

# **Percepciones y vivencias en las transiciones de personas mayores institucionalizadas en residencias geriátricas trasladadas al hospital**

Teresa Pujadas Lafarga

Tutora:

Adela Zabalegui Yárnoz

Curso académico 2020-2021



## ÍNDICE

### Resumen/ Abstract

1. Introducción .....	1
1.1. Antecedentes .....	1
1.2. Marco conceptual .....	2
1.3. Estado actual y justificación .....	3
1.4. Pregunta de investigación .....	5
2. Objetivos .....	5
2.1. Objetivo general .....	5
2.2. Objetivos específicos .....	5
3. Metodología .....	5
3.1. Posición paradigmática .....	5
3.2. Diseño de estudio.....	7
3.3. Ámbito del estudio.....	7
3.4. Participantes del estudio .....	8
3.5. Técnica de muestreo.....	8
3.6. Reclutamiento .....	8
3.7. Técnicas de obtención de información.....	9
3.8. Procedimiento de recogida de datos.....	9
3.9. Análisis de datos: tipo de análisis y programa informático.....	10
4. Aspectos éticos.....	11
5. Criterios de Calidad y Rigor .....	12
6. Dificultades y limitaciones.....	12
7. Aplicabilidad y utilidad práctica.....	13
8. Presupuesto.....	14
9. Cronograma .....	15
10. Bibliografía .....	16
11. Anexos .....	24

11.1. Anexo I: Conceptos principales de la Teoría de las Transiciones.....	24
11.2. Anexo II: Criterios de selección de los participantes.....	36
11.3. Anexo III: Hoja de información y Consentimiento informado .....	38
11.4. Anexo IV: Protocolo y guía para la entrevista en profundidad .....	43
11.5. Anexo V: Criterios de Calidad y Rigor .....	48

**RESUMEN:** Más de una cuarta parte de las personas mayores institucionalizadas en residencias geriátricas son trasladadas a urgencias cada año por cambios en su estado de salud. Las enfermeras son clave para promocionar procesos de transición saludables. Nuestro objetivo es comprender las percepciones y vivencias de las personas mayores institucionalizadas en residencias geriátricas del área de Badalona Serveis Assistencials cuando son trasladadas al hospital desde la perspectiva del propio paciente, su familia y las enfermeras. Se utilizará la Fenomenología como método cualitativo bajo la visión paradigmática constructivista utilizando como marco conceptual la Teoría de las Transiciones propuesta por Meleis. Los datos se obtendrán mediante entrevistas en profundidad, utilizando un muestreo no probabilístico teórico o intencionado y un análisis temático de contenido. El estudio permitirá avanzar en el conocimiento enfermero para mejorar la calidad de los cuidados en el proceso de las transiciones que atraviesan las personas mayores institucionalizadas cuando se trasladan al hospital.

**Palabras clave:** transiciones, traslados, personas mayores, residencias geriátricas, cuidados enfermeros

**ABSTRACT:** More than a quarter of the elderly persons institutionalized in nursing homes are transferred to the emergency department each year for changes in their health status. Nurses are key to promoting healthy transition processes. Our objective is to understand the perceptions and experiences of the elderly persons institutionalized in nursing homes in the region of Badalona Serveis Assistencials when they are transferred to the hospital from the perspective of the patients themselves, their families and the nurses. Phenomenology will be used as a qualitative method under the constructivist paradigmatic vision using as conceptual framework the Theory of Transitions proposed by Meleis. Data will be obtained through in-depth interviews, using theoretical or purposive non-probabilistic sampling and thematic content analysis. The study will advance nursing knowledge to improve the quality of care in the process of transitions that institutionalized elderly people go through when they move to the hospital.

**Key words:** transitions, transfers, elderly people, nursing homes, nursing care.



## 1. Introducció

Las transiciones son un concepto múltiple que abarca elementos de proceso, lapso de tiempo y percepción, que se desencadenan a raíz de cambios en las personas o el entorno, pudiendo considerarlas como los periodos entre dos estados bastante estables. Durante las transiciones, los individuos, las familias y las comunidades experimentan sensaciones, emociones y entornos desconocidos, y se enfrentan a diferentes niveles de incertidumbre sobre lo que puede venir después. La forma en la que la persona percibe el cambio, su significado y la disponibilidad de apoyo o recursos influye profundamente en las experiencias, las respuestas y las consecuencias. Las enfermeras son clave para ayudar a recuperar la estabilidad y la sensación de bienestar, y liderar estrategias para cuidar y apoyar a las personas a atravesar procesos de transición saludables<sup>1-3</sup>.

### 1.1. Antecedentes

Las personas mayores que viven en residencias geriátricas (RG) son un colectivo vulnerable a sufrir procesos de transición múltiples y complejos<sup>4</sup> por varios factores, entre los que destaca el envejecimiento avanzado (en España el 79% tiene 80 años o más)<sup>5</sup>, los altos grados de fragilidad, deterioro cognitivo y/o funcional, o el hecho de padecer múltiples enfermedades crónicas y descompensaciones clínicas<sup>6-9</sup> que precisan traslados a los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH)<sup>10-13</sup>. De hecho, se estima que a nivel mundial, más de una cuarta parte de las personas que viven en RG son trasladadas a urgencias cada año<sup>9,14</sup>.

De forma general, y a pesar de los beneficios de recibir una atención especializada, se han asociado múltiples resultados de salud negativos con el ingreso al hospital de personas mayores, incluyendo daños (iatrogenia), alto riesgo de delirio, deterioro funcional, caídas con lesión, infecciones nosocomiales, úlceras por presión y un elevado riesgo de mortalidad<sup>10,15-17</sup>. En el caso específico de las transferencias de personas que viven en RG, se han descrito problemas como lagunas de información, planes de atención contradictorios, duplicación de pruebas, errores médicos y retrasos en la atención, por lo que estos procesos de transición se consideran periodos de

alto riesgo en los que los residentes pueden sufrir eventos adversos y otros problemas relacionados con la falta de seguridad y la baja satisfacción, altas tasas de re-hospitalización y costes más altos, siendo la mayoría de estos problemas prevenibles o mejorables<sup>11,13,15,18</sup>.

Las principales razones documentadas de derivación al hospital de las personas mayores institucionalizadas en RG son las infecciones, los eventos cardiovasculares agudos, las enfermedades del tracto digestivo o urinario, las caídas y las fracturas de cadera<sup>6,9,12,19,20</sup>. No obstante, existen otros factores relacionados con las RG que influyen en los traslados como la capacidad del personal y su cualificación, la disponibilidad del médico, la falta de recursos diagnósticos, así como la falta de planificación o de cuidados paliativos disponibles, barreras de comunicación, circuitos ineficientes o defectuosos, discusiones sobre la intensidad terapéutica, y por último, el factor de la familia en la decisión del traslado, pudiendo contribuir todo ello, a derivaciones potencialmente innecesarias<sup>9,20</sup>.

Por estos motivos, la mayor parte de investigaciones para mejorar la calidad asistencial durante las transiciones de estas personas se han centrado en los procesos de toma de decisiones del personal y en evitar derivaciones inapropiadas al hospital<sup>21-24</sup>. Otros proyectos destacan la importancia de la conciliación de la medicación, el disponer de un plan de decisiones anticipado, o los modelos de atención centrados en la persona<sup>18,23,25,26</sup>, así como la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)<sup>20</sup>. Otros programas se han centrado en mejorar la comunicación al alta para evitar rehospitalizaciones y reducir la estancia hospitalaria<sup>27,28</sup> o en crear unidades específicas en los SUH para atender a las personas institucionalizadas<sup>29</sup>.

## 1.2. Marco conceptual

Este proyecto de investigación se enmarca en la Teoría intermedia de las transiciones propuesta por A. Meleis et al<sup>30</sup>.

Según esta teoría, la misión de enfermería es facilitar y tratar a las personas que están pasando por transiciones con el objetivo de lograr una sensación de bienestar, dando a la disciplina enfermera una perspectiva única, ya que ninguna otra ciencia tiene esta orientación de proceso en la experiencia de transición<sup>2,31</sup>.

El ingreso y el alta de los pacientes hospitalizados son acontecimientos que pueden considerarse bien en un punto del tiempo o bien como experiencias transitorias. El primero limita las acciones de enfermería a ese corto intervalo de tiempo; el segundo permite la preparación para la continuidad de los cuidados, un proceso de afrontamiento interior y un marco temporal más largo. De esta manera, el cuidado se considera un proceso que facilita el éxito de las transiciones y que no está vinculado a un principio y un final determinados por un evento clínico<sup>2</sup>.

Al considerar las transiciones como un concepto central para la práctica enfermera, la Teoría de Meleis proporciona un marco para comprender, comunicar e interpretar lo que experimentan las poblaciones cuando se enfrentan a cambios que afectan a su bienestar, y en nuestro contexto de investigación nos facilita un mapa para describir las necesidades de los pacientes durante el ingreso, el alta, la recuperación y el traslado al hospital, así como los procesos o condiciones que promueven resultados saludables y describir entornos que limitan, apoyan o promueven las transiciones saludables<sup>2-4,31</sup>.

Los conceptos principales y definiciones de esta Teoría, así como su aplicación en el ámbito de la gerontología se describen ampliamente en el Anexo I.

### **1.3. Estado actual y justificación**

Actualmente, con los numerosos cambios a los que se enfrenta la población, como el aumento de la esperanza de vida, el incremento de las enfermedades no transmisibles, como la demencia y el cáncer, el resurgimiento de microbios, o la pandemia por COVID-19, explorar las experiencias en el proceso de las transiciones de una comunidad especialmente vulnerable como son las personas mayores que viven en RG cuando son derivadas al hospital es un área de estudio a desarrollar para la disciplina enfermera<sup>2</sup>. Hay pocos estudios que se hayan centrado en cómo mejorar esta atención<sup>18</sup> y ningún estudio publicado en el que se realice un análisis con perspectiva enfermera según la Teoría de las Transiciones de Meleis.

Facilitar las transiciones requiere claridad en la comunicación, continuidad de los cuidados, gestión del entorno y compromiso del paciente, la familia y/o cuidadores, oportunidades de indagación y seguimiento y garantizar la

participación de enfermeras o equipos interdisciplinarios de transición para asegurar procesos y resultados saludables<sup>3,32</sup>.

Según la bibliografía, a nivel local, en Cataluña y España, algunos autores argumentan que las derivaciones desde RG a los SUH son adecuadas y que su crecimiento está relacionado con la evolución de la estructura de edad de las personas institucionalizadas en los últimos años, hecho que comporta un incremento de la multimorbilidad y fragilidad de estas personas, y por lo tanto, mayor riesgo de descompensaciones agudas<sup>12,33</sup>. Así que, tanto las RG como los hospitales han de prever la persistencia e incluso el aumento de las derivaciones entre RG y los SUH y para hacerle frente deberían adecuar sus recursos e implementar mecanismos de coordinación entre ellos<sup>12</sup>. Dado que los cuidados de alta calidad mitigan el posible daño a los residentes trasladados, las intervenciones para mejorar esta atención deberían ser una prioridad<sup>18</sup>.

