

Implementación de mejoras en la colaboración interprofesional en una Unidad de Cuidados Intensivos a través de una investigación-acción- participativa

María Pérez Riart

**Tutor/a: Dra. Pilar Delgado Hito y Dr.
Antonio Rafael Moreno Poyato**

Curso académico 2019-2020



Màster en Lideratge i Gestió dels Serveis d'Infermeria

Agradecimientos

En primer lugar a mis tutores, Pilar y Toni, por su comprensión y disponibilidad para guiarme y ayudarme en la elaboración del trabajo con sus aportaciones y correcciones.

En segundo lugar, a Toni, por ser la calma de la tempestad, por enseñarme el significado de la palabra cuidar, me faltan palabras para agradecerte el aprendizaje, ya no solo en el ámbito profesional, sino en el personal.

Por último, a ti, por dejarme ser sin pedir nada a cambio.

Resumen

Objetivo

Explorar el proceso de mejora en las dinámicas de colaboración interprofesional de una Unidad de Cuidados Intensivos mediante un proceso participativo.

Material y métodos

Método mixto dividido en 3 fases: *Fase 1*: cuantitativa, diseño cuasiexperimental pre-test, se utilizará un cuestionario validado para medir la intensidad de colaboración; *Fase 2*: cualitativa, método Investigación Acción Participativa, se propone la observación participante, grupos focales y el relato reflexivo, como técnicas para la recogida; *Fase 3*: cuantitativa, diseño cuasiexperimental post-test, se utilizará el cuestionario de la fase 1. Se plantea un muestreo intencional de variación máxima. El análisis de datos será simultáneo a la recogida, se propone un análisis de contenido para los datos cualitativos, y para los cuantitativos se utilizarán test paramétricos (t student) o no paramétricos (test de Wilcoxon) dependiendo de las características de los datos.

Implicaciones del estudio

Tanto por parte de los profesionales como de los gestores, es necesario replantear las estrategias que dificulten a los profesionales formar parte del proceso de salud del paciente. Las intervenciones propuestas ayudarán a mejorar los resultados de salud, tanto en el paciente como en los propios profesionales, contribuyendo a que emerjan nuevas líneas de investigación en dónde se puedan estudiar en profundidad las intervenciones y replicarlas en otros contextos.

Palabras clave: Cuidados Intensivos, colaboración interprofesional, métodos participativos.

Abstract

Objective

Explore the process of improvement in the interprofessional collaboration dynamics of an Intensive Care Unit through a participatory process.

Material and methods

Mixed method divided into 3 phases: *Phase 1*: quantitative, quasi-experimental pre-test design. A validated questionnaire will be used to measure the collaboration intensity. *Phase 2*: qualitative, Participatory Action Research method. Participant observation, focus groups and reflective narrative are proposed as collection techniques. *Phase 3*: quantitative, quasi-experimental post-test design. The phase 1 questionnaire will be used and a Intentional sampling of maximum variation will be proposed. The data analysis will be simultaneous to the collection. A content analysis is proposed for the qualitative data, and for the quantitative ones. Parametric tests (t student) or non-parametric tests (Wilcoxon test) will be used depending on the characteristics of the data.

Implications of the study

The professionals and managers approach, it's necessary to rethink strategies to board about the difficulties for the professionals in being part of the patient's health process. The proposed interventions will help improve health outcomes in both, patient and professionals themselves, contributing to the emergence of new lines of research, where interventions can be deeply studied and replicated in other contexts.

Key words: Intensive Care, interprofessional collaboration, participatory methods.

Índice

1. Introducción	3
1.2 Antecedentes y estado actual del tema	3
1.2 Marco teórico	5
1.3 Justificación del estudio	6
2. Objetivos.....	7
3. Metodología	8
3.1 Posición paradigmática	8
3.2 Diseño de estudio	8
3.3 Contexto y reclutamiento.....	10
3.4 Dimensiones y variables de estudio.....	12
3.5 Procedimiento, técnica de recogida de datos.....	12
3.6 Análisis de datos	12
4. Aspectos éticos.....	15
5. Criterios de calidad y rigor	15
6. Dificultades y limitaciones.....	16
7. Aplicabilidad y utilidad práctica	17
8. Presupuesto.....	18
9. Cronograma.....	19
10. Bibliografía.....	20
11. Anexos	26

1. Introducción

1.2 Antecedentes y estado actual del tema

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se definen como “organizaciones de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinar, en dónde se atienden a pacientes que precisan cuidados complejos”¹. La combinación entre la complejidad, la tecnificación y las interacciones humanas, las convierte en unidades altamente vulnerables al error². Los resultados de un estudio sobre la Seguridad y Riesgo en el enfermo Crítico, revelaron que el ingreso de un paciente en la UCI implicaba una probabilidad del 61,9 % de sufrir al menos un incidente, siendo el 60% de los efectos adversos clasificados como evitables o posiblemente evitables³. Cabe destacar, que dentro de los factores individuales (excluyendo los factores extrínsecos del paciente), los que más se notificaron estaban relacionados con los profesionales, entre los que aparecían: el entorno de trabajo, el estrés, la falta de experiencia y la poca supervisión³.

La importancia del factor humano en la mejora de la seguridad del paciente ha tomado relevancia en los últimos años^{4, 5}. La OMS sugiere el trabajo en equipo, la toma de decisiones, la comunicación y el ambiente de trabajo, como líneas a seguir para fomentar una práctica segura⁶. Sin embargo, para poder trabajar en estas líneas es necesario establecer vínculos colaborativos entre los profesionales que atienden al paciente^{7, 8}.

El papel de las enfermeras es clave en la creación de estos vínculos, aun así, el manejo de las situaciones complejas, la toma de decisiones y el estrés al que se someten los profesionales en una UCI, puede dificultarlos^{9,10}. Degrande¹¹, detectó que el desarrollo de la competencia enfermera relacionado con el trabajo en equipo, se veía condicionado por los años de experiencia, la exposición repetida a situaciones y la formación adquirida por las enfermeras. Además, la literatura muestra importantes barreras que dificultan la colaboración entre los profesionales: las relaciones jerárquicas y de poder, problemas en la comunicación, desconocimiento de los roles y la falta de confianza entre los equipos^{12, 13}.

Pese a las barreras detectadas, múltiples son los estudios que proponen intervenciones para superarlas como, por ejemplo, el uso de *check list* en los

procedimientos, definir las funciones y responsabilidades de cada profesional, hojas diarias de objetivos, protocolos de traspaso de información, herramientas electrónicas para realizar las rondas de seguridad, entre otras¹⁴⁻¹⁸.

La literatura muestra cómo la colaboración interprofesional, no solo repercute en el aumento de la satisfacción laboral, si no en la calidad de los cuidados¹⁹. Hellyar²⁰, demostró que el uso de técnicas de investigación reflexiva fue útil para mejorar el trabajo en equipo, dado que disminuyó el agotamiento de los profesionales de la unidad, a la vez que se reducían las infecciones relacionadas con los dispositivos venosos y urinarios. La Federación Europea de Asociaciones de Enfermería de Cuidados Intensivos²¹, incluye la práctica reflexiva como competencia de las enfermeras de UCI en la práctica profesional, esto requiere que las enfermeras sean capaces de adentrarse y enfrentarse a su práctica, reflexionando sobre la implicación que esta pueda tener a corto o largo plazo en el estado de salud del paciente.

Por otro lado, Pronovost et al¹⁶ propusieron implantar objetivos diarios en cuanto a los cuidados de los pacientes entre el equipo, estrategia que mejoró la comunicación entre el grupo, y a su vez, repercutió en una reducción de la estancia de 2.2 a 1.1 días.

Para evaluar la colaboración entre profesionales desde un punto de vista cuantitativo, se conocen múltiples escalas²²⁻²⁵ que miden la intensidad de colaboración entre los profesionales sanitarios. Sin embargo, son pocas las que están validadas dentro del contexto de unidades de críticos. La escala *Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle* planteada por Sicotte et al.²⁶ que posteriormente fue traducida y validada al castellano por San Martín-Rodríguez et al²⁷, fue utilizada por Serrano²⁸ para medir la colaboración interprofesional entre los profesionales de una UCI. Los resultados obtenidos, revelaron un nivel de colaboración medio, mostrando diferencias entre el estudio planteado por Bengoechea²⁹ en dónde esta era alta. Sin embargo, el autor remarca que esto se puede deber a la diferencia generacional, ya que es una de las interferencias que puede dificultar las relaciones de trabajo colaborativo³⁰.

Tanto Serrano²⁸ como Revees³¹, coinciden en que uno de los temas de preocupación por parte de las enfermeras son las relaciones jerárquicas, en dónde, a pesar de sentir que los médicos respetaban sus decisiones, tenían la sensación de subordinación hacia ellos³².

Tal y como señala la literatura, la colaboración interprofesional repercute de forma positiva tanto en los profesionales como en los resultados de salud del paciente, aun así, para mejorar el trabajo en equipo y la comunicación en la UCI, es necesario adaptar las intervenciones al contexto, ya que estamos hablando de entornos clínicos particulares y complejos³³.

1.2 Marco teórico

Se utiliza como referencia, el Modelo de estructuración de colaboración interprofesional planteado por D'Amour et al³⁴, en dónde se habla del proceso de colaboración interprofesional incluyendo elementos relacionados con las relaciones que se dan entre los profesionales y en la organización del contexto. D' Amour, define el concepto de colaboración interprofesional enmarcándolo en dos dimensiones principales³⁵, una relacionada con la colaboración, refiriéndose al tipo de relaciones e interacciones que tienen lugar entre los profesionales. Esta colaboración tiene que estar fundamentada en el intercambio, la asociación entre dos o más profesionales, la autonomía y el poder compartido. Conceptualiza el proceso de colaboración en base a cuatro elementos: la finalidad, existencia de objetivos comunes y compartidos entre los profesionales; la interiorización (sentido de pertenencia) se refiere a la conciencia por parte de los profesionales de su interdependencia y de la importancia de gestionarla estableciendo relaciones de confianza; la formalización, analiza las responsabilidades de cada rol; y la gobernanza, se ocupa del liderazgo, la experiencia y la conectividad.

La segunda dimensión, relacionada con el equipo, dependiendo del contexto en el que se lleva a cabo la colaboración, encontramos: multidisciplinar, que representa a las situaciones en las que varios profesionales trabajan con un mismo objetivo pero de forma independiente; interdisciplinar, en este caso el grupo sostiene un objetivo y una toma de decisiones común integrando el conocimiento y la experiencia de cada profesional; transdisciplinar, que se caracteriza por un intercambio deliberado de conocimientos, habilidades y experiencias que trasciende los límites de la disciplina tradicional.

Dado que las interacciones que se establezcan entre los profesionales son esenciales para poder comprender el fenómeno en profundidad, se incorpora el

modelo de Colaboración y teoría del intercambio social ³⁶, en donde los autores parten de que los grupos deben participar en los cambios, dado que las interacciones entre el grupo son clave para entender los comportamientos sociales dentro del contexto. Es por ello, que el modelo propone diferentes etapas, reflejada en la figura 1.



Figura 1: Etapas de la colaboración y teoría del intercambio social

La literatura muestra que las relaciones jerárquicas de poder, son una de las barreras en la colaboración interprofesional^{23, 32,33}, por ello, tendremos en cuenta el modelo conceptual propuesto por Corser de interacciones colaborativas entre enfermero y médico³⁷, que tiene en cuenta las influencias personales/interpersonales y las influencias organizativas/profesionales en la colaboración, en donde la colaboración requiere de respeto mutuo de los roles profesionales y de una simetría de poder real.

1.3 Justificación del estudio

Tal y como se ha visto en la literatura, son múltiples los estudios que señalan que la colaboración interprofesional aporta efectos beneficiosos tanto entre los profesionales como en los pacientes. Aun así, es necesario tener en cuenta las barreras que puedan condicionarla. La literatura indica que la colaboración interprofesional en UCI es una línea de investigación emergente y que, por lo tanto, queda mucho por estudiar³⁸.

La necesidad de un cambio en las formas de colaboración tradicionales se convierte en uno de los puntos clave en la práctica asistencial, para ello, es necesario conocer cuál es la percepción de los profesionales en cuanto a la colaboración interprofesional.

Cada vez son más los autores que se decantan por plantear métodos participativos en el ámbito de la investigación en salud³⁹⁻⁴³, en donde los participantes lideran su propio proceso de cambio, de esta forma podemos combatir una de las barreras más importantes para generar cambios en las unidades, los propios profesionales.

Para que las intervenciones tengan repercusión en las dinámicas de la UCI, es necesario que surjan desde la propia práctica, ya que de esta forma estarán fundamentadas en problemas reales generando una mejor adherencia por parte de los profesionales.

Miró⁴⁴, planteó en su investigación cómo a través de la reflexión y la participación de los profesionales, se podían generar cambios en las dinámicas de las unidades de hospitalización, no obstante, el contexto y los cuidados ofrecidos al paciente en la UCI son distintos a los de las unidades convencionales. De ahí que surja nuestra pregunta de investigación: ¿Cuál es el proceso de mejora en las dinámicas de colaboración interprofesional de una UCI mediante un proceso participativo?

2. Objetivos

Objetivo principal:

- Explorar el proceso de mejora en las dinámicas de colaboración interprofesional de una UCI mediante un proceso participativo.

Objetivos específicos:

1. Describir el *status quo* de las prácticas de colaboración interprofesional en una UCI.
2. Identificar los elementos que funcionan como barreras o facilitadores de la colaboración interprofesional en una UCI.
3. Identificar las estrategias de mejora de la colaboración interprofesional propuestas por los profesionales de una UCI.
4. Evaluar la implementación de las estrategias de mejora de la colaboración interprofesional propuestas, desde la experiencia de los participantes.
5. Evaluar el impacto del proceso participativo de mejora, en términos del nivel de intensidad de colaboración interprofesional, entre los participantes del estudio.

3. Metodología

3.1 Posición paradigmática

El estudio se enmarca en la perspectiva paradigmática del constructivismo, este reconoce que cada sujeto tiene su propia realidad del fenómeno existiendo múltiples realidades, esto hace que el conocimiento se nutra de las distintas realidades socialmente construidas⁴⁵, vinculadas a los contextos y a las interpretaciones de los participantes.

En cuanto a la relación entre el investigador y lo que pretende ser conocido, se asume que la interacción entre el observador y lo observado es constante e interactiva, creando un vínculo en el proceso de investigación ya que ambos están presentes y participan constantemente en él. En este sentido, los métodos participativos, consideran la generación de conocimiento como un proceso colaborativo, donde las experiencias de cada participante son fundamentales para el resultado del trabajo⁴⁶.

3.2 Diseño de estudio

Para dar respuesta al objetivo principal, se propone un método mixto de tipo secuencial y transformativo⁴⁷. La metodología cualitativa guiará el proceso utilizando el método Investigación-Acción Participativa (IAP) como esencia de la investigación. Además, también se usará metodología cuantitativa mediante un diseño de tipo cuasiexperimental pre-post test de un solo grupo, en el cual la IAP ejercerá como intervención principal, de esta forma se podrán monitorizar los datos y complementar los resultados obtenidos⁴⁷.

Se plantea un diseño metodológico adecuado para abordar un fenómeno complejo, como es la colaboración interprofesional en las unidades de críticos, ya que promueve la reflexión de los profesionales, facilitando la difusión y la implementación de las propuestas entre los mismos. Destacar que se trata de un diseño dinámico, abierto y flexible, ya que permite que la propuesta inicial pueda sufrir modificaciones, siempre que sirvan para potenciar el proceso de cambio⁴².

Se plantea un diseño en 3 fases, tal y como se muestra en la Figura 2:

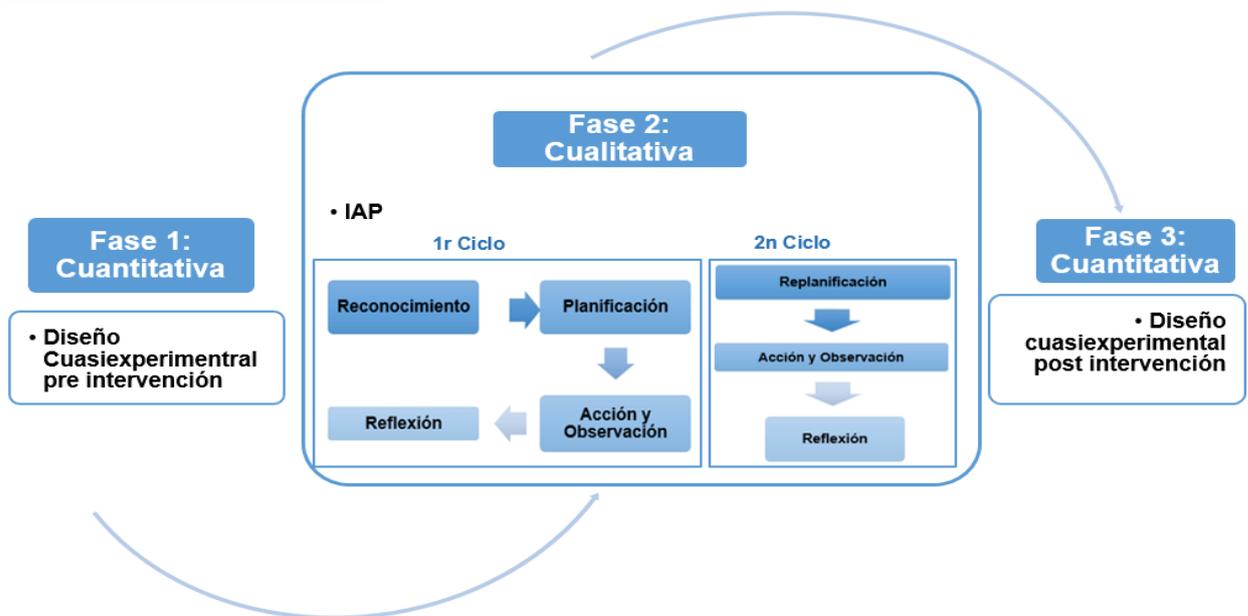


Figura 2: Diseño de la investigación

En una primera fase, se recogerán los datos de forma cuantitativa entre los participantes, para medir la colaboración interprofesional que hay en la UCI antes de realizar la intervención. Para la segunda fase, que ocupará el eje central de la investigación, se plantea una metodología cualitativa mediante el método de IAP, siguiendo el modelo de Kemmis y McTaggart⁴⁶. La IAP se define como un proceso de auto-reflexión emprendido por los participantes dentro de su propio contexto, con el objetivo de producir cambios y mejoras en grupos, así como la comprensión de estas y las situaciones que se llevan a cabo⁴⁸. Las características que diferencian este método frente a otros son: la utilidad para la resolución de problemas prácticos, como pueden ser los conflictos generados de las interacciones entre los profesionales de la unidad^{9, 10, 30,31}. El cambio en la propia práctica, en donde los participantes dentro de su contexto natural, son los que reflexionan acerca de cómo se ven frente al fenómeno, proponiendo cambios que surjan de su experiencia, para conseguir así una mejor adhesión. Por último, la IAP se caracteriza por la estrecha colaboración entre los participantes y los investigadores, es por ello, que será necesario definir el papel de cada uno en la investigación.

Se plantean dos ciclos de las distintas etapas en el proceso de la IAP⁴⁹:

- Etapa 0 Reconocimiento, análisis de la situación: se inicia con una inmersión en el campo para reconocer el contexto.

1r Ciclo:

- Etapa 1 Planificació: se planifiquen i posen en comú les accions que se van a llevar a cabo.
- Etapa 2 Acció i observació: els participants auto-observen la seva pràctica (centrant-se en el llenguatge, les activitats i relacions).
- Etapa 3 Reflexió: els participants reflexionen conjuntament sobre les coherències i incoherències entre la pràctica observada i el que diu la evidència.

2n Ciclo:

- Etapa 4 Replanificació: Se consensuen les estratègies que se implementaran.
- Etapa 5 Acció i observació: se implementen les estratègies de millora, se auto-observen.
- Etapa 6 Reflexió: reflexionen conjuntament sobre les estratègies implementades.

En una tercera fase, una vegada finalitzada la intervenció, se recolliran les dades quantitatives post intervenció, amb l'objectiu d'avaluar els canvis produïts en la intensitat de la col·laboració interprofessional entre els participants, amb això, se pretén obtenir una major informació del fenomen i del procés de canvi.

3.3 Contexto y reclutamiento

El estudi se llevarà a cabo en la UCI del Hospital del Mar de Barcelona. Se trata de una unidad polivalente de 18 camas, en donde la ratio enfermera/paciente es 1:2, auxiliar/paciente y médico/paciente 1:6.

La población de estudio serán las enfermeras/os, auxiliares y médicas/os que trabajen en la UCI del Hospital del Mar. En la actualidad, en la unidad trabajan aproximadamente 90 enfermeras/os, 33 auxiliares de enfermería (distribuidos en 3 turnos) y 25 médicas/os (turno mañana y guardias).

Como criterios de inclusión:

- Enfermeras, auxiliares y médicos que lleven un mínimo de 6 meses trabajando en la UCI del Hospital del Mar, ya que de esta forma habrán

tenido la oportunidad de trabajar conjuntamente frente a las distintas situaciones que puedan darse en la unidad.

- Aceptar participar en la investigación.

Como criterios de exclusión:

- Otros profesionales que puedan venir de forma puntual a la unidad (fisioterapeutas, dietistas, camilleros...), ya que no están durante todo el turno y por lo tanto no conocen todas las rutinas.
- Estudiantes de enfermería y medicina, debido al periodo de tiempo en la unidad a causa de las rotaciones.

Para la selección de los participantes, se plantea un muestreo intencional de variación máxima con el propósito de encontrar casos con patrones de similitud que puedan representar las características del fenómeno⁵⁰. Los perfiles se elaborarán según: categoría profesional (enfermera/o, auxiliar o médico/a), turno de trabajo y tiempo de experiencia en la unidad (Anexo I).

Basándonos en estudios con características similares⁴¹⁻⁴⁴ y en los perfiles creados, la muestra estimada será de 16 participantes, partiendo de que debido a las características de la investigación se tienen en cuenta las posibles pérdidas durante el estudio⁵¹.

El reclutamiento de los participantes se realizará a través del contacto con la coordinadora de enfermería y el jefe médico de la unidad de críticos, y mediante información por escrito de forma personal a través del correo corporativo de la institución, a todos los profesionales que cumplan los criterios de inclusión. Se adjuntará un documento en donde se informe del proyecto, y otro con el consentimiento para la participación (Anexo II). A posteriori, se programarán reuniones informativas por grupos profesionales en los distintos turnos (mañana, tarde y noche), con la finalidad de explicar el objetivo del estudio e invitarles a participar.

Rol de la investigadora principal (IP)

Debido al rol activo que mantendrá la investigadora con los participantes, provocado por las características de la investigación y de que trabaja en la unidad, se potenciará la investigación práctica, en dónde la IP tendrá un papel facilitador, potenciando la autocomprensión y la responsabilidad de los

participantes, sin imponer sus criterios o decisiones⁵². El rol de la IP se encuentra detallado en el Anexo III.

3.4 Dimensiones y variables de estudio

• Parte cuantitativa: Variables de Estudio

Se recogerán, por un lado, variables sociodemográficas (edad, sexo, profesión, experiencia en la unidad...) incluidas en el cuestionario ah-hoc (Anexo IV), y por otro, la variable de resultado principal será el nivel de intensidad de colaboración interprofesional, recogiendo a través de la Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en Salud (INCINS) validada al español por San Martín²⁷.

• Parte cualitativa: Dimensiones

En cuanto a las dimensiones a explorar en la parte cualitativa, se tendrán en cuenta:

- Liderazgo entre los distintos profesionales.
- Comunicación interprofesional.
- Toma de decisiones conjunta.

3.5 Procedimiento y técnica de recogida de datos

Dado las características derivadas del uso de la metodología mixta, se describirán de forma independiente el procedimiento y las técnicas de recogida utilizadas para la parte cualitativa y para la cuantitativa.

• Parte Cualitativa

En la Figura 3 se presentan las diferentes etapas de la IAP incluyendo las técnicas y las actividades que se utilizarán en cada una de ellas. En el Anexo V se detallan las técnicas utilizadas para el proceso y en el Anexo VI los guiones diseñados para cada una de ellas.

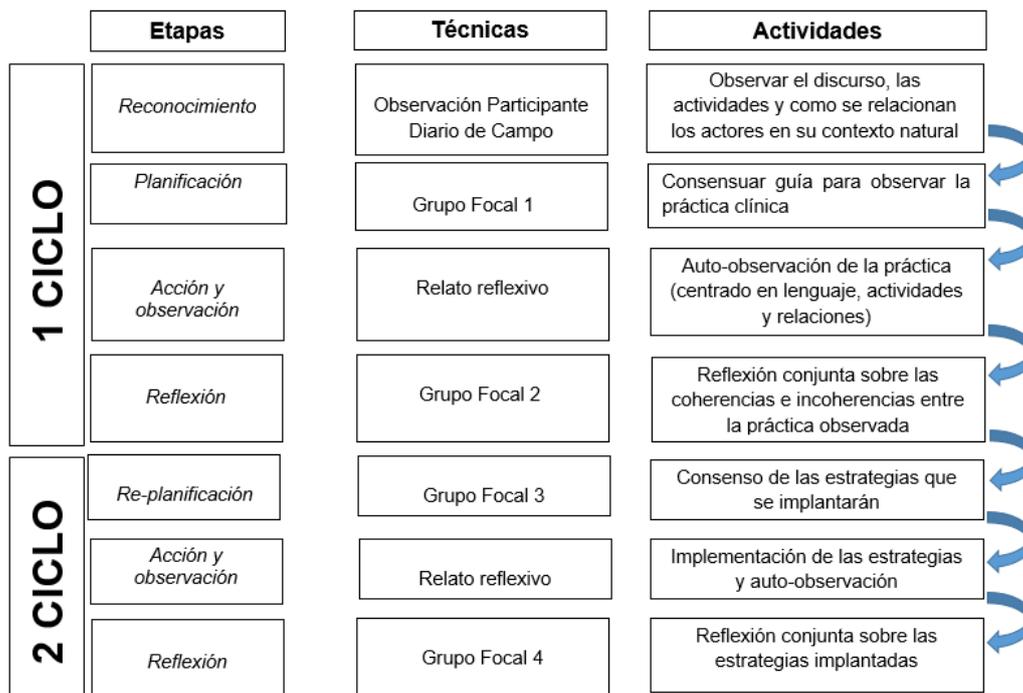


Figura 3 Etapas Intervención Acción Participativa

- **Parte Cuantitativa**

Se recogerán los datos en la fase 1 (pre-intervención) y 3 (post-intervención) a través de un formulario formado por las distintas variables sociodemográficas y la Escala INCINS. La Escala INCINS, es un cuestionario validado y traducido al castellano²⁷ que previamente se ha utilizado en contextos similares^{28, 29} cuyo objetivo es el de conocer la intensidad de colaboración entre los profesionales de la unidad. Se considera una intensidad de colaboración interprofesional (ICP) alta entre 80-60 puntos, ICP media entre 59,99- 38 puntos, e ICP baja entre 37,99- 16 puntos. El objetivo de esta fase es el de hacer una fotografía del fenómeno de estudio en el campo, para posteriormente poder ver si las intervenciones que se plantean interfieren o no en la colaboración interprofesional.

3.6 Análisis de datos

El análisis se iniciará de forma paralela a la recogida de datos, según las características de éstos, se plantean dos tipos de análisis:

- **Análisis datos cualitativos**

Para analizar los datos cualitativos, se propone un análisis de contenido, mediante el cual se pretende identificar, codificar y categorizar a nivel sintáctico,

semántico y pragmático aquellos ejes de significado presentes en los discursos de los participantes⁵³.

Los datos obtenidos mediante las distintas técnicas utilizadas serán transcritos literalmente. Una vez validado el contenido, tras la revisión de las transcripciones por parte de los participantes, se iniciará el proceso de codificación. Se reagruparán aquellos contenidos en códigos, describiendo el significado de cada código. Seguidamente, se juntarán los códigos que contengan el mismo significado en subcategorías, que posteriormente serán utilizadas para crear las categorías con la finalidad de poder dar respuesta a los objetivos de la investigación.

El análisis lo realizarán dos investigadores de forma conjunta en la fase de codificación, e independiente en la categorización. Al finalizar se compararán los resultados para comprobar si existen concordancias entre ellos. Para el análisis se utilizará como soporte el programa informático QRS NVivo versión 10.

En la fase de verificación, los datos serán interpretados por dos investigadores externos al estudio y expertos en el tema y la metodología, y por los propios participantes⁵⁴.

- **Análisis datos cuantitativos**

Con los datos obtenidos de los formularios de los participantes, se construirá una base de datos para su análisis a través del programa informático IBM SPSS v25. En primer lugar, se efectuará un análisis de la distribución de las variables cuantitativas para determinar la normalidad y por lo tanto el uso de pruebas de tipo paramétrico o no posteriormente. A continuación para el análisis de las características sociodemográficas de los participantes, se utilizará estadística de tipo descriptiva. Utilizando la frecuencia y el porcentaje para las variables categóricas, y la media y la desviación estándar para la descripción de las variables cuantitativas en caso de presentar una distribución normal.

Para estimar si existen diferencias significativas entre los resultados de la fase pre y post, se utilizarán test paramétricos (t de Student para muestras relacionadas) siempre y cuando los resultados cumplan con los supuestos de normalidad y homogeneidad, en el caso contrario, se optará por utilizar pruebas no paramétricas utilizando el test de Wilcoxon para variables cuantitativas. La significación estadística se fijará en $P < 0,05$.

4. Aspectos éticos

Antes de iniciar el proyecto, se solicitarán los permisos a la dirección y la aprobación por el Comité de Ética e Investigación Clínica de la Institución (CEIC). Se pedirá permiso a la autora de la Escala INCINS para su uso.

Cada participante será informado/a de forma oral y escrita sobre las finalidades y su papel en el estudio, la recogida de datos y de cómo se empleará la información obtenida, garantizando siempre la máxima confidencialidad y anonimato de los datos. Se solicitará el consentimiento informado a los participantes, proporcionándoles por escrito toda la documentación para que puedan firmarlo libremente manifestando su voluntad de participar y pudiendo abandonar el estudio siempre que lo consideren oportuno.

La información obtenida será tratada de forma confidencial siguiendo los principios de la Ley de protección de datos de carácter personal vigente (Ley 3/2018), asignando un código a cada uno de los participantes eliminando cualquier dato que pueda identificarlos, así como las directrices de los principios del Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y del informe de Belmont donde destacan los principios de beneficencia respeto a la dignidad humana y justicia.

5. Criterios de calidad y rigor

La descripción detallada del contexto y de los participantes, incluyendo el muestreo seleccionado, permite conocer las características de los participantes y del contexto y, por lo tanto, la transferibilidad de los resultados. Por otro lado, la dinámica del proceso conllevará una confrontación e interacción constante de las realidades tanto de los participantes como de los investigadores, dotando de autenticidad a los resultados que se obtengan. Se enviará un acta con las conclusiones recogidas después de los grupos, además, una vez transcrito el contenido se reenviará a los participantes para comprobar la veracidad de los datos. Se tendrá en cuenta la triangulación mediante la aplicación de forma simultánea de diferentes métodos que ayuden a visualizar la realidad desde diferentes perspectivas, y la revisión de expertos externos tanto de la

metodología utilizada como del fenómeno de estudio. Todas estas medidas ayudarán a cumplimentar los criterios de autenticidad.

Para garantizar el criterio de dependencia, se realizará una descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de la información.

Debido al papel que juega la investigadora a causa de las características del estudio, se ha descrito el posicionamiento de ésta en relación al fenómeno, de esta forma se podrá garantizar el criterio de credibilidad.

Para acabar, se tendrá en cuenta el criterio de reflexividad presente durante todo el proceso debido a las peculiaridades del proyecto. Tanto la investigadora como los participantes se adentrarán en un auto-conocimiento consciente que permitirá analizar las dinámicas propuestas y el proceso de investigación de una forma reflexiva⁵⁴.

6. Dificultades y limitaciones

En cuanto al reclutamiento, un posible sesgo puede estar relacionado con la baja participación de los profesionales, causado por la implicación que genera la investigación. Para evitarlo, se presentará el proyecto a los *Proyectos Estrella* que fomenta el hospital, de esta forma se dará visibilidad y se intentará pactar el horario de las sesiones para poder compensar las horas dentro de la jornada laboral. La duración y la intensidad de la investigación, es otro de los factores a considerar, ya que puede hacer que los participantes abandonen el proyecto en alguna de sus fases. Se adaptará el proceso en el tiempo, intentando evitar su prolongación, y se consensuarán los compromisos tanto de los participantes como del equipo investigador al inicio del estudio.

Relacionado con los datos recogidos en la fase cuantitativa, el tamaño de la muestra puede ser insuficiente para obtener potencia estadística y encontrar cambios significativos. No obstante, no es el objetivo del estudio, ya que con estos datos se pretende monitorizar el proceso de cambio. También aportar que al no disponer de un grupo comparación, no se podrá comparar los resultados del grupo intervención con un grupo control.

7. Aplicabilidad y utilidad práctica

Este estudio permitirá detectar estrategias/intervenciones que ayuden a mejorar la colaboración interprofesional en las unidades de críticos. Debido a las características de la investigación, el conocimiento generado por los participantes se va aplicando a la propia práctica, con la finalidad de mejorar los resultados en los cuidados del paciente, así como en la salud de los propios profesionales.

En el ámbito de la gestión, conocer cómo se relacionan los profesionales de los distintos equipos es de gran utilidad para elaborar planes formativos mediante los que trabajar las necesidades del grupo, hasta protocolos de actuación con los que reorganizar las actividades que se llevan a cabo en la unidad.

Tanto por parte de los profesionales como de los gestores, es necesario replantear las estrategias que dificulten a los profesionales formar parte del proceso de salud del paciente. Para esto, las estrategias tienen que ir dirigidas a revalorizar las identidades individuales de los profesionales, a partir del reconocimiento de sus aportaciones, facilitando que emerjan nuevas identidades colectivas en dónde se fomente la toma de decisiones compartidas y el liderazgo en el grupo.

La colaboración interprofesional en la UCI es una línea de investigación emergente, por ello, los resultados obtenidos en el estudio nos pueden ayudar a conocer estrategias que ayuden a fomentarla, para posteriormente poder replicarlas en otros contextos de características similares.

8. Presupuesto

Gastos		Coste (€)
Fase inicial	<ul style="list-style-type: none"> Material de difusión del estudio, trípticos informativos, carteles para la unidad, libretas para los relatos reflexivos. Fotocopias: CI, hojas de observación, información del proyecto, dossier con cuestionario. 	200
SUBTOTAL		200
Trabajo de Campo	Grabadora digital	70
SUBTOTAL		70
Fase de Análisis	Transcripción Grupos focales	1200
	Licencia Nvivo para análisis cualitativo	634
	Gastos análisis estadístico	300
SUBTOTAL		2134
Fase de Difusión	Inscripción a Congreso (inscripción, desplazamiento y alojamiento)	500
	Traducción y corrección de estilo al inglés científico	800
	Gastos de publicación en formato abierto	1600
SUBTOTAL		2900
TOTAL		5304€

9. Cronograma

Fase	Actividad	Set-Dic' 20	Ene - Feb' 21	Mar- Abr' 21	May' 21	Jun- Ago' 21	Sep- Nov' 21	Dic- Ene' 22	Feb- Mar' 22	Abr- May' 22	Jun- Ago' 22	Sep- Oct' 22	Nov- Mar' 23	Abr- May' 23	May- Dic' 23
Fase inicial	Presentación del proyecto a dirección y coordinadores de la unidad	X													
	Solicitud permisos	X													
	Reuniones de coordinación		X												
	Selección y reclutamiento participantes		X	X											
	Encuentro con participantes			X											
Fase trabajo de campo															
<i>FASE 1 Pre-test</i>	Recogida datos pre intervención			X											
<i>FASE 2 IAP</i>	Etapas de IAP														
	0. Observación inicial				X	X									
	1. Planificación (GF 1)						X								
	2. Acción y observación (RR)						X	X							
	3. Reflexión (GF2)								X						
	4. Re-planificación (GF3)								X						
	5. Acción y observación (RR)									X					
	6. Reflexión final (GF4)										X				
<i>FASE 3 Post-test</i>	Recogida datos post intervención											X			
Fase de análisis				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Fase de escritura y difusión											X	X	X	X	X

10. Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos, estándares y recomendaciones. 2010. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, 2015-2020. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007 Informe. Mayo 2009. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/syrec.pdf>.
4. Cathpole K. Spreading human factors expertise in healthcare: untangling the knots in people and systems. *BMJ Qual Saf.* 2013; 22(10):793-7.
5. Gurses AP, Ozok AA, Pronovost PJ. Time to accelerate integration of human factors and ergonomics in patient safety. *BMJ Qual Saf.* 2012; 21(4):347-51
6. Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools. Report for Methods and Measures. [Internet] Working Group of WHO Patient Safety. WHO 2009. [Acceso 4 enero 2020] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf.
7. Ervin JN, Kahn JM, Cohen TR, Weingart LR. Teamwork in the intensive care unit. *Am Psychol.* 2018; 73(4):468–77.
8. World Health Organisation. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. 2010. [Acceso 21 diciembre 2019] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=B33E16B43A511C73D7B64DB5426E4037?sequence=1.

9. Jarden R, Sandham M, Siegert R, Koziol-McLain J. Intensive care nurses well bring: sistematic rewiw. *Aust Crit Care*. 2020; 33(1):106-111.
10. Al- Hamdan Z, Smadi E, Ahmad M, Bawadi H, Mitchell A. Relationship between control over nursing practice and job satisfaction and quality of patient care. *J Nurs Qual*. 2019; 34 (3): 1-6.
11. DeGrande H, Liu F, Greene P, Stankus JA. Developing professional competence among critical care nurses: An integrative review of literature. *Intensive Crit Care Nurs*. 2018; 49: 65–71.
12. Fernandez R, Grand JA. Leveraging social science-healthcare collaborations to improve teamwork and patient safety. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2015; 45:370–377.
13. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J Adv Nurs*. 2015; 71:1973-1985.
14. Calland JF, Turrentine FE, Guerlain S, Bovbjerg V, Poole GR, Lebeau K, et al. The surgical safety checklist: lessons learned during implementation. *Am Surg*. 2011; 77(9):1131–7.
15. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD000072.
16. Pronovost PJ, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett PA, Simmonds T, Haraden C. Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care*. 2003; 18 (2):71–5.
17. Sirgo G, Chico M, Gordo F, García M, Holanda MS, Azcarte B. et al. Traspaso de información en Medicina Intensiva. *Med Intensiva*. 2018; 42 (3): 168-179.
18. Gunter EP, Viswanathan M, Stutzman SE, Olson DM, Aiyagari V. Development and Testing of an Electronic Multidisciplinary Rounding Tool. *Adv Crit Care*. 2019; 30 (3): 222-229.
19. Dietz AS, Pronovost PJ, Mendez-Tellez PA, Wyskiel R, Marsteller JA, Thompson DA, et al. A systematic review of teamwork in the intensive care

- unit: What do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *J Crit Care*. 2014; 29(6):908–914.
20. Hellyar M, Madani C, Yeaman S, O'Connor K, Kerr KM, Davidson JE. Case study investigation decreases burnout while improving interprofessional teamwork, nurse satisfaction, and patient safety. *Crit Care Nurs Q*. 2019; 42(1):96–105.
 21. Federación Europea de Asociaciones de Enfermería de Cuidados Intensivos. Competencias enfermeras según la EfCCNa para las enfermeras de cuidados intensivos en Europa. 2013.
 22. Bonavia T, Molina JG, Puchol A. Validez estructural de un cuestionario para medir comportamientos eficaces en los equipos de trabajo. *Anales de Psicología*. 2015; 31 (2): 667-676.
 23. Hyer K, Fairchild S, Abraham I, Mezey M, Fulmer T. Measuring attitudes related to interdisciplinary training: revising the Heinemann, Schmitt and Farrell attitudes toward health care teams scale. *J Interprof Care*. 2000; 14: 249-58.
 24. Connor JA, Ziniel SI, Porter C, Doherty D, Moonan M, Dwyer P. et, al. Interprofessional use and validation of the AACN Healthy Work Environment Assessment Tool. *AM J Crit Care*. 2018; 27 (5): 363-371.
 25. Ong IL, Diño MJ, Calimag MMP, Hidalgo F. Development and validation of interprofessional learning assessment tool for health professionals in continuing professional development. *Plos ONE*. [Revista en Internet]. 2019[Acceso 3 de enero 2020]; 14 (1). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0211405&type=printable>
 26. Sicotte C, d'Amour D, Moreault M-P. Interdisciplinary collaboration with in Quebec Community Health Care Centres. *Soc Sci Med*. 1982. 2002; 55: 991-1003.
 27. San Martín-Rodríguez L, d'Amour D, Leduc N. Validación de un instrumento de medida de la intensidad de la colaboración entre los profesionales de la salud traducido al español. *Enferm Clínica*. 2007; 17:24-31.
 28. Serrano- Gemes G, Rich-Ruiz M. Intensidad de colaboración interprofesional entre enfermeras de Cuidados Intensivos de un hospital

- de tercer nivel. *Enferm Intensiva*. 2017; 28(2):48-56.
29. Bengoechea Calpe L, Marín Fernández B, Regaira Martínez E. Análisis de la intensidad de colaboración profesional entre enfermeras en un área de críticos. *Enferm Intensiva*. 2016; 27:44-50.
30. Moore J, Prentice D. Oncology nurses' experience of collaboration: A case study. *Eur J Oncol Nurs*. 2015; 19(5):509-15.
31. Reeves S, McMillan SE, Kachan N, Paradis E, Leslie M, Kitto S. Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: Emerging themes from a multi-sited ethnography. *J Interprof Care*. 2015; 29:230-7.
32. Johnson S, Kring D. Nurses' perceptions of nurse-physician relationships: medical-surgical vs intensive care. *Medsurg Nurs*. 2012; 21:343-7.
33. Alexanian JA, Kitto S, Rak KJ, Reeves S. Beyond the Team: Understanding Interprofessional Work in Two North American ICUs. *Crit Care Med*. 2015; 43(9):1880–1886.
34. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martín-L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 2008; 8:188.
35. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martín Rodríguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005; 1: 116–131.
36. Gitlin, L. N., Lyons, K. J., & Kolodner, E. A model to build collaborative research educational teams of health professionals in gerontology. *Educational Gerontology*. 1994; 20, 15–34.
37. Corser, W. D. A conceptual model of collaborative nurse-physician interactions: The management of traditional influences and personal tendencies. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1998; 12, 325–341.
38. Donovan AL, Matthew Aldrich J, Kendall Gross A, Barchas DM, Thornton KC, Schell-Chaple HM, et al. Interprofessional care and teamwork in the ICU. *Crit Care Med*. 2018; 46(6):980–990.
39. Lin YP, Chan LY, Chan EY. Interprofessional collaboration during medical emergencies among doctors, nurses, and respiratory therapists in the intensive care unit: A phenomenological study protocol. *J Adv Nurs*. 2020; 76(1):373-379.

40. Kendall D, Reeves S, Alexanian J, Kitto S. A nursing perspective of interprofesional Word in critical care: Findings from a secondary analysis. *J. Crit. Care.* 2017; 38: 20-26.
41. Zaforteza C, Prieto S, Canet TP, Díaz Y, Molina M, Moreno C. et. Al. Mejorando el cuidado de los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enferm Intensiva.* 2010; 21 (1): 11-19.
42. Moreno Poyato AR. Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros a través de la evidencia: una investigación-acción participativa en unidades de agudos de psiquiatría. *Universitat Rovira i Virgili;* 2016.
43. Delgado- Hito P, Sola Prado A, Mirabete Rodríguez I, Torrents Ros R, Blasco Afonso M, R. Barrero Pedraza R. et al. A. Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enferm Intensiva* 2001; 12(3): 110-126.
44. Miró R. Cambios en las dinámicas de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización, a través de una investigación acción participativa. *Universitat de les Illes Balear;* 2018.
45. Guba E, & Lincoln Y. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En Denman C, Haro JA. *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social.* Sonora: Colegio de Sonora 2002.
46. Kemmis S, McTaggart R. *The Action Research Planner.* 3rd ed. Australia: Deakin University Press, 1988.
47. Tashakkori, A., & Teddlie, C. et al. *Handbook of mixed methods in social and behaviorial research.* Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2003.
48. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research. En: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of Qualitative Research,* 2ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2000.
49. Abad E, Delgado P, Cabrero J. La investigación-acción-participativa. Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Invest Educ Enferm.* 2010; 28 (3).
50. Patton, M Q. *Qualitative research and evaluation methods (3rd Ed.).* Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2002.

51. Ruiz-Olabuénaga, J. L. Metodología de la investigación cualitativa (5a edición). Bilbao: Universidad de Deusto. 2012.
52. Abad E, Delgado P, Cabrero J. La investigación-acción-participativa. Una forma de investigar en la práctica enfermera. Invest Educ Enferm. 2010; 28 (3).
53. Gil E, Conti F, Pinzón S, Prieto M, Solas O, Cruz M. El Análisis de Texto asistido por ordenador en la Investigación Cualitativa. Index de Enfermería. 2002; 36-37: 24-28.
54. Icart Isern MT, Pulpón Segura AM, Garrido Aguilar EM, Delgado-Hito, P. Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. Barcelona: Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona. 2012.
55. Calderón, C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud. Apuntes para un debate necesario. Revista Española de Salud Pública. 2002; 76(5), 473–482.
56. Valle MS. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 2003.

11. Anexos

Anexo I: Características de los perfiles de la muestra

A continuación, en la Figura 4 se presentan las características definidas para cada perfil de participantes:

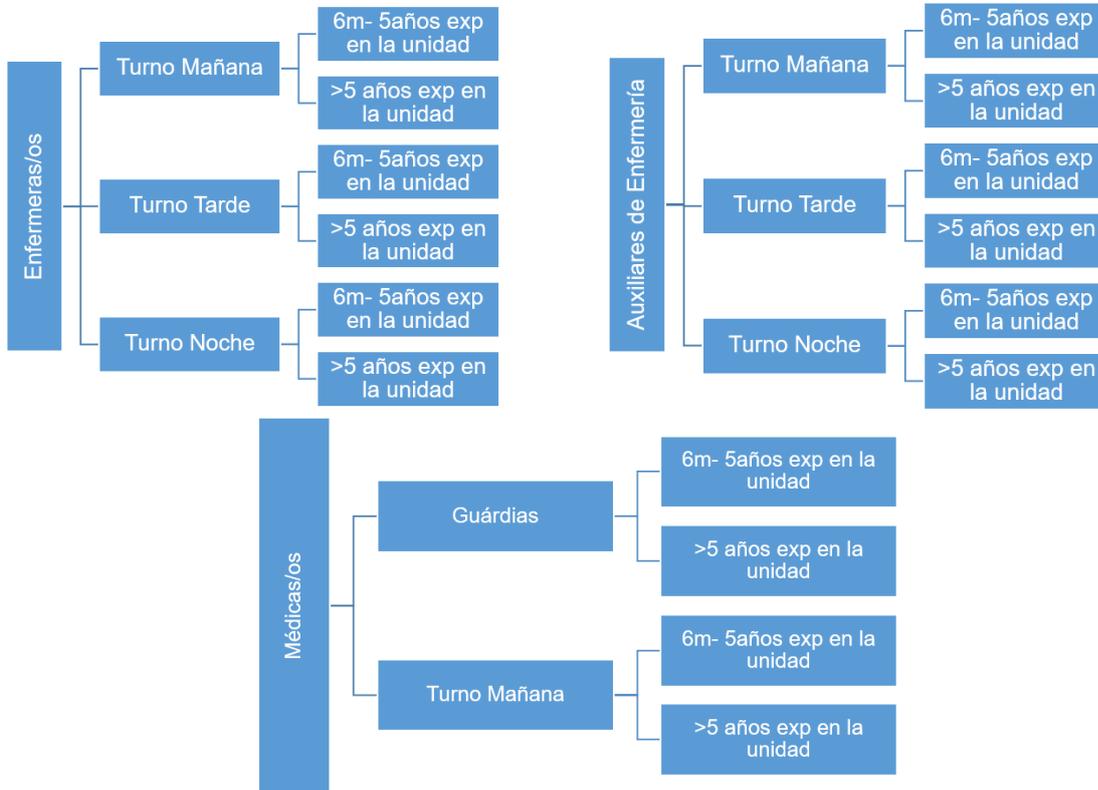


Figura 4 Características de los perfiles de los participantes

Anexo II: Hoja de información al participante y consentimiento informado

- **Hoja de información al participante**

Investigador responsable: María Pérez Riart

Cargo: Enfermera (Unidad de Cuidado Intensivos – Hospital del Mar).

Institución: Parc de Salut Mar de Barcelona.

Contacto: 61412@parcdesalutmar.cat

Título proyecto: Implementación de mejoras en la colaboración interprofesional en una Unidad de Cuidados Intensivos a través de una investigación-acción-participativa.

La investigación *Implementación de mejoras en la colaboración interprofesional en una Unidad de Cuidados Intensivos a través de una investigación-acción-participativa*, es un proyecto de tesis final de máster (TFM). Su finalidad es la de explorar el proceso de cambio en las dinámicas de trabajo en equipo entre profesionales de una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel. Todo ello, a través de un proceso participativo, mediante la observación y grupos focales, con el fin de consensuar intervenciones que ayuden a cohesionar la práctica colaborativa en las unidades de críticos.

De acuerdo con el diseño de la investigación, los participantes serán enfermeras/os, auxiliares de enfermería y médicos/as del servicio quienes serán observados durante una primera fase en su contexto natural, y posteriormente a ésta, se llevarán a cabo los grupos focales, planteados en tres sesiones. La duración del proceso de investigación, en su fase de trabajo de campo, se prevé se produzca entre enero de 2020 a enero de 2021.

En cumplimiento con lo dispuesto en el Reglamento UE nº 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de datos de carácter personal, se informa de que los datos aportados, tanto en los cuestionarios como en los grupos, será tratada de forma totalmente confidencial. Se eliminará cualquier dato o nombre que pueda permitir el reconocimiento de la identidad de los informantes. Los datos quedarán reservados para los fines de este proyecto de investigación. Los

datos se utilizarán para redactar un informe final en el que se podrán utilizar expresiones textuales de los participantes, respetando su anonimato.

En cualquier momento, previo a la redacción del informe, los informantes tienen el derecho de solicitar que los datos cedidos no sean tenidos en cuenta a la hora de redactar dicho informe. Igualmente, antes o después de la redacción del informe, los participantes tienen derecho a solicitar la destrucción de cualquier documento o soporte informático en el que se conserven los datos cedidos. Y de la misma manera, los participantes tienen derecho a renunciar a la participación en el estudio en cualquier momento del mismo.

Esperamos que esta investigación contribuya a un mayor conocimiento sobre las intervenciones que fomentan la práctica colaborativa y a los factores que la facilitan y/o limitan.

Agradecida, quedo a la disposición para proporcionar toda aquella información adicional que se precise.

Barcelona, setiembre de 2020 María Pérez Riart

Investigadora principal

61412@parcdesalutmar.cat

- **Consentimiento informado para el participante**

Título proyecto: Implementación de mejoras en la colaboración interprofesional en una Unidad de Cuidados Intensivos a través de una investigación-acción-participativa.

Investigador principal: María Pérez Riart

Centro: Hospital del Mar (Parc de Salut Mar de Barcelona)

Datos del participante

1.Declaro que he leído y entendido la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.

2.Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información de la investigación y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo.

3.He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

4.Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos de acuerdo con el Reglamento UE nº 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de datos de carácter personal.

5.Comprendo que si decido retirarme del estudio los resultados obtenidos hasta ese momento podrán seguir siendo utilizados pero que no se incorporarán nuevos datos.

6.El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo.

DOY NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Firmo por duplicado, quedándome con una copia

Fecha

Firma del participante

Firma investigador principal

Anexo III: El rol de los participantes y de la investigadora

En una IAP tanto el investigador como los participantes forman un rol activo en la investigación, participando a lo largo del proceso, por ello, se han creado unas premisas para definir los objetivos y el papel de cada uno de ellos⁴². No obstante están sujetos a cambios si el proceso lo requiere.

Definición de los roles		
<i>Aspectos</i>	Grupo investigador	Participantes
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar un lugar para las reuniones. • Adecuar el horario y la fecha para las reuniones. • Distribuir la orden del día antes de cada reunión. • Fotocopiar todos los documentos para las participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Estar disponibles para las reuniones y ser puntuales. • Informar de cuando terminen la estrategia implementada.
Soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar la documentación adicional para el adecuado desarrollo de cada etapa del proceso participativo. • Poner a disposición de los participantes bibliografía relativa a la metodología y tema de estudio. • Mantener el contacto regular con todos los participantes para ofrecer ayuda o aclarar dudas. • Favorecer la expresión de aquello que los participantes no comprendan. • Explicar la reunión a las participantes que no puedan asistir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar al equipo investigador el registro de los datos recogidos. • Leer y utilizar la documentación adicional aportada por el equipo investigador. • Preguntar las dudas que surjan durante el proceso.

	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a los participantes el trabajo realizado mediante: un certificado de participación en el estudio para cada uno de los participantes, y la inclusión de aquellos participantes que lo deseen en el equipo investigador de los proyectos que puedan derivarse de esta investigación. 	
Metodológico	<ul style="list-style-type: none"> • Mediar entre los conflictos, favoreciendo la toma de decisiones mediante el consenso. • Ofrecer la posibilidad de cambiar ciertos aspectos de la investigación. • Promover la reflexión. • Tras las sesiones recoger los puntos tratados/acordados y reenviarlos a los participantes para que den su aprobación. • Presentar la transcripción de todas las reuniones para su verificación. • Recordar la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar de forma activa. • Consensuar el cronograma de las sesiones. • Participar en el proceso de toma de decisiones, proponiendo intervenciones. • Implementar las estrategias de cambio consensuadas por el grupo. • Aprobación al inicio de cada reunión del resumen enviado donde se recogen las decisiones tomadas en la reunión anterior. • Revisar y verificar la transcripción de cada reunión.

Anexo V: Cuestionario y Escala INCINS²⁷

Datos sociodemográficos/profesional	
Sexo	<input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre
Edad	<input type="text"/>
Estado civil	<input type="radio"/> Soltera/o <input type="radio"/> Casada/o <input type="radio"/> Divorciada/o <input type="radio"/> Separada/o <input type="radio"/> Otros
Profesión	<input type="radio"/> Enfermera/o <input type="radio"/> Auxiliar de Enfermería <input type="radio"/> Médica/o <input type="radio"/> Otros
Turno de trabajo	<input type="radio"/> Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche <input type="radio"/> Guardias
Situación laboral en la que se encuentra	<input type="radio"/> Plaza fija <input type="radio"/> Interino <input type="radio"/> Contrato Temporal
¿Cuánto tiempo de experiencia tiene trabajando en una UCI?	<input type="text"/>
¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la UCI del Hospital del Mar?	<input type="text"/>
Su máximo grado académico es:	<input type="radio"/> Licenciatura <input type="radio"/> Diplomatura <input type="radio"/> Grado <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Máster oficial / Especialidad <input type="radio"/> Doctorado

¿Cuál es el grado de satisfacción en cuanto a su profesión?	<input type="radio"/> Muy satisfecho <input type="radio"/> Moderadamente satisfecho <input type="radio"/> Algo insatisfecho <input type="radio"/> Muy insatisfecho
---	---

Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en salud (INCINS²⁷)					
	Muy jerarquizadas			Muy igualadas	
1. Indique en qué medida las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo están muy jerarquizadas o muy igualadas	1	2	3	4	5
	Escaso			Alto	
2. Indique el grado de colaboración que hay entre los profesionales del equipo	1	2	3	4	5
	Poco			Mucho	
3. ¿En qué medida los distintos grupos de profesionales del equipo se esfuerzan en evitar conflictos en cuanto al reparto de actividades y de responsabilidades?	1	2	3	4	5
	Muy mala			Muy buena	
4. ¿Cómo cree usted que los pacientes califican la colaboración entre los diferentes profesionales del equipo que les atiende?	1	2	3	4	5
	Muy mal			Muy bien	
5. ¿Cómo se comparten las responsabilidades entre los distintos profesionales que forman el equipo?	1	2	3	4	5
6. En general, ¿cómo se establece el plan diario de trabajo en común de los profesionales del equipo?	1	2	3	4	5
7. En el funcionamiento diario del equipo, ¿cómo se integran las actividades de colaboración entre los distintos profesionales del equipo? (p. ej., sesiones comunes, pases de visita comunes, etc.)	1	2	3	4	5
8. ¿Cómo se coordinan las distintas actividades que	1	2	3	4	5

realizan los profesionales del equipo sobre un mismo paciente?					
	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo	
9 Los profesionales del equipo tienen en cuenta el conjunto de necesidades de los pacientes, es decir las necesidades físicas, psicológicas, sociales, etc.	1	2	3	4	5
10 Los profesionales del equipo tienen en cuenta los datos recogidos por los otros grupos profesionales	1	2	3	4	5
11 Los profesionales del equipo toleran fácilmente la existencia de actividades cuya responsabilidad de llevarlas a cabo no está definida claramente	1	2	3	4	5
12 Los profesionales del equipo colaboran entre ellos para elaborar un plan común de intervención	1	2	3	4	5
13 Cuando es necesario, los distintos grupos de profesionales del equipo se piden apoyo profesional (consejo, opinión, etc.) entre ellos	1	2	3	4	5
14 Los profesionales del equipo intercambian entre ellos información relativa a un mismo paciente	1	2	3	4	5
15 Los profesionales del equipo cooperan entre ellos para asegurar el seguimiento del paciente	1	2	3	4	5
16 ¿Cree usted que los pacientes consideran que los profesionales que les atienden realizan su trabajo de forma adecuada, sin perjudicarse mutuamente?	1	2	3	4	5

Anexo V: Descripción de las técnicas de recogida de datos en la parte cualitativa

Para poder adentrarnos en los cambios producidos en las dinámicas de trabajo en equipo entre los profesionales de la UCI, será necesario emplear las siguientes técnicas descritas⁵⁶:

- **Observación Participante**

En la fase inicial, la IP llevará a cabo una observación participante, en dónde se lleva a cabo un análisis de la situación y del contexto en base a un guion de observación. El objetivo es el de observar cambios a tres niveles distintos: en el discurso, observando cómo es el lenguaje utilizado; en las actividades, es decir, cómo se lleva a cabo la colaboración interprofesional dentro del contexto; y por último, en las relaciones de los propios actores⁵⁰.

- **Diario de campo de la investigadora**

Se utilizará como herramienta para la observación inicial, con el objetivo de monitorizar el proceso de la investigación a nivel descriptivo y metodológico. Se utilizará durante todo el proceso como herramienta para ir registrado las notas aportadas de carácter metodológico y descriptivo, para poder integrar aquellas situaciones que se observen.

- **Grupos focales**

Para debatir y consensuar sobre los objetivos de investigación y poder recopilar los puntos planteados a lo largo del proceso, se considera oportuno formar grupos focales con los participantes. Para formar los grupos, se tendrán en cuenta los criterios de homogeneidad, es decir, profesionales que lleven trabajando más de 6 meses en la UCI del Hospital del Mar, y de heterogeneidad (profesión, turno, experiencia en la unidad). Se busca crear grupos a partir de los distintos perfiles con la finalidad de conocer las diferentes perspectivas del fenómeno. El número de grupos estará relacionado con el número de participantes del estudio.

Estas sesiones se realizarán en la sala de reuniones del Campus Universitario del Mar que dispone de mobiliario adecuado y un entorno para mantener la confidencialidad y evitar las interrupciones durante el transcurso de las sesiones. Las sesiones serán grabadas mediante una grabadora digital. Se prevé que la duración de las sesiones sea de una hora y media a dos horas, se facilitará la asistencia vía videoconferencia a aquellas personas que no puedan desplazarse al lugar de la reunión. Los grupos serán moderados por la IP, con la asistencia de otros dos miembros del equipo investigador en calidad de observadores.

- **Relato reflexivo**

Los participantes elaboraran un relato reflexivo, en los que a través de una narrativa, describan y reflexionen en torno a la autoobservación que realizarán de su propia práctica, tomando consciencia de cuál es su posicionamiento frente al fenómeno, detectando aquellas actitudes que creen que favorecen y dificultan el trabajo colaborativo entre los profesionales, además, incluirán propuestas para el cambio, para después plantearlas al grupo. Esta técnica se utilizará en varias fases del proceso, en la inicial al hacer una observación del contexto, y a mitad del proceso cuándo la IP solicite la elaboración para posteriormente debatir sobre los resultados recogidos. Las narraciones se enviarán al IP a través de correo electrónico, en las fechas consensuadas por el grupo previamente.

Anexo VI: Guion para las técnicas

- **Observación participante, Diario de campo**

Diario De Campo		
Observador:		
Actividad observada		
Objetivo de la observación		
Fecha y Hora Inicio-Fin		
Lugar		
Participantes que intervienen		
Descripción del lenguaje, actividades y relaciones entorno a la colaboración interprofesional		
Discurso	Actividades	Relaciones (¿cómo se producen?)
Observaciones		

Guion Grupo focal 1	
Puntos a tratar:	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del estudio (objetivos, papel de los participantes, metodología), fomentar la cohesión del grupo • Elaborar los compromisos del investigador y de los participantes • Establecer pautas para observar la práctica clínica habitual entorno al trabajo colaborativo entre los distintos profesionales, que posteriormente se enviará vía mail a la IP • Elaborar un cronograma de trabajo conjunto
<i>Tras la reunión la IP enviará un acta a los participantes con los puntos tratados y acordados durante el encuentro</i>	
Guion Relato reflexivo 1	
Puntos a tratar:	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un dossier incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Auto-observaciones sobre la colaboración interprofesional, siguiendo las pautas acordadas en la sesión 1. ○ Reflexionar acerca de las actitudes que dificultan y favorecen la colaboración interprofesional ○ Propuestas de intervención
<i>Se enviará vía mail a la IP en el periodo pactado por el grupo, posteriormente el equipo investigador reenviará las reflexiones recogidas</i>	
Guion Grupo focal 2	
Puntos a tratar:	<ul style="list-style-type: none"> • Previo a la sesión recibirán el acta con los puntos del día.

	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre las coherencias e incoherencias de la práctica observada, puesta en común.
<i>Tras la reunión la IP enviará un acta a los participantes con los puntos tratados y acordados durante el encuentro</i>	
Guion Grupo focal 3	
Puntos a tratar:	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de las propuestas para implementar y discusión sobre la viabilidad de las estrategias. • Elaborar un plan de acción para la implementación de las propuestas.
<i>Tras la reunión la IP enviará un acta a los participantes con los puntos tratados y acordados durante el encuentro</i>	
Guion Relato reflexivo 2	
Puntos a tratar:	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de las estrategias. • Auto-observación de las estrategias (beneficios, viabilidad, dificultades...)
<i>Se enviará vía mail a la IP en el periodo pactado por el grupo, posteriormente el equipo investigador reenviará las reflexiones recogidas</i>	
Guion Grupo focal 4	
Puntos a tratar:	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión acerca de cómo se han implantado las propuestas y los beneficios que han presentado para la práctica clínica. • Cierre y conclusiones
<i>Tras la reunión la IP enviará un acta a los participantes con los puntos tratados y acordados durante el encuentro</i>	