obtenidos del estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Toda la información recogida sobre usted, será codificada y mantenida bajo estricta confidencialidad según lo recoge la Ley Orgánica de Protección de Datos de 15/1999, por lo que su identidad no será publicada en ningún momento.

No obstante, si antes o durante el estudio le surgieran dudas, puede ponerse en contacto directo con la investigadora principal en el teléfono: 666 555 111, o por correo electrónico estudioadaptacionmayores@yyy.com

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior, por lo que voluntariamente consiento mi participación en este estudio.

Firma del participante:

Fecha:

Yo, María Mercedes Cebrián Gasanz investigadora principal de este estudio, he explicado al Sr(a) arriba indicado la naturaleza y propósito del estudio y confirmado su comprensión acerca de este consentimiento informado.

Firma de la investigadora:

Fecha:

Fuente: Elaboración propia.