De este modo, al considerar estos datos y que la mayoría de los estudios se han centrado en estrategias para evitar derivaciones consideradas como inapropiadas o innecesarias, si el fenómeno sigue creciendo, es necesario comprender cómo se producen estas transiciones para posteriormente desarrollar proyectos de mejora de la calidad asistencial con una perspectiva integral, en la que se tengan en cuenta las preferencias y necesidades de los pacientes, sus familias y las enfermeras y profesionales de los distintos entornos.

En nuestro entorno, y en el ámbito de esta investigación, el Equipo de Atención Residencial (EAR)<sup>34</sup> actúa como nexo de unión entre las RG y el hospital, desarrollando las funciones del equipo de Atención Primaria (AP) y atención geriátrica especializada. La enfermera del EAR actúa como referente y enlace entre los equipos de las RG y otros dispositivos de atención intermedia u hospitalaria, como el SUH, utilizando metodología de gestión de casos. A pesar de los esfuerzos, en los últimos años, se han identificado y observado problemas durante los traslados de los residentes entre los distintos entornos afectando a su seguridad y satisfacción con la atención recibida durante el proceso de las transiciones y es por ello que nos planteamos explorar y comprender este fenómeno desde una perspectiva de investigación cualitativa.

#### 1.4. Pregunta de investigació

¿Cuáles son las percepciones y vivencias de los pacientes, las familias y las enfermeras en las transiciones de personas mayores institucionalizadas en residencias geriátricas del área de BSA trasladadas al hospital?

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo general

Comprender las percepciones y vivencias en las transiciones de personas mayores institucionalizadas en residencias geriátricas del área de BSA cuando son trasladadas al hospital desde distintas perspectivas, la del propio paciente, la familia y las enfermeras.

### 2.2. Objetivos específicos

- Describir e interpretar las experiencias de transición de las personas mayores que viven en Residencias Geriátricas (RG) durante el traslado al hospital, ingreso y alta hospitalaria, y su recuperación en la RG.
- Describir e interpretar las percepciones de las familias y las enfermeras sobre la experiencia vivida en el proceso de transición desde la RG al hospital y los cuidados que la persona mayor recibió en el proceso de transición.
- Identificar los elementos que ayudan o dificultan las transiciones de las personas mayores que son trasladadas desde las RG al hospital desde el punto de vista del bienestar de las personas mayores que viven en las RG y sus familias.

## 3. Metodología

### 3.1. Posición paradigmática

En este estudio se plantea una metodología de investigación cualitativa bajo una visión paradigmática constructivista según Guba y Lincoln<sup>35</sup>, ya que el propósito de esta investigación es comprender y reconstruir las diferentes realidades del proceso de transición de personas mayores que viven en RG que son derivadas al hospital desde el punto de vista de los propios residentes,

familiares y enfermeras de distintos ámbitos. Las dimensiones paradigmáticas serán las siguientes:

- Dimensión ontológica: existen múltiples realidades subjetivas sobre un fenómeno, construidas de forma local y específica por cada individuo y que están vinculadas a los contextos y a las interpretaciones que cada persona hace de ellos. Por lo tanto, entendemos que hay tantas realidades explicables en relación a las transiciones de personas mayores entre las RG y el hospital como personas que las interpretan, siendo iguales de válidas y de fiables.
- Dimensión epistemológica: a través de la interacción entre los participantes y la investigadora se crea el conocimiento, éste vínculo interactivo permite conocer e interpretar el fenómeno de estudio a partir de la experiencia vivida de cada una de las partes implicadas (residentes, familiares y enfermeras).
- Dimensión metodológica: la construcción de las percepciones y vivencias de las personas se interpretarán a partir de técnicas hermenéuticas, en nuestro caso, la Fenomenología Hermenéutica de Heidegger<sup>36</sup>, y se compararán y contrastarán mediante un intercambio dialéctico, incluyendo la perspectiva del investigador.
- Dimensión teleológica: la finalidad de este estudio, por un lado, es dar voz a las personas mayores institucionalizadas y a sus familias para conocer el significado que atribuyen a los cuidados cuando deben acudir al hospital de forma urgente. Por otro lado, determinar cuáles son las necesidades de las distintas partes, así como las preocupaciones y los problemas prácticos percibidos durante las transiciones tanto por parte de los pacientes, sus familias y las enfermeras de distintos entornos, nos puede orientar al planteamiento de futuros proyectos de investigación y de mejora de la calidad asistencial.
- Dimensión axiológica: no se puede obviar el valor moral, ya que pretende conocer la verdad y la realidad, los valores tienen un papel determinante en la vida de cada persona, incluida la investigadora.
- Dimensión retórica: en el constructivismo el lenguaje tiene un papel esencial para crear condiciones de asertividad, y por lo tanto, se utilizará un lenguaje informal, sin tecnicismos tanto para obtener la información como para la expresión de los resultados.

### 3.2. Diseño de estudio

Dado que esta investigación tiene como objetivo comprender la experiencia de las personas, el método de elección es la Fenomenología hermenéutica o interpretativa de Heidegger, en la que las presuposiciones no deben de eliminarse ya que constituyen la posibilidad de la comprensión o el significado. En esta versión de la fenomenología, se entiende la vivencia en sí misma como un proceso interpretativo que ocurre en el contexto donde el investigador es partícipe y permite a las enfermeras determinar la importancia de los cuidados en las distintas situaciones de salud y enfermedad, favoreciendo a través de la descripción y la interpretación un análisis crítico-reflexivo. Se trata de entender el fenómeno estudiado a través del todo, favoreciendo la comprensión de las estructuras del significado de las experiencias vividas como principal núcleo para generar acciones de cuidados<sup>36</sup>.

### 3.3. Ámbito del estudio

Badalona Serveis Assistencials (BSA) es una organización sanitaria pública, que presta servicios integrales de salud a la población del “Barcelonès Nord i Baix Maresme”. BSA dispone de un hospital de agudos, el Hospital Municipal de Badalona (HMB), un Centro Sociosanitario (CSS El Carme), un centro de Salud mental y siete Áreas Básicas de Salud (ABS). En esta área geográfica, existen actualmente siete RG públicas y privadas con 457 plazas para personas mayores a las que se ofrece atención sanitaria a través de un equipo especializado en geriatría y cuidados paliativos (EAR de BSA).

En los últimos años, el perfil de las personas mayores que viven en estos centros ha sido de un 75% de mujeres, con una edad media de 80-85 años y 5 síndromes geriátricos de media por persona, entre los que destaca un 70% de personas con demencia, alta comorbilidad (6 enfermedades de media por persona) y dependencia funcional (Barthel medio de 49). Asimismo, gracias a los datos recogidos en las memorias de actividad del EAR en los últimos años, se ha detectado que se producen anualmente alrededor de unas 500 derivaciones a urgencias de forma no planificada. De estos traslados, unos 400 son al hospital de referencia (HMB) y son generados por unos 220-230 pacientes, siendo la media 2 visitas anuales por persona.

### **3.4. Participantes del estudio**

Los participantes serán personas mayores de 65 años institucionalizadas en alguna de las RG del área de BSA, sin deterioro cognitivo moderado o grave (con Pfeiffer igual o inferior a 4 errores) y que hayan tenido alguna experiencia de transición por un traslado al hospital (HMB) en los 2 meses anteriores a su participación. También se incluirán sus familiares mayores de 18 años y sus enfermeras tanto del ámbito residencial como hospitalario (ver Anexo II).

En todos los casos, los participantes deberán expresarse en uno de los dos idiomas oficiales (catalán o castellano) con el previo consentimiento a su participación mediante la firma en el documento de Consentimiento Informado (CI) (ver Anexo III).

### **3.5. Técnica de muestreo**

Se utilizará una técnica de muestreo no probabilístico teórico o intencionado para obtener representación de todos los perfiles de participantes y de los distintos entornos a explorar para obtener mayor riqueza de información.

### **3.6. Reclutamiento**

Para la selección de los participantes contaremos con la ayuda de las enfermeras del EAR referentes de BSA, los directores de las RG de zona y las Jefes de Área y supervisión de los servicios de Hospitalización y Urgencias del HMB, a quienes se realizará una sesión informativa previa al estudio para dar a conocer los objetivos de la investigación y animarles a colaborar.

A fin de reclutar los participantes de perfil 1 (residentes) contaremos con la información sobre alertas clínicas y documentos de alta hospitalaria que recibe la enfermera del EAR en el programa de historia clínica informatizada eCAP (Estación clínica de atención primaria), integrado con la historia clínica compartida de Cataluña (HC3). Asimismo, el reclutamiento de estos participantes se pactaría a través de las visitas presenciales post-alta hospitalaria que se realizan en cada una de las RG. Para reclutar los participantes del resto de perfiles, además de la sesión informativa mencionada, se valorará añadir el reclutamiento de forma telefónica, a través de correo electrónico, redes sociales o carteles informativos en las RG y en los distintos servicios del HMB.

### **3.7. Técnicas de obtención de información**

Para comprender las percepciones y vivencias desde las distintas perspectivas y reconstruir así las diferentes realidades y su significado en cada uno de los perfiles de participantes, se utilizarán las entrevistas en profundidad y el cuaderno de campo para registrar notas y observaciones, con la participación de un segundo investigador para ello.

Las entrevistas seguirán un protocolo y guía (ver Anexo IV), adaptado a cada uno de los 4 perfiles, con preguntas abiertas encaminadas a responder a nuestra pregunta de investigación, y se realizarán en un clima relajado y distendido para favorecer la conversación. La entrevista no deberá superar las dos horas de duración para evitar el cansancio del entrevistado dando especial importancia a factores como la empatía, el respeto de los silencios o la utilización de un lenguaje coloquial del nivel del entrevistado. Otros factores importantes serán evitar los juicios, permitir hablar sin interrupciones, prestar atención con interés y ser especialmente sensibles<sup>37</sup>. Para la obtención de la información serán de gran ayuda herramientas como el uso de reflejos (repetir con sus propias palabras), la estructuración (para resumir y verificar la información), la interpretación (repetir lo que nos han explicado con otras palabras para que se sientan entendidos, verificando información al mismo tiempo) o el relanzamiento de preguntas si es necesario. Durante todo el proceso, se utilizará el diario de campo para anotar aspectos de la comunicación verbal y no verbal.

### **3.8. Procedimiento de recogida de datos**

En el caso de los participantes del perfil 1 (residentes) se pediría la colaboración previa de las enfermeras de las RG para solicitar un resultado en la escala Pfeiffer, así como confirmación del cumplimiento de los criterios de inclusión y la aceptación por parte de la familia o cuidador principal para entrevistar al residente.

En todos los perfiles, una vez confirmado que cumplen los criterios de selección empezamos con la explicación del objetivo del estudio y duración de la entrevista, así como la obtención del consentimiento informado (CI) y la autorización por parte de los participantes del registro con grabadora de voz

digital, con el objetivo de conseguir abundante información y facilitar el análisis posterior.

El CI se entregará previamente al día de la entrevista y podrá negociarse en varias sesiones para garantizar que el participante es consciente de lo que requiere su participación. De esta forma, podrán consultarlo si lo desean con sus familiares y se acordará fecha, hora y lugar para la realización de la entrevista.

