



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE ENFERMARÍA E PODOLOXÍA

**MÁSTER EN INVESTIGACIÓN, ORDENACIÓN Y
EVALUACIÓN DE SERVICIOS SOCIO SANITARIOS**

Curso académico 2015/2016

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**VIVENCIAS Y EXPECTATIVAS DE LOS
USUARIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN A
LA DISCAPACIDAD FÍSICA EN RELACIÓN A
SUS CUIDADOS**

M^a Beatriz Grueiro Maroño

Septiembre de 2016

DIRECTORAS:

Dra. M^a Jesús Movilla Fernández

Dra. Natalia Rivas Quarneti

INDICE

INDICE.....	3
1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
2.1. La Dependencia e Institucionalización.....	5
2.2. Marco conceptual del cuidado.....	11
2.3. Justificación.....	15
3. OBJETIVOS.....	17
4. METODOLOGÍA.....	18
4.1. Encuadre metodológico.....	18
4.2. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	19
4.3. Contextualización de la investigación.....	20
4.4. Escenarios de observación.....	20
4.5. Población a estudio y muestreo.....	26
4.6. Entrada al campo de investigación.....	29
4.7. Técnicas de recogida de la información.....	30
4.8. Análisis de la información.....	30
4.9. Criterios de rigor y credibilidad.....	31
5. TEMPORALIZACIÓN.....	32
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	33
7. PLAN DE DIFUSION DE RESULTADOS.....	34
8. FINANCIACIÓN.....	35
9. AGRADECIMIENTOS.....	37
10. BIBLIOGRAFÍA.....	38
11. ANEXOS.....	41
11.1. Anexo I. Abreviaturas y Nomenclatura.....	42
11.2. Anexo II. Autorización Director Gerente del CAMF.....	43
11.3. Anexo III. Declaración del consentimiento informado del usuario.....	44
11.4. Anexo IV. Carta de presentación de la documentación al Comité Ético de Investigación de Galicia.....	45

1. RESUMEN

Introducción:

La institucionalización ofrece y garantiza la cobertura de las tareas cotidianas como alimentación, aseo, eliminación, movilidad, cuidados sanitarios, mantenimiento de capacidades, etc. Se establecen pautas en función de las necesidades de cada usuario, se prestan cuidados enfocados al aspecto físico y a las capacidades perdidas. El trabajo en una centro residencial puede volverse rutinario, de forma que la atención que se presta dejar de ser adecuada, ya que no se están cubriendo todas las necesidades de la persona, hay que tener en cuenta como quieren ellos ser cuidados y que necesidades reales tienen, en todos los aspectos de su vida. Esta situación justifica la necesidad de investigar cómo son percibidos los cuidados por parte de los usuarios con el fin de adaptar nuestras intervenciones a sus necesidades reales.

Objetivos:

Objetivo principal: conocer cómo vivencian los usuarios los cuidados asistenciales recibidos en un centro sociosanitario.

Objetivos específicos: conocer sus expectativas sobre los cuidados, a fin de incrementar la calidad de los mismos y mejorar su atención asistencial. Conocer los factores que los usuarios señalan como causa de satisfacción e insatisfacción en la atención prestada.

Material y Método:

Diseño cualitativo de fenomenología hermenéutica o interpretativa mediante entrevistas en profundidad como principal método de recogida de datos.

El estudio se llevará a cabo en un Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física. Se limitará a los usuarios del centro que residan en el centro con carácter de “permanente”.

Palabras clave:

Investigación cualitativa. Vivencias usuarios. Calidad percibida. Atención asistencial. Discapacidad física.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. La Dependencia e Institucionalización

La Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a Personas en Situación de Dependencia define la **Dependencia** como:

“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”. (1)

Los motivos que llevan a la situación de dependencia son:

- 1-La dependencia derivada del envejecimiento.
- 2-La dependencia por causa de discapacidad o limitación que se ha incrementado por los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas.
- 3-Las consecuencias derivadas de los índices de siniestralidad vial y laboral. (1)

Aunque la actual Ley ofrece ayudas para potenciar la permanencia en el hogar de las personas en situación de dependencia, no siempre es posible y se recurre a la institucionalización por diversas causas, generalmente debido a la falta de recursos familiares y las grandes discapacidades que precisan de cuidados continuos.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales, (IMSERSO) está adscrito a la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, como Entidad Gestora de la Seguridad Social, ejerciendo las competencias que le atribuyen el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio y los

Vivencias y expectativas de usuarios de un CAMF en relación a sus cuidados

artículos 1 b) Y 8 h) del Real Decreto 1226/2005, de 13 de octubre, que regula la estructura orgánica y funciones del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, correspondiendo al mismo las competencias en materia de servicios complementarios de las prestaciones del sistema de Seguridad Social.

Además de las facultades anteriormente señaladas, el Instituto tiene asignado el desarrollo, junto con las Comunidades Autónomas, de las prestaciones establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. En virtud de ello, deben ser objeto de desarrollo los cuidados profesionales y no profesionales así como la asistencia personal para personas en situación de dependencia, promoviendo las condiciones precisas para que estas personas puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.

Dentro de las competencias del IMSERSO se encuentra la propuesta, gestión y seguimiento de planes de servicios sociales de ámbito estatal en las áreas de personas mayores y de personas dependientes.

Los primeros diseños de Centros en el IMSERSO se redactaron en 1977 en el contexto de la Recuperación Profesional de las personas discapacitadas, en un enfoque bastante integral e individualizado para los años que corrían, y bajo los objetivos de alcanzar la máxima integración social y la adquisición de su autonomía. Fue entonces, cuando se vislumbró la necesidad de preparar un hábitat adecuado para aquellas personas cuya discapacidad no era igualmente rehabilitable y requerían de un programa de cuidados y servicios asistenciales, para lo que se elaboraron los Centros de Atención a Discapacitados Físicos Graves (CAMF), con los que el IMSERSO mantiene un alto nivel de cuidado, dada la condición de absoluta dependencia entre sus beneficiarios, e instituyéndose de esta forma los Centros Residenciales con carácter permanente donde el CAMF se ofrecía como una modalidad o alternativa

Vivencias y expectativas de usuarios de un CAMF en relación a sus cuidados

institucionalizada. Los CAMF se especializaron en atender a personas altamente dependientes, o bien involutivos, o con dificultades de incorporación familiar, constituyendo por tanto un banco de experimentación privilegiada para desarrollar formas de cuidado y asistencia de las personas dependientes. (2)

Actualmente el IMSERSO ofrece una serie de centros para las personas con discapacidad:

-Centros de Recuperación de Personas con Discapacidad Física (CRMF), cuyo objetivo es ofrecer a las personas con discapacidad física y/o sensorial en edad laboral todas aquellas medidas que hagan posible su recuperación personal y profesional que faciliten su integración laboral.

-Centro de Atención de Personas con Discapacidad Física (CAMF), que están destinados a la atención integral, en régimen de internado y media pensión de aquellas personas con discapacidad física que, careciendo de posibilidades razonables de recuperación profesional a consecuencia de la gravedad de su discapacidad, encuentran serias dificultades para conseguir una integración laboral y para ser atendidos en ABVD en régimen familiar o domiciliario. (2)

-Centros de Referencia Estatal (CRE), son un recurso de servicios sociales dedicado a la innovación y mejora de la amplia red de centros y servicios que trabajan para las personas en riesgo o en situación de dependencia en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Una de sus funciones es la promoción y desarrollo de buenas prácticas en materia de prevención, promoción de la autonomía personal y atención a las personas dependientes en quienes están especializadas. (2)

-Centros para Mayores. (Ceuta y Melilla)

-Centros Base. (Ceuta y Melilla)

Vivencias y expectativas de usuarios de un CAMF en relación a sus cuidados

La Institucionalización

Se define el término “institucionalización” como la situación en la que se encuentra una persona, en régimen de interno, dentro del cual reside y realiza todas sus actividades de la vida diaria. La institución, por tanto, se convierte en el entorno físico y social donde tiene lugar sus ocupaciones. (3)

La institucionalización conlleva efectos positivos pero también negativos a nivel asistencial al aplicar protocolos para tratar realidades colectivas y no realidades individuales.

La institución debería de ser la alternativa al domicilio, sería ideal que fuesen espacios donde los usuarios pudiesen tomar sus decisiones y continuar con sus propios cuidados (ABVD y AIVD) en función de sus necesidades y capacidades individuales. (4)

El centro objeto de estudio es el CAMF de Ferrol, la finalidad de esta institución es la atención integral a personas con discapacidad física y/o sensorial, usuarios con grandes discapacidades y por tanto grandes necesidades de asistencia y que no tienen posibilidad de recuperación, por ello el objetivo principal es mejorar la calidad de vida.

El hecho de pertenecer a una institución (CAMF) implica formar parte de un preciso engranaje en el que cada una de sus piezas debe perseguir el mismo interés común.

Se trata de un conjunto de ideas, usos y costumbres, así como de elementos materiales, edificios, patrimonio, etc. Que forman un todo coordinado y organizado. Existen ciertas particularidades en un medio institucional que hacen que la relación Enfermera- Usuario difiera de un medio “abierto” (externo).

Un rasgo muy común en la mayoría de los pacientes es la pasividad; hay una necesidad constante de refuerzo positivo para la consecución del

seguimiento de las medidas terapéuticas adoptadas, rol desempeñado por la familia en los pacientes “externos”.

Dentro del CAMF cualquier medida terapéutica a emplear requiere una trama organizativa para lograr el objetivo: su cumplimiento (el propio paciente, en la mayoría de los casos no se auto administra la medicación, no puede controlar su tipo de dieta, sus horarios de levantarse-encamarse, sus curas...porque es dependiente para todas estas actividades.) Resulta indispensable que todo el personal de la institución implicado en estas tareas reciba la información adecuada en los plazos de tiempo suficientes para su correcta realización.

Nos encontramos pues, ante pacientes crónicos y progresivos institucionalizados.

Tipos de Usuarios (5)

Según la etiología de sus secuelas

1-Trastornos perinatales, que dejan secuelas neurológicas: parálisis cerebral infantil (PCI), siringomielia, etc.

La institucionalización de este tipo de personas presenta algunos rasgos característicos, que nos permiten diferenciar dos tipos:

- sujetos que ahora son adultos y pasaron su infancia institucionalizada, por lo tanto muy bien adaptada a la institución y buenos conocedores de sus recursos. Pero el contacto con la realidad social es escaso y se hacen muy dependientes de la misma.
- en el otro extremo, se encuentran aquellos pacientes que han sido cuidados en su domicilio, casi exclusivamente por su familia, y que

Vivencias y expectativas de usuarios de un CAMF en relación a sus cuidados

deben recurrir a una institución en la edad adulta, la adaptación suele ser difícil al desaparecer la sobreprotección familiar.

2-Trastornos sobrevenidos:

- Postraumáticos: lesión medular y traumatismo craneoencefálico (TCE)
- Vasculares
- Tumorales

La principal característica de estos pacientes viene determinada por el hecho de que la discapacidad es para ellos una situación sobrevenida de manera brusca, supone un cambio radical en su vida cotidiana, en la mayoría de los casos, una ruptura laboral, social e incluso familiar. Pasan a ser dependientes, en mayor o menor grado, de una tercera persona, y se ven obligados a adquirir nuevos hábitos en todas las ABVD.

Es necesario reeducarlos en su autocuidado: nutrición (adecuarla al sedentarismo), higiene postural (prevención de escaras), eliminación (urinaria-utilización de colectores, adiestramiento en autosondajes, etc., y fecal).

3-Trastornos neurológicos degenerativos:

- Enfermedades desmielinizantes: esclerosis múltiple, ataxia de Friedreich.
- Síndromes que combinan demencia con otros signos neurológicos: enfermedad de Huntington.
- Síndromes de postura anormal, temblor y movimientos involuntarios: enfermedad de Parkinson.

En el caso de los usuarios con enfermedades degenerativas, la principal característica en la relación paciente-institución viene determinada por el carácter progresivo de dichas enfermedades. Son personas que deben

adaptarse a la progresión de los síntomas, a la pérdida funcional y al aumento paulatino de dependencia de terceras personas.

Suelen aparecer complicaciones relacionadas específicamente con cada enfermedad (Ataxia de Friedreich suele cursar con miocardiopatía y diabetes mellitas insulino dependiente, etc.) (5) y por ello es importante prever las posibles complicaciones, para mejorar el proceso de adaptación.

También existen las complicaciones comunes a todos los trastornos neurológicos que cursan con inmovilidad, vejiga e intestino neurógenos: alteraciones de la deglución, aparición de úlceras por presión, infecciones de orina de repetición, estreñimiento, pseudo-oclusión intestinal, etc. Se requieren medidas de prevención, tratamiento y cuidados de las mismas.

2.2. Marco conceptual del cuidado

El cuidado abarca tratar a las personas como un todo, conceptualizando esto en las esferas de la salud (biológico, psicológico, social, espiritual) con el fin de mantener las necesidades que no pueden ser cubiertas por si mismas. El cuidado es algo aprendido durante nuestra formación como profesionales de la salud, siendo éste un aspecto que se debe llevar a cabo desde un punto de vista holístico, enfatizándolo ya que muchas veces no se le da la importancia que tiene.

El acto de cuidar es una acción netamente humanista que tiene connotaciones en tres áreas: el obrar, el hacer y el conocer. Intervienen muchos elementos entre los que encontramos:

- Los que tienen que ver con el valor de la persona: su dignidad, su vida, la relación solidaria, el ejercicio de la autonomía, la confianza y el bienestar individual y social.
- Las formas como actuamos: la unidad, la veracidad, la rectitud, la honradez, el buen juicio y las creencias.

- El significado: de la vida, la belleza, la felicidad, la perfección, la salud, la actualización y la competencia profesional, ambiente social y laboral seguro, trabajo en equipo.

Todos inherentes al ser humano en el ejercicio de su humanidad, principalmente en el ejercicio de sus valores. (6)

Hemos de reflexionar que únicamente a través de una buena retroalimentación, al contenido, al sentimiento, a la demanda de nuestro interlocutor, podemos saber si hablando de lo mismo decimos lo mismo. (7).

El cuidado puede ser entendido en función de la contextualización del mismo, así entendido por algunas autoras es la acción encaminada en hacer algo por alguien (8), rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica (9), forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y enfrentar dificultades propias de la vida (10).

Repasando definiciones de cuidado y de cuidar podemos ver que en función de las influencias recibidas por parte de los autores encontramos diferentes tendencias, unas con aires filosóficos, con influencias humanísticas o existencialistas. Muchas de estas autoras están de acuerdo en que la acción de cuidar no es solo instrumental sino que, además, supone un encuentro entre personas que llevan a cabo una transacción intersubjetiva entre ellas y que se produce en un momento y espacio concreto, que los filósofos denominan Kairos (11) y con una finalidad determinada. Esta definición corresponde a autoras que entienden el cuidado en el marco de una enfermería humanista. (12)

Para este estudio nos fundamentaremos en la Teoría del Cuidado Transpersonal de Watson que ha sido llamado filosofía, proyecto de diseño, ética, paradigma, visión del mundo, tratado, modelo conceptual, marco organizador y teoría. (13)

La Teoría de Watson nos permite regresar a nuestras raíces y valores profesionales más profundos; representa el arquetipo de enfermera ideal. El cuidado deja constancia de nuestra identidad profesional en un

contexto donde los valores humanos son constantemente cuestionados y cambiados. La Teoría de Watson sostiene que este cuidado contribuye a que tales valores estén presentes y la enfermería no sea concebida “solo como un trabajo”. La Teoría de Watson ofrece una fundamentación ética y filosófica para la enfermería de hoy y de mañana. Su enfoque humanístico, basado en los valores que incorpora su teoría, permite brindar apoyo a la enfermería y al cuidar humano en las instituciones (14). En su teoría muestra un interés por el concepto del alma y enfatiza la dimensión espiritual de la existencia humana. Watson afirma que su orientación es existencial-fenomenológica y espiritual y que se basa, en parte, en la filosofía oriental. También adopta el pensamiento de la escuela humanista, existencial y de la psicología transpersonal. Su pensamiento se fundamenta en filósofos tales como Heidegger, Marcel, Buber, May, Mayeroff, Gilligan y Noddings (15).

Watson expone su Teoría del cuidado humano centrada en el cuidado enfermero y en fenómenos existenciales, es decir, plantea una teoría que no se centra únicamente en el cuerpo físico, alcanza los misterios espirituales y las dimensiones existenciales de la vida y la muerte. Desarrolla el Cuidado Transpersonal, entendido como “contacto de los mundos subjetivos de enfermera y paciente, abarcando la atención física, mental, emocional y espiritual” (16).

En su teoría habla sobre el cuidado y sus características, determinando una serie de hipótesis:

1. El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado en una relación interpersonal.
2. El cuidado está condicionado a los factores de cuidado.
3. El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento personal-familiar.
4. Ambiente de cuidado: el que permite al individuo elegir la mejor opción.
5. Ciencia del cuidado: complementaria a la ciencia curativa.
6. Los cuidados son centrales en la práctica enfermera

La gestión del cuidado enfermero para esta autora se caracteriza por girar alrededor de una serie de postulados, a los que Watson llamó “Factores Caritativos de Cuidados”:

1. La formación de las enfermeras debe ser humanista-altruista.
2. En el cuidado al individuo se debe integrar la atención a la fe y la esperanza.
3. Las enfermeras deben cuidar atendiendo la sensibilidad "hacia uno mismo y hacia los otros".
4. Promover una relación de ayuda y confianza.
5. Aceptar los sentimientos positivos y negativos.
6. Desarrollo creativo de los cuidados enfermeros para la resolución de problemas.
7. Impulsar una enseñanza interpersonal.
8. Las enfermeras deben crear un ambiente protector a nivel físico, mental, espiritual y sociocultural.
9. Asistir para satisfacer las necesidades humanas existentes.
10. Se deben reconocer las fuerzas fenomenológicas y existenciales.

Así, podemos concluir diciendo que el cuidado enfermero para Watson es “una atención experimentable, contextual y metafísica, basada en un sistema de valores que reconoce el poder del amor, la fe, la compasión y la conciencia asociada con un profundo respeto por la maravilla y el misterio de la vida”. (17)

Por todo lo citado hasta ahora queremos enfocar nuestro trabajo desde el punto de vista del Cuidado de Watson ya que entendemos el cuidado desde la valoración integral de la persona en todas sus dimensiones, como un ser único que tiene derecho a decidir y participar en su cuidado, se pretende prestar cuidados humanizados, centrándonos en la persona, sus necesidades, vivencias y expectativas, para poder dar calidad de vida centrada en la persona.

2.3. Justificación

Investigar el cuidado a través de la percepción de los usuarios es un proceso complejo que depende tanto de la información que nos entregan, como las experiencias de quién percibe; enfocado a la percepción del cuidado del profesional, se puede afirmar que, éste juzga según lo que la persona percibe y no a como lo ve directamente el profesional de la salud.

La importancia de este tema viene dada por el número de personas que, a día de hoy, se encuentran institucionalizadas en centros asistenciales de Atención a Personas con Discapacidad Física (CAMF).

Son centros de ámbito estatal destinados a la atención integral, en régimen de internado y media pensión de aquellas personas con discapacidad física que, careciendo de posibilidades razonables de recuperación profesional a consecuencia de la gravedad de su discapacidad, encuentran serias dificultades para conseguir una integración laboral y para ser atendidos en sus necesidades básicas de las actividades de la vida diaria en régimen familiar o domiciliario.

En España existen cinco centros de este tipo, pertenecientes al IMSERSO dentro del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. El número de usuarios de cada centro varía, en función de las características de los mismos, pero el IMSERSO gestiona un total de 608 plazas, 560 de internado y 48 de media pensión.

Los CAMF se encuentran en Alcuéscar (Cáceres), Ferrol (A Coruña), Guadalajara, Leganés (Madrid) y Pozoblanco (Córdoba)

En el CAMF de Ferrol el número de plazas es de 110 usuarios en régimen de internado y 15 usuarios en régimen de media pensión.

Los usuarios de este CAMF son personas que tienen discapacidad física con necesidades de apoyo para poder realizar las tareas básicas de la vida diaria. La institución ofrece y garantiza la cobertura de las tareas cotidianas como alimentación, aseo, eliminación, movilidad, cuidados sanitarios, mantenimiento de capacidades a través de los distintos departamentos de rehabilitación, etc.

Vivencias y expectativas de usuarios de un CAMF en relación a sus cuidados

Se establecen pautas en función de las necesidades de cada usuario, se prestan cuidados enfocados al aspecto físico y a las capacidades perdidas. El trabajo en una centro residencial puede volverse rutinario, de forma que la atención que se presta dejar de ser adecuada, ya que no se están cubriendo todas las necesidades de la persona, hay que tener en cuenta como quieren ellos ser cuidados y que necesidades reales tienen, en todos los aspectos de su vida.

Tenemos que preguntarnos ¿Cómo vivencian ellos la atención que se les presta?, ¿estamos cubriendo sus necesidades en todos los aspectos de su vida?, ¿prestamos cuidados en función a las necesidades reales o a las necesidades de la Organización?

3. OBJETIVOS

- Objetivo principal: conocer cómo vivencian los usuarios los cuidados asistenciales recibidos en un centro sociosanitario.
- Objetivos específicos:
 - conocer sus expectativas sobre los cuidados, a fin de incrementar la calidad de los mismos y mejorar su atención asistencial.
 - conocer los factores que los usuarios señalan como causa de satisfacción e insatisfacción en la atención prestada.

4. METODOLOGÍA

Esta investigación se realiza a través de metodología cualitativa, la cual trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones (18, 19). Se trata de un intento para obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal y como nos la plantean las personas, es por ello que, en este tipo de investigación, la tarea fundamental del investigador, consiste en entender el mundo complejo de la experiencia vivencial desde el punto de vista de quienes la experimentan. (20)

4.1. Encuadre metodológico

Este estudio se realizará con paradigma interpretativo. El marco teórico elegido es la fenomenología hermenéutica o interpretativa, ya que el punto de partida de la fenomenología es su consideración y acercamiento al “mundo de la vida”, es decir, a las experiencias y vivencias en el mundo y, por tanto, la fenomenología nos otorga la opción de acercarnos al ser. (21)

Permite conocer la construcción de los significados de la experiencia vivida por un sujeto en su interacción social. Por ejemplo, permite indagar sobre como vivencia un fenómeno una persona o grupo.

La fenomenología, corriente filosófica impulsada por Edmund Husserl (1859-1938), fundamenta la investigación cualitativa planteando que la realidad puede ser conocida a través de la abstracción teórica, analizando las cualidades de la experiencia y permitiendo aprehender la esencia misma del fenómeno. Utilizada en investigaciones de enfermería, la fenomenología permite estudiar el mundo tal y como se presenta en la conciencia. (22)

El punto de partida de la fenomenología es su consideración y acercamiento al “mundo de la vida”, es decir, a las experiencias y vivencias en el mundo y, por tanto, la fenomenología nos otorga la opción de acercarnos al ser. (21)

4.2. Estrategia de búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en los meses de julio y agosto del año 2016 y llevado a cabo en diferentes bases de datos, tanto nacionales como internacionales. Entre ellas se encuentran:

PubMed (MedLine), CINAHL, Cochrane Plus, CUIDEN Plus, Scopus, DIALNET y Google Scholar.

Los descriptores MeSH utilizados para la búsqueda han sido los siguientes:

- Investigación cualitativa

- Vivencias usuarios

- Calidad percibida

- Atención Asistencial

- Discapacidad Física

Se ha limitado la búsqueda bibliográfica de la siguiente manera:

- Años: 2006-2016.
- Idioma: castellano e inglés.

- Artículos de revisión. Publicaciones

También se ha recogido información a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, de donde se ha extraído bibliografía útil para este trabajo.

Vivencias y expectativas de usuarios de un CAMF en relación a sus cuidados

4.3. Contextualización de la investigación

La investigadora principal es actualmente trabajadora del centro donde se realizará el estudio. Su puesto de trabajo está dentro del equipo directivo y su cargo es el de Responsable de Área Asistencial Residencial. Dentro de las funciones de gestión que lleva a cabo, está la coordinación de los servicios asistenciales que recibe el usuario en el día a día y por tanto conoce los cuidados que se le prestan por parte de los diferentes profesionales del centro.

Por su posición conoce a las personas sobre las que va a investigar, lo cual facilitara el acceso al campo, pero también puede limitar la intervención de algún participante ya que al conocerlo, pueda serle más difícil contar su realidad. Se limitara a describir, comprender e interpretar los datos.

Para evitar interpretaciones unilaterales de los datos el estudio cuenta con otra investigadora, que también trabaja en el centro como Trabajadora Social. Esta profesional conoce a todos los usuarios y tiene otra visión, ya que sus tareas principales cubren los aspectos de la atención centrados en su bienestar social y de relaciones.

Ambas investigadoras trabajarán con el mismo criterio para evitar así diferentes resultados en función de la persona que se entreviste.

4.4. Escenarios de observación

El estudio se llevará a cabo dentro del CAMF de Ferrol, que como ya hemos dicho anteriormente es un centro de atención a personas con discapacidad y cuyos **objetivos** son:

- Atención integral de los usuarios.
- Conservación, y en su caso, potenciación de sus capacidades a través de las técnicas adecuadas.
- La habilitación personal y social para su autocuidado en los aspectos que sea posible.

Vivencias y expectativas de usuarios de un CAMF en relación a sus cuidados

- La prestación de ayuda de tercera persona para suplir la carencia o insuficiencia de su capacidad funcional.
- Fomentar sus relaciones personales y sociales a través del ocio y tiempo libre y de otras actividades que se estimen idóneas.



Figura 1. Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física (CAMF) de Ferrol.

El edificio

Se distribuye en planta sótano donde se ubica la lavandería y servicios de mantenimiento, planta cero con servicios comunes como el comedor, cafetería, sala de estar, biblioteca, peluquería, talleres ocupacionales, administración, cocina, salas de atención y despachos de los distintos profesionales y cinco plantas de residencia donde se encuentran las 110 habitaciones individuales, de las cuales 10 pueden convertirse en dobles o compartidas en caso necesario por facilitar la convivencia de parejas o familias ingresadas en el centro.

- En la primera planta se encuentra la sala de enfermería, despacho de Gobernantía y Responsable de Área, el control de los cuidadores, un pequeño comedor y 28 habitaciones individuales.
- En la segunda planta hay un control de cuidadores y 28 habitaciones individuales.
- En la tercera planta tenemos 18 habitaciones y el control de los cuidadores. Las plantas cuarta y quinta cuentan con 18 habitaciones cada una, pero no tienen control de cuidadores ya que los que están en la tercera planta son los mismos que prestan atención a las tres plantas (3ª, 4ª y 5ª plantas).

Google

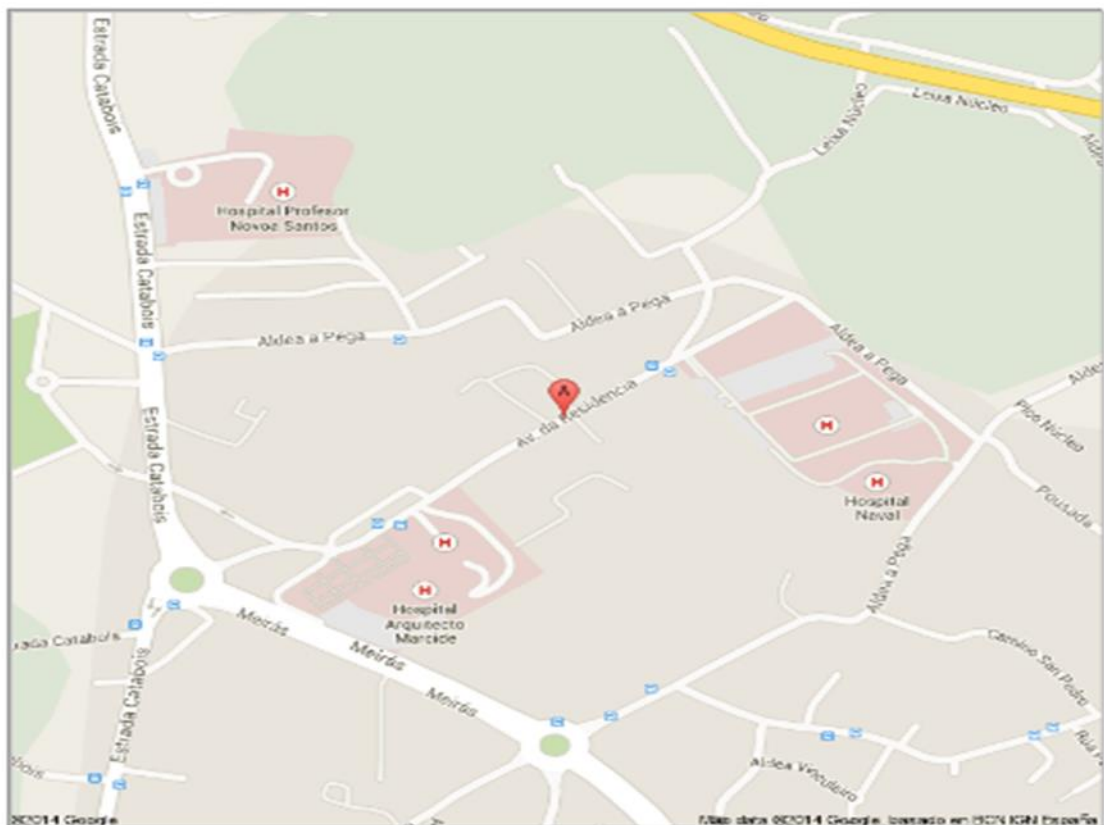


Figura 2. Avenida da Residencia 15405 Ferrol, A Coruña

Los usuarios

Podrán solicitar el ingreso en el Centro, en régimen temporal o permanente, las personas que reúnan los siguientes requisitos generales:

- Ser beneficiario del sistema de la Seguridad Social o tener derecho a las prestaciones de Servicios Sociales, en virtud de Ley o Convenio Internacional.
- Ser mayor de 16 años.
- Estar afectado por grave discapacidad y dependencia, a consecuencia de la cual precisa de la atención de otra persona para las actividades de la vida diaria y para mejorar su autonomía personal.

La admisión de las personas solicitantes que reúnan los requisitos anteriores se efectuará en base a los siguientes criterios técnico-facultativos:

- Estabilidad médica.
- Severas o graves limitaciones de su autonomía personal.
- Capacidad para una mínima convivencia en el Centro.

La Organización

1. Área de Dirección y Administración.
2. Área de Atención Residencial y de Centro de Día:
 - Servicio de Habitaciones y Limpieza.
 - Servicio de Lavandería.
 - Servicio de Comedor.
 - Servicio de Cocina.
 - Servicio de Mantenimiento.
 - Servicio de Transporte.
 - Servicio de Recepción y Comunicaciones.
 - Servicio de Talleres Ocupacionales.

3. Área de Atención Asistencial y de Promoción de la Autonomía Personal:

- Atención personal y de cuidados básicos.
- Cuidados de enfermería.
- Atención médica.
- Atención psicológica.
- Servicio de atención social.
- Servicio de fisioterapia.
- Servicio de terapia ocupacional.
- Servicio de logopedia

Distribución del personal asistencial por turnos y plantas de trabajo:

- Cuidadores en turno de mañana 7/8 por control de planta. En turno de tarde 4/5 y en turno de noche 2.
- Enfermería, tiene la base en la primera planta. En turno de mañana entre 2/4 para el total de usuarios. En turno de tarde 1/2 para el total de usuarios y en turno de noche hay 1 enfermera para todo el centro.
- Médicos, hay uno de mañana y otro de tarde de lunes a viernes.

El Equipo Profesional

La plantilla del CAMF, desglosada por grupos y categorías profesionales es la siguiente:

- Director- Gerente.
- Administrador.
- Responsable de cada una de las Áreas: Asistencial- Residencial (I y II) y de Gestión de Centros.
- Titulados Superiores de Actividades Específicas (Médicos y Psicóloga).

Vivencias y expectativas de usuarios de un CAMF en relación a sus cuidados

- Titulados Medios de Actividades Específicas (Enfermeros, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Logopeda y Trabajadora Social).
- Oficiales de Actividades Específicas (Cuidadores).
- Técnicos Superiores de Actividades Específicas (Maestros de Taller).
- Técnicos Superiores de Actividades Técnicas y Profesionales (Gobernanta, Jefe de Cocina y Cocineros de 1ª, Jefe de Servicios Técnicos y Técnicos de Mantenimiento).
- Oficiales de Actividades Técnicas y Profesionales (Cocineros de 2ª).
- Ayudantes de Actividades Técnicas y Profesionales (Camareros).
- Técnicos Superiores de Gestión y Servicios Comunes (Oficiales de Administración y Encargada de Almacén).
- Oficiales de Gestión y Servicios Comunes (Auxiliares de Administración, Subgobernanta y Conductores).
- Ayudantes de Gestión y Servicios Comunes (Conserje y Ordenanzas).

Los Servicios Externos con los que cuenta el CAMF son:

- Actividades de Animación Sociocultural (salidas a exposiciones, teatro, conciertos...)
- Actividades de ocio y tiempo libre (teatro, juegos de mesa, pesca, baños en la playa...)
- Actividades deportivas adaptadas (vela, natación, tiro olímpico, boccia...)
- Cafetería.
- Peluquería.
- Vigilancia.
- Limpieza.
- Servicios de mantenimiento de instalaciones.

4.5. Población a estudio y muestreo

Población

El total de usuarios del centro en la actualidad es de 112 de los cuales:

- Son hombres 74 personas (66.07%)
- Hay 38 mujeres (33.99%)
- 4 son usuarios en régimen de media pensión.
- 108 son usuarios en régimen de internado.
- Tienen discapacidad por causa traumática 41 personas (92.68% hombres y 7.31% mujeres) y discapacidad derivada de una enfermedad 71 personas (50.70% hombres y 49.29% mujeres). El porcentaje de hombres que sufren una patología traumática es mayor que el de mujeres. Por lo que las variables sexo y traumatismo están relacionadas
- Padecen algún trastorno cognitivo/psíquico 15 personas.

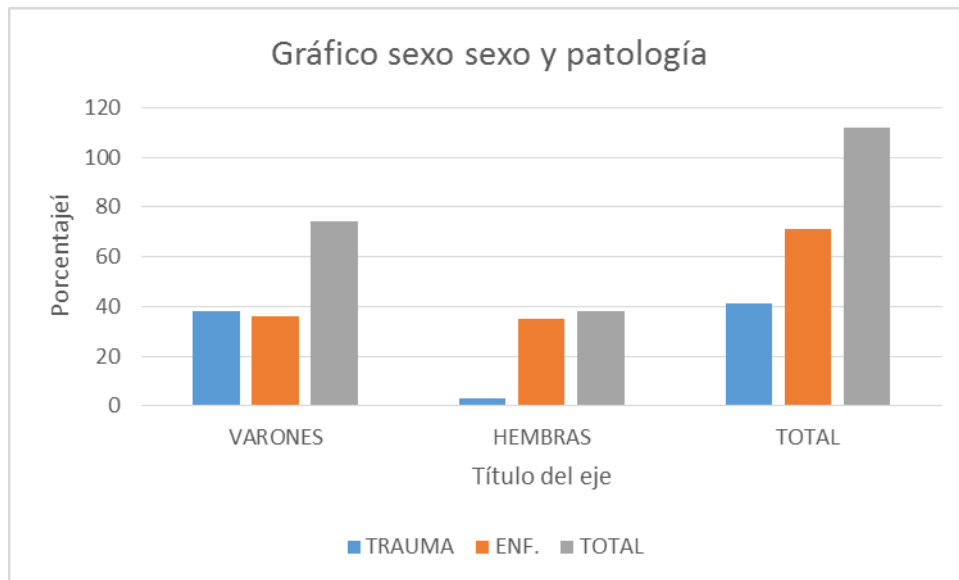


Gráfico 1. Relación entre sexo y patología

	VARONES	HEMBRAS	TOTAL
TRAUMA	38	3	41
ENF.	36	35	71
TOTAL	74	38	112

Tabla 1. Incidencia según sexo y patología

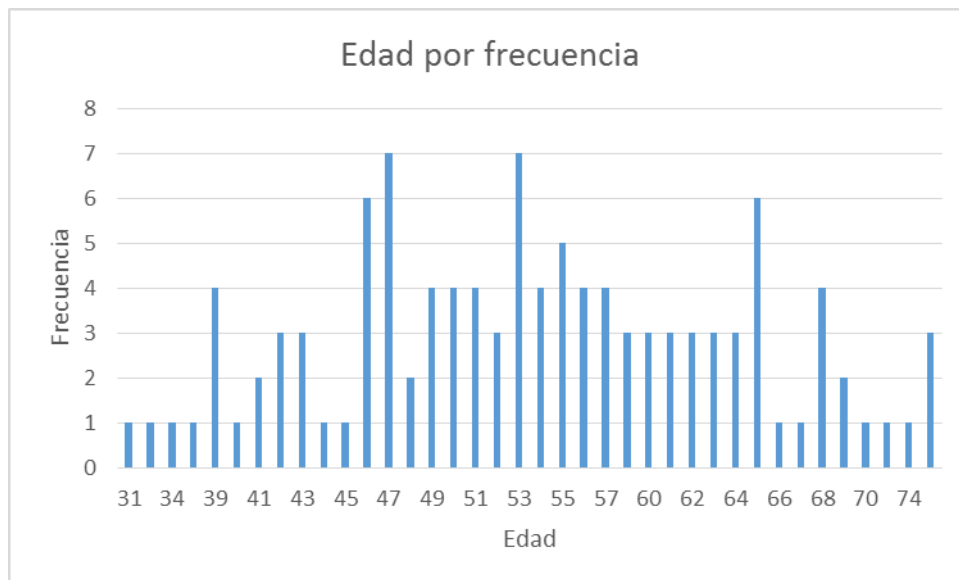


Gráfico 2. Frecuencia de edad

Los rasgos generales que describen el perfil de los usuarios del centro se pueden resumir en:

- Algunos tienen expectativas erróneas sobre la evolución de su enfermedad (debido al insuficiente contacto con la realidad externa a la propia institución y, como consecuencia, demandas excesivas y/o erróneas de tratamiento y mejoría).
- Un rasgo muy común a la mayoría de los usuarios es la pasividad; hay una necesidad constante de refuerzo positivo para la

consecución del seguimiento de las medidas terapéuticas adoptadas.

- El usuario corresponde al perfil de paciente crónico o progresivo que presenta unas características (depresión, irritabilidad, ansiedad, pasividad...) que requiere abordaje multidisciplinar.
- La edad de los usuarios es otra característica a tener en cuenta, ya que tenemos personas con más de 65 años que sería la edad máxima para permanecer en este tipo de centros, pero que debido a la falta otro recurso más apropiado, permanece en el centro; por ello tenemos usuarios cuya edad media son las 54 años de edad y con tramos de edad entre los 27 y los 78 años.

La población a estudio son los 112 usuarios del CAMF de Ferrol, se establece como criterio de inclusión:

- Tener firmado el consentimiento informado.
- Ser residente del centro en régimen de internado en el momento que se realiza el estudio.

Y como criterios de exclusión:

- Padecer una enfermedad mental o deterioro cognitivo grave que no permita la realización de una entrevista o que le impida al usuario tener contacto con la realidad diaria, como sería estar en coma vigil, etc.
- Presentar problemas graves para comunicarse y/o expresar de forma entendible.
- Ser usuario del centro en régimen de media pensión, ya que a este tipo de usuarios se le prestan pocos servicios asistenciales relacionados con los cuidados y la atención básica diaria.

Muestreo

En la investigación cualitativa la selección de las personas informantes, se realiza siguiendo el procedimiento de representación estructural, no estadístico.

En este tipo de muestreo las personas son seleccionadas de forma deliberada para ofrecer una variedad de opiniones con relación al tema. Se trata de elegir a personas representativas que puedan ofrecer información relevante, es decir, muestreo teórico intencionado.

La selección de la muestra se hará en el contexto del Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física de Ferrol. Se determina el muestreo de acuerdo con aquellos usuarios que han permanecido en el centro el período en el que se realizará el estudio.

El proceso de muestreo es teórico intencional, ya que se buscarán perfiles determinados. No se trata de un muestreo probabilístico por que no sigue un proceso aleatorio. Los informantes se elegirán según cumplan los criterios de inclusión.

De los usuarios del CAMF tenemos un total de 87 personas cumplen los criterios de inclusión.

De los 87 usuarios que podrían ser incluidos en el estudio tenemos que 60 son hombres y 27 son mujeres.

Sus edades van desde los 27 hasta los 78 años. El promedio de edad es de 54 años.

4.6. Entrada al campo de investigación

El acceso al campo de investigación se realizará mediante la investigadora principal, ya que forma parte de la plantilla de centro y conoce a los usuarios y también las características del centro.

Tras la obtención de informe favorable del Comité de Ética de Galicia se solicitará autorización al Director Gerente del Centro (Anexo II).

4.7. Técnicas de recogida de la información

Como técnica de recogida de datos se utiliza la entrevista abierta narrativa en profundidad que se realizarán en el propio centro, en una zona reservada para garantizar la confidencialidad de los participantes y lograr la anonimización de los mismos.

Los investigadores tendrán un diario o notas de campo donde irán reflejando la información que no queda recogida en las grabaciones, pero que ellos perciben.

4.8. Análisis de la información

Los datos se analizarán según tres subprocesos que propone Humberman y Miles (2000):

- Reducción de datos, seleccionar y condensar los datos.
- Presentación de datos, potenciar la mirada reflexiva del investigador.
- Elaboración y verificación de conclusiones.

El análisis de los datos es un proceso circular que comienza con la propia recogida de información y que está en continua ebullición hasta que se alcanza la saturación (23).

En este procedimiento, la investigadora: transcribe los datos, los interpreta y realiza un trabajo de categorización de los mismos que van surgiendo a medida que se analiza la información recogida, lo que determina el carácter inductivo del proyecto. Asimismo, con la finalidad de enriquecer y perfeccionar el conocimiento sobre el fenómeno, se ha contado con diferentes expertas externas para triangular la información en el análisis de datos (triangulación por investigadoras).

4.9. Criterios de rigor y credibilidad

Toda investigación debe responder a unos criterios regulativos, que permitan evaluar la autenticidad del proceso. Estos criterios se corresponden con los siguientes términos en metodología cualitativa:

- ✓ Credibilidad, para conseguir veracidad en el estudio, se recurre a este criterio (paralelo al de validez interna). Se consigue contratando fuentes de información y usando técnicas de triangulación. Para asegurar la credibilidad (24) nos basaremos en el trabajo prolongado y continuado en el campo, considerando esto como el tiempo que se ha estado trabajando diariamente con los usuarios así como el trabajo de campo que se realizará en la investigación. También se someterá la investigación a juicio de expertas externas en investigación cualitativa y enfermería.
- ✓ Transferibilidad, se persigue determinar la relevancia y las posibilidades de que las explicaciones e interpretaciones, como resultado de este estudio, se puedan aplicar a otros contextos. Para ello se realiza un muestreo teórico intencional, se describe de forma detallada y se enmarca el contexto.(24) Se conseguirá con descripciones detalladas del fenómeno observado y por supuesto con el muestreo teórico anteriormente mencionado.
- ✓ Consistencia, debe ser objetivo, se trata de neutralizar al investigador, para ello se debe verificar con los participantes y se reflejarán los sesgos del investigador. Se realizará la investigación por medio de dos investigadores (24). Se ha asegurado a través de la disposición de todos los datos registrados automáticamente. Se conservarán todos los documentos de registro y los esquemas de análisis llevados a cabo. La "objetividad" en un estudio cualitativo viene dada por la confirmabilidad residente en los datos. De este modo, la confirmabilidad en este estudio se ha basado en la triangulación por investigadoras.

5. TEMPORALIZACIÓN

Actividad	Julio/ Agosto 2016	Septiembre/ Octubre 2016	Diciembre 2016/ Marzo 2017	Abril/ Agosto 2017	Sept/ Octubre 2017
Diseño y revisión de la literatura	•				
Aspectos legales del CEIC		•			
Recogida de datos			•		
Análisis datos				•	
Memoria y publicación resultados					•

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- ✓ Consentimiento informado del usuario (Anexo III)
- ✓ Autorización del Director Gerente del CAMF (Anexo II)
- ✓ Se respetarán las normas de buena práctica de la Declaración de Helsinki
- ✓ Aceptación del estudio por el Comité Autonómico Ético de Investigación Clínica de Galicia. Servicio Galego de Saúde (Anexo IV)
- ✓ Protección de datos garantizando la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, con las modificaciones establecidas en la Ley 2/2011 de 4 de marzo de Economía Sostenible (el 5 del 2011), y por la Ley 3/2001, de 28 de Mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los paciente, teniendo en cuenta las modificaciones propuesta el 7 de Mayo del 2005.

7. PLAN DE DIFUSION DE RESULTADOS

Congresos

- Congreso Nacional de Gestión Sociosanitaria. Año 2018.
- Congreso Sociedad Española de Calidad Asistencial. Año 2018

Revistas Nacionales

- Calidad Asistencial (factor de impacto año 2015: 0.36)
- Cultura de los cuidados. (factor de impacto año 2015: 0.396)

Revista Internacional

- Journal of Family Nursing (factor de impacto año 2015: 1.775).

Otros

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

8. FINANCIACIÓN

Para el desarrollo y puesta en marcha de este estudio son necesarios una serie de recursos:

- ✓ **Recursos humanos:** la investigadora principal que pondrá en marcha este estudio, investigador colaborador, los informantes clave, un traductor para la búsqueda de documentación en otros idiomas distintos al español y un transcriptor o administrativo, para la redacción de las entrevistas.
- ✓ **Recursos estructurales o infraestructuras:** se consensuará el lugar de desarrollo de las entrevistas con los informantes. Las actividades de recopilación y análisis de los datos, la redacción del trabajo,...y en general las demás actividades que requieran la utilización de ordenadores, se llevarán a cabo en instalaciones de acceso gratuito y con posibilidad de conexión a internet.
- ✓ **Recursos inventariables:** el ordenador personal (necesario para poder registrar la información obtenida y elaborar, tanto el diseño como el proyecto final, en formato electrónico), los soportes de almacenamiento masivos, una impresora, una grabadora, una cinta regrabable y el paquete Office Microsoft.
- ✓ **Recursos fungibles:** material de papelería (bolígrafos, papel, gomas, lápices, sobres, grapadoras, rotuladores, tóner impresora, etc.)
- ✓ **Otros gastos:** llamadas telefónicas, acceso a internet, inscripción a congresos, gastos de envío. Además pueden surgir una serie de imprevistos o gastos para los que necesitamos destinar una parte

Memoria Económica

Material inventariable

- Ordenador _____ 700€
- Pendrive _____ 40€

Material fungible

- Material de oficina _____ 100€
- Impresión, fotocopias _____ 200€

Otros

- Servicio de Open Access _____ 1500€
- Traducción (Ingles, Gallego) _____ 200€
- Matrículas congresos _____ 600€
- Gastos asistencia a congresos _____ 1000€

Total: 4340 euros

Posibles fuentes de financiación

El IMSERSO, dentro del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ya que es parte interesada en la investigación al llevarse a cabo en un Centro de sus competencias.

9. AGRADECIMIENTOS

A los usuarios/residentes del CAMF, me han animado a seguir indagando sobre sus cuidados y me han aportado sus necesidades e intereses.

A la dirección del CAMF por haberme permitido realizar el proyecto del estudio sin ningún problema, facilitándome la comunicación con el equipo multiprofesional y los usuarios.

A mis directoras de proyecto, las profesoras Dra. M^a Jesús Movilla Fernández y Dra. Natalia Rivas Quarneti, por su ayuda y paciencia.

A mi familia y pareja, por la paciencia y apoyo que me han dado en todo momento, incluso cuando no tenía tiempo para ellos.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
2. Página web IMSERSO. www.imserso.es.
3. Fierro A. Investigaciones sobre los efectos de la institucionalización en los retrasos mentales (71-80). Universidad de Salamanca.
4. Rojas Ocaña M^a J, Toronjo Gómez A, Rodríguez Ponce C, Rodríguez Rodríguez JB. Autonomía y estado de salud percibidos por ancianos institucionalizados. Gerokomos 2006; 17 (1): 6-23. Disponible en: <http://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=1448995>.
5. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Institucionalización y Dependencia. Catálogo general de publicaciones oficiales. <http://publicaciones.administracion.es>. 1^a ed. Madrid. 2006.
6. Guillén Velasco, R.C. La connotación humana y cultural del cuidado. Biblioteca Las Casas, 2010; 6 (3).
7. Gibanal L.J, Generalidades sobre la comunicación. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en las ciencias de la salud. Elsevier, España, (pág. 5), 2003.
8. Marques S. Citados por: Moreno M, Alvis T y Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Uniblibos, 2002, 207- 217.
9. Morse Janice y col. Citados por: Moreno M, Alvis T y Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Uniblibos, 2002, 207- 217.
10. Quintero MC. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. En: Cuidado y práctica de enfermería. Grupo de cuidado. Facultad de

- enfermería: Universidad nacional de Colombia, Bogotá. Uniblibos, 2000, 114.
11. Lammi W. Hans- Georg Gadamer's. "Correction "of Heidegger. *Journal of the History of Ideas*, Vol. 52, N°.3 (Jul-sept 1991), 487-507.
 12. Paterson JG, Zderad, L. *Humanistic Nursing Theory: Caring Behavior of nurses Scale*, Hind, 1988.
 13. Martha Raile Alligood, Ann Marriner-Tomey. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier Science, 2014. 8ª Edición.
 14. Abades Porcel, M: Los cuidados de las enfermeras en los Centros Geriátricos según el Modelo de Watson. *Gerokomos* 2007; 18 (4): 176-180.
 15. Abades Porcel, M: Análisis de los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie de Trabajos Fin de Master*. 1 (2): 300-315. 2009.
 16. Hernando González, Ana Cristina. La gestión del cuidado. *Revista Enfermería C y L*. Volumen 7. N° 2: 61-68. 2015.
 17. Urra M.E, Jana A.M, García V. M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería XVII* (3): 11-22, 2011.
 18. Martínez M. La relación ciencia y arte, en ciencia y arte en la metodología cualitativa. *Métodos hermenéuticos, métodos fenomenológicos y métodos etnográficos*, 2ª. Ed., Trillas, 2006.
 19. Martínez M (2006). La investigación cualitativa (Síntesis conceptual). *Revista de investigación en Psicología*; 9(1): 123-46
 20. Salgado AC (2007). Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT*; 13(13): 71-78.
 21. Parrado Y, Caro-Castillo CV (2008). Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. *Av. Enferm.*; 26(2): 116-25.

22. Icart MT, Fuentelsaz C, Pulpón AM (2001). Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona, Ed. Universidad Barcelona.
23. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez. Metodología de la Investigación Cualitativa. 2ª ed. Málaga: Ediciones aljibe; 1999.
24. Salgado Levano A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación de rigor metodológico y retos. Liberati. 2007; 13 (13): 71-78.

11. ANEXOS

11.1. Abreviaturas y Nomenclatura

11.2. Autorización Director Gerente del CAMF

11.3. Declaración del consentimiento informado del usuario

11.4. Carta de presentación de la documentación al Comité Ético de Investigación de Galicia

11.1. Anexo I. Abreviaturas y Nomenclatura

CAMF: Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física.

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

IMERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

CRMF: Centro de Recuperación de Personas con Discapacidad Física.

CRE: Centro de Referencia Estatal

SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

PCI: Parálisis Cerebral Infantil.

TCE: Traumatismo Craneoencefálico.

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

11.2. Anexo II. Autorización Director Gerente del CAMF

Don Fernando López Díaz. Director Gerente del Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física de Ferrol.

Me dirijo a usted con el fin de solicitar la autorización para llevar a cabo en su Centro, el estudio “Vivencias y expectativas de los usuarios de un Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física en relación a sus cuidados”.

Dicho estudio forma parte del “Trabajo Fin de Master” dentro del Master en Investigación, Ordenación y Evaluación de los Servicios Sociosanitarios por la Facultad de Enfermería de Ferrol, siendo las directoras del estudio M^a Jesús Movilla y Natalia Rivas, ambas profesoras de la Universidad de la Coruña.

El objetivo del estudio es conocer cómo vivencian los usuarios los cuidados asistenciales recibidos en un centro sociosanitario.

Para ello, se realizará una entrevista a los participantes, que consientan participar en el estudio. Los datos de los participantes estarán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

El estudio no tiene ningún coste económico para su Centro y es importante realizar este tipo de estudios para poder conocer las necesidades reales de cuidados y atención de sus usuarios.

Por lo que se agradece su colaboración.

Comprendiendo lo expuesto y presentando su conformidad.

En....., a día....., de....., del 2016

Firma del Director Gerente

Firma de la Investigadora

11.3. Anexo III. Declaración del consentimiento informado del usuario

“Vivencias y expectativas de los usuarios de un Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física en relación a sus cuidados”.

D/ Dña.

con DNI

Descripción del estudio:

Este estudio forma parte del proyecto del Máster en Investigación, Ordenación y Evaluación de los Servicios Sociosanitarios de la Facultad de Enfermería de Ferrol y va a ser realizado por la alumna M^a Beatriz Grueiro Maroño.

Dicho estudio tiene con fin conocer las vivencias y expectativas de los usuarios de su Centro en relación a los cuidados que reciben.

No presenta riesgos asociados y el beneficio esperado del mismo es profundizar en sus necesidades para así mejorar la calidad de la atención.

La participación de los usuarios en este proyecto es voluntaria y tiene derecho a abstenerse del estudio en cualquier momento que lo deseen.

Por otro lado, el participar en el mismo no genera ningún tipo de obligaciones presentes o futuras. El negarse a participar o contestar ciertas preguntas durante la entrevista no le afectará en modo alguno. La información será utilizada manteniendo la confidencialidad y el anonimato.

NOMBRE:

FECHA:

FIRMA:

11.4. Anexo IV. Carta de presentación de la documentación al Comité Ético de Investigación de Galicia

Doña Beatriz Grueiro Maroño

Con teléfono de contacto: 629414778

Correo-e: beagrueiro@hotmail.com

Dirección postal: Avd. Souto Vizoso 116, Narón, C.P. 15570 A Coruña

SOLICITA la evaluación por parte del Comité de:

Del estudio:

Título: “Vivencias y expectativas de los usuarios de un Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física en relación a sus cuidados”.

Investigadora principal; M^a Beatriz Grueiro Maroño.

No comercial (confirma que cumple los requisitos para la exención de tasas según art. 57 de la Ley 16/2008, de 23 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2009. DOGA 31 de diciembre de 2008)

Tipo de estudio:

- Ensayo clínico con medicamentos
CEIC de Referencia:
- Ensayo clínico con productos sanitarios
- EPA-SP (estudio post-autorización con medicamentos seguimiento prospectivo)
- Otros estudios no incluidos en las categorías anteriores

Junto se acerca la documentación necesaria en base a los requisitos que figuran en la web del CEIC de Galicia.

En Ferrol, a.....de.....del 2016

Fdo.:

