



Universitat
de les Illes Balears

Título: *___ Promoción de la práctica colaborativa interprofesional en una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos a través de una investigación-acción participativa*

AUTOR: Sylvia Mónica Amorós Cerdá

Memoria del Trabajo de Fin de Máster

Màster Universitari d' _Investigació en Salut i Qualitat de Vida
(Especialidad/Itinerario _____)

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico ____2015-2016_____

Fecha _____

Firma del autor

Nombre Tutor del Trabajo _____
Tutor _____

Firma

Nombre Cotutor (si es necesario) _____
Cotutor _____

Firma

Aceptado por el Director del Máster Universitario en _____

Firma

AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo a las personas que me iniciaron en la investigación y me permitieron participar e ilusionarme con sus proyectos. A los compañeros del máster porque juntos hemos compartido esfuerzo y conocimiento, y este conocimiento nos hace crecer.

A los profesores del máster por la transmisión de sus saberes. De todos podemos aprender.

A Marga Miró, tutora de este proyecto, por permitirme “robarle”, en estos momentos tan especiales para ella, ese tiempo tan escaso y preciado. Gracias Marga por tu interés, rigor, sabiduría y dedicación en todo el proyecto.

A mi familia, por su apoyo incondicional.

RESUMEN

La evidencia señala la importancia y la necesidad del desarrollo de la práctica colaborativa interprofesional (PCI) para proporcionar cuidados de calidad al paciente en el ámbito de la salud, fomentando la coordinación de los equipos de trabajo, la toma de decisiones conjunta y la planificación de actividades, aumentando de esta manera la seguridad del paciente, promoviendo el desarrollo y la satisfacción de los profesionales y facilitando un ambiente óptimo, donde el reconocimiento mutuo de los profesionales es de igual a igual. Sin embargo, a pesar de los beneficios descritos en la literatura de la PCI, la realidad en entornos hospitalarios de cuidados críticos es distinta, siendo el modelo biomédico el que rige, prevaleciendo las iniciativas y las decisiones del colectivo médico frente a la de otros profesionales.

El desarrollo de la PCI es complejo, pues intervienen aspectos sociales, de relaciones interpersonales, organizacionales y culturales. Además, no está claro cuáles son las mejores estrategias para el traslado de la evidencia a la práctica clínica, aunque la tendencia en la bibliografía es que debe ser multifacética y adaptada al contexto en el cual se va a desarrollar.

En este contexto, esta propuesta de investigación se enmarca bajo el paradigma crítico social, guiado por la perspectiva teórica de Freire. Siguiendo estrategias metodológicas desarrolladas en entornos similares, se propone llevar a cabo una investigación acción-participativa en una unidad de cuidados críticos posquirúrgicos del Hospital Universitari Son Espases, en Palma de Mallorca, hospital de referencia de les Illes Balears con la finalidad de generar conocimiento sobre los procesos de cambio en la práctica clínica, promoviendo mediante la reflexión y el diálogo de los propios profesionales la transformación de las dinámicas en la práctica colaborativa interprofesional.

ABSTRACT

The evidence points out the importance and need for the development of interprofessional collaborative practice (ICP) to provide quality care to the patient in the field of health, promoting coordination of teams, the joint decision-making and planning activities, thus increasing patient safety, promoting development and professional satisfaction and providing an optimal environment where mutual recognition of professional is as equals. However, despite the benefits described in the literature of the ICP, the reality in inpatient critical care is different, being the biomedical model that governs, to prevail initiatives and decisions of the medical community against that of other professionals.

The development of the ICP is complex because it involves social, interpersonal, organizational and cultural relations. In addition, it is unclear what the best strategies for moving evidence into clinical practice, although the trend in the literature is that it must be multifaceted and adapted to the context in which it will develop.

In this context, this research proposal is framed under the critical social paradigm, guided by the theoretical perspective of Freire. Following methodological strategies developed in similar environments, it is proposed to carry out a participatory action research in a critical care unit of University Hospital Son Espases in Palma de Mallorca, referral hospital of the Balearic Islands in order to generate knowledge about the processes of change in clinical practice, promoting through reflection and dialogue of the professionals transformation dynamics in interprofessional collaborative practice.

Índice

1. Introducción y contextualización.....	8
1.1. Punto de partida: Reflexividad. Posicionalidad.....	8
1.2. Práctica colaborativa interprofesional: concepto y políticas.....	18
1.3. Contextualización del proyecto.....	23
2. Revisión de la literatura.....	25
2.1. Estrategia de búsqueda.....	25
2.2. Desarrollo de la práctica colaborativa en salud.....	26
2.3. Factores que intervienen en el desarrollo de la práctica colaborativa	28
2.3.1. Relaciones interprofesionales.....	28
2.3.2. Comunicación interprofesional.....	30
2.3.3. Contexto: cultura, género y políticas.....	32
2.3.4. Educación interprofesional.....	33
2.4. Impacto de la práctica colaborativa en salud. Justificación del estudio .	35
3. Orientación teórica.....	37
3.1. Teoría crítica-social.....	37
3.2. Teoría crítica de Paulo Freire.....	38
4. Metodología.....	41
4.1. Objetivo general.....	43
4.2. Objetivos específicos.....	43
4.3. Diseño.....	43
4.3.1. Investigación-acción participativa.....	43

4.3.2. Características (asunciones) de la IAP.....	45
4.3.2.1. Ser participativa y colaborativa.....	46
4.3.2.2. Conocimiento contextualizado.....	46
4.3.2.3 Ser reflexiva y crítica.....	47
4.3.2.4 La IAP empodera.....	47
4.3.3. Modelo de Kemmis y Mc Taggart.....	48
5. Planteamiento del estudio.....	50
5.1. Planificación de la investigación.....	50
5.2. Ámbito del estudio, entrada en el campo y participantes.....	52
5.3. Técnicas de recogida de datos.....	52
5.4. Análisis de datos.....	54
5.5. Aspectos éticos.....	55
5.6. Estrategias de rigor.....	56
5.7. Límites del estudio.....	57
6. Conclusiones y líneas de futuro.....	59
Referencias.....	61
Anexo 1. Consentimiento informado.....	70

1. Introducción y contextualización

1.1. Punto de partida: Reflexividad. Posicionalidad

La reflexividad es un proceso de diálogo interno continuo y una autoevaluación crítica de la posicionalidad del investigador que proporciona un conocimiento activo y un reconocimiento explícito de su posición, que puede afectar a todo el proceso y que, por ello, debe ser explicado (Berger, 2015). Representa la influencia del investigador en las personas u objeto de estudio y al mismo tiempo expresa cómo la experiencia del fenómeno investigado y el proceso en sí mismo influyen en el investigador (Probst, 2015).

La reflexividad requiere que el investigador tenga una agenda “abierta” en función de la información obtenida por los participantes, de los problemas o ideas que consideran prioritarios (McCabe & Holmes, 2009). Existe una interacción entre el investigador y el objeto investigado, la subjetividad está presente, y ser consciente de ello y explicitarlo proporciona coherencia teórico-metodológica y contribuye al rigor de la investigación (Bover, 2013).

La investigación cualitativa requiere un proceso de reflexividad del investigador. En este proceso, el investigador reflexiona, entre otras cosas, sobre sus ideas del fenómeno de estudio, sus motivaciones y su situación en el contexto. La reflexividad es una forma en sí misma de explicitar la posición ontológica y epistemológica del investigador. El investigador debe plasmar sus valores éticos, la influencia de factores sociales, culturales y políticos, así como sus inquietudes, motivaciones y prejuicios y el efecto que puede causar el proceso de investigación en los participantes, la sociedad y en sí mismo (Bover, 2013; Dowling, 2006). Siguiendo los criterios descritos por Bover (2013), describo a continuación mi reflexividad y posicionalidad del fenómeno de estudio (Bover, 2013).

.

¿Cuáles creo que son las creencias y valores de la sociedad en relación al fenómeno de estudio?

Desde mi perspectiva, nos desenvolvemos en un entorno hospitalario regido por un modelo biomédico, con una visión paternalista de la salud, donde el saber especializado predomina sobre otro tipo de conocimiento. Vivimos en una sociedad con un sistema de salud jerárquico, donde el poder de las decisiones y el flujo de comunicación las tiene el estamento considerado más alto, el médico¹, cuyo dominio y valor hegemónico es indiscutible. Las opiniones y decisiones de un determinado colectivo pesan más que las de otros profesionales, y en cierta manera este hecho es aceptado por ambas partes. Cada uno interpreta un papel determinado en la sociedad, que es lo establecido tradicionalmente y es lo que se espera de ellos. Por ejemplo, las enfermeras esperan, en cierto modo, que el flujo de información fluya del colectivo médico al de enfermería, y no al contrario, cuando en la realidad es la enfermera quien está a pie de cama, conoce las preocupaciones y problemas del paciente, su estado actual y debería ser ella quien iniciase la comunicación y transmitiese la información relevante. Sólo algunas enfermeras reconocidas y expertas en la unidad lo realizan, aunque no son la mayoría. Por otra parte, los médicos adoptan decisiones sin preguntar ni compartirlas con el colectivo de enfermería, lo cual genera tensiones especialmente entre el personal experto que considera menospreciado su trabajo y su opinión y se sienten infravaloradas. Por ejemplo, a la hora de realizar una técnica determinada, la mayoría de veces no se consensua el momento oportuno para todos los profesionales implicados. Se realiza cuando al médico le va bien, independientemente de la agenda de cuidados de la enfermera y de los otros profesionales. Estos estereotipos se repiten con otros colectivos, auxiliares de enfermería y celadores. Sólo algunos de ellos, también de reconocido prestigio, expresan su opinión, especialmente cuando el cuidado y beneficio del paciente pueden estar en riesgo.

Considero que el hecho de estar en una unidad de cuidados postquirúrgicos refuerza, de alguna manera, la figura del profesional médico: el paciente sometido a una intervención quirúrgica conoce, casi siempre, al médico que le

¹ En este trabajo se utiliza el género masculino cuando se hace referencia a los profesionales

va a operar, se ha visitado previamente con él, le ha explicado la intervención, aclarado dudas y las consecuencias previsibles de la misma. También ha pasado por la consulta de pre-anestesia, donde ha sido visitado por una enfermera y un anestesista, pero rara vez uno de estos dos profesionales es el mismo que está también presente en el acto quirúrgico. Por ello, la figura del médico cirujano recobra importancia en el postoperatorio inmediato. Y si no es el cirujano, es el médico que está de guardia. Es “el médico”. Por el contrario, los demás participantes del proceso quirúrgico permanecen en el anonimato, aunque sus cuidados son imprescindibles para evitar complicaciones postoperatorias o iatrogenias al paciente, el cual se comporta frecuentemente como un sujeto pasivo receptor de cuidados, que valora y agradece, proporcionados por las enfermeras en el postoperatorio inmediato.

En la actualidad, el modelo biomédico está cambiando hacia un modelo de cuidado centrado en el paciente, que requiere una colaboración estrecha de los profesionales, “de tú a tú”, aunque esto sucede especialmente a nivel teórico o conceptual, y aún no se ha trasladado a la práctica en la mayoría de los entornos hospitalarios. En concreto, en las áreas especializadas y específicas, como por ejemplo una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos, siguen estando dirigidas por modelos biomédicos. La complejidad asistencial, las relaciones del equipo, las dinámicas adquiridas y perpetuadas en el tiempo, dificultan la práctica colaborativa interprofesional y contribuyen, a menudo, a un déficit en la interrelación de los miembros del teórico equipo asistencial que puede perjudicar a nuestro centro de cuidado, el paciente y su familia.

Por otra parte, resulta esperanzador ver que algunas unidades asistenciales están desarrollando rondas disciplinarias o pase de visita conjunto, articulando así micro-políticas hospitalarias que pueden influir de forma positiva en una participación activa de los profesionales. Estas rondas siguen estando dirigidas por los profesionales médicos, que son los que llevan la iniciativa, y con una pequeña participación del resto de profesionales, pero pueden constituir el “primer paso” hacia el desarrollo de la PCI.

¿Cuál es mi opinión del fenómeno de estudio? ¿Cuáles son mis experiencias sobre este fenómeno?

Soy enfermera con amplia experiencia laboral desarrollada fundamentalmente en el entorno hospitalario, y en los últimos 20 años en unidades de críticos, en la cual la colaboración entre los diferentes miembros del equipo interdisciplinar es un pilar indispensable en busca de la excelencia de los cuidados.

Durante mis jornadas laborales he oído “trabajo en equipo” “equipo asistencial” y me he considerado y sentido como miembro y parte del equipo asistencial. Sin embargo, he tenido que ganarme el respeto de los otros profesionales, y de profesionales de otras disciplinas gracias a mi experiencia y juicio clínico. A pesar de ello, he vivido situaciones en las cuales mi opinión no ha sido tomada en cuenta, e incluso que ni siquiera la he podido aportar, provocándome frustración y desgaste emocional.

En estos años como enfermera de cuidados críticos, y en los últimos tres, como gestora de cuidados y con la experiencia a cuestas, visibilizo que, tanto desde las direcciones y políticas de salud como a nivel de organizaciones hospitalarias y, por ende, en la unidad de trabajo, las dinámicas y las iniciativas que son incuestionables son las que proceden del colectivo médico, ejerciendo de esta manera una relación de poder y jerárquica sobre el resto de profesionales. La opinión de la enfermera experta cuenta, aunque puede ser cuestionada, pero no con el mismo valor que la opinión de un médico. Los profesionales enfermeros más noveles, ni siquiera se lo plantean. Se entra en una dinámica en la cual, la “no-participación” de las enfermeras en la toma de decisiones o en la organización de la unidad, no se cuestiona y se cataloga como “normal”, lo cual perpetúa dichas dinámicas.

Por otra parte, he de reconocer que muchas enfermeras evitan tomar iniciativas e implicarse en la toma de decisiones conjunta aunque posteriormente se quejen de la falta de cooperación médica y del individualismo de los mismos. El término para referirse a los médicos es “ellos” y para referirse a las propias enfermeras y auxiliares es “nosotros”, fomentando una barrera invisible entre ambos colectivos en vez de hablar de “equipo” o “colaboración”. Eso me lleva a apuntar que la práctica colaborativa, tal y como la define la evidencia, en la unidad es inexistente y, en cierto modo, las enfermeras asumen un rol pasivo y

de inferioridad, considerándose víctimas del sistema y de la organización, pero sin hacer nada para cambiarlo.

Un hecho muy significativo para mí y que me sirvió de impulso para cerciorar la magnitud del problema, fue el juicio emitido por un profesional médico, de prácticas en el servicio, que, fuera de la unidad y, evidentemente, sin la presencia de otros miembros de su colectivo, me manifestó verbalmente y me hizo realidad la escasa o nula colaboración entre los profesionales, la nula participación de la enfermería en la planificación y toma de decisiones, el flujo unidireccional de la información, remarcándome la distancia que existe no sólo física (cruzar el pasillo), sino también respecto a la colaboración entre los profesionales. Desde mi punto de vista, los profesionales tienen adquirida una dinámica en la cual cada uno tiene su agenda propia, pero no compartida. La complejidad del trabajo, la rutina diaria, la falta de tiempo hace que se sigan las pautas establecidas y se cuestione el trabajo de los otros profesionales, pero no hay autocrítica sobre las propias dinámicas y no se establece una agenda común. Y estas dinámicas están perpetuadas en el tiempo. Hacemos lo que vemos y lo que hemos aprendido.

Por otra parte, la distribución física del espacio hospitalario está diseñada para un trabajo individual y/o por categorías profesionales: no hay una sala común de trabajo en la cual compartir experiencias, planificar acciones y organizar la unidad. Hay despachos de médicos, sala de médicos donde se realiza el pase de visita, en el cual las enfermeras no están presentes, y el control de la unidad para enfermería, pero no existe un espacio común donde los diferentes profesionales puedan interactuar.

Mi participación como co-investigadora en el proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (PI 06/90156) "Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa" (Zaforteza Lallemand, 2010) me permitió constatar la existencia de relaciones de poder asimétricas entre los miembros del equipo multidisciplinar, existiendo una clara hegemonía del médico sobre los demás miembros del equipo. Estas relaciones jerárquicas dificultaron la implementación de cambios en la unidad potencialmente beneficiosos para el

paciente, ya que las mejoras que precisaban de una modificación en las rutinas de los médicos eran desechadas casi inmediatamente por los participantes para evitar entrar en conflicto. Además, los médicos tenían el poder y la capacidad de vetar iniciativas de cambio, basadas en la evidencia, aunque hubieran sido consensuadas por un amplio colectivo de profesionales de la unidad. También quedó de manifiesto la falta de participación del colectivo enfermero en los flujos de información y en las decisiones clínicas, lo que situaba al colectivo en una situación de inferioridad frente a otros profesionales y frente a la familia.

En este entorno hospitalario, el desarrollo de la práctica colaborativa interprofesional (PCI) es un tema pendiente. La planificación y toma de decisiones se realiza de forma unilateral por un colectivo, en detrimento del resto de profesionales. Este hecho tiene gran importancia en varios aspectos: si la literatura describe los beneficios de la PCI en entornos hospitalarios, no estamos actualmente dando los mejores cuidados al paciente-familia, y por otra parte, estamos perpetuando comportamientos y un modelo que produce desgaste entre los profesionales expertos de otras disciplinas, quienes tienen un sentimiento de impotencia y frustración ante esta situación. La participación de la enfermera y de otros profesionales en la toma de decisiones, en la planificación del proceso, en los flujos de información, en la organización de la unidad repercutiría en un aumento de la calidad en la atención al paciente, una mayor implicación de los profesionales y una mejora en el ambiente laboral.

¿Qué creo que piensan los profesionales del servicio sobre el fenómeno de estudio?

La institución hospitalaria es un sistema complejo de relaciones interprofesionales. Las dinámicas en la unidad están dirigidas principalmente por el colectivo médico, existiendo relaciones de poder asimétricas con los otros profesionales, los cuales participan de una manera más o menos activa en el desarrollo de las actividades habituales, según su autoconfianza y el nivel de expertía lejos de lo que es el trabajo en equipo y la PCI. Por una parte, el discurso verbal de los médicos es fomentar el trabajo en equipo y realizar PCI.

Sin embargo, sus acciones y dinámicas distan mucho de estas manifestaciones verbales. Expresan lo importante de la colaboración de las enfermeras, valoran a los profesionales expertos, enfermeras, auxiliares o celadores, y están dispuestos a realizar PCI, siempre y cuando sus dinámicas no se modifiquen, se mantengan sus hábitos y se realicen las técnicas cuando a ellos les va mejor. Estas dinámicas predominantes en el colectivo médico también se reproducen en los otros estamentos. Los profesionales tienen a trabajar de forma individual y aislada, protegiendo sus áreas de competencia y compartiendo poco sobre los pacientes. Es decir, hay un conflicto en el hecho de que el discurso verbal y la práctica profesional no concuerdan, están distantes.

Por otra parte, los profesionales de enfermería son los que están en contacto continuo con el paciente, los que conocen mejor al paciente y familia y con los que aclaran, generalmente, dudas sobre el proceso, por lo que deberían formar parte tanto de los flujos de información como de la toma de decisiones. Actualmente, se percibe insatisfacción en el desarrollo de la actividad habitual de estos profesionales, quienes no se sienten “equipo”. El discurso es “ellos” y “nosotros”, especialmente percibido por el personal experto. Algunas enfermeras y auxiliares son conformistas con esta situación. Implicarse y asumir responsabilidades, modificar la práctica cotidiana significaría un “plus” en las actividades habituales, un esfuerzo de cambio de hábitos, el cual no todo el mundo está dispuesto a realizar. Hay profesionales de la unidad que han manifestado que les gustaría modificar la práctica clínica, desarrollar el trabajo en equipo y conseguir una PCI, pero, sumidos en la dinámica actual, sólo ven barreras y dificultades, considerando imposible lo teóricamente posible. También contamos con un colectivo minoritario, los celadores, los cuales, en su mayoría, se sienten integrados en el equipo de enfermería, aunque no se plantean la posibilidad del desarrollo de la PCI.

¿Por qué y para qué realizo esta investigación?

La investigación se realiza para conocer, entender o descubrir algo. Quiero entender las múltiples realidades contextuales que están conformadas por

valores sociales, políticos y culturales existentes históricamente en los entornos hospitalarios. No puedo dejar de lado mi experiencia como profesional investigador. He colaborado en un proceso de cambio, en una investigación-acción-participativa, altamente gratificante, que hace que deposite mi confianza en este tipo de investigación para generar un cambio.

Nuestro sistema de salud, y en concreto, la institución hospitalaria es un engranaje en el cual intervienen los diferentes profesionales y colectivos, especialidades médicas y el complejo proceso de la dinámica hospitalaria que la forma. Si bien la práctica colaborativa interdisciplinar debería ser de “igual a igual”, las jerarquías establecidas, el orden y el poder en la toma de decisiones, coloca al colectivo médico en una posición de superioridad respecto al resto del equipo, y este “equipo”, mantiene una actitud pasiva. En estos entornos hospitalarios, la figura del profesional médico es considerado como un valor excepcional (Zaforteza, 2008), alrededor del cual giran muchas de las rutinas diarias, considerándose en ocasiones de más valor la opinión y la necesidad del colectivo médico que las necesidades/opiniones de los profesionales de enfermería (Zaforteza, 2010).

En la actualidad, y en el contexto de una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos la PCI no se está desarrollando de forma óptima. La participación de los diferentes profesionales que conforman el equipo de trabajo es absolutamente necesaria para unos cuidados de excelencia, y sin embargo, no se está haciendo efectiva.

Desde que fui consciente de este hecho, inicié un proceso de conocimiento del fenómeno, encontrando referencias a la necesidad de la mejora de la práctica colaborativa interdisciplinar en las instituciones y organizaciones sanitarias, cómo la comunicación mejora las relaciones interprofesionales, la atención al paciente y la calidad de los cuidados. Por ello mi reflexión es: Si la literatura indica que mejorando la práctica colaborativa interprofesional entre el equipo mejora la seguridad del paciente, disminuye el riesgo de error mejora las dinámicas de las unidades, aumenta la satisfacción de los profesionales, facilita la atención al usuario y familia, y, en definitiva, reduce costes, ¿Por qué no se fomenta y desarrolla esta dinámica? ¿Por qué no se mejoran las relaciones y la

práctica colaborativa en el equipo interdisciplinar? ¿Por qué las instituciones, los políticos y los líderes de las organizaciones sanitarias no incluyen el desarrollo de la PCI como una línea estratégica en los programas de salud?

También me pregunto si este déficit es una práctica generalizada del sistema sanitario español o si se da en otros entornos con características similares: entornos cerrados, con alta presión asistencial, con elevada exigencia profesional, y altamente tecnológicos.

Creo que indagar en cómo son estas relaciones de equipo, por qué no se desarrolla la PCI, qué elementos (organizacionales, culturales o personales) son los que influyen en el (no) desarrollo de esta PCI, puede generar un proceso de transformación y cambio en las dinámicas de trabajo que mejore la PCI.

¿Cómo puede influir esta investigación en los participantes del estudio?

Con mi experiencia, me cuestiono por qué las enfermeras no reivindicamos formar parte e incentivar la PCI, y nos conformamos con la situación actual, aunque nos genere insatisfacción. Para las enfermeras es reconfortante ser y sentirse parte del equipo de trabajo, y además, se tiene la idea de que el trabajo en equipo mejoraría la dinámica de la unidad. Entonces pienso, ¿por qué expresan insatisfacción sobre la dinámica actual y mantienen una actitud pasiva? ¿Cómo se desarrolla la PCI en otros entornos asistenciales? Quizás tenemos que empezar cuestionando el funcionamiento de las organizaciones y de los propios entornos asistenciales hospitalarios, donde en la práctica sigue prevaleciendo el poder jerárquico del colectivo médico frente a otros colectivos, lo cual potencia las rutinas y dificulta la PCI. Los profesionales debemos tomar conciencia crítica de la práctica cotidiana reflexionando sobre nuestra realidad y la manera de proporcionar los cuidados, realizados, a menudo, de forma rutinaria, sin incorporar los resultados de la evidencia. Si somos capaces de evidenciar esta (no) PCI, quizás podamos iniciar un proceso transformativo en busca de la excelencia en la atención al paciente desde la PCI.

Soy consciente que para el colectivo médico este proyecto puede significar una alteración de su *status quo*, de su orden y dinámicas establecidas en la unidad y al mismo tiempo equilibrar los juegos de poder, lo cual puede provocar resistencias a cualquier proyecto de innovación. Esta “pérdida de control” pretendo superarla explicándoles los beneficios y las implicaciones del cambio tanto a nivel organizacional como personal, fomentando su participación en el proyecto y elaborando estrategias consensuadas. En ocasiones se ha comentado la necesidad de realizar rondas disciplinarias médicos-enfermeras en la unidad, y de hecho, se intentó realizarlas durante un período de tiempo, pero el horario de las mismas era establecido de forma unilateral por los médicos, no consensuado por ambos colectivos, y además se inició sin modificar ninguna otra dinámica, lo que hizo que la iniciativa, a pesar de ser bien acogida, no fuera viable y durase poco tiempo. Por ello, considero que, aunque puede haber resistencias al proyecto, también habrá colaboradores para el mismo.

Cuestionarse la práctica diaria y promover un cambio en las rutinas y dinámicas de la unidad fomentando la PCI puede significar una mejora en la gestión de los recursos materiales y humanos en la medida en que los profesionales aborden la transformación desde un equipo multidisciplinar y respondan a las necesidades de atención al paciente, promoviendo la participación e integración de todos los colectivos y de otras disciplinas. Al mismo tiempo puede aportar conocimiento sobre la influencia de la PCI en la seguridad del paciente, línea estratégica de la organización hospitalaria.

Este proyecto pretende, por una parte, empoderar y fortalecer a los profesionales de enfermería en la toma de decisiones clínicas, estratégicas y políticas mediante la formación en investigación cualitativa y en metodología IAP y por otro, presentar los resultados del desarrollo de este proyecto para ser utilizados en entornos similares, desarrollando y fomentando la PCI y facilitando las estrategias aplicadas en este contexto.

1.2. Práctica colaborativa interprofesional: concepto y políticas

En este punto se tratará de exponer y clarificar diferentes conceptos y terminología referenciados en la literatura sobre la práctica colaborativa, el trabajo en equipo, la práctica colaborativa interdisciplinar, multidisciplinar e interprofesional, desde los conceptos más simples hasta los modelos más complejos y las políticas. En este proyecto de investigación se utilizará el término práctica colaborativa interprofesional (PCI), por la visión que engloba que se explica a lo largo de este punto.

La Registered Nursing Association of Ontario (RNAO) define la práctica colaborativa como *“un trabajo en equipo que asegura la voluntad de participar. Esta relación incluye la planificación y toma de decisiones compartidas, basadas en el conocimiento y la experiencia más que en los títulos o roles”* (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, 2006). En este concepto es necesario clarificar qué es el trabajo en equipo. Brill (1976) define el trabajo en equipo como *“Trabajo realizado por un grupo de personas expertas, responsables de tomar decisiones, que comparten un objetivo común y que se juntan para comunicarse, compartir y consolidar el conocimiento sobre el que planifican y toman decisiones sobre futuras acciones”* y considera que *“El futuro de los cuidados debe estar arropado por la excelencia en el trabajo en equipo”* (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, 2006). En este primer concepto mencionado, el trabajo en equipo debe desarrollarse desde la expertía de los profesionales, no desde la categoría de los mismos, por lo que la jerarquía del equipo no va relacionada con la jerarquía establecida históricamente entre las diferentes disciplinas en las instituciones sanitarias.

Las palabras “cooperación” y “colaboración” son términos que se repiten de forma constante en la literatura en la descripción de lo que debería ser un equipo de salud. Cooperar es trabajar con otros profesionales compartiendo objetivos de salud comunes, desarrollando las habilidades necesarias para realizar una gestión conjunta y obtener un trabajo interdisciplinar (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2015). Colaboración es definida por Reeves et al., (Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010) como un proceso activo donde profesionales de diferentes ámbitos trabajan juntos en la resolución de problemas o en proveer servicios. La colaboración es una dimensión indispensable para el desarrollo del trabajo en equipo que depende

de factores o elementos contextuales entre los que se incluye el estatus, la jerarquía, la organización del sistema y la formación en colaboración entre otros (Gardner, 2005). Otros factores que afectan a la colaboración entre los profesionales son la comunicación, el respeto, la confianza, la comprensión de los roles de los otros, y la desigualdad de poder (Tang, CJ, Chan, SW, Zhou, WT, & Liaw, 2013). Cuando la colaboración se percibe como buena, los profesionales trabajan a gusto. Por el contrario, cuando la perciben como mala consideran que no pueden desarrollar sus competencias, y se sienten poco respetados (Averlid, G., & Axelsson, 2012).

En el contexto de ciencias de la salud, hay muchos términos en la literatura como son colaboración, coordinación, trabajo en equipo, interprofesional, multiocupacional, interdisciplinar, multidisciplinar o multiprofesional, que hacen referencia a la interacción entre distintos profesionales con el objetivo común de proveer el mejor cuidado al paciente (Paradis & Reeves, 2012; Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, 2009) y que son utilizados, con frecuencia, de forma indistinta por los autores. Sin embargo, quiero destacar las diferencias de los mismos y los matices que resaltan Reeves et al., (Scott Reeves et al., 2010) y que expongo a continuación: “Interdisciplinary teamwork” hace referencia a los esfuerzos de colaboración de individuos de diferentes disciplinas como psicología, económicas o antropología; “Interprofessional collaboration” es un tipo de colaboración interprofesional en el cual están implicados diferentes profesiones relacionadas con la salud y el cuidado social, que trabajan conjuntamente de forma regular para resolver problemas o dar servicios sociales; “Interprofessional coordination” es similar a la colaboración interprofesional, con el matiz de que se da entre profesionales que interactúan de forma poco frecuente; “Interprofessional education” es cuando varios miembros o estudiantes de distintas profesiones de la salud aprenden uno del otro para mejorar la colaboración y la prestación del cuidado; “Interprofessional interventions” es cuando dos o más profesiones de ciencias de la salud aprenden y trabajan juntos para mejorar la colaboración entre ambos; “Interprofessional teamwork” es un tipo de trabajo que implica a diferentes profesiones de la salud que comparten una identidad de equipo y trabajan juntos de una manera integrada e interdependiente para solventar problemas y

proveer de servicios; por último, “Multidisciplinary teamwork” es similar al anterior pero los miembros del equipo provienen de diferentes disciplinas académicas como psicología, sociología o matemáticas, y no de medicina, enfermería o trabajo social (Scott Reeves et al., 2010). A partir del año 2000, el término prevalente en la literatura es “Interprofesional” (Paradis & Reeves, 2012).

D'Amour y Oandasan (Amour & Oandasan, 2005), distinguen los conceptos de interdisciplinariedad e interprofesionalismo. La interdisciplinariedad se basa en el conocimiento organizado de las diferentes disciplinas. Cada disciplina tiene su propio ámbito de actuación y falta cohesión para el desarrollo de la práctica colaborativa. El interprofesionalismo implica el intercambio de conocimiento entre los diferentes profesionales en la búsqueda de proveer un cuidado integral y dar respuestas a las necesidades del paciente y familia. Se puede decir que la colaboración interprofesional en salud es un proceso en el cual diferentes profesionales trabajan de forma conjunta para obtener un impacto positivo en el cuidado de la salud del paciente (Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, 2009) y en el cuidado centrado en el paciente para dar la mejor calidad al mismo (Scott Reeves et al., 2010). Este proceso colaborativo es complejo y requiere un aprendizaje. En él interactúan relaciones interpersonales, competencia clínica, cooperación y respeto mutuo de los diferentes miembros (Gardner, 2005). Esta colaboración interprofesional está descrita en la literatura como un elemento indispensable para el buen funcionamiento del equipo de salud y unos cuidados de excelencia al paciente (Paradis, Reeves, Leslie, Aboumatar, et al., 2014; Paradis, Reeves, Leslie, Puntillo, et al., 2014) . El desarrollo de la PCI es un tema emergente que empiezan a recoger algunas políticas sanitarias, y que precisa ser abordado desde aspectos educativos y organizacionales, teniendo en cuenta las diferencias culturales y el complejo sistema de relaciones entre los colectivos. Reeves et al., (2010) construyen un marco teórico para explicar los diferentes factores que influyen en el equipo interdisciplinar y sus interrelaciones, clasificados en 4 dominios (Figura 1):

- Relacional: Factores que influyen las relaciones interprofesionales, como son la jerarquía, el liderazgo o el poder, los roles de los miembros del equipo, que pueden hacer funcionar o disfuncionar el mismo.
- Procesual: Se refiere a aspectos de la rutina diaria, los espacios, las tareas, la tecnología, la complejidad de las tareas, que pueden afectar al trabajo en equipo.
- Organizacional: Cómo es el soporte organizativo, la representación profesional de cada uno.
- Contexto: Cómo se desarrolla la política, la cultura, la diversidad, el género, la economía donde el equipo desarrolla su trabajo.

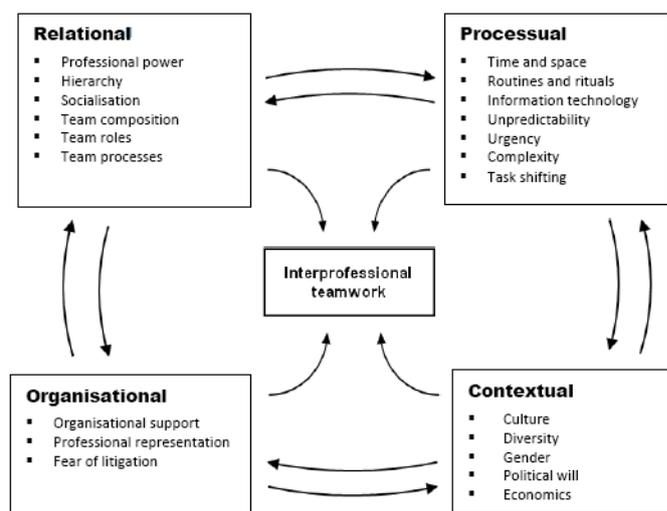


Figura 1. Marco conceptual de Reeves et al., (2010)

Este diagrama intenta representar de forma esquemática la complejidad del desarrollo de la PCI. Cada dominio puede afectar a la PCI de diferentes formas, facilitándola o inhibiéndola. Pero además, estos dominios están relacionados entre sí, formando bucles en un proceso interactivo. Reeves et al., (2010) proporcionan una visión sociológica de la PCI, intentando explicar cómo influyen las organizaciones, la cultura, el contexto, etc en el desarrollo de la PCI, la cual mejora la seguridad del paciente, reduce las complicaciones y mejora el gasto económico del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Scott Reeves et al., 2010).

La PCI es un complejo y multidimensional constructo en salud (Careau, Vincent, & Swaine, 2011) que hace referencia a los procesos en los cuales varios profesionales de la salud se organizan para tomar decisiones, compartir objetivos, responsabilidades y conocimiento, trabajando de forma conjunta con el paciente, familia y comunidad para ofrecer la mayor calidad en el cuidado. En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo realizó una de las primeras referencias explícitas a la colaboración interdisciplinar para mejorar la cultura y la seguridad de los servicios sanitarios en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), el cual tradujo la estrategia desarrollada en el Sistema Sanitario de la Universidad de Michigan (2002) "Improving Patient Safety in Hospitals: Turning Ideas into Action". En este documento se expresa la necesidad de colaboración entre médicos y enfermeras como componente esencial de la cultura de seguridad. Posteriormente, otros planes estratégicos nacionales de salud como son Cronicidad (Ministerio de Sanidad - Servicios Sociales e Igualdad, 2012) y Cuidados paliativos pediátricos (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011) han incorporado la colaboración interdisciplinar como un elemento esencial en las organizaciones sanitarias.

En relación al área quirúrgica y reanimación, en el marco de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente (Salud, 2008), "La cirugía segura salva vidas" establece que para mejorar la seguridad en cirugía, es necesario que los profesionales trabajen en equipo para beneficio del paciente, siendo la comunicación efectiva un elemento clave e indispensable para la calidad del equipo. En este documento se refiere de forma explícita a la necesidad de colaboración de los distintos profesionales implicados y colectivos para hacer más segura la atención quirúrgica. En España, la Estrategia de Seguridad del Paciente del Plan Nacional de Salud del período 2015-2020 (Agra-Varela, 2015), incluye en el objetivo general 2.3: "*Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía*", y como objetivos específicos "*Promover la formación específica en aspectos no técnicos (comunicación, trabajo en equipo, etc.) en los profesionales del bloque quirúrgico. 4. Mejorar la comunicación en la transferencia del paciente de quirófanos a reanimación o unidad de cuidados intensivos*". Y para ello recomienda "*Desarrollar acciones*

de formación para los profesionales del bloque quirúrgico en aspectos no técnicos (comunicación, trabajo en equipo, etc.)”. “Desarrollar e implantar un listado de situación del paciente en la transferencia desde quirófano a Reanimación o unidad de cuidados intensivos, especialmente en pacientes con enfermedad sistémica grave”.

Para finalizar, la PCI es un elemento indispensable en la configuración de los equipos de salud. Colaborar significa tomar decisiones compartidas, coordinar el trabajo, transmitir información, tener un buen liderazgo y recibir los apoyos adecuados desde las políticas y las organizaciones sanitarias. En los planes y estrategias de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud, ha quedado explícito. El hecho de que desde el Ministerio de Sanidad se promueva la formación en aspectos no técnicos, las relaciones interprofesionales, la comunicación entre profesionales significa considerar la PCI como una entidad de envergadura en sí misma y es un primer paso en la configuración de los equipos de salud.

1.3. Contextualización

Esta investigación se llevará a cabo en la unidad de Reanimación del Hospital Universitari Son Espases (HUSE), hospital de tercer nivel y de referencia de les Illes Balears. Consta de 10 camas, y está situada dentro del área quirúrgica. Es una unidad de cuidados críticos posquirúrgicos donde se reciben a los pacientes postoperados de intervenciones quirúrgicas complejas, que requieren cuidados de críticos, que hayan tenido alguna complicación quirúrgica, o que por sus características necesitan un control exhaustivo postoperatorio, monitorización continua, o cuidados especializados. También se reciben ingresos procedentes de otras áreas no quirúrgicas, como hospitalización o urgencias. El flujo de pacientes, de ingresos y altas es constante y elevado.

Esta unidad forma parte de un contexto más amplio, el hospital y del sistema de salud de la comunidad autónoma. La institución hospitalaria es un engranaje donde los diferentes profesionales y colectivos, interaccionan para prestar una asistencia sanitaria de calidad. Son procesos complejos donde diferentes

disciplinas interactúan, y se necesitan establecer sistemas de seguridad para el paciente y familias.

De forma tradicional, la salud se ha considerado como la ausencia de enfermedad, y en estos entornos hospitalarios, la figura del profesional médico es considerada como un valor excepcional (Zaforteza, 2010), alrededor del cual giran muchas de las rutinas diarias, considerándose en ocasiones de más valor la opinión y la necesidad del colectivo médico que las necesidades/opiniones de los profesionales de enfermería. La participación del paciente y familia es prácticamente nula en estos entornos. No se reflexiona sobre el cuidado centrado en el paciente, ni en la optimización de los equipos de trabajo.

El área quirúrgica es un entorno cerrado, altamente tecnificado y especializado donde las dinámicas de trabajo están muy arraigadas y la distinción entre los diferentes colectivos presentes, por lo que existen relaciones de poder desiguales entre los profesionales. Estos entornos altamente especializados y con alta tecnología son complejos y tienen dinámicas características, muchas de ellas perpetuadas en el tiempo.

La literatura expone la importancia del trabajo en equipo, del respeto de los profesionales, de la multidisciplinariedad o interdisciplinariedad de los mismos, de la importancia de la cultura y el contexto en el cual se desarrolla la actividad y de cómo desde la política y las organizaciones pueden influir en el desarrollo de la PCI. El modelo actual de organización del sistema de salud es poco participativo, y está centrado más en las necesidades de los profesionales que en las necesidades de los usuarios.

Además, faltan estudios de cómo mejorar esta PCI, qué intervenciones realizar y cómo evaluarlas posteriormente. Con este estudio los propios participantes iniciarán un proceso de concienciación del problema, de aspectos que pueden modificarse y, al mismo tiempo, de dificultades y limitaciones en el proceso.

2. Revisión de la literatura

En el capítulo 1.2 se ha descrito lo que es la PCI, la complejidad de su abordaje y el marco conceptual desarrollado por Reeves et al., (2010). En este capítulo se describe la estrategia de búsqueda, se desarrolla el análisis de la literatura sobre la PCI en el ámbito de la salud, los principales factores implicados en el desarrollo (o no) de la práctica colaborativa y la justificación del estudio. Los hallazgos sobre la metodología de investigación-acción participativa se describirán en el capítulo 4.

2.1. Estrategia de búsqueda

Para localizar los artículos presentados, se realizó una búsqueda bibliográfica de la evidencia nacional e internacional publicada entre los años 2000 y 2016, en las siguientes fuentes y bases de datos: EbscoHost (incluye CINAHL y Medline), PubMed, CUIDEN Plus y Biblioteca Cochrane Plus. Se seleccionaron los artículos disponibles a texto completo, en los idiomas inglés y español, sin limitar la búsqueda por el tipo de estudio. Se ha incluido alguna referencia previa si se ha considerado muy específica y relevante.

Los descriptores utilizados en inglés fueron los siguientes: “Interprofessional Collaboration” OR “Interprofessional relations” OR “Interprofessional team” OR “Interdisciplinary collaboration” OR “teamwork”, “Participatory Action Research” “Intensive Care Unit or critical care)” ”Perioperative”. Y en español: Práctica colaborativa interprofesional, investigación acción participativa, cuidados postoperatorios, reanimación postquirúrgica, cuidados intensivos.

Las referencias de la búsqueda se exportaron a un gestor bibliográfico. Los artículos se seleccionaron inicialmente por título y contenido del resumen.

La estrategia de la búsqueda se centró en dos ejes: una búsqueda inicial enfocada a localización de artículos sobre la práctica colaborativa interprofesional de forma general, y otra dirigida a la búsqueda del uso de la metodología de investigación-acción-participativa en entornos asistenciales.

2.2. Desarrollo de la práctica colaborativa en salud

La práctica colaborativa interprofesional ha sido ampliamente desarrollada y aplicada en contextos educacionales, siendo un tema emergente en la literatura en las políticas y organizaciones sanitarias. Está considerada un elemento indispensable en el buen funcionamiento de las dinámicas y los flujos de información en los equipos de salud, imprimiendo un efecto directo o indirecto al que debería ser nuestro centro de atención: el paciente y su familia (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, 2006; Scott Reeves et al., 2010). En el capítulo 1 se ha explicado el marco conceptual publicado por Reeves et al., (2010), caracterizado por ser multidimensional y por recoger factores procedentes de distintos contextos o dimensiones. Paradis et al., (2013), publica una revisión de la literatura siguiendo estas cuatro dimensiones que interactúan en la PCI, siendo los factores procesales y de relaciones los que aparecen de forma regular en los artículos publicados: las jerarquías, las relaciones de poder, las rutinas, la distribución del tiempo y del espacio. Por el contrario, los factores contextuales y organizacionales están poco desarrollados en la literatura.

La PCI implica que cada miembro del equipo tiene un rol propio y que conjuntamente definen objetivos, analizan problemas y planifican intervenciones para conseguirlo (Hall, 2005). La colaboración interprofesional significa compartir, compañerismo, interdependencia y poder (Amour & Oandasan, 2005). Reeves (Scott Reeves, 2016) indica, en una reciente revisión de la literatura, que la investigación cualitativa ha sido utilizada con frecuencia para desarrollar diferentes aspectos relacionados con la PCI, pero que la calidad de dichos estudios no siempre es satisfactoria. La mayoría de estudios abordan la PCI desde una vertiente teórica y de corte etnográfico (Paradis et al., 2013; S Reeves, Perrier, Goldman, Freeth, & Zwarenstein, 2013; Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, 2009) y pocos sobre las estrategias para implementar y mejorar la PCI en las instituciones, y de qué forma esta PCI contribuye en el aumento de la seguridad del paciente, la satisfacción del paciente y familia, o en cómo evitar el stress y burnout entre los profesionales del equipo de salud. Muchas de estas afirmaciones provienen de las percepciones de los profesionales, quienes expresan una mejora de la

satisfacción laboral cuando se trabaja en equipo y son valorados y respetados, pero existe una falta de estudios empíricos de los beneficios explícitos de la PCI en la seguridad y cuidado del paciente (Paradis et al., 2013; Piquette, Reeves, & Leblanc, 2009).

La PCI ha sido desarrollada en diferentes entornos asistenciales. Vazirani et al., (Vazirani, Hays, Shapiro, & Cowan, 2005) realizaron un estudio en una unidad médica de un hospital de tercer nivel desarrollando tres intervenciones, las cuales tuvieron un efecto positivo en el desarrollo de la comunicación y colaboración interprofesional. Estas intervenciones consistían en reuniones programadas con la dirección, rondas multidisciplinarias diarias y la presencia de una enfermera de práctica avanzada en la unidad (Vazirani et al., 2005). Averlid & Axelsson (2012) realizan un estudio en el área quirúrgica con enfermeras anestesistas, y refieren que la colaboración entre profesionales es un factor fundamental para el desarrollo del trabajo en equipo y que éste influye de manera positiva en la promoción de la salud de los trabajadores.

En las unidades de cuidados críticos, la promoción de la PCI mejora la seguridad del paciente y la calidad del cuidado (Rose, 2011). La colaboración interdisciplinar está considerada un elemento facilitador en la implementación de iniciativas, y en cambio, la gravedad del paciente, la falta de habilidades y conocimientos de los profesionales y la carga de trabajo actúan como elementos barrera para su desarrollo (Benoit & Semenic, 2014). Las intervenciones que no son implantadas por consenso de los participantes se perciben por uno de los grupos como imposición, reforzando las jerarquías y las barreras interprofesionales (Gotlib Conn, 2009). En una UCI neonatal se han explorado las barreras y los elementos facilitadores para la implementación de una iniciativa de cuidado centrado en el paciente. Algunas de las barreras contextuales identificadas han sido las propias dinámicas de los profesionales, la carga de trabajo y la falta de conocimiento sobre el tema. En contraposición, se considera la colaboración interprofesional como un elemento facilitador esencial para el éxito de la implantación de la iniciativa (Benoit & Semenic, 2014). Esta colaboración interprofesional es, a menudo, subóptima (Costa, Barg, Asch, & Kahn, 2014), por lo que las dificultades para la implementación de iniciativas aumentan y existe un déficit de estrategias para llevarlas a cabo.

Los procesos para la implementación de intervenciones que fomenten la PCI, cómo es la cultura y el desarrollo de estos procesos en las complejas unidades de críticos y la eficacia en la implementación de estas intervenciones sobre PCI están poco desarrollados en la literatura (Paradis, Reeves, Leslie, Puntillo, et al., 2014).

2.3. Factores que intervienen en el desarrollo de la práctica colaborativa

En este apartado se desarrollan cuatro aspectos que emergen de la búsqueda bibliográfica: las relaciones interprofesionales, la comunicación interprofesional, el contexto y la educación interprofesional.

2.3.1. Relaciones interprofesionales

El desarrollo de la práctica colaborativa interprofesional se basa en el respeto mutuo, la toma de decisiones compartida y reporta beneficios en la atención al paciente y a los propios profesionales (Reeves et al., 2010). La literatura describe las relaciones entre dos estamentos clásicos y pilares indiscutibles de la organización sanitaria hospitalaria: los médicos y las enfermeras (Vazirani et al., 2005). Las relaciones interprofesionales de estos dos colectivos están históricamente asociadas a las relaciones de género y poder y a las desigualdades entre los mismos (Luetsch & Rowett, 2015; Zaforteza Lallemand, 2010), estando descrita como problemática y compleja en la literatura (Delgado P, Sola A, Mirabete I, 2001; Zaforteza Lallemand, 2010). Esta relación médico-enfermera influye no sólo en el cuidado del paciente, sino también en el desarrollo de su propia autonomía (Goodman, 2004). Está influida por valores culturales y contextuales que han construido históricamente las características de cada una de las dos profesiones y su forma de trabajar en equipo (Miró Bonet, 2008; Zaforteza Lallemand, 2010). El predominio médico es histórico, ya que el prestigio de las enfermeras dependía de cumplir con diligencia las órdenes médicas (Miró Bonet, 2008) . La colaboración interprofesional tiene un significado diferente para el colectivo médico y para el de enfermería. Para los médicos, colaboración implica cooperación y respeto a los otros, pero no

implica la toma de decisiones conjunta (Vazirani et al., 2005). Las relaciones entre médicos y enfermeras se ven limitadas por la falta de reconocimiento de los médicos hacia el rol profesional de las enfermeras (Matziou, V, Vlahioti, E, Perdikaris, P, Matziou, T, Megapanou, E, & Petsios, 2014) y la autonomía de las mismas en su desempeño profesional.

La literatura revela que la práctica colaborativa interdisciplinar es un elemento imprescindible para el buen funcionamiento del equipo de salud y la seguridad del paciente y sin embargo, en los equipos multidisciplinares sigue existiendo la jerarquía perpetuada desde las propias políticas de salud prevaleciendo las opiniones y la figura de los profesionales médicos frente al resto de profesionales (Delgado P, Sola A, Mirabete I, 2001; Zaforteza et al., 2014). Esta relación en el contexto de cuidados críticos se considera como una barrera para el desarrollo de prácticas colaborativas, el cuidado y la seguridad del paciente (Paradis et al., 2013; Rose, 2011) y para el traslado de la evidencia a la práctica clínica (Zaforteza et al., 2012).

En las unidades asistenciales complejas, el profesional experto es generalmente respetado y altamente valorado por los profesionales de otras categorías. En contraposición, el personal inexperto no tiene este grado de confianza ni valoración profesional (Averlid, G., & Axelsson, 2012). La expertía es un elemento clave en el desarrollo de la PCI: se posee el conocimiento y la experiencia da seguridad, lo que proporciona un cuidado de calidad y el respeto de los otros profesionales (Costa et al., 2014). El conocimiento y la sabiduría forman parte del respeto entre los miembros del equipo (Lingard, Espin, Evans, & Hawryluck, 2004). A pesar del reconocimiento y valoración de la expertía, en estos entornos hospitalarios complejos y en concreto, las unidades especializadas como son las unidades de críticos o postquirúrgicos, la jerarquía institucional está presente y se perpetúa con las generaciones, dificultando el desarrollo de la PCI y provocando el desgaste de profesionales expertos por el no-reconocimiento de su estatus y de su rol profesional.

Las relaciones interprofesionales deficientes y la poca claridad en la definición de los roles profesionales pueden conducir a prácticas subversivas por los grupos en desigualdad que provoquen un impacto negativo en la atención al

paciente (Paradis et al., 2013). Tener un conocimiento profundo de las relaciones interprofesionales en cuidados críticos es parte fundamental para mejorarlas (Paradis, Reeves, Leslie, Puntillo, et al., 2014). Muchas actitudes enfermeras están internalizadas y son realizadas de forma rutinaria por los profesionales. Por ejemplo, la no participación en las rondas disciplinarias o en la toma de decisiones es aceptado por el colectivo enfermero como “normal” (Paradis, Reeves, Leslie, Puntillo, et al., 2014), cuando son un elemento que fomenta la PCI (Tang, CJ, Chan, SW, Zhou, WT, & Liaw, 2013) y su no participación disminuye el flujo de información (García Mozo, A, Sánchez Roldán F, Amorós Cerdá, SM, Balaguer Albarracín, F, Díez Alcalde M, Durán Torres, MT, González Gascue, M, Lastra Cubel, P, Sánchez Calvin, C, Zaforteza Lallemand, 2010; Zaforteza Lallemand, 2010; Zaforteza Lallemand et al., 2012). Los profesionales médicos gestionan su propia agenda y sus actividades de forma individual, sin tener en cuenta a los otros profesionales (Gotlib Conn, 2009). A pesar de ello, las enfermeras desarrollan a menudo estrategias para asistir a las rondas disciplinarias que realizan los médicos, modificando sus agendas para poder participar en las mismas (Scott Reeves, 2016). Esta dinámica se podría regular pactando los horarios entre ambos colectivos y compartiendo la información (Zaforteza Lallemand, 2010).

2.3.2. Comunicación interprofesional

La comunicación interprofesional es una estrategia fundamental en la atención al usuario y en la seguridad del paciente y se asocia a la disciplina profesional desde la que el individuo ejerce. Los profesionales más explorados en la literatura son los médicos y las enfermeras, y el concepto de comunicación interprofesional difiere de unos a otros. Para los médicos la comunicación es unidireccional, centrado en la toma de decisiones en la atención al paciente (Gotlib Conn, 2009; Tang, CJ, Chan, SW, Zhou, WT, & Liaw, 2013). Para las enfermeras, es una cooperación bidireccional entre los miembros del equipo (Zwarenstein, Rice, Gotlib-Conn, Kenaszchuk, & Reeves, 2013). Hay diferentes elementos descritos en la literatura relacionados con esta comunicación interprofesional, como es la autonomía y la competencia profesional, la cultura

y el clima organizacional y la experiencia profesional entre otros (Nurok, M., Stuart, L., Paul, S., Andrea, K., & Allan, 2010). En este sentido, en la práctica diaria las opiniones de los profesionales enfermeros expertos son más valoradas que la de los principiantes, sin embargo, se sigue perpetuando la organización jerárquica que dificulta una comunicación participativa entre los profesionales (Matziou, V, Vlahioti, E, Perdikaris, P, Matziou, T, Megapanou, E, & Petsios, 2014). Algunos profesionales reconocen que la comunicación interprofesional depende de la predisposición individual. En general, las enfermeras no participan en los flujos de información de una forma sistematizada, lo que crea una situación de desigualdad entre los colectivos (Delgado P, Sola A, Mirabete I, 2001; Zaforteza Lallemand, 2010; Zaforteza Lallemand et al., 2012).

Las habilidades comunicativas y sociales están consideradas como competencias fundamentales reconocidas por el *Accreditation Council for Graduate Medical Education* para trabajar en equipo de forma efectiva (Lifchez, Cooney, & Redett, 2015). Las dificultades en la comunicación entre los miembros del equipo de salud dificultan la PCI (Averlid, G., & Axelsson, 2012) y están relacionadas con un déficit en la seguridad del paciente que conducen a errores clínicos, aumenta la carga laboral y disminuye la satisfacción del profesional y del usuario (Liaw, S. Y., Zhou, W. T., Lau, T. C., Siau, C., & Chan, 2014; Lifchez et al., 2015). La falta de participación de las enfermeras en las rondas disciplinarias disminuye los flujos de información y perjudica el cuidado del paciente (Vazirani et al., 2005). Averlid & Bihari (2012) refieren que la comunicación es un factor que contribuye a evitar malentendidos y poner en peligro la seguridad del paciente. La falta de comunicación en el equipo en un área quirúrgica y en el entorno de UCI influye de forma negativa en la seguridad del paciente (Lingard et al., 2004; Williams et al., 2007).

A pesar de la evidencia relativa a la comunicación interprofesional, ésta sigue siendo deficiente en la práctica asistencial, y aunque es un componente importante para el desarrollo de la PCI, no es suficiente en sí mismo para una colaboración efectiva (Vazirani et al., 2005).

2.3.3. Contexto: cultura, género y políticas

La práctica colaborativa está condicionada por las diferencias entre la cultura de los grupos, su organización, el lenguaje y los procedimientos, que deben estructurarse para conseguir la colaboración entre los grupos (Eden & Huxham, 2001). Los profesionales de la salud presentan diferentes percepciones sobre un mismo fenómeno y es necesario un abordaje interdisciplinar para garantizar una correcta atención en salud centrada en el paciente (Scott Reeves et al., 2015). Los aspectos organizativos y directivos están relacionados con unas condiciones favorables o desfavorables para el desarrollo de la PCI (Averlid, G., & Axelsson, 2012).

La cultura y la tradición como factores contextuales forman parte de las dinámicas de los equipos (Scott Reeves et al., 2010) que dificultan el desarrollo de estrategias para implementar la PCI en salud (Haddara & Lingard, 2013). La cultura tradicional de los entornos asistenciales es un elemento barrera para el desarrollo de la práctica colaborativa (Hall, 2005; Vazirani et al., 2005). Cada grupo profesional tiene su propia cultura desarrollada durante su aprendizaje. La especialización hace que cada vez los profesionales se vean inmersos en su propia cultura, sin tener en cuenta otros profesionales (Hall, 2005). La PCI debería realizarse de igual a igual en relación a los conocimientos y no en función de su categoría profesional. La cultura de los entornos altamente tecnológicos, como son las unidades de críticos, dificultan el cuidado centrado en el paciente y la práctica colaborativa (Benoit & Semenic, 2014).

Las creencias y actitudes de los profesionales pueden afectar a la colaboración entre los mismos (Amour & Oandasan, 2005). Tradicionalmente, género y clase social han estado relacionados con las profesiones médico-enfermera hasta el presente, y las organizaciones se han desarrollado teniendo en cuenta las necesidades de los profesionales y no del paciente y sus familias (Hall, 2005). Las relaciones entre estos profesionales han sido ya descritas en el primer apartado de este capítulo.

La implantación de iniciativas requiere cambios en las actitudes de la organización, la cultura y las estructura física de las unidades (Benoit & Semenic, 2014; Zaforteza Lallemand, 2010). Costa et al., (2014) refiere que

existen elementos estructurales y culturales que actúan como facilitadores de la práctica colaborativa. Los protocolos clínicos, las listas de verificación o checklists, las rondas interdisciplinarias y la información tecnológica son cuatro elementos estructurales identificados como facilitadores. En relación a los culturales, la accesibilidad de los diferentes profesionales, el trabajo en equipo, el cuidado centrado en el paciente, la confianza en el otro, los valores y el liderazgo son los elementos culturales facilitadores de la práctica colaborativa.

Las estrategias para incentivar la PCI deben ser promovidas desde la propia organización institucional (Rose, 2011). Siguiendo los principios de la Organización Mundial de la Salud, la promoción de la salud en los hospitales debe realizarse empoderando al individuo, con la participación activa de los profesionales en todo el proceso, con equidad y justicia y con el desarrollo de diferentes estrategias en la organización, la educación y la comunicación (Groene & Garcia-Barbero, 2005). La falta de soporte organizacional y el reconocimiento de los dirigentes al trabajo bien hecho dificultan el desarrollo de la PCI (Averlid, G., & Axelsson, 2012), y la complejidad organizacional y las políticas pueden ir en detrimento de la calidad asistencial (Paradis et al., 2013).

2.3.4. Educación interprofesional

La educación interprofesional es un pilar necesario para el desarrollo de la PCI, representa un elemento pedagógico fundamental en la actualidad que requiere un aprendizaje conjunto en el cual participen las diferentes disciplinas, cada una de ellas con su propia perspectiva y que los participantes sean capaces de respetar al otro, conocer la visión del otro y tomar decisiones de forma conjunta (Haddara & Lingard, 2013). Reeves (2016) define la educación interprofesional como una actividad en la que dos o más profesiones están implicadas en aprender juntos de forma interactiva para mejorar la colaboración de los profesionales sanitarios y la calidad del cuidado al paciente. El entrenamiento interprofesional promueve la relación de equipo y la resolución de problemas, basándose en la valoración de los diferentes roles profesionales y en compartir el juicio clínico de cada uno de ellos (Cavanaugh, J. T., & Konrad, 2012), siendo considerada una estrategia de mejora en la seguridad del paciente

(Liaw, S. Y., Zhou, W. T., Lau, T. C., Siau, C., & Chan, 2014). Las tradiciones académicas dificultan la implementación de la educación interprofesional (Scott Reeves et al., 2010). La existencia de un programa de formación especializada en el área de críticos favorece el desarrollo de la colaboración interprofesional (Bengoechea Calpe, Marín Fernández, & Regaira Martínez, 2016).

En la literatura emerge la necesidad de un aprendizaje de la PCI en las disciplinas relacionadas con la salud, abordando y fomentando desde los inicios de la carrera profesional a escuchar la opinión de los otros, ver diferentes puntos de vista y tomar decisiones compartidas, basadas en el respeto de los diferentes miembros del equipo. La educación interprofesional es un elemento clave en la implantación de iniciativas (Benoit & Semenic, 2014). Existen diferentes estrategias para mejorar la PCI mediante la educación interprofesional con programas de simulación interprofesional que permiten el reconocimiento de los diferentes roles y objetivos de cada uno de los profesionales y aprender uno de otro (Mohaupt, Devlin-cop, & Reeves, 2013).

Los diferentes tipos de aprendizaje interactivo descritos en la literatura son seminarios, aprendizajes basados en la observación, resolución de casos, simulación, e-learning y combinación de varios métodos (Scott Reeves, 2016). La simulación está considerada como un método de aprendizaje interdisciplinar efectiva (Piquette et al., 2009). Los elementos facilitadores de una educación interprofesional son la experiencia profesional, el conocimiento de las dinámicas de grupo y de aprendizaje, la confianza y la flexibilidad (Scott Reeves, 2016). También el liderazgo y la organización son factores que pueden facilitar el desarrollo de la educación interprofesional.

La educación interprofesional puede ser una estrategia clave a desarrollar en las políticas de salud para mejorar las competencias de los profesionales en la colaboración interprofesional y tener un efecto positivo en el cuidado del paciente (Scott Reeves, 2016), y debe desarrollarse teniendo en cuenta un marco teórico de referencia (Mohaupt et al., 2013). D'Amour and Oandasán (2005), proponen un marco de educación interprofesional para el desarrollo de la práctica colaborativa centrada en el paciente que ayudaría a identificar los

determinantes, los vínculos y los complejos procesos que envuelven la educación interprofesional y la práctica colaborativa centrada en el paciente.

2.4. Impacto de la práctica colaborativa en salud. Justificación del estudio

Descrita la contextualización del fenómeno de estudio y revisado el estado de la cuestión, la evidencia científica recomienda la necesidad de desarrollar la PCI en los entornos asistenciales para aumentar la seguridad del paciente y la calidad en la atención sanitaria. A pesar de ello, en estos entornos asistenciales complejos, las dinámicas de la unidad están establecidas y perpetuadas en el tiempo, y son, frecuentemente, incuestionables. Existen relaciones de poder y discursos dominantes de un colectivo profesional que dificulta e impide que la PCI sea una realidad. Además, en la literatura predominan los estudios que tratan la PCI desde una vertiente teórica y faltan estudios que aborden aspectos relacionados en cómo desarrollar esta PCI en las organizaciones sanitarias, qué tipo de estructura organizativa favorece o dificulta esta implementación, qué estrategias e intervenciones facilitan el desarrollo de la PCI, cómo es el contexto hospitalario y la cultura de la institución, cómo se relacionan los profesionales y cómo se articulan todos estos procesos en la organización sanitaria y en el día a día de la unidad.

Este estudio aportará información sobre el estado de la PCI en nuestro entorno hospitalario, de los factores contextuales, procesuales, organizacionales, y relacionales que intervienen, y el papel que desempeñan las enfermeras en el desarrollo de la PCI y en todo el proceso.

Esta investigación pretende generar conocimiento sobre estos procesos de cambio que puede ser utilizado posteriormente en otros entornos similares y tiene implicaciones a diferentes niveles. Por una parte, implicaciones para la gestión y la práctica clínica. Hay evidencia de la capacidad de una IAP para provocar cambios, incluso en condiciones desfavorables. Si el cambio se promueve desde las propias bases apoyado por algún estamento de la gestión, como es este caso, es más factible que se consigan transformaciones en el equipo y se puedan equilibrar las relaciones de poder. Además, la implantación

de medidas efectivas que contribuyan al desarrollo de la PCI puede repercutir, de manera directa o indirecta, en aumentar la seguridad del paciente. Directa, porque al instaurar la PCI, las relaciones interprofesionales serán más fluidas, se disminuirá el riesgo de error, al planificar las actuaciones de forma conjunta, se reducirá el gasto de material y se ahorrará en la gestión del tiempo, mejorando la calidad de la atención. De forma indirecta, al proporcionar a los profesionales de enfermería más autonomía y seguridad en la toma de decisiones, fomentar la participación en los flujos de información y adhesión al equipo, se favorece un ambiente laboral óptimo que contribuirá a una disminución del stress laboral y a evitar pérdidas y abandonos de profesionales expertos que proporcionan cuidados de calidad.

Por otra parte, implicaciones para los profesionales, en el empoderamiento de los individuos, en la formación en la práctica de la investigación-acción participativa y en el abordaje y resolución de problemas de forma coordinada y eficiente.

Y, por último, implicaciones para la PCI, con la aportación de conocimiento sobre el estado de la PCI en nuestra institución, la identificación de factores y elementos que facilitan o dificultan el desarrollo de la PCI a nivel contextual, procesual, organizacional, y relacional y el papel que desempeñan las enfermeras en el desarrollo de la PCI y en la implementación de estrategias.

3. Orientación teórica

3.1. Teoría crítica

El paradigma desde el cual se puede explicar mejor el fenómeno a estudio es el crítico-social, ya que como investigadora tengo una actitud reflexiva y crítica del mismo, y comparto las premisas básicas de Kincheloe y McLaren (Kincheloe, J.L., McLaren, 2005): a) el pensamiento está mediado por relaciones de poder social e históricamente establecidas, b) los hechos no pueden aislarse del campo de los valores o de la adscripción ideológica, c) la relación entre concepto y objeto o significante y significado nunca es estable, sino que está influenciada por relaciones capitalistas de consumo, d) el lenguaje es el pilar de la formación de la subjetividad (consciente o inconsciente), e) ciertos grupos en la sociedad están privilegiados, por que se establecen relaciones de opresión, las cuales se reproducen con mayor eficacia si los subordinados aceptan su estatus como natural o inevitable y f) las corrientes predominantes de investigación generalmente se adhieren a la reproducción de sistemas de clase, opresión de género o de raza.

Este paradigma apoya la acción transformadora de los sujetos, comprender e interpretar las prácticas sociales para generar un cambio que busque la justicia social (Zaforteza Lallemand, 2010). Esta posición me permite cuestionar la práctica colaborativa en una unidad de cuidados postquirúrgicos, donde las creencias y valores son favorables a los grupos dominantes y hegemónicos, perpetuados desde las políticas y la tradición, y donde determinados comportamientos o pautas son asumidos e interiorizados, aceptándolos como algo natural e inevitable, sin preguntarse si es la mejor alternativa o si un cambio produciría una mejora en la atención y en los cuidados proporcionados al paciente.

Este trabajo de investigación cualitativa se enmarca en la teoría crítica-social, con el intento de aproximarse a la realidad del fenómeno desde los valores sociales, políticos y culturales que lo enmarcan. El enfoque crítico pretende no sólo conocer e interpretar la realidad sino también provocar una transformación en la misma (Melero Aguilar, 2011). Para realizar una transformación social, generar comportamientos de cambio, se debe generar la conciencia de la

necesidad del mismo, cuestionando la realidad social, las estructuras preestablecidas y empoderando al individuo.

Por ello, nos podríamos preguntar en qué medida y cómo podríamos cambiar esta práctica colaborativa, de manera que todos los participantes del equipo de salud estuvieran en una situación de equidad. ¿Qué elementos forman la práctica colaborativa interprofesional? ¿Cómo es el contexto en el cual se desarrolla esta práctica? ¿Se puede generar un proceso de cambio? ¿Qué intervenciones de cambio y mejora se podrían realizar en este contexto?

En la planificación y diseño de la investigación cualitativa y en la búsqueda de una coherencia teórico-metodológica es necesario dar respuesta a las cuestiones planteadas desde los paradigmas crítico-social e interpretativo del modelo de Lincoln y Guba 2011, descritos por Bover (2013). Se debe responder no sólo a la pregunta metodológica de cómo el investigador se ha acercado a lo que quería conocer, sino también a la pregunta ontológica ¿cuál es la forma y la naturaleza de la realidad que podemos conocer? y epistemológica ¿cuál es la naturaleza de la relación entre quien busca conocer y lo que puede ser conocido? Estos aspectos han sido desarrollados en la introducción, contextualización del proyecto y revisión de la literatura.

3.2. Teoría crítica de Paulo Freire

La obra de Freire se ha desarrollado ampliamente en el campo de la pedagogía crítica. Su método se basa en conseguir que, en contextos en los que los participantes están en inferioridad de condiciones, desarrollen habilidades reflexivas para tomar conciencia de su propia realidad y puedan modificarla (Freire & García Gómez, 2015). También ha influenciado la promoción e investigación en salud, el desarrollo comunitario y la investigación-acción participativa (Zaforteza Lallemand, 2010).

Paulo Freire es uno de los autores relevantes sobre los procesos de cambio social: trata el cambio social con la intención de igualar relaciones sociales desequilibradas que favorecen a un grupo en detrimento de otro colectivo (Freire, 1970). Este cambio social se realiza desde la participación

democrática, el diálogo, la reflexión y la acción transformadora (Zaforteza Lallemand, 2010). El cambio implica una ruptura de la inercia, la estabilidad representa la tendencia de ésta por mantener la situación. La estructura social es obra de los hombres, así que su transformación también será obra de los hombres. Ello implica la toma de conciencia de la realidad, implica una reflexión sobre la realidad. Cuando el hombre la comprende, puede plantearse buscar soluciones y transformarla. La conciencia creadora y comunicativa es democrática (Freire, 1970). Todas las personas tienen algún tipo de conocimiento que hay que tener en cuenta para mejorar y aprender. Es el saber democrático: son las personas que están en una situación las que conducen a un proceso de cambio usando su experiencia y su conocimiento del contexto, apoyados por la figura del investigador, que apoya con su conocimiento teórico (Zaforteza Lallemand, 2010).

En el contexto de una institución hospitalaria y en concreto, de un área especializada altamente tecnificada, la realidad es que es una estructura cerrada que se mueve a menudo por inercias, donde la estabilidad es “no cambiar nada”, mantener el orden institucional, aunque las cosas sean mejorables y la evidencia lo corrobore. Existen unas fuerzas dominantes que actúan como elementos no facilitadores del cambio (Zaforteza Lallemand, 2010). Es un sistema con una realidad condicionada, donde existen jerarquías históricamente establecidas con relaciones sociales desiguales, donde existen los opresores y los oprimidos, que reflejan mitos y restricciones en las estructuras sociales, que permanecen estáticas. La sociedad dependiente es moldeada por el deseo y la voluntad de la sociedad dominante. Los dominadores, en situación privilegiada, quieren mantener su *status quo*. (Freire & García Gómez, 2015). De esta manera, se puede considerar la complejidad de la estructura del ámbito hospitalario, en la cual hay profesionales que poseen una autoridad incuestionable en detrimento de otros (Zaforteza Lallemand, 2010).

Freire explica el diálogo como una de las piezas necesarias para equilibrar las relaciones sociales desiguales. Para Freire el diálogo es una de las herramientas en la lucha para el cambio social, situando en un plano de igualdad a los poderosos, desfavorecidos y participantes, el diálogo con uno

mismo, con los participantes, el diálogo entre los desfavorecidos y los participantes (Zaforteza Lallemand, 2010). El diálogo sobre un problema permite profundizar en la toma de conciencia, volviéndola crítica a través de un proceso de concienciación. La concienciación cambia y evoluciona de una concienciación individual teórica a una concienciación a través de la praxis, en la cual la acción y la reflexión se irradian constante y mutuamente. Para entender los niveles de conciencia es necesario ver la realidad histórico-cultural propia (Freire & García Gómez, 2015). Esta realidad es humana, creada por los hombres y puede ser transformada por ellos mismos (Freire, 1970). Uno de los elementos estructurales de una sociedad cerrada es el silencio de las masas, lo cual es una postura antidialógica que mantiene las relaciones paternalistas y de desigualdad de los grupos. La persona dialógica, por el contrario, tiene conocimiento, sabe, porque es crítica, y tiene poder de transformar (Freire & García Gómez, 2015).

La conciencia crítica se caracteriza por analizar en profundidad el problema, reconocer que la realidad es cambiante, buscar principios de causalidad auténticos, estar dispuesta a las revisiones, intenta despojarse de los prejuicios, es inquieta, interrogadora y provocativa, busca el diálogo y acepta lo nuevo o lo viejo en función de su validez (Freire, 1970). Esta conciencia crítica es una forma de conocer la realidad, y a través de un proceso de concientización el hombre asume una posición epistemológica, busca conocer, enfrentarse a la realidad, comprender el contexto, desafiarlo y adquirir un compromiso de transformación (Freire & García Gómez, 2015). La concientización es un proceso de descubrir la realidad social, tratar de comprender el por qué de determinadas prácticas sociales y de las situaciones de desigualdad, comprender que la realidad no es estática y que puede transformarse a través de la práctica y forzar un compromiso para esa transformación (Zaforteza Lallemand, 2010). Esta acción transformadora se debe realizar desde la praxis mediante la acción-reflexión y desde la humildad (Freire, 1970).

No puedo dejar de mencionar la esperanza como eje central en el pensamiento de Freire y su contribución al cambio social. En una situación de desigualdad,

el estatismo favorece a los opresores. La esperanza es un elemento imprescindible para la lucha, para el desarrollo, para el cambio (Freire, 2007).

Los conceptos desarrollados en este capítulo de la obra de Freire sobre la participación democrática, el diálogo, la reflexión-acción y la acción transformadora apoyan la metodología de la investigación acción-participativa como un proceso que genera conocimiento y transformación.

El desarrollo de la práctica colaborativa en el contexto de unidades de críticos se ve dificultada por fuerzas de carácter histórico-cultural que presentan resistencias al cambio. El carácter emancipador como objetivo de la teoría crítica, se centra en la liberación de las ataduras y dominación por parte de los opresores. Investigar la PCI desde un paradigma crítico social me permitirá llevar a cabo un proceso reflexivo y crítico de lo que significa la PCI para los profesionales de la salud, tomar conciencia de ello y detectar posibles elementos de cambio y transformación. El análisis del fenómeno de estudio desde esta perspectiva permitirá comprender cómo es el entorno hospitalario, qué realidad social existe, qué posicionamientos profesionales se dan en torno a ella, cómo son las relaciones interprofesionales, qué desigualdades están (o no) presentes, y generar conciencia sobre esta realidad del contexto para comprometerse con el cambio. Para ello se utilizará la metodología de investigación-acción participativa que desarrollo en el capítulo siguiente.

4. Metodología

Los fenómenos de salud que están condicionados por valores socioculturales y económicos, precisan ser explorados a partir de los paradigmas de las ciencias sociales. La investigación cualitativa en salud permite explorar y comprender algunos fenómenos de salud desde una dimensión cultural y social, aspectos que difícilmente pueden ser explorados desde la perspectiva positivista (Bover, 2013). La investigación cualitativa permite conocer, analizar e interpretar la realidad a estudio mediante una aproximación a la misma (Bover, 2013; Melero Aguilar, 2011). En este proyecto se plantea una investigación cualitativa que permita abordar aspectos que son difíciles de tratar desde una perspectiva positivista. De esta manera, nos permitirá entender e interpretar actitudes, conductas e interacciones entre los diferentes profesionales de la unidad en este contexto. La complejidad de las relaciones interpersonales, el hecho de conocer lo que piensan las personas, los participantes, ayudará a explicar el fenómeno de investigación (Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez & Saura, 2014).

La investigación cualitativa ha sido ampliamente utilizada en el diseño de estudios de intervención y evaluación de los servicios de salud donde el hecho de estudio está determinado por valores y conductas sociales, determinados por el grupo o la comunidad a la cual se pertenece (Elliott, 2014). Es cierto que no estamos habituados a analizar el contexto de las instituciones de salud, por ello a menudo los problemas se consideran como inevitables o normales, y no se cuestionan (Zaforteza Lallemand, 2010).

En este caso, por mi formación y experiencia profesional me planteo un tipo de investigación que me permita cuestionar y proponer cambios en las dinámicas establecidas que están asumidas como “normales” y para ello utilizaré la metodología de investigación-acción participativa que desarrollaré en este capítulo, en el apartado de diseño de la investigación. A continuación desarrollo los objetivos del trabajo.

4.1. Objetivo general

Generar cambios para mejorar la práctica colaborativa interprofesional en una unidad de cuidados críticos postoperatorios mediante una investigación-acción participativa y así mejorar las dinámicas de trabajo y la seguridad clínica de pacientes y familias.

4.2. Objetivos específicos

- Explorar el concepto que los profesionales de la salud- tienen de la PCI y de su desarrollo (o no) en la unidad.
- Explorar cómo las relaciones interprofesionales, el contexto organizacional y la cultura de los profesionales de la salud de la unidad de cuidados críticos postoperatorios influyen en el desarrollo de la PCI y en los procesos de cambio.
- Comprender cómo un proceso dialógico reflexivo puede generar cambio de la PCI en la práctica clínica.
- Desarrollar propuestas de cambio que mejoren la PCI a través del proceso de reflexión-acción de los participantes.

4.3. Diseño:

4.3.1. Investigación-acción participativa

La investigación acción fue utilizada por Kurt Lewin en 1946, preocupado por las relaciones intergrupales y los problemas de las minorías, donde el trabajo de investigación era con y para los participantes del estudio. Se centraba en la búsqueda de soluciones empoderando a los participantes y desarrollando e implementando actividades. La investigación-acción es una aproximación a la investigación que consiste en investigar con la gente y para la gente en su contexto, no en hacer una investigación sobre ellos, siendo el investigador un facilitador y un mediador para el cambio (Meyer, 2000).

El propósito fundamental de la investigación-acción no es tanto la generación de conocimiento como el cuestionar las prácticas sociales y los valores que las integran, analizando los problemas desde una perspectiva social y cultural con la finalidad de explicitarlos (Amezcuca & Gálvez, 2002). La investigación acción es un poderoso instrumento para reconstruir las prácticas y los discursos sociales, para cambiarlas y mejorarlas. Las personas implicadas en el problema son las que a través de un proceso reflexivo toman conciencia, se cuestionan las prácticas y buscan soluciones al mismo, adaptadas al contexto en el cual desarrollan su actividad (Bergold & Thomas, 2012; Zaforteza Lallemand, 2010). Esta metodología ha sido utilizada en diferentes ámbitos, como la educación, la sociología y las ciencias de la salud. Me centraré en los estudios desarrollados en este último ámbito. La investigación-acción ya fue descrita por Holter (Holter & Schwartz-Barcott, 1993) como una metodología útil para implementar cambios en la práctica clínica de las enfermeras, donde el investigador y los participantes están en continua colaboración, indagando sobre el problema, planteando propuestas e intervenciones, siendo las propias enfermeras, conocedoras de su contexto las que promueven las propuestas de cambio y las estrategias para llevarlas a la práctica (Holter & Schwartz-Barcott, 1993). La IAP ha sido utilizada en el campo de la salud como una metodología útil para la intervención y evaluación de los servicios de salud (Delgado-Hito, P., Gastaldo, 2006). También se ha desarrollado en programas de formación en la seguridad al paciente para implantar intervenciones que mejoren la satisfacción de las enfermeras y disminuyan los errores (Clark, 2009).

Esta metodología ha sido utilizada con éxito para generar cambios en la práctica asistencial en unos contextos similares al que quiero desarrollar la investigación actual, un área de críticos (Delgado P, Sola A, Mirabete I, 2001; Sangkhanan, Senaratana, Picheansathian, Moongtui, & Avant, 2014; Zaforteza Lallemand et al., 2010, 2012). En el estudio de Delgado, el uso de la IAP provocó una modificación en los cuidados enfermeros que se tradujo en una mayor humanización, una mejora de la calidad de los cuidados y una mayor colaboración interprofesional. La investigación de Zaforteza (Zaforteza Lallemand, 2010) tuvo como objetivo promover y mejorar los cuidados ofertados a los familiares de los pacientes críticos, obteniendo con éxito la

promoción e implantación de cambios de la práctica diaria, cambios que han perdurado en el tiempo. En el estudio de Sagkanan (2014), esta metodología resultó útil para implicar al equipo multidisciplinar en la implantación de un modelo para prevenir y disminuir las infecciones del tracto urinario. En estas unidades, estos procesos de cambio han sido complejos. Los cambios se articulan mejor desde las micro-políticas y las propuestas realizadas por los propios participantes: el diálogo y el proceso reflexivo de los mismos genera conciencia de la práctica diaria y autocrítica que desemboca en propuestas realistas que se implantan con éxito en la práctica clínica. Estas estrategias de cambio están diseñadas y adaptadas al contexto en el cual deben ser aplicadas (Zaforteza Lallemand, 2010).

A pesar del éxito de estas investigaciones, está descrito en la literatura la dificultad de trasladar la evidencia a la práctica clínica, especialmente en entornos complejos del sistema de salud donde hay comportamientos profundamente arraigados y relaciones de poder pre-establecidas que dificultan la opción de un cambio (Zaforteza Lallemand et al., 2012; Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, 2009).

Por todo lo expuesto, considero que la IAP es la metodología adecuada para el desarrollo de esta investigación. Por una parte, hay experiencias de su utilización en entornos similares, y por otra, implica a los propios profesionales, quienes “desde dentro” toman conciencia del problema, participan en la búsqueda de soluciones y problemas de forma democrática, valora sus conocimientos y experiencia y les empodera para modificar sus prácticas, generando propuestas y estrategias para llevarlas a cabo.

4.3.2. Características (asunciones) de la IAP

La IAP se caracteriza por varios elementos: su carácter participatorio, su impulso democrático y su contribución a la ciencia social y al cambio social (Meyer, 2000). Las investigaciones participativas requieren un carácter democrático y un contexto político, en el cual los participantes deben sentirse seguros para expresar sus opiniones, existiendo diferentes niveles de

participación e implicación (Bergold & Thomas, 2012; Zaforteza Lallemand, 2010) Este tipo de investigación pone énfasis en la persona y en su participación, empodera al individuo y promueve el cambio social (Bergold & Thomas, 2012). Los propios individuos son los mejores conocedores de su contexto y son los que, a través de un proceso reflexivo, toman conciencia de su realidad y establecen estrategias de cambio (Delgado P, Sola A, Mirabete I, 2001).

4.3.2.1 Ser participativa y colaborativa

La participación y colaboración son características que diferencian a la IAP de otros tipos de investigación. La participación consiste en la incorporación activa de los sujetos a un proyecto definido previamente por el investigador sobre procesos que afectan este colectivo (Moreno JL, 2003). Las personas y su comunidad como parte de su mundo y de su creación que reflexionan sobre sus propios procesos para modificarlos. Esta participación resulta educativa y permite interrelacionar la identificación de problemas, la planificación, la acción y la evaluación (Meyer, 2000).

La colaboración implica incluir en el proceso las perspectivas de los participantes, el investigador guía el proceso, pero en la planificación, recogida de datos y acciones o propuestas a realizar debe ser una decisión consensuada por ambos, de forma que los participantes se sientan parte del proyecto (Zaforteza Lallemand, 2010).

Esta colaboración tiene una vertiente epistemológica (Bradbury & Reason, 2008): existen diferentes formas de conocimiento, no es “conocer qué”, sino “conocer cómo”, y este conocimiento proviene de las situaciones sociales y del entorno en donde viven los participantes, los cuales tienen un conocimiento único del contexto.

4.3.2.2 Conocimiento contextualizado

El conocimiento se genera con los propios participantes que son los conocedores de su propia realidad (Bergold & Thomas, 2012; Meyer, 2000;

Zaforteza Lallemand, 2010). Es un aprendizaje mutuo: los participantes son conocedores de su contexto, y aportan el conocimiento práctico; los investigadores aportan el conocimiento sistemático. Ambos conocimientos son sinérgicos para una transformación, un proceso de cambio.

4.3.2.3. Ser reflexiva y crítica

Existen diferentes tipos de investigación-acción, y me inclino por la investigación-acción crítica y de emancipación para cambiar el ejercicio profesional, tal como defiende el Royal College of Nursing Institute (Meyer, 2000). Este modelo da valor a la participación, la capacitación y la emancipación. En nuestro sistema hospitalario, existen desequilibrios de poder y rutinas preestablecidas por unos grupos dominantes. La IAP promueve la reflexión y la autocrítica, y es un método adecuado para modificar la práctica diaria de las enfermeras (Delgado P, Sola A, Mirabete I, 2001). De esta manera, se generará un proceso participativo utilizando la autoreflexión, desarrollando la capacidad crítica y moral, donde todas las voces y opiniones tienen cabida. La IAP permite conocer cómo son los procesos de cambio mediante una autoreflexión para una intervención participativa, generando un proceso de cambio social, transformando los entornos de atención a la salud.

4.3.2.3 La IAP empodera

La acción y el cambio, el compromiso con los sujetos investigados y el enfoque de la investigación, da voz y empoderamiento a los sujetos, y son ingredientes que están siempre explicitados como principios básicos de esta metodología (Zaforteza Lallemand, 2010). El empoderamiento hace que los individuos perciban la necesidad de un cambio y quieran participar de forma activa para mejorar su situación, expresando sus opiniones, haciéndose conscientes de su situación, aprendiendo de un proceso reflexivo y desarrollando medidas para resolver problemas específicos (Sangkhanan et al., 2014).

4.3.3. Modelo de Kemmis y McTaggart

Para la realización de la IAP he elegido el modelo de Kemmis y McTaggart (Kemmis & McTaggart, 2005) ideado para entornos laborales educativos, porque ha sido utilizado previamente con éxito para modificar las prácticas de las enfermeras en el entorno del paciente crítico (Delgado P, Sola A, Mirabete I, 2001; Zaforteza et al., 2014; Zaforteza Lallemand, 2010). Este modelo plantea tres preguntas: ¿Qué está sucediendo ahora? ¿En qué sentido es problemático? ¿Qué puedo hacer al respecto?

El Modelo de Kemmis y McTaggart (Kemmis & McTaggart, 2005) está compuesto de ciclos en el interior de una espiral. El punto de partida lo constituye el área de interés en el cual los participantes quieran trabajar, llamado preocupación temática (Zaforteza Lallemand, 2010). A partir de aquí, se inician los ciclos. Cada ciclo contiene 4 etapas: planificación, acción, observación y reflexión.

1. Planificación: Es flexible, adaptado al contexto. Es la organización de la acción a realizar, incluso las consideradas como imposibles. Debe ser capaz de modificarse en función de los imprevistos que puedan salir. En esta etapa se enseñará a los participantes el modelo de Kemmis y McTaggart y cómo realizar el diario de campo.

2. Acción: basada en el plan, incluye la realización de nuevas prácticas. Hay que preparar estrategias para afrontar limitaciones que puedan surgir.

3. Observación: descripción de qué ha pasado y en qué circunstancias, tanto si han sido elementos facilitadores o limitadores de las acciones propuestas. Servirá de guía para futuras acciones.

4. Reflexión: Es descriptiva y evaluativa. Observa y reflexiona sobre los efectos de las acciones emprendidas, los procesos que pueden ocurrir

Y se reinicia un nuevo ciclo. En la figura 2 se puede ver el esquema de los ciclos.

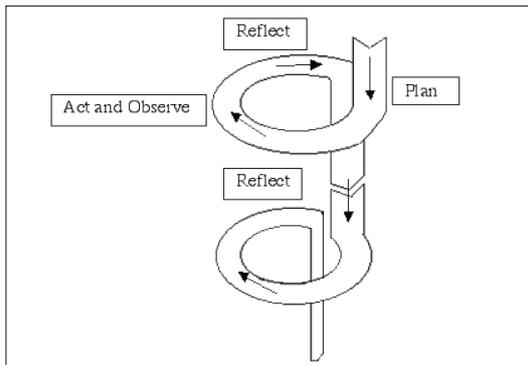


Figura 2: Modelo de IAP de Kemmis y McTaggart

Siguiendo el modelo de Kemmis y McTaggart (Kemmis & McTaggart, 2005) esta investigación es participativa, las personas implicadas, los miembros del equipo inician un proceso de reflexión, en el cual se plantean qué está sucediendo, cómo se está funcionando, en qué aspectos es problemático y qué se puede hacer al respecto. Ello implica la participación de los propios profesionales, siguiendo la investigación una espiral introspectiva de ciclos de planificación, acción, observación y reflexión. Es colaborativa, participan las personas implicadas. Implica registrar, analizar, reflexionar sobre nuestras propias prácticas e ideas, analizando las situaciones.

5. Planteamiento del estudio

5.1. Planificación de la investigación

La planificación de la investigación se desarrolla de forma sintética siguiendo las orientaciones de Martí (Martí, 2000):

- Primero se delimitarán los objetivos a trabajar en función de la detección de los síntomas
- Se recogerán los diferentes puntos de vista existentes en relación a la problemática que se quiere estudiar, tratando de realizar un diagnóstico y recoger las posibles propuestas que salgan de la praxis, para generar debate y negociar las mismas.
- Posteriormente, estas propuestas se concretarán en líneas de actuación.
- Estas actuaciones abren un nuevo ciclo, en el cual se detectan nuevas problemáticas que habrá que abordar y definir nuevos objetivos.

En la tabla 1 se presentan las etapas y fases de la IAP, la duración de las mismas, las tareas a realizar en cada fase y las técnicas de recogida de datos (las técnicas se describen en el apartado 5.3).

Tabla 1. Etapas y fases de la IAP, tareas y técnicas de recogida de datos

Etapas y fases de la Investigación Acción Participativa.		Duración	Tareas	Técnicas de recogida de datos
Fase 0: Etapa de pre-investigación	Identificación de síntomas, demanda de intervención Planteamiento de la investigación	3 meses	Preparación de aspectos éticos Elaboración proyecto Realización de consentimientos informados	Diario de campo de la investigadora principal (IP)
Primera etapa	Constitución del equipo investigador Diagnóstico de la situación y contexto Recogida de información Inicio del trabajo de campo Realización primer informe	6 meses	Reclutamiento de participantes Preparación del equipo en aspectos metodológicos Análisis de los diarios de campo y grupos de discusión	3 reuniones informativas del proyecto Auto-observación Diarios de campo de la IP y de los participantes 3 reuniones de grupos de discusión
Segunda etapa	Programación, plantear plan de acción Trabajo de campo, análisis de textos y discursos Realización segundo informe	5 meses	Reflexionar sobre el primer informe Identificar procesos y propuestas de cambio adaptadas a la unidad Análisis de los diarios de campo y grupos de discusión Plantear un plan de acción para mejorar la PCI	Auto-observación Diarios de campo de la IP y de los participantes 3 reuniones de grupos de discusión
Tercera etapa	Conclusiones y propuestas Informe final	6 meses	Elaboración de un documento de síntesis de evidencia de PCI	
Etapa post-investigación	Puesta en práctica de las propuestas y evaluación Difusión de resultados	6-12 meses	Difusión de las propuestas en la unidad Valorar las resistencias Implementación de las propuestas del equipo Análisis de los datos Difusión de resultados en congresos nacionales e internacionales. Publicaciones en revistas científicas Redes sociales	3 reuniones informativas en la unidad 3 grupos de discusión para monitorizar la implementación y el cambio Recogida de los diarios de campo de los participantes

5. 2 Ámbito del estudio, entrada en el campo y participantes.

La investigación se llevará a cabo en una unidad de reanimación postquirúrgica de adultos del HUSE, hospital de tercer nivel de Baleares, de adultos. Esta unidad contaba con 8 camas hasta el 2015, y actualmente tiene 10 camas disponibles. El ratio enfermera/paciente es de 1:2, auxiliares 1:3-5, un celador por turno y el colectivo médico son 3 anestelistas por la mañana y 1 de guardia tardes/noches. Al ser un hospital universitario, hay estudiantes de enfermería, de auxiliar, de celador y residentes médicos de distintas especialidades rotando en el servicio.

En el año 2015 se recibieron 956 ingresos en la unidad con una estancia media de 2,45 días y un índice de ocupación de un 80%. La mayoría de los pacientes recibidos son postquirúrgicos de las especialidades de cirugía torácica, cirugía gastro-digestiva, neurocirugía, cirugía maxilo-facial, otorrinolaringología, cirugía urológica y radiología intervencionista. También se reciben otros ingresos procedentes de urgencias o unidad de hospitalización.

Las personas clave para iniciar la entrada al campo y el reclutamiento son profesionales con amplia experiencia en la unidad, que actúan como líderes informales. La estrategia de reclutamiento se realizará dando a conocer el proyecto y solicitando la participación voluntaria de los profesionales. Para ello, se enviará una carta a todos los profesionales de la unidad mediante el correo corporativo, se colgarán carteles informativos en los tablones de anuncios de la unidad, se impartirán 3 sesiones informativas presenciales en la unidad y a través de estrategias como la “bola de nieve”, con informantes clave. La selección de los participantes se realizará de la forma más inclusiva posible, tratando de abarcar la máxima participación de los profesionales de los diferentes colectivos.

5.3. Técnicas de recogida de datos

Para captar la complejidad de la realidad que pretendo investigar mediante la IAP, precisaré utilizar diferentes técnicas de recogida de datos: diario de campo del investigador principal, diarios de campo de los participantes en todo el

proceso, auto-observación, grupos de discusión y entrevistas semi-estructuradas.

- Diario de campo del investigador principal

El diario de campo del investigador permite registrar cómo ha sido el proceso investigador, cómo se ha implicado el investigador en el proyecto, cuáles han sido sus reflexiones, sus decisiones, qué modificaciones ha sufrido y cómo ha evolucionado el proyecto. Es una herramienta útil para explorar el campo y comprender los procesos de cambio que se generan. En este caso, en mi diario de campo registraré notas acerca de conversaciones con los otros investigadores, con miembros de la unidad o profesionales, impresiones y mis propias reflexiones durante toda la investigación.

- Diario de campo de los participantes

Se utilizará para captar situaciones y fenómenos que el investigador no puede alcanzar. Se trata de conocer la dinámica de la unidad y el día a día de los profesionales que desarrollan su trabajo. También es útil para que los participantes reflexionen sobre su propia práctica y registren propuestas de acción. El mero hecho de iniciar un estudio y participar en él puede provocar en el participante una reflexión individual que puede generar un proceso de cambio y de diálogo que fomente la elaboración de propuestas y estrategias para mejorar la PCI. Todos estos datos deben quedar plasmados en el diario de campo de los participantes.

- Auto-observación

La auto-observación se utilizará para generar una reflexión sobre la situación actual y la necesidad de modificarla. Permite que cada uno observe la realidad y las interacciones en el equipo. Esta auto-observación se registrará en el diario de campo de los participantes.

- Grupos de discusión

El grupo de discusión permite recoger datos a través de la interacción y discusión grupal. En este caso, se utilizará para realizar el diagnóstico de situación además de contrastar las diferentes opiniones sobre la PCI en la unidad, promover el debate, abordar aspectos a mejorar y desarrollar propuestas y estrategias de acción. Dada la alta actividad

asistencial en la unidad, estos grupos de discusión se realizarán fuera del horario laboral, con una duración aproximada de unos 45 a 60'.

- Entrevistas semi-estructuradas

El objetivo de las entrevistas es obtener información desde una perspectiva individual de los procesos de cambios que se pretenden generar en la unidad. Esta técnica permite a las personas expresarse con mayor libertad y abordar aspectos que pueden quedar poco explorados con las otras técnicas. Las entrevistas se realizarán a distintos profesionales de la unidad en un lugar cómodo, evitando interrupciones y que proporcione tranquilidad al entrevistado.

Las entrevistas y los grupos de discusión serán grabados (previo consentimiento informado) para su posterior transcripción y audición de la información.

5.4. Análisis de datos

El análisis de los datos se efectuará de forma continua y mixta, por una parte mediante un proceso inductivo (basados en los datos empíricos) y por otra mediante un proceso deductivo (basados en el marco teórico y la revisión de la literatura). Ello permitirá ir modificando el proceso según los acontecimientos y adaptándolo en cada momento a la situación.

El primer análisis de los datos se realizará de forma simultánea a la recogida de datos. Ello es debido a que los primeros grupos de discusión deben ser analizados para obtener información inmediata de la situación. Por ello, preveo realizar un documento de síntesis tras la realización de cada grupo de discusión que se difundirá entre los participantes. Sobre este documento y con las anotaciones de los diarios de campo mío y de los participantes, planificaré el siguiente grupo de discusión y las acciones a realizar.

Una vez finalizada la recogida de datos y con el fin de dar respuesta a los objetivos específicos del estudio, realizaré la transcripción de los grupos de discusión y de las entrevistas y continuaré con la fase de codificación de los datos. En esta fase se trata de identificar conceptos similares y describirlos. Para ello identificaré unidades de significado (meaning units) de los textos

transcritos de las grabaciones de los grupos de discusión y de las entrevistas. Los temas se agruparán en códigos, subcategorías y categorías. Cada uno de ellos irá acompañado de su definición y de un verbatim explicando el significado y dando sentido a cada una de ellas (Taylor-Powell & Renner, 2003). En estos contextos es interesante explorar temas emergentes e ideas nuevas aportadas por los participantes. Para conocer y dar respuesta a los objetivos, realizaré un doble árbol de codificación para cada uno de los grupos, según su estamento profesional. Ello me permitirá conocer si los discursos de los diferentes profesionales son similares o diferentes en cada uno de los estamentos. Se explorarán los temas emergentes y las características del contexto que pueden influir en el proceso.

Los datos se analizarán siguiendo los ejes de la IAP, que son el análisis del proceso y el análisis del contenido. Mediante el análisis del proceso intentaré identificar las dinámicas y la reflexión que conducen a cambios en la práctica, y explorar los elementos facilitadores y las barreras para la generación del cambio, tanto a nivel individual como colectivo. El análisis de contenido pretende recoger la transformación del contexto y de los participantes, sus conocimientos, relaciones, sentimientos y si las jerarquías influyen o no en el desarrollo de la PCI.

Finalmente, procederé a la fase de Interpretación. En esta fase pondré en conexión los resultados de la investigación con la teoría y los datos de la revisión de la literatura.

Para el proceso de análisis de datos utilizaré el software Nvivo versión 10.

5.5. Aspectos éticos

Uno de los principales problemas éticos que se plantean en investigación cualitativa hace referencia al consentimiento informado, la confidencialidad de los participantes y la relación entre el investigador y el participante (Welford, Murphy, & Casey, 2012). Me basaré en los principios éticos básicos de respeto, beneficencia y justicia, es decir, que las personas puedan tomar sus propias decisiones, estando correctamente informadas y siendo tratadas con respeto sea cual sea su decisión, beneficencia, maximizando el beneficio y minimizando el riesgo, y justicia, tratando a cada persona de forma apropiada,

y siguiendo la declaración de Helsinki de 1961, revisada en el 2000, que indica que los participantes deben conocer el propósito de la investigación, y las consecuencias, que pueden participar y abandonar el estudio en cualquier momento y reconociendo los conflictos de intereses si los hubiera.

Se solicitará permiso para la realización de la investigación al Comité de Ética Clínica de las Islas Baleares, al Comité de Investigación del Hospital Universitari Son Espases, a la dirección médica y de enfermería del hospital y a los responsables médicos del Servicio de Reanimación y Anestesia.

Se enviará una carta informativa a los responsables médicos y de enfermería de la unidad y a todos los trabajadores del servicio informando del estudio, de los objetivos del mismo y solicitando la colaboración de los profesionales.

También se obtendrá un documento de consentimiento informado para los participantes (Anexo 1) que indique los objetivos del estudio, beneficios de la investigación, que la participación es voluntaria y que se puede abandonar el estudio en cualquier momento, y el permiso para la grabación de las entrevistas y grupos de discusión. Se garantizará a los participantes el anonimato, utilizando nombres ficticios en la codificación de las entrevistas, y la confidencialidad en la grabación de las entrevistas y la reproducción de la información. Las grabaciones serán destruidas a posteriori. Los datos se utilizarán con fines científicos o académicos.

Los principales riesgos de esta investigación es la presencia de la subjetividad de los participantes, la posible confrontación de los mismos en aspectos que no se perciben de la misma manera.

Por el contrario, los posibles beneficios son un enriquecimiento personal, una mejora del entorno laboral y la posibilidad de expresar todo aquello que uno desea en relación al tema de estudio sin condicionantes.

5.6. Estrategias de rigor

El rigor metodológico en esta investigación cualitativa lo obtendré mediante la reflexividad y la coherencia estructural. La reflexividad del investigador estará presente en todo el proceso, siendo lo más iterativo y reflexivo posible, quedando plasmada la influencia en la investigación de todos los miembros del equipo investigador (Bover, 2013; Pearson, Robertson-Malt, & Rittenmeyer,

2011; Pope, Ziebland, & Mays, 2000). Ello permitirá conocer factores y limitaciones del tema de estudio, y la influencia del investigador en el campo. Los datos del diario de campo del investigador serán analizados para detectar el posible proceso de transformación del investigador en relación al fenómeno de estudio.

La coherencia estructural se establecerá atendiendo a los aspectos de rigor de credibilidad, dependabilidad, transferabilidad y confirmabilidad. La credibilidad de la investigación, es decir, cómo son de ciertos los hallazgos, se basará en la presencia de verbatim apoyando los códigos y categorías, realizando el análisis hasta obtener la saturación de datos y mediante el member-checking, es decir, contrastando la información registrada con los participantes (Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez & Saura, 2014; Berger, 2015; Bover, 2013; Zaforteza Lallemand, 2010). La dependabilidad se conseguirá mediante la triangulación entre investigadores y fuentes y la reflexividad que me permitirá conocer diferentes aspectos, puntos de choque u opiniones similares/opuestos del objeto de investigación. La misma realidad puede ser percibida de forma diferente entre los participantes. La triangulación permitirá reflexionar y poder interpretar los diferentes datos obtenidos. Además, precisaré contrastar mis resultados con otras teorías (Guba & Lincoln, 2002; Pearson et al., 2011). La transferibilidad la proporcionaré al facilitar información de los participantes, datos demográficos, contexto en donde se realiza el estudio y presentando los antecedentes sobre el tema. La confirmabilidad se realizará mediante la reflexividad continua del investigador en todo el proceso, realizando un informe de todas y cada una de las decisiones adoptadas y valorando el impacto que tiene o puede tener la investigación en el campo de estudio.

5.7. Límites del estudio

Intentaré minimizar las limitaciones ya que en el proyecto participará un investigador con experiencia y conocedor del área de críticos. A pesar de ello, puedo encontrar reticencias en los participantes a la hora de manifestar sus opiniones y percepciones de forma abierta en los grupos de discusión. Esta

limitación queda en parte subsanada por la realización de entrevistas. Esta investigación puede generar un exceso de datos que dificulte su posterior análisis, por lo que puede que no se consiga representar todos los discursos presentes. También puedo encontrar poca adhesión al proyecto, por la inversión de tiempo personal que precisa. Aunque el proyecto está abierto a todos los profesionales y se prevea la inclusión de miembros de todos los colectivos, es posible que algunos tengan menos participación que otros y que se reproduzcan estereotipos. En las entrevistas y grupos de discusión, los participantes pueden tener un lenguaje y un discurso diferente a lo que se hace en la práctica.

En relación a la metodología IAP, al ser una investigación muy contextualizada y diseñada para resolver problemas y plantear estrategias en un contexto determinado, puede no ser útil en otros entornos.

6. Conclusiones y líneas de futuro

En este capítulo expongo las posibles contribuciones que pretendo con el desarrollo de este trabajo y las líneas futuras de investigación.

El desarrollo y mejora de la PCI es necesario en las instituciones hospitalarias en España. En algunas instituciones ya se está llevando a cabo, pero no como línea directiva organizacional, sino de las micropolíticas de las unidades y dependiendo de los profesionales de cada una de ellas. El desarrollo de la PCI podría contribuir a mejorar la seguridad del paciente y los flujos de información entre los profesionales. Como un efecto dominó, la participación de los profesionales y su integración en las dinámicas de equipo aumentaría el nivel de cohesión y pertenencia al mismo y la satisfacción de los profesionales, quienes se sentirían respetados y participativos. Las decisiones consensuadas y no impuestas son mejor aceptadas en los equipos de trabajo. Al mismo tiempo, este trabajo permitirá identificar tanto barreras como elementos facilitadores de la PCI que pueden aportar una visión de la complejidad del desarrollo de estos procesos en las áreas hospitalarias altamente tecnificadas y de las relaciones entre los profesionales. La utilización de la IAP puede permitir explorar cómo son los procesos de la PCI en un área de críticos postquirúrgica, qué factores interactúan, a diseñar estrategias y dinámicas que faciliten la PCI y puede aportar conocimiento sobre los procesos de implantación de estas estrategias.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que el traslado de la evidencia a la práctica clínica es un tema no resuelto, ya que no hay estrategias firmes y definidas en la literatura para poder realizarlas con éxito. La PCI está desarrollada de forma teórica, pero hay pocas aportaciones sobre cómo es el proceso para implementar la evidencia en la práctica y cómo llevarla a cabo desde y en las organizaciones hospitalarias.

La transferencia y divulgación del conocimiento fruto de este proyecto se realizará presentando los resultados del estudio a los participantes y a la institución, en la presentación de comunicaciones y póster en sociedades

científicas y literarias y en la redacción de artículos científicos. Creo necesario presentar los resultados a profesionales expertos en gestión clínica, pues la organización de las instituciones es un eje clave en el desarrollo de la PCI.

No puedo dejar de lado la difusión a través de redes sociales y de páginas web como Enfermería basada en la Evidencia (<http://ebevidencia.com>) o cuidando.es (<http://www.cuidando.es>), ResearchGate, y a la utilización de fuentes de información institucionales, como es la Intranet hospitalaria, o el Colegio Oficial de Enfermería.

Para finalizar, en un futuro me gustaría llevar a cabo esta propuesta de investigación como tesis doctoral pues veo la necesidad de aportar conocimiento sobre el desarrollo e implementación de la PCI desde una perspectiva cualitativa y crítica en las organizaciones sanitarias.

Referencias

- Agra-Varela, Y. (2015). Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad*, 133. doi:10.1016/S0025-7753(08)76454-6
- Amezcuca, M., & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en la investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en vos alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 423–436.
- Amour, D. D., & Oandasan, I. V. Y. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An emerging concept, (May), 8–20. doi:10.1080/13561820500081604
- Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2006). *Práctica colaborativa en los equipos de enfermería*. Toronto, Canada. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Practica_colaborativa_en_los Equipos_de_enfermeria.pdf
- Averlid, G., & Axelsson, S. B. (2012). Averlid AANA Journal – August 2012 Supplement. *AANA Journal*, August.
- Bengoechea Calpe, L., Marín Fernández, B., & Regaira Martínez, E. (2016). Análisis de la intensidad de colaboración profesional entre enfermeras en un área de críticos. *Enfermería Intensiva*, 27(2), 44–50. doi:10.1016/j.enfi.2015.12.001
- Benoit, B., & Semenic, S. (2014). Barriers and Facilitators to Implementing the Baby-Friendly Care Units. *JOGNN*, 43, 614–624. doi:10.1111/1552-6909.12479
- Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez, D., & Saura, S. (2014). *Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. (1ª ed.). Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol),.
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research, (May 2003). doi:10.1177/1468794112468475
- Bergold, J., & Thomas, S. (2012). Participatory Research Methods : A Methodological Approach in Motion, 13(1), 1–27.

- Bover, A. (2013). Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 23(1), 33–37.
doi:10.1016/j.enfcli.2012.11.007
- Bradbury, H., & Reason, P. (2008). *The SAGE Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*.
- Brill, N. I. (1976). *Teamwork: Working together in the human services*. (L. W. & Wilkins., Ed.).
- Careau, E., Vincent, C., & Swaine, B. R. (2011). Consensus group session of experts to describe interprofessional collaboration processes in team meetings, (January), 299–301. doi:10.3109/13561820.2011.566649
- Cavanaugh, J. T., & Konrad, S. C. (2012). Fostering the development of effective person-centered healthcare communication skills: an interprofessional shared learning model. *Work*, 41(3), 293–301.
- Clark, P. R. (2009). Teamwork: building healthier workplaces and providing safer patient care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(3), 221–231.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2015). Colaboración entre profesionales sanitarios , clave en la Sanidad del futuro.
- Costa, D. K., Barg, F. K., Asch, D. A., & Kahn, J. M. (2014). Facilitators of an Interprofessional Approach to Care in Medical and Mixed Medical / Surgical ICUs : A Multicenter Qualitative Study. *Research in Nursing&Health*, 37, 326–335. doi:10.1002/nur.21607
- Delgado P, Sola A, Mirabete I, et al. (2001). Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enfermería Intensiva*, 12(3), 110–126. doi:10.1016/S1130-2399(01)78029-7
- Delgado-Hito, P., Gastaldo, D. (2006). *Avaliação participativa da assistência de enfer-magem em uma unidade de cuidados intensivos na Espanha: da reflexão á mudança nas práticas do cuidado*. (F. J. (Ed). A. qualitativa de programas de saúde. P. V. En Bosi, M.L., Mercado, Ed.).
- Dowling, M. (2006). Approaches to reflexivity in qualitative research. *Nurse Researcher*, (King 1994), 7–22.
- Eden, C., & Huxham, C. (2001). The negotiation of purpose in multi-organizational collaborative groups. *Journal of Management Studies*, 38(3),

- 373–391. doi:10.1111/1467-6486.00241
- Elliott, C. (2014). Food as people: Teenagers' perspectives on food personalities and implications for healthy eating. *Social Science & Medicine* (1982), 121, 85–90. doi:10.1016/j.socscimed.2014.09.044
- Freire, P. (1970). *Cambio*. (A. Latina, Ed.).
- Freire, P. (2007). *Pedagogía de la esperanza*. (S. XXI, Ed.) (7^a ed.).
- Freire, P. 1921-1997, & García Gómez, T. (2015). *Pedagogía liberadora*. Los Libros de la Catarata.
- Garcia Mozo, A, Sánchez Roldan F, Amorós Cerdá, SM, Balaguer Albarracín, F, Díez Alcalde M, Durán Torres, MT, González Gascue, M, Lastra Cubel, P, Sánchez Calvin, C, Zaforteza Lallemand, C. (2010). Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*, 21(1), 20–27.
- Gardner, D. B. (2005). Ten Lessons in Collaboration. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 10(1). doi:DOI: 10.3912/OJIN.Vol10No01Man01
- Goodman, B. (2004). Ms B and legal competence: interprofessional collaboration and nurse autonomy. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 9(6), 271–276. Retrieved from <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=34&sid=0c1f5376-589e-4a4e-9ca2-6df2694f81f6%40sessionmgr4003&hid=4212>
- Gotlib Conn, L. (2009). Communication Channels in General Internal Medicine: A Description of Baseline Patterns for Improved Interprofessional Collaboration. Retrieved January 20, 2015, from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/437>
- Groene, O., & Garcia-Barbero, M. (2005). *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management* (Vol. E86220). Retrieved from V:/LBI/EA/PDF/EA-PDF_01676.pdf\n<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2002). *Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. Compilación de Denman C. y Haro J. A. Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Colegio de Sonora*. Retrieved from http://www.ecominga.uqam.ca/ECOMINGA_2011/PDF/BIBLIOGRAPHIE/G

UIDE_LECTURE_2/4/1.Guba_y_Lincoln.pdf

- Haddara, W., & Lingard, L. (2013). Are we all on the same page? A discourse analysis of interprofessional collaboration. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(10), 1509–15. doi:10.1097/ACM.0b013e3182a31893
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, (Supplement 1), 188–196. Retrieved from <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=fff43bf0-fcac-4ae0-b76d-5c98e1a4d3f2%40sessionmgr4004&hid=4209>
- Holter, I. M., & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 298–304. doi:10.1111/j.1365-2648.1993.tb02143.x
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory Action Research. Communicative Action and the Public Sphere. In Y. S. (Ed). En Denzin, N.K., Lincoln (Ed.), *The sage handbook of Qualitative Research* (3rd ed., pp. 559–603). Thousand Oaks: Sage.
- Kincheloe, J.L., McLaren, P. L. (2005). Rethinking critical theory and qualitative rese-arch. In Y. S. (Ed). En Denzin, N.K., Lincoln (Ed.), *The sage handbook of Qualitative Research* (3^a ed., pp. 303–342). Thousand Oaks: Sage.
- Liaw, S. Y., Zhou, W. T., Lau, T. C., Siau, C., & Chan, S. W. C. (2014). An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient. *Nurse Education Today*, 34(2), 259–64.
- Lifchez, S. D., Cooney, C. M., & Redett, R. J. (2015). The Standardized Professional Encounter: A New Model to Assess Professionalism and Communication Skills. *Journal of Graduate Medical Education*, 7(2), 230–3. doi:10.4300/JGME-D-14-00275.1
- Lingard, L., Espin, S., Evans, C., & Hawryluck, L. (2004). The rules of the game : interprofessional collaboration on the intensive care unit team, 8(6), 403–408. doi:10.1186/cc2958
- Luetsch, K., & Rowett, D. (2015). Interprofessional communication training: benefits to practicing pharmacists. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 37(5), 857–64. doi:10.1007/s11096-015-0130-3

- Martí, J. (2000). La investigación participativa. Estructura y fases. *La Investigación Social Participada. Construyendo Ciudadanía 1*, 73–118.
- Matziou, V, Vlahioti, E, Perdikaris, P, Matziou, T, Megapanou, E, & Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 526–33. Retrieved from <http://doi.org/10.3109/13561820.2014.934338>
- Mccabe, J. L., & Holmes, D. (2009). Reflexivity, critical qualitative research and emancipation: a Foucauldian perspective. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.04978.x
- Melero Aguilar, N. (2011). Critical paradigm and contributions of participatory action research the transformation of social reality: an analysis from social sciences. *Cuestiones Pedagógicas: Revista de Ciencias de La Educación*, (21), 339–355. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4164422&info=resumen&idioma=ENG>
- Meyer, J. (2000). Using qualitative methods in health related action research. *Bmj*, 320(January), 178–181. doi:10.1136/bmj.320.7228.178
- Ministerio de Sanidad - Servicios Sociales e igualdad. (2012). Estrategia para el Abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, 80.
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2011). Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. *Actualización 2010-2014*, 1–72. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- Miró Bonet, M. (2008). ¿ *Por qué somos como somos ?*
- Mohaupt, J., Devlin-cop, S., & Reeves, S. (2013). Understanding interprofessional relationships by use of contact theory - Mohaupt et al, (January). doi:10.3109/13561820.2012.673512
- Moreno JL, E. M. (2003). *Investigación-acción participativa. Valdés/Universidad Complutense de Madrid, Madrid.[Links]. Diccionario crítico de Ciencias Sociales, Pub. Electrónica, Universidad Complutense, Madrid. Madrid.*

- Nurok, M., Stuart, L., Paul, S., Andrea, K., & Allan, F. (2010). A novel method for reproducibly measuring the effects of interventions to improve emotional climate, indices of team skills and communication, and threat to patient outcome in a high-volume thoracic surgery center. *JAMA. Archives of Surgery*, 489–95. Retrieved from Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.2010.65>
- Paradis, E., Leslie, M., Gropper, M. A., Aboumatar, H. J., Kitto, S., & Reeves, S. (2013). Interprofessional care in intensive care settings and the factors that impact it: Results from a scoping review of ethnographic studies. *Journal of Critical Care*, 28(6), 1062–1067. doi:10.1016/j.jcrc.2013.05.015
- Paradis, E., & Reeves, S. (2012). Key trends in interprofessional research: A macrosociological analysis from 1970 to 2010. *Journal of Interprofessional Care*, 1820(May 2012), 120911080550005. doi:10.3109/13561820.2012.719943
- Paradis, E., Reeves, S., Leslie, M., Aboumatar, H., Chesluk, B., Clark, P., ... Kitto, S. (2014). Exploring the nature of interprofessional collaboration and family member involvement in an intensive care context. *Journal of Interprofessional Care*, 28(1), 74–75. doi:10.3109/13561820.2013.781141
- Paradis, E., Reeves, S., Leslie, M., Puntillo, K., Gropper, M., Aboumatar, H. J., & Kitto, S. (2014). Delivering interprofessional care in intensive care: A scoping review of ethnographic studies. *American Journal of Critical Care*, 23(3), 230–238. doi:10.4037/ajcc2014155
- Pearson, A., Robertson-Malt, S., & Rittenmeyer, L. (2011). *Synthesizing Qualitative Evidence. 1st Edition*. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=booksal3&NEWS=N&AN=01607892/1st_Edition/3
- Piquette, D., Reeves, S., & Leblanc, V. R. (2009). Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crises: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 273–285. doi:10.1080/13561820802697818
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Analysing qualitative data. *British Med J*, 320(January), 5–7. doi:10.1136/bmj.320.7227.114
- Probst, B. (2015). The eye regards itself: Benefits and challenges of reflexivity in qualitative social work research. *Social Work Research*, 39(1), 37–48.

- doi:10.1093/swr/svu028
- Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface Comunicação Saude Educação, 20*(56), 185–96. doi:10.1590/1807-57622014.0092
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. (H. Barr, Ed.) *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. doi:10.1002/9781444325027
- Reeves, S., Mcmillan, S. E., Kachan, N., Paradis, E., Leslie, M., Kitto, S., ... Kitto, S. (2015). Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units : emerging themes from a multi-sited ethnography *Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units : emerging themes from a multi-sit, 1820*(May 2016). doi:10.3109/13561820.2014.955914
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education : effects on professional practice and healthcare outcomes (update) (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON, (3). doi:10.1002/14651858.CD002213.pub3.www.cochranelibrary.com
- Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the icu: how to define? *British Association of Critical Care Nurses, 16*(1), 5–10. Retrieved from <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0c1f5376-589e-4a4e-9ca2-6df2694f81f6%40sessionmgr4003&vid=20&hid=4212>
- Salud, O. M. de la. (2008). La cirugía segura salva vidas. Organización Mundial de la Salud.
- Sangkhanan, J., Senaratana, W., Picheansathian, W., Moongtui, W., & Avant, K. C. (2014). Development of a Preliminary Model to Prevent and Control Catheter-Associated Urinary Tract Infection: Thai Participatory Action Research. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 18*(1), 53–65 13p. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=103860967&site=ehost-live>
- Tang, CJ, Chan, SW, Zhou, WT, & Liaw, S. (2013). Colaboración entre médicos y enfermeras de hospital: una revisión bibliográfica integrada.
- Taylor-Powell, E., & Renner, M. (2003). *Analyzing Qualitative Data* (G3658-12).

- Screen, 25(3), 2–10. doi:10.1207/s15430421tip3903
- Vazirani, B. S., Hays, R. D., Shapiro, M. F., & Cowan, M. (2005). EFFECT OF A MULTIDISCIPLINARY INTERVENTION ON COMMUNICATION AND COLLABORATION AMONG, 14(1), 71–78.
- Welford, C., Murphy, K., & Casey, D. (2012). Demystifying nursing research terminology: Part 2. *Nurse Researcher*, 19(4), 29–35.
doi:10.7748/nr2011.07.18.4.38.c8635
- Williams, R. G., Silverman, R., Schwind, C., Fortune, J. B., Sutyak, J., Horvath, K. D., & Eaton, E. G. Van. (2007). Surgeon Information Transfer and Communication Factors Affecting Quality and Efficiency of Inpatient Care AND THE EFFECTS ON SURGICAL PRACTICE, 245(2), 159–169.
doi:10.1097/01.sla.0000242709.28760.56
- Zaforteza, C., García-Mozo, A., Amorós, S. M., Pérez, E., Maqueda, M., & Delgado, J. (2014). Factors limiting and facilitating changes in caring for the intensive care unit patients' relatives. *Nursing in Critical Care*.
doi:10.1111/nicc.12095
- Zaforteza Lallemand, C. (2010). *Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa*.
- Zaforteza Lallemand, C., García Mozo, a, Amorós Cerdá, S. M., Pérez Juan, E., Maqueda Palau, M., & Delgado Mesquida, J. (2012). [Limiting and facilitating factors of changes in the care of families of the critically ill patient]. *Enfermería Intensiva / Sociedad Española de Enfermería Intensiva Y Unidades Coronarias*, 23(3), 121–31. doi:10.1016/j.enfi.2011.12.006
- Zaforteza Lallemand, C., Prieto González, S., Canet Ferrer, T. P., Díaz López, Y., Molina Santiago, M., Moreno Mulet, C., ... Val Pérez, J. V. (2010). Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enfermería Intensiva*, 21(1), 11–19.
doi:10.1016/j.enfi.2009.07.002
- Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C., & Reeves, S. (2013). Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Services Research*, 13(1), 494. doi:10.1186/1472-6963-13-494

Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3). Retrieved from file:///C:/Users/paco/Downloads/Zwarenstein_et_al-2009-The_Cochrane_library.pdf

Anexo 1. Consentimiento informado

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título del proyecto:

Promoción de la práctica colaborativa interprofesional
Promoción de la práctica colaborativa interprofesional
en una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos a través de una
en una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos a través de una
investigación-acción participativa

Investigador principal: Sylvia M. Amorós Cerdá. Enfermera y supervisora del Servicio de Anestesia y Reanimación. Profesora asociada de la Universitat de les Illes Balears.

Datos de contacto: 871205000 Extensión 41103

CENTRO: Hospital Universitari Son Espases

Equipo investigador:

HOJA DE INFORMACIÓN

La evidencia señala la importancia y la necesidad del desarrollo de la práctica colaborativa interprofesional (PCI) para proporcionar cuidados de calidad al paciente en el ámbito de la salud, fomentando la coordinación de los equipos de trabajo, la toma de decisiones conjunta y la planificación de actividades.

El objetivo de este proyecto de investigación es generar cambios para mejorar la práctica colaborativa interprofesional en la unidad de reanimación mediante una investigación-acción participativa y así mejorar las dinámicas de trabajo y la seguridad clínica de pacientes y familias

Para realizar este proyecto se utilizarán diarios de campo y realizaré grupos de discusión y entrevistas, los cuales precisan ser grabados para su posterior transcripción y análisis. Todos los datos y elementos recogidos por estos medios quedarán codificados para garantizar el anonimato y posteriormente serán destruidos.

La participación es voluntaria, y no habrá ningún tipo de sanción si se quiere abandonar el estudio.

Yo, (nombre y apellidos).....,

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con: (nombre del investigador).....
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
- 1º Cuando quiera.
- 2º Sin tener que dar explicaciones.
- 3º Sin que esto repercuta en mi actividad profesional.

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

Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