La entrevista en profundidad empieza con la presentación de las investigadoras de forma llana para generar un clima de confianza, la explicación del objetivo y la duración de la entrevista. Se recuerda que la conversación será grabada y que la transcripción se devolverá por si se quiere modificar cualquier dato. Asimismo, a lo largo de la entrevista, se tendrá la costumbre de comprobar la comprensión e interpretación de lo que nos dicen los participantes, aportando puntos de vista y experiencias en cada entrevista, incluyendo ideas desarrolladas a partir de entrevistas y observaciones anteriores.

### **3.9. Análisis de datos: tipo de análisis y programa informático**

Se realizará un análisis temático de contenido, método en coherencia con el paradigma constructivista<sup>38</sup> y adecuado en la Fenomenología hermenéutica recurriendo a los niveles sintáctico, semántico y pragmático<sup>39</sup>. El análisis se realizará de forma continua, después de cada entrevista para poder determinar el número de entrevistados cuando se llegue a la saturación de datos y seguirá un orden resumido en las siguientes etapas:

- Fase de descubrimiento o inmersión: lectura sistemática de las transcripciones de las entrevistas y notas de campo para anotar las primeras impresiones, ideas y reflexiones.
- Fase de análisis: codificación y categorización. Mediante el software de soporte informático NVivo-Mac, realizaremos la codificación de las entrevistas a unidades mínimas de significado, fragmentando las transcripciones en categorías separadas de ideas, temas, conceptos, eventos o estados, describiendo el significado de cada código. Seguidamente, mediante la agrupación de los textos que contengan el mismo código crearemos subcategorías que a su vez crearan categorías de las que finalmente podrán surgir los temas centrales para elaborar una

explicación integrada de los resultados del estudio, ilustrando los hallazgos con citas textuales de los participantes. Esta fase se realizará en paralelo por dos investigadores y con posterior consenso para garantizar el rigor y minimizar sesgos.

- Fase de verificación/ Interpretación: en primer lugar se realizará un diagrama para revisar la codificación y categorización para comparar resultados. En segundo lugar, se devolverá a los participantes un informe del análisis de la entrevista por si quisieran cambiar o añadir cualquier comentario. Toda la documentación será guardada durante un período de 5 años, custodiada por la investigadora principal y será destruida tras ese término por ella misma siguiendo en todo momento lo estipulado en la Ley de Protección de Datos Personales.

#### 4. Aspectos éticos

Esta investigación se sustentará en los principios básicos de la ética, registrados en la declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores enmiendas. También se basará en un marco ético más amplio siguiendo los ocho requerimientos básicos propuestos por Ezekiel Emanuel<sup>40</sup>: asociación colaborativa por dar la oportunidad a los participantes para que contribuyan al desarrollo científico; valor social al detectar necesidades de un grupo de población vulnerable; validez científica con coherencia metodológica y criterios de calidad y rigor; selección justa de los participantes procurando minimizar riesgos y basada en los objetivos de la investigación; balance riesgo beneficio favorable a la comunidad o participantes; evaluación independiente mediante un observador durante las entrevistas y el consenso en el análisis de resultados; consentimiento informado (Anexo III) que se podrá negociar en varias sesiones anteriores a la entrevista para asegurar su comprensión; y respeto por los participantes, con información, privacidad, confidencialidad y posibilidad de abandonar el estudio si se desea.

Los investigadores serán responsables de que la información de la base de datos de este estudio sea anónima antes de cualquier análisis y se guarde la confidencialidad marcada por el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos.

Además de estas consideraciones se solicitará la autorización de la Dirección de Enfermería de BSA y del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol).

## 5. Criterios de Calidad y Rigor

Se plantea el cumplimiento de los criterios de Rigor en investigación cualitativa planteados por Guba y Lincoln<sup>41</sup>: Confiabilidad (Credibilidad, Transferibilidad, Dependencia y Confirmabilidad), Autenticidad y Triangulación; y además se observarán los criterios de Calidad señalados por Calderón<sup>38</sup>: Adecuación epistemológica, Relevancia, Validez, y Reflexividad. Las estrategias que se seguirán para cumplirlos se muestran detalladamente en el Anexo V.

## 6. Dificultades y limitaciones

Este estudio se enmarca en la Teoría intermedia de las Transiciones propuesta por Meleis, una teoría de rango medio que necesita ser probada empíricamente en los contextos y entornos asistenciales para desarrollarse como marco útil para guiar la práctica enfermera. No existe evidencia de otra investigación que haya utilizado esta teoría para comprender las transiciones de las personas mayores que viven en RG cuando se trasladan al hospital y por lo tanto es posible que al analizar los resultados se deba ajustar y adaptar el modelo a una serie de circunstancias específicas<sup>42</sup>.

Por otro lado, la alta prevalencia de deterioro cognitivo entre las personas institucionalizadas en RG puede generar una dificultad para incluir participantes de este perfil en el estudio, por este motivo además de entrevistar a los residentes sin deterioro cognitivo, se ha planteado la posibilidad de entrevistar a personas con deterioro cognitivo leve que puedan mantener una conversación coherente, siempre que exista la autorización de sus familiares o representante legal en el documento de CI.

Una de las propiedades de la experiencia de transición según la Teoría de Meleis es la consciencia, que puede verse afectada en el caso de los residentes con deterioro cognitivo. Cabe mencionar que existe un debate no resuelto en el que se plantea que si hay ausencia de consciencia del cambio puede significar que la persona no ha iniciado la experiencia de transición. Por

otro lado, Meleis et al.<sup>30</sup> proponen que la consciencia de los cambios no excluye por necesidad el inicio de una experiencia de transición.

Para dar respuesta a esta posible limitación, en este estudio se ha planteado una triangulación de participantes en el que además de entrevistar a las personas mayores que experimentan las transiciones, se quiere conocer la perspectiva de los familiares y las enfermeras para intentar comprender desde otras perspectivas la experiencia de transición tanto de los residentes que puedan expresarse como de los residentes con deterioro cognitivo avanzado que no puedan ser incluidos en la investigación como entrevistados.

## 7. Aplicabilidad y utilidad práctica.

Avanzar en el conocimiento enfermero sobre la experiencia y las respuestas de las muchas transiciones que los individuos, las familias y las comunidades tienden a encontrar, así como las experiencias, las respuestas y las acciones terapéuticas que las enfermeras tienden a utilizar, se traducirá en última instancia en una práctica basada en la evidencia y en una mejor calidad de los cuidados en el siglo XXI<sup>2</sup>. Por lo tanto, planteamos que esta investigación puede tener las siguientes implicaciones:

- Aplicabilidad en la práctica asistencial: identificar y documentar las necesidades de las personas en transición, así como las preocupaciones y problemas percibidos desde distintas perspectivas (paciente, familia y enfermeras) es el primer paso para desarrollar intervenciones eficaces para mejorar la calidad de los cuidados y ayudar a las personas a recuperar la estabilidad y el bienestar durante el proceso de transición y al final de éste.
- Aplicabilidad en la docencia: la utilización de una Teoría enfermera como marco conceptual para el desarrollo de una investigación genera conocimientos para empoderar a las enfermeras y determinar la importancia de los cuidados y la intervención enfermera como proceso facilitador de las transiciones y como práctica basada en la evidencia. Además, el hecho de utilizar una Teoría enfermera nos proporciona un marco para evaluar, diagnosticar e intervenir, con objetivos y resultados, conceptos y lenguaje específico para describir un fenómeno que las enfermeras encuentran durante los procesos de cuidados, garantizando la comunicación concisa de

la evaluación, las intervenciones o los cambios políticos propuestos que afectan a los cuidados.

- Aplicabilidad en la gestión: al determinar la importancia de los cuidados y la intervención enfermera para facilitar transiciones se pueden diseñar proyectos de mejora de la calidad asistencial basados en la evidencia para apoyar el bienestar de las personas, las familias, y los profesionales que les atienden. Gracias a esta investigación se podría considerar la importancia de incluir la designación de enfermeras de transición, o equipos de atención sanitaria, para asegurar procesos y resultados saludables en cada transición experimentada por los pacientes que proceden de RG y sus familias.
- Aplicabilidad en la investigación:  
Este estudio puede ser el punto de partida para probar y/o adaptar la Teoría de las Transiciones de Meleis y guiar la práctica enfermera en la atención de las personas mayores que viven en RG en proceso de transición.

## 8. Presupuesto

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	PRECIO (€)
<b>Recursos materiales</b>		
	Grabadora de voz digital	45 €
	Licencia Programa informático Nvivo Mac estudiante (24 meses)	138 €
	Material de oficina: diario de campo, impresión de documentos, libretas, bolígrafos, folios	300 €
<b>Trabajo de campo</b>		
	Transcripción de entrevistas (previsión de 60)	6.000 €
	Traducción del artículo	500 €
	Artículo en revista con factor de impacto	1.500 €
	Inscripción a Congreso Nacional (inscripción, desplazamiento y alojamiento para 2 investigadores)	1.500 €
<b>Total</b>		<b>9.983 €</b>



## 10. Bibliografia

1. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. J Nurs Scholarsh [Internet]. 1994 [acceso 26 Feb 2021];26(2):119-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
2. Meleis AI. Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice [monografía en internet]. New York: Springer Publishing Company; 2010 [acceso 26 Feb 2021]. Disponible en: [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
3. Meleis AI. Facilitating and Managing Transitions: An Imperative for Quality Care. Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo [Internet]. 2019 [acceso 26 Feb 2021]; 21(1):2-4. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/331537467\\_Facilitating\\_and\\_Managing\\_Transitions\\_An\\_Imperative\\_for\\_Quality\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/331537467_Facilitating_and_Managing_Transitions_An_Imperative_for_Quality_Care)
4. Schumacher KL, Jones PS, Meleis AI. Helping Elderly Persons in Transition: a framework for research and practice. En E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.), Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals. New York: Springer; 1999. p.1-26. Disponible en: <https://repository.upenn.edu/nrs/10/>
5. Abellán Garcia A, Aceituno Nieto, M P, Ramiro Fariñas D. Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019 [monografía en internet]. Madrid, Informes Envejecimiento en red; 2019 [acceso 22 Nov 2020]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf>

6. Gordon AL, Franklin M, Bradshaw L, Logan P, Elliott R, Gladman JRF. Health status of UK care home residents: A cohort study. *Age Ageing*. [Internet]. 2014 [acceso 22 Nov 2020];43(1):97-103. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/aft077>
7. Jokanovic N, Tan ECK, Dooley MJ, Kirkpatrick CM, Bell JS. Prevalence and Factors Associated With Polypharmacy in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2015 [acceso 22 Nov 2020];16(6): e1-e12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.03.003>
8. Kojima G. Prevalence of Frailty in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2015 [acceso 22 Nov 2020];16(11): 940-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.025>
9. Pulst A, Fassmer AM, Schmiemann G. Experiences and involvement of family members in transfer decisions from nursing home to hospital: A systematic review of qualitative research. *BMC Geriatr* [Internet]. 2019 [acceso 22 Nov 2020];19(155):1-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1170-7>
10. Afonso-Argilés FJ, Meyer G, Stephan A, Comas M, Wübker A, Leino-Kilpi H et al. Emergency department and hospital admissions among people with dementia living at home or in nursing homes: results of the European RightTimePlaceCare project on their frequency, associated factors and costs. *BMC Geriatr* [Internet]. 2020 [acceso 22 Nov 2020];20(453):1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01835-x>
11. Grabowski DC, Stewart KA, Broderick SM, Coots LA. Predictors of nursing home hospitalization - A review of the literature. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2008 [acceso 22 Nov 2020];65(1): 3-39. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1077558707308754>

12. Sánchez-Pérez I, Comes Garcia N, Romero Piniella L, Prats Martos G, Arnau Bataller G, Coderch J. Urgencias hospitalarias procedentes de residencias geriátricas de una comarca: evolución, características y adecuación. Gac Sanit [Internet]. 2018 [acceso 22 Nov 2020]; 32(1):27-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.005>
13. Tsai HH, Tsai YF. Development, validation and testing of a nursing home to emergency room transfer checklist. J Clin Nurs [Internet]. 2018 [acceso 1 Nov 2020]; 27:115-122. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.13853>
14. Arendts G, Howard K. The interface between residential aged care and the emergency department: A systematic review. Age Ageing [Internet]. 2010 [acceso 22 Nov 2020]; 39: 306-312. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afq008>
15. Kapoor A, Field T, Handler S, Fisher K, Saphirak C, Crawford S et al. Adverse Events in Long-term Care Residents Transitioning from Hospital Back to Nursing Home. JAMA Intern Med [Internet]. 2019 [acceso 1 Nov 2020];179(9):1254-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31329223/>
16. Levine S, Bonner A, Perry A, Melady D, Unroe KT. COVID-19 in Older Adults: Transfers Between Nursing Homes and Hospitals. J Geriatr Emerg Med [Internet]. 2020 [acceso 1 Nov 2020];1(5):1-7. Disponible en: <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn:aaid:scds:US:251c8574-bb37-4632-a3fc-5d2941192bf2#pageNum=1>
17. Riad K, Webber C, Batista R, Reaume M, Rhodes E, Knight B, et al. The impact of dementia and language on hospitalizations: A retrospective cohort of long-term care residents. BMC Geriatr [Internet]. 2020 [acceso 1 Nov 2020]; 20(397):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01806-2>

18. Gettel CJ, Pertsch N, Goldberg EM. A Systematic Review of Interventions to Improve Nursing Home to Emergency Department Care Transitions. *Ann Longterm Care* [Internet]. 2020 [acceso 1 Nov 2020];28(2): e12-e19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7295263/>
19. ACRA, Associació Catalana de recursos Assistencials. Papel de la institucionalización sobre los indicadores de salud de población geriátrica a Cataluña. Segunda parte: urgencias médicas [Internet]. 2018 [acceso 22 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.observatoriacra.cat/wp-content/uploads/2019/07/20180608-Presentacio-Derivacions-Hospitalaries.pdf>
20. Stephens CE, Halifax E, David D, Bui N, Lee SJ, Shim J, et al. “They Don’t Trust Us”: The Influence of Perceptions of Inadequate Nursing Home Care on Emergency Department Transfers and the Potential Role for Telehealth. *Clin Nurs Res* [Internet]. 2020 [acceso 1 Nov 2020];29(3):157-168. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1054773819835015>
21. Blackburn J, Stump TE, Carnahan JL, Hickman SE, Tu W, Fowler NR, et al. Reducing the Risk of Hospitalization for Nursing Home Residents: Effects and Facility Variation From OPTIMISTIC. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2020 [acceso 22 Dic 2020]; 21(4):545-549.e1. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.02.002>
22. Bonner A, Tappen R, Herndon L, Ouslander J. The INTERACT institute: Observations on dissemination of the INTERACT quality improvement program using certified INTERACT Trainers. *Gerontologist* [Internet]. 2015 [acceso 22 Dic 2020]; 55(6):1050-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25378465/>
23. Ersek M, Hickman SE, Thomas AC, Bernard B, Unroe KT. Stakeholder Perspectives on the Optimizing Patient Transfers, Impacting Medical Quality, and Improving Symptoms: Transforming Institutional Care

- (OPTIMISTIC) Project. Gerontologist [Internet]. 2018 [acceso 22 Dic 2020]; 58(6):1177-1187. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1093/geront/gnx155>
24. Hickman SE, Unroe KT, Ersek M, Stump TE, Tu W, Ott M, et al. Systematic Advance Care Planning and Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Facility Residents. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2019 [acceso 22 Dic 2020]; 67(8):1649-55. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1111/jgs.15927>
25. Tappen RM, Worch SM, Elkins D, Hain DJ, Moffa CM, Sullivan G. Remaining in the Nursing Home Versus Transfer to Acute Care: Resident, Family, and Staff Preferences. J Gerontol Nurs [Internet]. 2014 [acceso 1 Nov 2020];40(10):48-57. Disponible en:  
<https://doi.org/10.3928/00989134-20140807-01>
26. Health Innovation Network South London. Evaluation of the ' Red Bag ' Hospital Transfer Pathway in South London [monografia en Internet]; 2019 [acceso 22 Des 2020]. Disponible en:  
<https://healthinnovationnetwork.com/wp-content/uploads/2019/02/HIN-Evaluation-of-the-Red-Bag-Hospital-Transfer-Pathway-January-2019.pdf>
27. Hansen LO, Greenwald JL, Budnitz T, Howell E, Halasyamani L, Maynard G, et al. Project BOOST: Effectiveness of a multihospital effort to reduce rehospitalization. J Hosp Med [Internet]. 2013 [acceso 22 Dic 2020];8(8):421-7. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23873709/>
28. Agency for Healthcare research and Quality, National Heart, Lung and Blood Institute, the Blue Cross Blue Shield Foundation, and the Patient-Centered Outcomes Research Institute. Project Red. Re-engineered Discharge [sede Web]. Boston: Boston medical Center; 2014 [acceso 12 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.bu.edu/fammed/projectred/>

29. La UAPI del Puerta de Hierro ha atendido ya 1200 pacientes mayores. Redacción médica [Internet], Madrid: 2 Abril 2017 [acceso 22 Des 2020]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/la-uapi-del-puerta-del-hierro-ha-atendido-ya-1-200-pacientes-mayores-2156>.
30. Meleis AI, Sawyer L, Im E-O, Hilfinger-Messias D, Schumacher K. Experiencing Transitions: An emerging middle-range Theory. Adv Nurs Sci [Internet]. 2000 [acceso 26 Feb 2021]; 23(1):12-28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10970036/>
31. Meleis, AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nurs Outlook [Internet]. 1994 [acceso 26 Feb 2021];42(6): 255-9. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
32. Naylor M, Berlinger N. Transitional Care: A Priority for Health Care Organizational Ethics. Hastings Cent Rep [Internet]. 2016 [acceso 1 Nov 2020];46:Suppl 1: S39-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hast.631>
33. Higuera JCB, Maza RC, Hermida EDA, Alustiza CM, Durbán MV. Derivaciones al Servicio de Urgencias del hospital en una población de ancianos residentes. estudio retrospectivo sobre sus causas y adecuación. Gerokomos [Internet]. 2010 [acceso 22 Nov 2020];21(3):114-117. Disponible en: [https://www.josecarlosbermejo.es/wp-content/uploads/2018/03/derivaciones\\_al\\_servicio\\_de\\_urgencias\\_gerokomos.pdf](https://www.josecarlosbermejo.es/wp-content/uploads/2018/03/derivaciones_al_servicio_de_urgencias_gerokomos.pdf)
34. Badalona Serveis Assistencials. Atenció Domiciliària Sanitària [sede Web]. Badalona: Badalona Serveis Assistencials; 2019 [acceso 15 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.bsa.cat/ca/pacients/atencio-domiciliaria/atencio-domiciliaria-presentacio-1#>

35. Guba E, Lincoln Y. "Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa" En: Denman CA, Haro JA (comps.). Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. El colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora, 2002. p113-145.
36. Solano Ruiz C. Editorial Fenomenología-hermenéutica y enfermería. Cultura de los cuidados [Internet]. 2006 [acceso 17 Ene 2021];19: 5-6. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/961>
37. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. 1ª Edición. Barcelona: Editorial Paidós; 1987.
38. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. Rev Esp Salud Publica [Internet]. Sep-Oct 2002 [acceso 17 Ene 2021];76(5):473-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12422422/>
39. Gil-García E, Conti-Cuesta F, Pinzón-Pulido SA, Prieto-Rodríguez MA, Solas-Gaspar O, Cruz-Piqueras M. El Análisis de Texto asistido por ordenador en la Investigación Cualitativa. Index Enferm (edición digital) [Internet]. 2002 [acceso 31 Mar 2021]; 36-37. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/36-37revista/36-37\\_articulo\\_24-28.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/36-37revista/36-37_articulo_24-28.php)
40. Suárez-Obando F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel. J. Emanuel. pers.bioét. [Internet] 2015 [acceso 31 Mar 2021];19(2):182-97. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v19n2/v19n2a02.pdf>
41. Salgado Lévano A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. [Internet] 2007 [acceso 31 Mar

2021];13:71-78. Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/lliber/v13n13/a09v13n13.pdf>

42. Davies S. Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. J Adv Nurs.[Internet] 2005 [acceso 31 Mar 2021];52(6):658-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03637.x>

## 11. Anexos

### 11.1. Anexo I: Conceptos principales de la Teoría de las Transiciones

Los conceptos principales de la Teoría Intermedia de las Transiciones propuesta por Meleis et al <sup>30</sup> se describen a continuación (ver figura 1):

#### 1. Naturaleza de las transiciones

- *Tipo de transiciones:*
  - Desarrollo: incluye nacimiento, adolescencia, menopausia, vejez y muerte.
  - Salud- enfermedad: incluyen proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de enfermedad crónica.
  - Situacional: algunos ejemplos son las transiciones a lo largo de los programas educativos o los cambios de rol a nivel profesional, cambios en la situación familiar (como la viudez, divorcio o el ingreso de un familiar en una residencia geriátrica), la inmigración, o experiencias cercanas a la muerte.
  - Organizativa: cambios en el entorno que afectan a las vidas de las personas, clientes o trabajadores.
- *Patrones:* muchas personas sufren múltiples transiciones al mismo tiempo en vez de presentar una, que no puede distinguirse fácilmente de los contextos de sus vidas diarias, ni pueden ser separadas ni excluirse mutuamente. Por tanto, se sugiere que es importante considerar si las transiciones múltiples son secuenciales o simultáneas, el grado de superposición entre las transiciones y la naturaleza de la relación entre los diferentes fenómenos que desencadenan las transiciones en una persona.
- *Propiedades de la experiencia de transición*
  - Consciencia: percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de transición.
  - Compromiso: grado de implicación de la persona en el proceso de transición. Se considera que el nivel de consciencia influye en el nivel de compromiso.
  - Cambios y diferencias: cambios en identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta. Todas las transiciones comportan un cambio pero no todos los cambios se relacionan con la

transició. Para entender un proceso de transición es necesario descubrir y describir los efectos y significados de los cambios implicados y sus dimensiones (por ejemplo, naturaleza, temporalidad, importancia o gravedad percibida, normas y expectativas personales, familiares y sociales). También se sugieren las diferencias como propiedad de las transiciones, la confrontación con expectativas o sentirse diferente.

- Tiempo de transición: todas las transiciones son fluidas y se mueven en el tiempo.
  - Puntos críticos y acontecimientos: marcadores como nacer, morir, fin de la menstruación o el diagnóstico de una enfermedad. Estos puntos suelen asociarse a una mayor consciencia de cambios o a un compromiso más activo. La teoría conceptualiza que hay puntos críticos caracterizados por un sentido de estabilización en nuevos hábitos, habilidades, estilos de vida y actividades de autocuidado y que un período de incertidumbre está marcado por la fluctuación, cambio continuo y alteración de la realidad.
2. Condiciones de las transiciones: son circunstancias que influyen en cómo una persona se mueve hacia una transición, que facilitan o impiden el progreso para lograr una transición saludable.
- *Condiciones personales*: incluyen significados, creencias y actitudes culturales, estado socioeconómico, preparación y conocimiento que influyen en la experiencia de la transición.
  - *Condiciones comunitarias o sociales*: se refiere a los recursos sociales o de la comunidad.

### 3. Patrones de respuesta

Los indicadores de transiciones saludables en el marco de la teoría de las transiciones fueron sustituidos por patrones de respuesta en la teoría intermedia de las transiciones<sup>1,30</sup>, conceptualizados mediante indicadores de proceso y de resultado, que caracterizan las respuestas saludables.

- Los *indicadores de proceso* que mueven a los pacientes hacia la dirección de la salud o hacia la vulnerabilidad y el riesgo permiten una valoración e intervención precoz de las enfermeras para facilitar resultados saludables. Estos indicadores son:

- sentirse conectado,
  - interactuar/ relacionarse,
  - estar situado,
  - desarrollar confianza y afrontamiento.
- Los *indicadores de resultado* pueden usarse para comprobar si una transición es saludable o no. Los indicadores son:
- dominio de habilidades y conductas necesarias para gestionar nuevas situaciones,
  - identidades integradoras fluidas o reformulación de la identidad.

#### 4. Intervención enfermera

Schumacher y Meleis conceptualizaron la intervención enfermera en tres medidas<sup>1</sup>.

- *Valorar la preparación:* debe ser un esfuerzo interdisciplinar y requiere un conocimiento completo del paciente, requiere valorar cada condición de la transición para crear un perfil individual y permitir identificar patrones de experiencia de transición.
- *Preparación para la transición* como intervención enfermera preventiva que incluye educar como principal modalidad.
- *La suplementación del rol:* incluye clarificar y adoptar roles que pueden ser preventivos y terapéuticos.

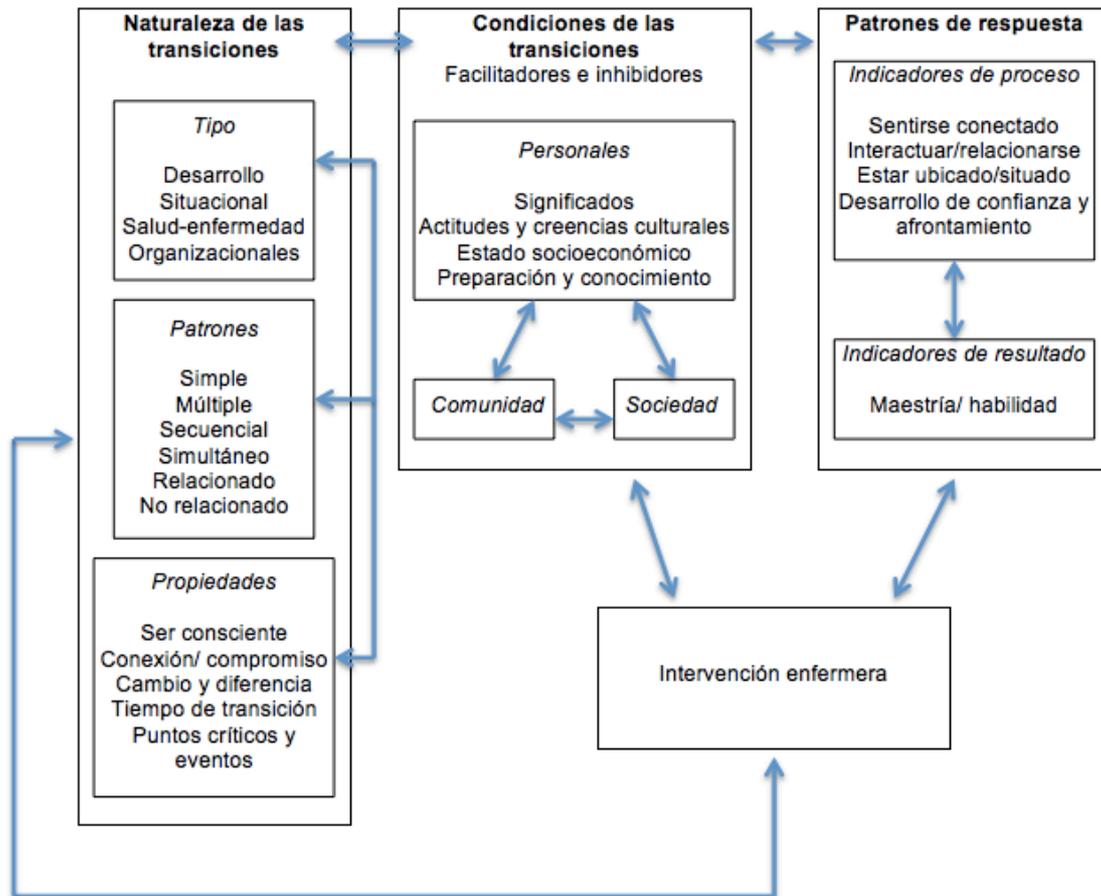


Figura 1: La teoría intermedia de las transiciones

Meleis AI, Sawyer L, Im E-O, Hilfinger-Messias D, Schumacher K. Experiencing Transitions: An emerging middle-range Theory. *Adv Nurs Sci*. 2000; 23(1):12-28.

En cuanto a la aplicación de la Teoría de las Transiciones en el campo de la gerontología, Schumacher, Jones y Meleis<sup>4</sup> identificaron procesos de transición específicos para el cuidado de las personas mayores en transición y describieron un marco de transición para la práctica y la investigación en gerontología. En este modelo se centraron en las transiciones y la salud, identificando las características y los indicadores de proceso de transición saludable y describiendo las intervenciones enfermeras que facilitan las transiciones de las personas mayores (Figura 2). A continuación mencionamos los principales supuestos y conceptos:

### Transiciones y salud

Los procesos de transición son los procesos cognitivos, conductuales e interpersonales a través de los cuales se desarrolla la transición. En otras palabras, son lo que ocurre durante una transición. En las transiciones saludables, estos procesos mueven al individuo en la dirección de la salud, mientras que en las transiciones no saludables, mueven al individuo en la dirección de la vulnerabilidad y el riesgo.

### Propiedades de una transición

Las principales propiedades de una transición son:

- 1) *Marcador significativo o punto de inflexión que precipita la transición:* estos marcadores hacen que se reconozca que las cosas no son como de costumbre y que se requieren nuevas pautas o estrategias de respuesta. Estas estrategias implican el desarrollo de nuevas habilidades, nuevas relaciones y nuevos roles.
- 2) *Tiempo:* las transiciones son procesos que llevan tiempo. Las transiciones abarcan todo el periodo de tiempo que transcurre desde el acontecimiento marcador inicial hasta que se vuelve a experimentar la armonía y la estabilidad. Este periodo de tiempo es necesario para experimentar con diferentes estrategias y patrones de respuesta e incorporarlos al propio repertorio. El tiempo necesario para una transición es variable y depende de la naturaleza del cambio y de la medida en que ese cambio influye en otros aspectos de la vida de la persona.
- 3) *Cambios en la identidad, los roles y las pautas de comportamiento:* las transiciones no son cambios fugaces o superficiales, sino que implican cambios fundamentales en la visión de sí mismo y del mundo.

### Tipo de transiciones

Incluyen desarrollo, situacional y salud-enfermedad. En este caso no se hace mención del tipo de transición organizativo.

Por otro lado, se hace referencia a tres etapas que sigue una transición:

- *Primera etapa:* es un “período de finales”, relacionado con la desvinculación.

- *Segunda etapa:* denominada la “zona neutra”, es un periodo intermedio, en el que la persona experimenta la desorientación causada por las pérdidas de la primera etapa, un periodo incómodo pero necesario para abrirse a nuevas posibilidades.
- *Tercera etapa:* la última etapa es la de los "nuevos comienzos", y está marcada por la búsqueda de sentido y la experiencia de cierto control.

Las personas deben pasar por las tres etapas para afrontar eficazmente la transición. Sin embargo, las etapas de una transición no se producen necesariamente de forma lineal. Más bien, pueden ser secuenciales, paralelas o superponerse.

### Patrones de transición

Las personas mayores se enfrentan a menudo a transiciones múltiples. La jubilación, la pérdida del cónyuge y los amigos, el traslado a una nueva situación vital y la aparición de enfermedades crónicas o la fragilidad son algunos ejemplos. Los patrones de transición pueden ser:

- 1) *Patrón secuencial:* se produce un efecto dominó en el que una transición lleva a otra a lo largo del tiempo.
- 2) *Patrón simultáneo relacionado:* las transiciones simultáneas son grupos de transiciones que ocurren juntas durante un periodo de tiempo determinado. En las transiciones simultáneas y relacionadas, un acontecimiento marcador precipita numerosas transiciones.
- 3) *Patrón simultáneo no relacionado:* las transiciones simultáneas también pueden ocurrir sin estar inicialmente relacionadas entre sí y, aunque no estén directamente relacionadas al principio, pueden entrelazarse con el tiempo.

### Características en los procesos de transición saludable y no saludable

Se identifican siete características de los procesos de transición saludables y sus correspondientes procesos no saludables, que se describen a continuación:

1. *Nuevos significados:* cuando la transición avanza en una dirección saludable el movimiento general es hacia el replanteamiento y la

redefinición de los significados. La persona mayor y su familia participan activamente en la exploración del significado. En las transiciones no saludables, hay resistencia a redefinir los significados.

2. *Expectativas*: en las transiciones saludables, las expectativas anteriores se modifican gradualmente y se sustituyen por nuevas expectativas que son realistas para la nueva situación. En las transiciones no saludables, el adulto mayor y la familia mantienen expectativas poco realistas y anticipan un futuro que probablemente no pueda ocurrir.
3. *Rutinas*: en las transiciones saludables, las rutinas se reestructuran de forma congruente con la nueva situación y permiten a la persona recuperar la sensación de que su vida es predecible, manejable y placentera. En las transiciones no saludables, no se produce esa reestructuración. En cambio, el adulto mayor intenta aferrarse a las rutinas anteriores, aunque ya no funcionen en la nueva situación. Si las habilidades de la persona y el entorno que sostenía las rutinas diarias ya no están presentes, una transición no saludable puede llevar a la ausencia de rutinas. En estos casos, la vida diaria puede volverse impredecible, desordenada o vacía.
4. *Nuevos conocimientos y habilidades*: las transiciones saludables se caracterizan por el desarrollo de nuevos conocimientos y habilidades, que se ajustan a las necesidades y exigencias de la nueva situación. En las transiciones poco saludables, se evitan los nuevos conocimientos y habilidades. Las personas mayores y las familias intentan gestionar la nueva situación con conocimientos y habilidades que pueden haber sido suficientes en el pasado, pero que ya no son útiles en la situación actual.
5. *Continuidad y discontinuidad*: aunque las transiciones implican finales e interrupciones, no todo cambia en la vida de la persona mayor y su familia. Existen continuidades, incluso cuando se producen cambios. Las transiciones saludables se caracterizan por mantener toda la continuidad posible en la identidad, las relaciones y el entorno. La continuidad facilita el afrontamiento de los cambios provocados por la transición y fomenta la capacidad de la persona mayor para integrar la experiencia de la transición en el conjunto de su vida. En las transiciones poco saludables, hay discontinuidad y perturbación donde no es necesario. No se es consciente de las posibilidades de continuidad, y el cambio que podría evitarse se

produce de todos modos. En estos casos, las transiciones se vuelven más dominantes de lo necesario y las personas sufren pérdidas que podrían haberse evitado.

6. *Nuevas opciones, ganancias y oportunidades*: una de las ganancias que se puede experimentar durante una transición es la oportunidad de tomar nuevas decisiones. En las transiciones saludables, la persona está abierta a explorar nuevas opciones, se compromete a buscar y crear nuevas oportunidades. A través del ejercicio de la elección, se moldea activamente el proceso de transición. Las transiciones no saludables se caracterizan por la limitación de las opciones. Las propias personas mayores pueden limitar las opciones disponibles, o estas pueden ser limitadas por otros en el entorno. El proceso de limitar las opciones excluye las posibilidades antes de que se exploren. Las opciones que se podrían tomar se dejan de lado, y la persona mayor y su familia son pasivos a la hora de determinar la dirección de la transición.
7. *Crecimiento personal*: las transiciones saludables se caracterizan por encontrar oportunidades de crecimiento personal. Durante las transiciones pueden surgir nuevos niveles de autoconciencia, nuevas dimensiones de identidad y relaciones, y nuevas habilidades. En las transiciones sanas, estas oportunidades de crecimiento se aprovechan de forma que posibilitan el desarrollo personal y la autorrealización. En las transiciones no saludables, las oportunidades de crecimiento se rechazan.

### Indicadores de proceso

Los indicadores de proceso son índices medibles de cómo se desarrolla una transición que pueden utilizarse para evaluar el proceso de transición.

1. *Control de síntomas*: durante una transición, la persona mayor puede experimentar nuevos síntomas o una exacerbación de los ya existentes, que deben de ser controlados en la medida de lo posible, para que la persona pueda atender al proceso de transición en sí. Si el comienzo de la transición está marcado por un aumento de los síntomas, debe haber una disminución apreciable en su frecuencia y gravedad en el transcurso de la transición. La presencia de síntomas que podrían ser controlados sugiere

- que el proceso de transición está avanzando en una dirección poco saludable.
2. *Estado funcional*: en el caso de las personas mayores, los cambios en el estado funcional pueden producirse durante una transición, sin embargo, cuando se produce un proceso de transición saludable, se alcanza el mayor nivel posible de funcionalidad física y mental en el transcurso de la transición. La capacidad de autocuidado, la independencia y la movilidad de la persona mayor se potencian al máximo.
  3. *Sentimientos de conexión*: en una transición saludable existe la sensación de conexión de la persona mayor con una red interpersonal significativa. Si la transición supuso la pérdida de una o más relaciones, deben forjarse relaciones nuevas o transformadas durante el proceso de transición para proporcionar una fuente estable de conexión al final del proceso de transición. Los sentimientos de desconexión o aislamiento indican procesos de transición poco saludables.
  4. *Sensación de poder o autonomía*: el sentido de autonomía de la persona mayor puede verse amenazado durante el trastorno que supone la transición. Sin embargo, cuando el proceso de transición es saludable, se encuentra un nuevo sentido de empoderamiento. El adulto mayor recupera el control de su vida, es capaz de tomar decisiones y ponerlas en práctica. En el caso de las personas mayores con deterioro cognitivo avanzado o limitaciones físicas, existe una adecuada transferencia de poder a un miembro de la familia o a una persona importante. Un desempoderamiento inadecuado es indicativo de un proceso de transición poco saludable. El desempoderamiento puede manifestarse en la pérdida de control, la incapacidad de tomar y llevar a cabo decisiones y el control por parte de las personas del entorno del anciano.
  5. *Sentido de integridad*: el sentido de integridad incluye un sentido de plenitud, bienestar y coherencia. El crecimiento personal y los nuevos conocimientos sobre uno mismo son la prueba de una transición saludable y existe la sensación de que la transición encaja en la historia de la vida de la persona de forma significativa. La pérdida de integridad indica un proceso de transición poco saludable y puede manifestarse en una sensación de fragmentación o de falta de sentido en el curso de la vida.

### Intervención enfermera

Los objetivos de la intervención enfermera desde la perspectiva de la transición son facilitar los procesos de transición saludables, disminuir las transiciones no saludables y apoyar los indicadores de proceso positivos. Muchas intervenciones de enfermería pueden utilizarse para facilitar las transiciones. Schumacher, Jones y Meleis seleccionan cinco intervenciones que creen que tienen una relevancia particular en las personas de edad avanzada, teniendo en cuenta las necesidades específicas de esta etapa del ciclo vital y los retos que suelen experimentar, como la pérdida de memoria y los cambios en la movilidad.

1. *Valoración de enfermería:* a medida que la transición evoluciona, la enfermera debe abordar los cambios y la evolución de la situación del paciente. Como no es posible predecir el curso de una transición al principio, la evaluación debe ser continua identificando indicadores de proceso en los puntos críticos de la transición. Una secuencia lineal de acciones de enfermería que comience con la valoración y pase sucesivamente por la planificación, la ejecución y la evaluación no es congruente con una perspectiva de transición.
2. *Reminiscencia:* ofrece la oportunidad de reflexionar sobre experiencias vitales importantes y de integrar el pasado en el presente. Para la persona en transición, la reminiscencia proporciona un puente importante entre el pasado y el presente, ya que termina una situación o etapa de la vida y se embarca en otra. Para las personas con deterioro cognitivo, el proceso de reminiscencia puede adaptarse utilizando estrategias innovadoras como fotografías, música o reencuentro con personas significativas.
3. *Suplementación de roles:* la complementación o suplementación de roles es una intervención de enfermería que facilita el proceso de desarrollo de nuevos conocimientos y habilidades. Se define como el proceso de poner en conocimiento las conductas, los sentimientos, las sensaciones y los objetivos implicados en un rol determinado, y es especialmente útil para las personas que asumen un nuevo papel o experimentan una transición de larga duración.
4. *Creación de un entorno saludable:* se refiere al entorno físico, social, político y cultural de la persona. Durante una transición, puede cambiar el

entorno en sí (traslados, migraciones) o la interacción de la persona mayor con un entorno conocido (inicio de deterioro funcional o cognitivo). Para crear un entorno saludable se puede adaptar el entorno para que éste proporcione seguridad y protección. Otras formas son facilitar el acceso a lo que la persona mayor necesita y utiliza para realizar sus tareas diarias, respetar las costumbres culturales, o liberar el entorno de obstáculos a la dignidad personal. El uso de una perspectiva de transición significa que el objetivo de la enfermera es la creación de un entorno que sea lo suficientemente dinámico y flexible como para cambiar en sincronía con las necesidades cambiantes de la persona mayor. También significa que la enfermera mantiene una implicación continua con la persona mayor y su familia mientras modifican, reestructuran y reinventan continuamente el entorno para satisfacer las necesidades del anciano.

#### 5. *Movilización de recursos:*

- Recursos personales: la adaptabilidad, la coherencia o la resistencia o fortaleza son algunos ejemplos de recursos personales que pueden ayudar a las personas en el proceso de una transición. El bienestar personal, la promoción de un estilo de vida saludable o de un envejecimiento activo, así como promocionar actividades para fortalecer el sistema inmune o mantener y potenciar la energía personal son otros recursos que facilitan las transiciones.
- Recursos familiares: pueden describirse en términos de factores estructurales, económicos y culturales. La disponibilidad de la familia para ayudar y apoyar a una persona es un recurso primordial, si bien es necesario, tener en cuenta las necesidades de toda la familia.
- Recursos comunitarios: como las residencias de ancianos, o los cuidadores familiares formales. Mantener el contacto con grupos culturales, organizaciones religiosas o comunidades en las que la persona mayor ha participado a lo largo de su vida, contribuye a crear un sentimiento de conexión. El respeto, la historia común y la afirmación que conlleva la pertenencia a estos grupos contribuyen a dar sentido a la vida, la satisfacción vital y la autoestima.

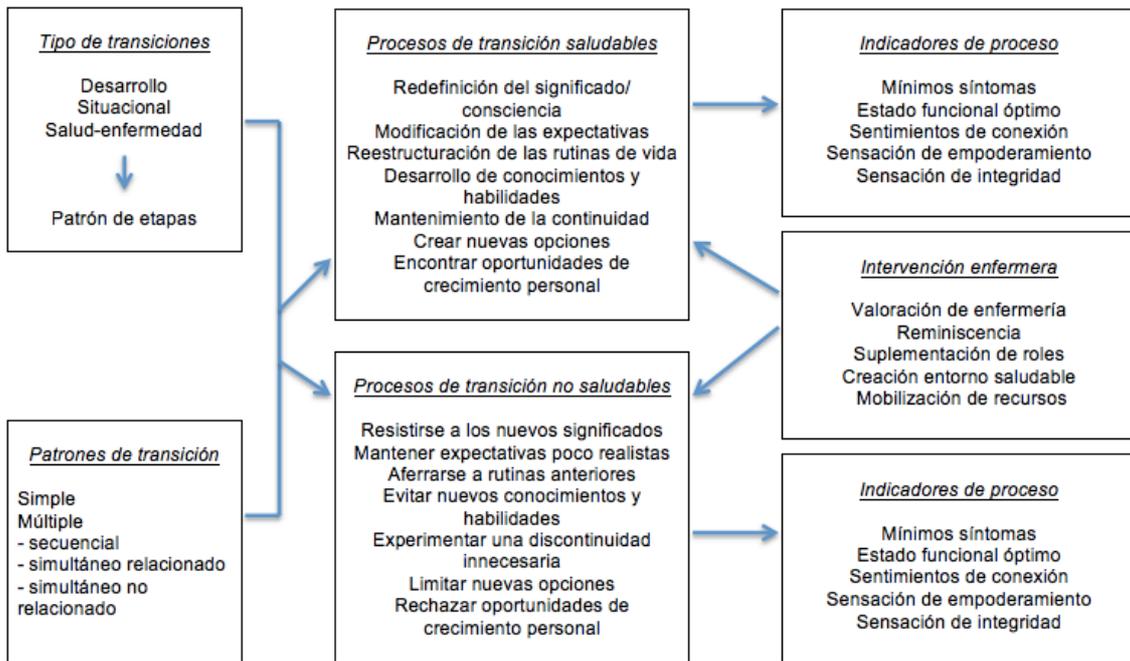


Figura 2: Transición y salud: Un marco para la enfermería gerontológica.  
Schumacher KL, Jones PS, Meleis AI. Helping Elderly Persons in Transition: a framework for research and practice. En E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.), Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals. New York: Springer; 1999. p.1-26.

## 11.2. Anexo II: Criterios de selección de los participantes

- Perfil 1: residentes o personas mayores institucionalizadas en RG

Criterios de inclusión:

- Residentes trasladados al SUH del HMB en los últimos 2 meses que posteriormente hayan sido dados de alta a la misma RG desde donde procedían.
- Personas institucionalizadas en alguna de las siete RG del área geográfica de BSA desde una fecha anterior al día del traslado al hospital.
- Personas sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve que puedan mantener una conversación y que presenten un resultado en la escala de Pfeiffer igual o inferior a 4 errores.
- Edad mayor de 65 años.

Criterios de exclusión:

- Presentar deterioro cognitivo moderado o avanzado con un resultado en la escala de Pfeiffer igual o superior a 4 errores.
- Presentar afasia o cualquier otro trastorno del lenguaje o sordera severa que impida mantener una conversación.
- Presentar condiciones clínicas inestables o síntomas que cursen con cualquier malestar físico que impida mantener una conversación agradable.

- Perfil 2: familiares de residentes o personas institucionalizadas en las RG

Criterios de inclusión:

- Familiares de residentes trasladados al SUH del HMB en los últimos 2 meses que posteriormente hayan sido dados de alta a la misma RG desde donde procedían.
- Familiares de residentes que vivan en alguna de las siete RG del área geográfica de BSA desde una fecha anterior al día del traslado al hospital.
- Familiares de residentes excluidos del perfil 1 por motivos de deterioro cognitivo, trastornos del lenguaje u otros pero que sí cumplan los dos criterios citados anteriormente.

- Familiars que hagin viscut la experiència de acompanyar al resident durant el trasllat, ingressos o alta hospitalària.
- Edat major de 18 anys.

Criteris d'exclusió:

- Familiars sense interès o implicació en els cures de l'afectat.

- Perfil 3: infermeres de l'entorn residencial

Criteris d'inclusió:

- Infermeres que treballin en alguna de les setze RG de l'àrea geogràfica de BSA i que s'hagin vist implicades en l'atenció i cures d'un resident que s'hagi traslladat al SUH de l'HMB en els 2 mesos anteriors.

- Perfil 4: infermeres de l'entorn hospitalari

Criteris d'inclusió:

- Infermeres que treballin en qualsevol servei de l'HMB (SUH, Medicina Interna, Traumatologia...) i que s'hagin vist implicades en l'atenció i cures durant un trasllat, ingressos o alta hospitalària d'un resident de alguna de les setze RG de l'àrea geogràfica de BSA que s'hagi produït en els 2 mesos anteriors.

### 11.3. Anexo III: Hoja de información y Consentimiento informado

#### HOJA DE INFORMACIÓN:

**Título del estudio:** Percepciones y vivencias en las transiciones de personas mayores institucionalizadas en residencias geriátricas trasladadas al hospital

Investigador/a principal: Teresa Pujadas Lafarge

Servicio y/o Centro: Centre Sociosanitari (CSS) El Carme

Teléfono de contacto: 699XXXXXX

Promotor: Badalona Serveis Assistencials (BSA)

Código, versión y fecha del consentimiento informado (CI): XXX

#### Presentación

Le informamos sobre un estudio fenomenológico en el cual se le ha invitado a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación. Nuestra intención es que tenga la información suficiente para poder decidir si quiere participar o no en el estudio. En este documento le explicamos la finalidad del estudio y qué implica participar. Lea esta hoja informativa con atención y tome todo el tiempo que necesite. El equipo investigador está a su disposición para responder a todas las dudas o preguntas relacionadas con el estudio que le puedan surgir. Además puede consultarlo con sus familiares o con quien usted considere oportuno antes de tomar la decisión.

#### ¿Qué es un estudio fenomenológico?

Un estudio fenomenológico es una metodología para investigar las percepciones, perspectivas e interpretaciones que las personas hacen de un fenómeno determinado, intentando comprender la experiencia vivida.

#### ¿Por qué se me invita a participar?

Le invitamos a participar en este estudio porque forma parte de uno de los perfiles de personas a quien entrevistamos para comprender el fenómeno de las transiciones de las personas mayores que viven en residencias geriátricas cuando son derivadas al hospital.

### ¿Estoy obligado/da a participar en el estudio?

No. La participación en este estudio es totalmente voluntaria y puede decidir no participar. Si decide participar puede cambiar su decisión en cualquier momento, sin dar explicaciones, y retirar su consentimiento.

### ¿Por qué se hace este estudio?

El objetivo de este estudio es comprender las vivencias de las personas mayores que viven en residencias geriátricas cuando son trasladadas al hospital desde distintas perspectivas, la del residente, la familia y las enfermeras.

### ¿Como se hará el estudio? ¿Qué se espera de mí?

- La investigación no implica ninguna prueba, únicamente se entrevista y se observa a los participantes y se registra mediante una grabadora digital la conversación entre dos personas (investigadora y participante). Además, un observador estará presente durante las entrevistas para realizar anotaciones que puedan complementar y enriquecer la información grabada.
- Una vez haya dado su consentimiento, se acordará fecha, hora y lugar para realizar la entrevista que no tendrá una duración superior a 2 horas.
- Se le entregará con posterioridad una transcripción de la entrevista por si quiere añadir, modificar o eliminar cualquier información o dato.

### ¿Hay riesgos asociados a este estudio?

No, su participación no le comporta ningún riesgo, ni afecta de ninguna manera a su relación con el equipo de profesionales que le atienden.

### Participar en este estudio, ¿me comportará beneficios?

Este estudio no le aportará ningún beneficio directo, pero con su participación contribuirá a ampliar los conocimientos sobre el fenómeno de las transiciones para mejorar la atención de las personas que viven en residencias geriátricas cuando se trasladan al hospital.

### ¿Hay alguna compensación económica para participar en el estudio?

No habrá ninguna compensación económica para participar en el estudio.

Os informamos que: el estudio está financiado por una beca/subsidio otorgado por XXXX que cubrirá los gastos para la realización del estudio, pero ni los investigadores ni el promotor recibirán ninguna compensación económica.

### ¿Cómo se protegerá mi identidad y mi información sanitaria?

Todos los documentos relevantes de este estudio han sido revisados y aprobados por el Comité Ético de Investigación IDIAP Jordi Gol, de acuerdo con la legislación vigente, Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se regulan los estudios observacionales.

Para proteger su identidad, y en conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de noviembre, de Protección de datos personales y garantía de derechos digitales, su nombre no estará en ningún momento asociado a sus datos.

Sustituiremos su nombre por un código numérico y un pseudónimo para poder identificarlo (datos codificados). El documento que relacione su nombre con el código numérico y el pseudónimo quedará archivado en un entorno seguro en el CSS El Carme (BSA) con un acceso restringido. Sus datos estarán protegidos contra el acceso no autorizado. Tendrán acceso a sus datos personales los profesionales de BSA que participan en el estudio y el Comité Ético de Investigación; que están obligados a mantener la confidencialidad.

Se utilizarán los datos codificados para hacer el análisis pertinente para la obtención de los resultados del estudio. En caso de que los resultados del estudio se publiquen o se presenten en congresos, jornadas, etc. no se vincularán en ningún momento con la identidad de los participantes.

De acuerdo con lo que establece La Ley Orgánica de protección de datos personal y garantía de derechos digitales puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, para lo cual se tendrá que dirigir a la investigadora principal: Teresa Pujadas Lafarga.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI)

Título del estudio: Percepciones y vivencias en las transiciones de personas mayores institucionalizadas en residencias geriátricas trasladadas al hospital

Código:

Versión y fecha:

Yo (nombre completo del participante) \_\_\_\_\_,

confirmando que:

- He leído y entendido la Hoja de Información que se me ha proporcionado sobre el estudio.
- Me han explicado el procedimiento del estudio y he tenido tiempo suficiente para hacer preguntas y obtener respuestas satisfactorias.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de retirar mi consentimiento en cualquier momento y sin dar explicaciones sin que se vea afectada mi atención o mis derechos legales.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y con fecha de este documento de Consentimiento Informado. Este consentimiento es válido, a no ser que lo retire y hasta este momento.

Nombre del/de la participante

Firma

Fecha

Nombre del investigador/a que obtiene el CI

Firma

Fecha

Nombre del representante legal/ familiar/ testigo (si es el caso)

Firma

Fecha

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Percepciones y vivencias en las transiciones de personas mayores institucionalizadas en residencias geriátricas trasladadas al hospital

Código:

Versión y fecha:

Yo (participante) \_\_\_\_\_

o,

Familiar/representante \_\_\_\_\_ del /de la paciente

(nombre y apellidos) \_\_\_\_\_

Retiro el consentimiento para ceder mis datos del estudio mencionado en este documento, desde hoy, sin tener que dar explicaciones y sin que se vea afectada mi asistencia.

Nombre y apellidos del/de la participante o familiar o representante legal

Firma

Fecha \_\_\_\_\_

Yo, (nombre investigador/a) \_\_\_\_\_

confirmando la retirada del/de la participante del estudio mencionado.

Firma

Fecha \_\_\_\_\_

## 11.4. Anexo IV: Protocolo y guía para la entrevista en profundidad

### Fase preparatoria:

Se realizará de forma previa al día de la entrevista.

- Saludo, agradecimiento y presentación de la investigadora.
- Explicación del motivo por el cual ha sido seleccionado como participante (tener en cuenta distintos perfiles)
- Entrega de la hoja de información y consentimiento informado. Clarificación de dudas.
- Acuerdo de fecha, lugar y duración para la realización de la entrevista. Se tendrá en cuenta que la sala o lugar garantice la máxima comodidad del participante. En el caso de las personas mayores se les ofrecerá realizar la entrevista en sus habitaciones o en alguna sala de la propia RG donde garantizar su intimidad. Para entrevistar a los familiares y a las enfermeras se ofrecerá la posibilidad de realizar la entrevista en varios entornos (salas para visitas en las RG, una sala o consulta en el CSS El Carne o en el Hospital Municipal de Badalona) dependiendo de sus preferencias.

### Fase de aproximación

Esta fase se realizará el mismo día de la entrevista.

- Saludo, agradecimiento y presentación de la investigadora y observador.
- Ofrecimiento de bebidas o agua.
- Recogida del Consentimiento informado debidamente firmado.
- Recordatorio del objetivo de la investigación, duración de la entrevista y necesidad de grabación de la misma.

### Comienzo y guión de la entrevista

Preguntas abiertas orientativas para la obtención de información siguiendo los objetivos planteados:

- Preguntas para los residentes o personas mayores:
  1. Me gustaría que me explicara como fue su experiencia en general durante su traslado al hospital el día XXX con motivo XXX desde que empezó a encontrarse mal en la residencia, pasando por el tiempo que estuvo ingresado hasta que fue dado de alta, así como la recuperación posterior.

