



UNIVERSITAT DE BARCELONA



'i) EU d'Infermeria

# **DIFICULTADES PERCIBIDAS POR LAS ENFERMERAS EN EL PROCESO DE INDIVIDUALIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR**

**Mònica Castellà Creus**

**Tutor/a: Prof. M<sup>a</sup> Eulàlia Juvé Udina**

**Curs acadèmic 2011-2012**

## ÍNDICE

Resumen y Abstract.....	2
Introducción.....	3
Objetivos.....	6
Metodología.....	6
Aspectos éticos.....	8
Dificultades y limitaciones.....	9
Aplicabilidad y utilidad práctica.....	10
Cronograma.....	10
Bibliografía.....	11
ANEXOS.....	15
Anexo 1. Guía inicial de las entrevistas.....	16
Anexo 2. Plantilla del observador: grupos focales.....	17
Anexo 3. Plantilla datos sociodemográficos de los participantes.....	18
Anexo 4. Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación enfermera.....	19

## RESUMEN

**Objetivo:** El propósito de este estudio es explorar las dificultades que perciben las enfermeras en el proceso de individualización del plan de cuidados estándar de pacientes hospitalizados en el Hospital Germans Trias i Pujol.

**Ámbito de estudio:** El estudio se realizará en el Hospital Germans Trias i Pujol. Hospital de tercer nivel asistencial situado en Badalona.

**Metodología:** Diseño de investigación cualitativo. Enmarcado en el paradigma constructivista. Los participantes serán las enfermeras que llevan trabajando más de seis meses en una unidad de hospitalización, independientemente del tipo de contrato. La recogida de datos se realizará mediante entrevistas en profundidad y grupos focales. El análisis de los datos se basará en el enfoque de la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva.

**Palabras clave:** plan de cuidados estándar, plan de cuidados individualizado, dificultades en la individualización, percepciones de las enfermeras, teoría fundamentada, investigación cualitativa, hospital.

## ABSTRACT

**Aim:** The purpose of this study is to explore the difficulties perceived by nurses in the process of individualization of standardized care plan in inpatient at Hospital Germans Trias i Pujol.

**Field of study:** The study will be conducted in the Hospital Germans Trias i Pujol. Tertiary care hospital located in Badalona.

**Methods:** Qualitative research design. Framed in constructivist paradigm. Participants will be nurses who have worked more than six months in a hospital ward, regardless of the type of contract. Data collecting will be conducted by in-depth interviews and focus groups. Data analysis will be based on Strauss and Corbin Grounded Theory approach: open coding, axial coding and selective coding.

**Keywords:** standardized care plan, individualized care plan, individualization difficulties, nurses' perceptions, grounded theory, qualitative research, hospital.

## INTRODUCCIÓN

A partir de la segunda mitad del siglo XX aumenta la importancia del registro de los cuidados enfermeros. “Un buen registro debería ser el que recoge la información suficiente para permitir que otro profesional de similar cualificación asumiera a continuación sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente” (Jiménez & Cerrillo 2010, p.11). Trabajar con registros permite plasmar la utilización de la metodología enfermera. En los últimos 20 años, se implantan en los hospitales sistemas de información que permiten el registro de los cuidados desde la valoración, al diagnóstico de los problemas del paciente/familia, la planificación de los cuidados con intervenciones y actividades y su evaluación para determinar si se han conseguido los resultados esperados (Medina et al. 2012, Nykänen et al. 2012). Estos sistemas, mediante la utilización de planes de cuidados, posibilitan el registro del diagnóstico, la planificación y la evaluación. Con el fin de facilitar a las enfermeras el registro de esta metodología, es aconsejable introducir en los sistemas de información planes de cuidados estándar (PCE) ( Ammenwerth et al. 2001, Thoroddsen et al. 2011).

Los PCE identifican una serie de problemas, reales o de riesgo y los cuidados preestablecidos que están indicados en una situación determinada (Carpenito 2003).

Su aplicación es cada vez más extendida en todo el mundo por las ventajas que aportan. Sin embargo, deberían tenerse en cuenta sus limitaciones. Con el uso de PCE se cubren los problemas habituales relacionados con el motivo de ingreso, pero un estándar difícilmente puede recoger las especificidades individuales de cada paciente. Las enfermeras deben individualizar el PCE seleccionado, a partir de la valoración del estado del paciente (Juvé, en prensa).

Proporcionar unos cuidados individualizados es valorado tanto por los pacientes como por los gestores de las políticas de salud; facilita el logro de los resultados esperados de los pacientes, incrementa la satisfacción y la motivación de las enfermeras por su trabajo y es un indicador de la calidad de

la atención prestada (Suhonen et al. 2011). En cambio, en estudios que evalúan la implantación de un sistema de información, se evidencia que no siempre las enfermeras individualizan los planes a los cuidados que requieren los pacientes (Larrabee et al. 2001, Lee 2006, Dahm & Wadensten 2008).

Son diversos los estudios publicados acerca de las opiniones, experiencias y preocupaciones de las enfermeras en relación con el uso de los planes de cuidados estándar y su individualización.

Entre los inconvenientes que refieren las enfermeras en estos estudios se encuentran: (1) Las dificultades en la comprensión y aplicación de los diagnósticos enfermeros y los PCE (Kurihara et al. 2001, Lee et al. 2002, Lee 2005b, Wibe et al. 2006, Verwey et al. 2008, Yeh et al. 2009); (2) Dificultades en seleccionar los diagnósticos relacionados con la dimensión psicológica de los pacientes, por el tiempo que requiere su valoración y el tiempo que debe emplearse en intentar solucionarlos (Lee et al. 2002, Lee & Chang 2004); (3) Falta de experiencia en el uso de PCE en papel previa a la implantación del sistema de información (Wibe 2006); (4) Incongruencia entre la aplicación de la metodología enfermera y las funcionalidades del sistema de información (Timmons 2003); (5) Posposición del registro de los cuidados al final del turno por no valorarlo como parte del proceso de atención (Newton 1995, Mason 1999, Kurihara et al. 2001, Lee & Chang 2004, Lee 2006); (6) Duplicidad en los registros (Newton 1995); (7) Percepción que la cumplimentación correcta del registro disminuye la atención a los pacientes (Newton 1995) y a la inversa, una atención directa adecuada a las necesidades del paciente limita el tiempo para el registro (Verwey et al. 2008); (8) Tradición del registro narrativo (Mason 1999, Lee 2006); (9) Falta de prácticas de consenso entre los profesionales enfermeros para el establecimiento de PCE y su individualización (Lee et al. 2002, Lee 2005b); (10) Falta de soporte y liderazgo clínico de las enfermeras gestoras en la aplicación de los PCE (Newton 1995, Lee 2005a, Wibe et al. 2006, Jansson et al. 2010), generando un cierto grado de desmotivación en las enfermeras asistenciales (Wibe et al. 2006, Verwey et al. 2008).

En el Hospital Germans Trias i Pujol del Institut Català de la Salut (ICS) se finaliza la implantación de un sistema de información de cuidados enfermeros

en el año 2010. Los PCE introducidos en la base de conocimientos del sistema de información se elaboran conjuntamente entre la coordinación de enfermería de hospitales, las enfermeras superusuarias y cómo recomienda la literatura, las enfermeras asistenciales (Mason 1999, Vizoso et al. 2008) de los 8 hospitales que integran el ICS (Castellà et al. 2011). Para la elaboración de estos PCE se sigue una sistemática basada en la evidencia y la práctica clínica utilizando para su realización la terminología ATIC® (Juvé 2012).

Las observaciones de las enfermeras superusuarias durante la implantación del sistema de información revelan una incorrecta individualización de los PCE. Desde la selección del plan de cuidados estándar hasta la continua adecuación del plan conforme va variando el estado del paciente y su familia hasta el alta. El proceso de individualización del PCE es un fenómeno poco estudiado en nuestro entorno. Por este motivo, es necesario intentar responder a la pregunta: ¿Cuáles son las dificultades que perciben las enfermeras en el proceso de individualización del plan de cuidados estándar de los pacientes ingresados en el Hospital Germans Trias i Pujol?

En los años 60 Glaser y Strauss desarrollan la Teoría Fundamentada basada en el interaccionismo simbólico en el que las personas en un contexto determinado comparten unos mismos significados y símbolos. En el presente estudio, se aplica el enfoque de la Teoría Fundamentada desarrollado en los años 90 por Strauss y Corbin que “se centra en un fenómeno, habiendo identificado un problema o curiosidad relacionado con este fenómeno antes de comenzar la investigación, y, a continuación, su objetivo es desarrollar una teoría inductiva fundamentada sobre los procesos sociales que intervienen en el problema o curiosidad” (Annells 1997, p.124).