2. Durante todo este período de tiempo, ¿qué necesidades, preocupaciones o problemas surgieron? ¿Cómo se atendieron o solucionaron?
3. ¿Qué sentimientos o emociones recuerda haber sentido durante todo el proceso en los distintos entornos donde fue atendido?
4. ¿Qué oportunidades tuvo de participar en la toma de decisiones durante todo el proceso, desde la decisión del traslado hasta la expresión de sus preferencias en todo momento? (explorar propiedades de la transición, consciencia, compromiso, relaciones y autonomía).
5. Durante todo este tiempo, ¿ha habido algún evento que haya marcado un antes y un después en su vida o algún momento crítico que quiera comentar?
6. ¿Hay alguna diferencia entre sus expectativas antes de todo este proceso y su situación actual? ¿qué cambiaría de toda esta experiencia? (explorar condiciones y características de las transiciones).
7. ¿Qué recuerda que hicieran las enfermeras para ayudarle, sentir confianza o hacerle sentirse mejor? (explorar intervención de las enfermeras)
8. Para terminar, ¿qué espera usted de las enfermeras para que puedan ayudarle en este camino de cambios cuando hay la necesidad de ir al hospital? (explorar indicadores de proceso y patrones de respuesta)
9. Por último, quiere añadir alguna explicación más para que las enfermeras puedan comprender su experiencia y poder mejorar la calidad de las intervenciones o cuidados?

- Preguntas para los familiares:

1. Me gustaría que me explicara su experiencia en general desde que es informado de la necesidad de traslado al hospital de su familiar (padre, madre,...) pasando por el tiempo que estuvo ingresado hasta que fue dado de alta, así como la recuperación posterior.
2. Durante todo este período de tiempo, ¿qué necesidades, preocupaciones o problemas surgieron? ¿Cómo se atendieron o solucionaron?
3. ¿Qué sentimientos o emociones recuerda haber sentido durante todo el proceso en los distintos entornos donde atendieron a su familiar (padre, madre,...)?

4. ¿Qué oportunidades tuvo usted o su familiar de participar en la toma de decisiones durante todo el proceso, desde la decisión del traslado hasta la expresión de sus preferencias en todo momento? (explorar propiedades de la transición, consciencia, compromiso, relaciones y autonomía).
5. Durante todo este tiempo, ¿ha habido algún evento que haya marcado un antes y un después en su vida o la de su (padre, madre,...) o algún momento crítico que quiera comentar?
6. ¿Hay alguna diferencia entre sus expectativas antes de todo este proceso y la situación actual? ¿qué cambiaría de toda esta experiencia? (explorar condiciones y características de las transiciones).
7. ¿Qué recuerda que hicieran las enfermeras para ayudarle a usted y a su (padre, madre,...) para sentir confianza o sentirse mejor? (explorar intervención de las enfermeras)
8. Para terminar, ¿qué espera usted de las enfermeras para que puedan ayudar a las personas mayores que viven en RG cuando hay la necesidad de ir al hospital? (explorar indicadores de proceso y patrones de respuesta)
9. Por último, quiere añadir alguna explicación más para que las enfermeras puedan comprender esta experiencia y mejorar la calidad de las intervenciones o cuidados?

- Preguntas para las enfermeras del entorno residencial:

1. Me gustaría que me explicara su experiencia en general cuando hay la necesidad de trasladar a un residente al hospital, desde el momento en el que se decide el traslado, el tiempo que está ingresado, el alta y la recuperación posterior.
2. Durante todo este período de tiempo, ¿qué necesidades, preocupaciones o problemas surgen? ¿Cómo se atienden o solucionan?
3. ¿Qué sentimientos o emociones del paciente, sus familiares o propias de las enfermeras relacionaría con estos procesos de transición?
4. ¿Qué oportunidades tiene usted, el residente o los familiares de participar en la toma de decisiones durante todo el proceso, desde la decisión del traslado hasta la expresión de las preferencias en cada momento? (explorar

- propiedades de la transición, consciencia, compromiso, relaciones y autonomía del residente).
5. Durante estas transiciones, ¿cree que se producen momentos críticos o eventos que marquen la vida de las personas mayores?
  6. ¿Existen diferencias entre sus expectativas antes de trasladar a una persona al hospital y la situación en la que vuelve a la residencia? Explique detalladamente. ¿Qué cambiaría si pudiera? (explorar condiciones y características de las transiciones).
  7. ¿Qué actividades o intervenciones enfermeras se realizan en el entorno residencial para preparar a los residentes antes del traslado y una vez son dados de alta para su recuperación posterior (proceso de transición)? (explorar intervención de las enfermeras)
  8. Para terminar, ¿cómo cree que las enfermeras pueden ayudar a las personas mayores que viven en RG cuando hay la necesidad de ir al hospital? (explorar indicadores de proceso y patrones de respuesta)
  9. Por último, quiere añadir alguna explicación más para comprender esta experiencia de las transiciones desde la perspectiva del entorno residencial y mejorar la calidad de los cuidados?
- Preguntas para las enfermeras del entorno hospitalario:
1. Me gustaría que me explicara su experiencia en general cuando atiende en su servicio a una persona mayor que proviene de una RG, desde el momento en el que ingresa hasta el momento del alta.
  2. Durante todo este período de tiempo, ¿qué necesidades, preocupaciones o problemas surgen? ¿Cómo se atienden o solucionan?
  3. ¿Qué sentimientos o emociones del paciente, sus familiares o propias de las enfermeras relacionaría con estos procesos de transición?
  4. ¿Qué oportunidades tienen los pacientes o los familiares de participar en la toma de decisiones durante el ingreso? (explorar propiedades de la transición, consciencia, compromiso, relaciones y autonomía del residente).
  5. Durante estas transiciones, ¿cree que se producen momentos críticos o eventos que marquen la vida de las personas mayores?

6. ¿Cree que en general se cumplen las expectativas de los pacientes, sus familiares y sus cuidadores del entorno residencial cuando el paciente es dado de alta? ¿Qué cambiaría si pudiera? (explorar condiciones y características de las transiciones).
7. ¿Qué actividades o intervenciones enfermeras se realizan en el entorno hospitalario para atender específicamente a las personas mayores que viven en RG en un proceso de transición? (explorar intervención de las enfermeras)
8. Para terminar, ¿cómo cree que las enfermeras pueden ayudar a las personas mayores que viven en RG cuando hay la necesidad de ir al hospital? (explorar indicadores de proceso y patrones de respuesta)
9. Por último, quiere añadir alguna explicación más para comprender esta experiencia de las transiciones desde la perspectiva del entorno hospitalario y mejorar la calidad de los cuidados?

#### Durante el transcurso de las entrevistas

- Llevar un orden y control de las preguntas formuladas y contestadas
- Tener en cuenta el Marco conceptual (Teoría de las Transiciones de Meleis) como guía para extraer toda la información.
- Control de situaciones inesperadas (interrupciones, ruidos o fallos en la grabación).
- Distraer la atención del entrevistado sobre la presencia del observador y las anotaciones en el diario de campo.

#### Despedida y agradecimiento

- Información sobre el envío o retorno de la transcripción de la entrevista para validar los datos y resultados
- Agradecimiento y despedida

## 11.5. Anexo V: Criterios de Calidad y Rigor

### Criterios de Rigor (Guba y Lincoln)<sup>35</sup>

- Confiabilidad
  - o Credibilidad:
    - Especificación metodológica de los procesos de recogida de datos, con observaciones detalladas y la participación de varios investigadores.
    - Validación de los datos por parte de los participantes con documentación de los resultados con ejemplos específicos (*verbatim*).
    - El análisis se plantea continuo y circular, entremezclando las fases de recolección, interpretación y sistematización de datos. Se dejarán de realizar entrevistas cuando se llegue a la saturación de datos.
    - Como posibles sesgos y limitaciones, mencionar que la investigadora principal es la enfermera de referencia en el ámbito de estudio (siete centros residenciales de la zona), y existe una relación previa con las enfermeras del entorno residencial. No se contempla este problema en el caso de pacientes, familiares o enfermeras del hospital, ya que no existe una relación tan estrecha.
    - Otro sesgo o limitación que puede considerarse es el hecho de que se haya tomado la decisión de entrevistar a personas con deterioro cognitivo leve, ya que la prevalencia de este problema es muy alta. La presencia de un familiar o cuidador durante las entrevistas también puede influir en los datos recogidos.
  - o Transferibilidad: para poder determinar el grado de aplicación de los resultados de este estudio a otros contextos similares se realizará una descripción exhaustiva del contexto y los participantes.
  - o Dependencia: para garantizar la replicabilidad del estudio se plantea:

- Explicar de forma detallada el status y rol del investigador previamente a la recogida de datos y durante las entrevistas.
  - Los participantes serán descritos de forma minuciosa y deberán cumplir los criterios de selección.
  - Se realizará la descripción de las técnicas de recogida y análisis de datos.
  - Triangulación de diferentes situaciones o entornos, y distintos participantes (ver ámbito de estudio y perfiles de participantes).
  - Argumentación de la toma de decisiones así como si existen cambios de estrategia durante todo el proceso de investigación.
- Confirmabilidad, para demostrar la neutralidad del equipo investigador y su implicación distante en todo el proceso de investigación:
    - Recogida de datos a través de registros grabados y transcripciones textuales sin interpretación.
    - La posición de los investigadores estará ausente de intereses personales ajenos a la propia investigación y será explicada.
    - No deberá haber ninguna relación de interés ni de poder entre los participantes y el equipo investigador.
- Autenticidad: el equipo investigador ha de conseguir mantener unas relaciones negociadas y renegociadas durante todo el proceso que sean favorables a los contextos y personas estudiadas, para asegurarlo, se plantea seguir un marco ético amplio tal y como se detalla en las consideraciones éticas (principios propuestos por E. Emanuel).
  - Triangulación: para una mayor riqueza de los datos desde distintas realidades se aplicará la triangulación de:
    - De Datos:
      - Tiempo: los períodos de estudio serán variables durante un período determinado.

- Espacio: los participantes seleccionados (pacientes y familiares) procederán de distintos centros residenciales y en el caso de las enfermeras, se distinguen perfiles de enfermeras del ámbito de las RG (también de distintos centros) y enfermeras del ámbito hospitalario (de un centro en concreto pero de distintos servicios).
- Personas: se realizarán entrevistas a personas de diferentes perfiles (pacientes, familiares y enfermeras).
- De Investigadores: se contará con la ayuda de un segundo investigador para la fase de recogida y análisis de datos y resultados.

### Criterios de Calidad (Calderón)<sup>38</sup>

- Adecuación epistemológica: adecuación del paradigma constructivista con la metodología fenomenológica y las técnicas de recogida de información (entrevistas en profundidad).
- Relevancia: se justifica al aportar tras la investigación conclusiones que permitan comprender el proceso de transición de las personas mayores institucionalizadas que se desplazan al hospital, así como las necesidades de los distintos grupos o entornos implicados en esta atención para diseñar en un futuro proyectos de mejora de la calidad asistencial.
- Validez: contrastada con el cumplimiento de los criterios de rigor de Guba y Lincoln.
- Reflexividad: durante todo el proceso se presentará una actitud reflexiva, mediante el registro y análisis de los propios sentimientos ya que será imposible dejar de lado valores o percepciones personales.