El propósito de este estudio es explorar cuáles son las dificultades percibidas por las enfermeras en la individualización de los planes de cuidados estudiando el fenómeno en profundidad mediante la perspectiva de la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (2002).

## OBJETIVOS

### General:

Explorar las dificultades que perciben las enfermeras en el proceso de individualización del plan de cuidados estándar de pacientes hospitalizados en el Hospital Germans Trias i Pujol.

### Específicos:

Describir el método empleado por las enfermeras en la individualización del plan de cuidados estándar.

Conocer la percepción del nivel de destreza de las enfermeras en el uso de planes de cuidados.

## METODOLOGÍA

La investigación se realizará en el Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona. Hospital público universitario de tercer nivel asistencial donde, como en otros hospitales, ingresan pacientes con especificidades individuales que requieren unos cuidados complejos (Juvé et al. 2010). El ratio enfermera/paciente depende de la unidad, turno y día de la semana, oscilando entre 1/10 o 12 en turnos de día y entre 1/12 o 14 en turnos de noche.

El diseño del estudio se enmarca dentro del paradigma constructivista, permitiendo ontológicamente estudiar el fenómeno dentro de su contexto y epistemológicamente acercar al investigador al fenómeno mediante interacciones subjetivas con los investigados. El método elegido es el enfoque de la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (2002) por considerarse apropiado para comprender un fenómeno poco estudiado en el sistema sanitario nacional y por posibilitar la generación de teoría a partir del análisis de los datos.

Se invitará a participar a las enfermeras con un mínimo de 6 meses consecutivos de trabajo en las unidades de hospitalización de agudos y/o semi-críticos de cualquier turno. Se excluirán a las enfermeras de la unidad de hospitalización del turno de mañana en que la investigadora trabajó como enfermera asistencial. Por considerarse que la relación de compañerismo establecida podría influir en la obtención de los datos y su análisis. También se excluirán a las enfermeras de la unidad de oncohematología por no pertenecer al ICS.

La selección de los participantes la realizará la propia investigadora proponiendo verbalmente a las enfermeras la invitación al estudio. Si es necesario, se recurrirá a otros miembros del equipo de sistemas de información de enfermería para que colaboren como informantes clave.

El tamaño de la muestra no se establece con anterioridad, y puede ser modificado en función de la emergencia de resultados. La estrategia de análisis incluye un muestreo teórico y un análisis temático de los datos, según la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (2002). El enfoque del muestreo se integra en las fases de codificación del análisis del siguiente modo: (1a) *Muestreo abierto*, se empezará con un muestreo abierto con base en la conveniencia para escoger los primeros participantes. (1b) *Codificación abierta*, una vez recogidos los primeros datos, se empezará su análisis y conceptualización. Se establecerán las primeras categorías y subcategorías especificando sus propiedades y dimensiones. (2a) *Muestreo de relaciones y variaciones*, se elegirán enfermeras que aporten información sobre el rango de las dimensiones de una categoría y las relaciones entre categorías. (2b) *Codificación axial*, se relacionarán las categorías a las subcategorías, siguiendo sus propiedades y dimensiones. (3a) *Muestreo discriminado*, se seleccionarán las enfermeras que maximicen las oportunidades de análisis comparativo, hasta llegar a la saturación teórica de los datos. (3b) *Codificación selectiva*, se asegurará que las categorías están bien desarrolladas en términos de sus propiedades y dimensiones. Se identificará una categoría central y se establecerán las relaciones del resto de categorías con ésta, para poder generar una teoría sustantiva. Con el fin de garantizar la confirmabilidad del estudio, el análisis incluirá la solicitud a los participantes de la verificación y el reconocimiento de su experiencia.



El proceso analítico se apoyará también, en la elaboración de memorandos y diagramas. Paralelamente, una enfermera con experiencia en investigación cualitativa realizará un análisis independiente de los datos para asegurar la consistencia del estudio.

La recogida de datos se realizará a través de entrevistas en profundidad, que serán conducidas por la investigadora. El guión de la entrevista se estructura en base a los supuestos de partida que recogen las dimensiones del fenómeno a estudio: a) Método empleado en el proceso de individualización del PCE; b) Percepción del nivel de destreza en el uso de planes de cuidados; c) Dificultades en la individualización del PCE (Anexo 1). La recogida de datos también incluirá la realización de 2 grupos focales con 7-9 participantes cada uno, pertenecientes a diferentes unidades y turnos, de una hora de duración aproximadamente. En ellos, la investigadora actuará como moderador y se contará con la colaboración de un observador externo, que con anterioridad habrá sido instruido y que recogerá por escrito las interacciones del grupo y los elementos del lenguaje no verbal (Anexo 2). Previo al inicio de las entrevistas y grupos focales se recogerán los datos sociodemográficos de los participantes (Anexo 3). Ambos procedimientos de recogida de datos se desarrollarán en una sala de reuniones polivalente del hospital, en un horario a convenir con los participantes y serán registrados en audio. Las transcripciones de estos registros las realizará de forma literal la investigadora, que posteriormente entregará una copia a los participantes de la entrevista y una síntesis a los integrantes del grupo focal para que consideren su validación. Para facilitar la gestión de datos y su análisis se empleará el software ATLAS.ti v 6.0.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Se solicitará permiso por escrito a la dirección de enfermería del hospital y al comité ético de investigación clínica. Al inicio de las entrevistas o grupos focales, se entregará por escrito el consentimiento informado a las enfermeras que voluntariamente participen (Anexo 4). En éste, se explicará el motivo porqué han sido elegidas, el propósito del estudio, se asegurará el anonimato

mediante la identificación de las transcripciones de las entrevistas y grupos focales con códigos numéricos y se garantizará la confidencialidad de sus respuestas. Se enfatizará que nada de lo que expliquen será informado a la supervisora o a cualquier otro miembro de la dirección de enfermería. También se les comunicará que podrán abandonar el estudio en cualquier momento.

## **DIFICULTADES Y LIMITACIONES**

En su trabajo como enfermera del hospital donde se llevará a cabo el estudio, la investigadora es responsable de la realización de formación in situ y soporte metodológico a las enfermeras asistenciales del turno de mañana en relación con el uso de los sistemas de información y de la metodología enfermera. Puesto que existe una relación profesional estrecha y continuada en el tiempo entre las enfermeras asistenciales de este turno y la investigadora, este proceso de socialización previa entre investigadora y participantes podría condicionar sus respuestas; para compensar este efecto y con la voluntad de recoger todas las miradas, se invitará a participar a enfermeras de todos los turnos de trabajo.

Este estudio se centra en la comprensión de las dificultades en el proceso de individualización del plan de cuidados. Sin abarcar inicialmente las ventajas y bondades que puedan percibir las enfermeras y que posiblemente emerjan en su discurso. La focalización del tema de estudio en el fenómeno de las “dificultades” limita a priori la posibilidad de explorar el tema desde una perspectiva más amplia.

A pesar de incluir en el proceso investigador criterios de rigor metodológico como la credibilidad, la transferibilidad, la dependencia y procurar mantener la reflexividad durante todo el proceso, otra limitación de este estudio es que la percepción de las dificultades percibidas por las enfermeras, puede estar condicionada por el clima laboral relacionado con las limitaciones presupuestarias actuales del sistema de salud. Este es un factor a tener en cuenta por la posible influencia que pueda ejercer en la experiencia de los participantes con el fenómeno de estudio y por la dificultad que pueda producirse para conseguir la emersión de esta consideración.

## APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

No es objeto de la investigación cualitativa extrapolar resultados, sino profundizar en el proceso de comprensión de los fenómenos, aportar la generación de nuevas visiones y nuevos conocimientos. Este estudio puede contribuir a identificar las dificultades de las enfermeras en el proceso de individualización del plan de cuidados.

Una mayor comprensión del fenómeno de estudio podría orientar estrategias de mejora de los registros y del proceso de estandarización y de individualización. Conseguir unos planes de cuidados precisos y adecuados a los cuidados que requiere cada paciente, mejoraría la transmisión escrita de los cuidados entre las enfermeras y contribuiría a garantizar entre otros, el contenido mínimo referente a los registros enfermeros que debe incluir la historia clínica.

El conocimiento generado a partir de este estudio desde la orientación de la comprensión de las enfermeras del impacto del proceso de individualización en la calidad de los cuidados y en la seguridad de los pacientes puede facilitar el desarrollo de investigaciones posteriores y/o la formulación de reflexiones en la práctica.

## CRONOGRAMA

	2012				2013								2014							
	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
Solicitud de permisos																				
Selección de participantes, realización entrevistas y grupos focales, transcripción y análisis																				
Redacción del informe científico																				

## BIBLIOGRAFÍA

- Ammenwerth E., Kutscha U., Kutscha A., Mahler C., Eichstädter R. & Haux R. (2001) **Nursing process documentation systems in clinical routine – prerequisites and experiences.** *International Journal of Medical Informatics* 64, 187-200.
- Annells M. (1997) **Grounded theory method, part I: within the five moments of qualitative research.** *Nursing Inquire* 4,120-129.
- Carpenito L.J. (2003) **Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica**, 9ª ed. MCGraw-Hill Interamericana, Madrid.
- Castellà M., Creus M.J., Díez B., Martí N., Barberà M.A. & Andrés I. (2011) **Proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado mediante un sistema de información. Caso clínico: Ictus.** *Nursing* 29, 52-58.
- Dahm M.F. & Wadensten B. (2008) **Nurses' experiences of and opinions about using standardized care plans in electronic health records – a questionnaire study.** *Journal of Clinical Nursing* 17, 2137-2145.
- Jansson I., Bahtsevani C., Pilhammar-Andersson E. & Forsberg A. (2010) **Factors and conditions that influence the implementation of standardized nursing care plans.** *The Open Nursing Journal* 4, 25-34.
- Jiménez J.C. & Cerrillo D. (2010) **Registros de enfermería: un espejo del trabajo asistencial.** *Metas de Enfermería* 13, 8-11.
- Juvé M.E. (2012) **Terminología enfermera de interfase. Fundamentos filosóficos y teóricos para su desarrollo y validación (I).** *Revista Rol de Enfermería* 35, 20-25.
- Juvé M.E. (En prensa) **Terminología de interfase: evaluación inductiva para la conceptualización del proceso enfermero.** *Nursing*.

- Juvé M.E., Matud C., Farrero S., Jiménez H., Rodríguez E., Martínez M. et al. (2010) **Intensidad de cuidados enfermeros: ¿Cargas de trabajo o complejidad individual?**. *Metas de Enfermería* 13, 6-14.
- Kurihara Y., Kusunose T., Okabayashi Y., Nyu K., Fujikawa K., Miyai C. & Okuhara Y. (2001) **Full implementation of a computerized nursing records system at Kochi Medical School Hospital in Japan**. *Computers in Nursing* 19, 122-9.
- Larrabee J.H., Boldreghini S., Elder-Sorrells K., Turner Z.M., Wender R.G., Hart J.M. & Lenzi P.S. (2001) **Evaluation of documentation before and after implementation of a nursing information system in an acute care hospital**. *Computers in Nursing*, 19, 56-65.
- Lee T-T. (2005a) **Nurses' concerns about information systems: analysis of comments on a computerized nursing care plan system in Taiwan**. *Journal of Clinical Nursing* 14, 344-53.
- Lee T-T. (2005b) **Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans**. *Journal of Clinical Nursing* 14, 640-647.
- Lee T-T. (2006) **Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system**. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1376-1382.
- Lee T-T. & Chang P-C. (2004) **Standardized care plans: experiences of nurses in Taiwan**. *Journal of Clinical Nursing* 13, 33-40.
- Lee T-T., Yeh C.H. & Ho L.H. (2002) **Application of a computerized nursing care plan system in one hospital: experiences of ICU nurses in Taiwan**. *Journal of Advanced Nursing* 39, 61-67.
- Mason C. (1999) **Guide to practice or 'load of rubbish'? The influence of care plans on nursing practice in five clinical areas in Northern Ireland**. *Journal of Advanced Nursing* 29, 380-387.

- Medina M.J., Rodríguez M.A., Luque O., de la Torre M.J., Parra J. & Moros M.P. (2012) **Estudio evaluativo sobre una herramienta informática de gestión enfermera en el periodo 2005-2010.** *Enfermería Clínica* 22, 3-10.
- Newton C. (1995) **A study of nurses' attitudes and quality of documents in computer care planning.** *Nursing Standard* 9, 35-39.
- Nykänen P., Kaipio J. & Kuusisto A. (2012) **Evaluation of the national nursing model and four nursing documentation systems in Finland – Lessons learned and directions for the future.** *International Journal of Medical Informatics* 1-14. doi:10.1016/j.ijmedinf.2012.02.003.
- Strauss A. & Corbin J. (2002). **Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada**, 1ª ed. Editorial Universidad de Antioquía. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía, Colombia.
- Suhonen R., Papastavrou E., Efstathiou G., Lemonidou C., Kalafati M., Antunes da Luz M.D. et al. (2011) **Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison.** *Journal of Advanced Nursing* 67,1895-1907.
- Thoroddsen A., Ehnfors M. & Ehrenberg A. (2011) **Content and completeness of care plans after implementation of standardized nursing terminologies and computerized records.** *Computers, informatics, nursing* 29, 599-607.
- Timmons S. (2003) **Resistance to computerized care planning systems by qualified nurses working in the UK NHS.** *Methods of Information in Medicine* 42, 471-476.
- Verwey R., Claassen R.A.B., Rutgers M.J. & De Witte L.P. (2008) **The implementation of an electronic nursing record in a general hospital in the Netherlands: lessons to learn.** *Studies in Health Technology and Informatics* 141, 130-138.

Vizoso H., Lyskawa M. & Couey P. (2008) **Standardized nursing care plan: a case study on developing a tool for clinical research.** *Western Journal of Nursing Research* 30, 578-587.

Wibe T., Edwin E., Husby E.H. & Vedal T. (2006) **Implementation of nursing care plan in the electronic patient record (EPR). Findings and experiences.** *Studies in Health Technology and Informatics* 122, 309-313.

Yeh S.H., Jeng B., Lin L.W., Ho T.H., Hsiao C.Y., Lee L.N. & Chen S.L. (2009) **Implementation and evaluation of a nursing process support system for long-term care: a Taiwanese study.** *Journal of Clinical Nursing* 18, 3089-3097.

# **ANEXOS**



## Anexo 1

### GUÍA INICIAL DE LAS ENTREVISTAS

- a) Método empleado en el proceso de individualización del PCE.
  - a. ¿Podrías describir los pasos que sigues para seleccionar el PCE y adaptarlo a los cuidados que precisa el paciente al ingreso?
  
- b) Percepción del nivel de destreza en el uso de planes de cuidados.
  - a. ¿Cómo consideras que es tu nivel de habilidad cuando quieres modificar algún elemento del plan de cuidados? ¿Por qué?
  
- c) Dificultades en la individualización del PCE.
  - a. ¿Qué dificultades crees que puedes tener cuando quieres registrar los cuidados del paciente en el plan?

## Anexo 2

### PLANTILLA DEL OBSERVADOR: GRUPOS FOCALES

	Nº INTERVENCIONES	INTERACCIONES CON OTROS PARTICIPANTES	LENGUAJE VERBAL	NO	TONO DE VOZ	OTRAS OBSERVACIONES
PARTICIPANTE 1						
PARTICIPANTE 2						
PARTICIPANTE 3						
PARTICIPANTE 4						
PARTICIPANTE 5						
PARTICIPANTE 6						
PARTICIPANTE 7						
PARTICIPANTE 8						
PARTICIPANTE 9						



## Anexo 4

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERA

Entrevista en profundidad

Grupo focal

**Título del estudio:** “Dificultades percibidas por las enfermeras en el proceso de individualización del plan de cuidados estándar”

Investigador principal: Mònica Castellà

Usted ha sido elegido/a para participar en este estudio por considerarle una persona que puede aportar información relevante sobre el tema a investigar.

El propósito del estudio es detectar las dificultades que puedan presentar las enfermeras en la individualización del plan de cuidados estándar para poder mejorar este proceso y aumentar la calidad de los registros de los pacientes.

Se me ha informado que las conversaciones serán grabadas en audio y que serán confidenciales. En ningún caso se podrá identificar a los participantes. Sólo el equipo investigador tendrá acceso a los datos.

Se me ha informado de la duración del estudio. Que puedo renunciar a contestar alguna pregunta y que puedo abandonarlo en cualquier momento. También, se me ha informado que el estudio se realiza sin ánimo de lucro y que no recibiré ninguna compensación económica por participar.

Manifiesto que entiendo todo lo que se me ha explicado y que acepto participar libremente.

FECHA:

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

TELÉFONO DE CONTACTO:

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR