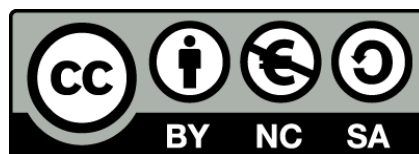




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

La colaboración interprofesional en las unidades de cuidados intensivos: un abordaje mixto

M. Mercedes González López



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

'i) Escola d'Infermeria

Programa de Doctorado: "Enfermería y Salud"

Línea de investigación: Biomedicina, Epidemiología y Práctica Clínica Avanzada

LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UN ABORDAJE MIXTO

Proyecto de tesis doctoral presentado por

M. Mercedes González López

Directoras de tesis

Dra. Pilar Delgado-Hito

Dra. Cristina Esquinas López

Tutora

Dra. Pilar Delgado-Hito

Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-Quirúrgica. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona (UB)

Barcelona, 2022

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de esta tesis doctoral ha significado un largo camino de trabajo, esfuerzo, estudio y dedicación, en el que ha sido fundamental el apoyo incondicional de las personas que me han acompañado.

Quiero agradecer a mis directoras de tesis, la Dra. Pilar Delgado Hito y Dra. Cristina Esquinas López, la ayuda que me han proporcionado, la confianza y ánimos que me han transmitido en los momentos más difíciles.

A las enfermeras de las UCI del Hospital Clínic de Barcelona, Hospital de Bellvitge, Hospital de Sant Joan de Déu por su participación en este proyecto.

A Gemma Martínez, Directora de Enfermería del Hospital Clínic y Teresa Peix, Jefa de Enfermería del Área Quirúrgica, por su complicidad y ayuda cuando la he necesitado.

A mi familia, a mis padres Mercedes y José María, mis hermanos Ana y Alfons, a mis sobrinos Víctor, Aina y Bernat, a todos vosotros gracias por entender mis “encierros” de fin de semana y vacaciones para poder trabajar en la tesis.

A mis amigas, Gemma, Pilar, Rosa, Blanca, Paco, Jaime, por animarme a seguir y confiar en mí.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	II
ÍNDICE DE CONTENIDOS	IV
Índice de tablas	VI
Índice de figuras	VIII
Resumen	1
Abstract	3
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 Introducción	6
1.1. La Unidad de Cuidados Intensivos	10
1.1.1. Apunte histórico.....	10
1.1.2. La UCI en la actualidad.....	13
1.1.3. Funcionamiento, organización y estructura de la UCI.....	20
1.1.4. Los profesionales de la UCI.....	32
1.2. Del equipo de trabajo a la colaboración interprofesional	36
1.2.1. El equipo de trabajo.....	37
1.2.2. Colaboración interprofesional vs Colaboración interdisciplinar	40
1.2.3. La colaboración interprofesional.....	42
1.2.4. La colaboración enfermera-médico.....	44
1.2.5. Los beneficios de la colaboración	46
1.2.6. Las barreras de la colaboración.....	51
1.2.7. Perspectivas Teóricas de la Colaboración.....	52
1.3. Instrumentos de medición de la colaboración	68
1.3.1. Escala Práctica Colaborativa (CPS)	70
1.3.2. Colaboración y satisfacción sobre las decisiones del cuidado (CSACD).....	72
1.3.3. Escala de Jefferson de Actitudes hacia la Colaboración del médico y de la enfermera (JPSE-S)	74
1.3.4. Cuestionario de Opinión de Enfermeras (NOQ).....	75
1.3.5. Cuestionario de Enfermeras y Médicos de la UCI (ICU N-P-Q)	77
1.3.6. Cuestionario de Intensidad de la Colaboración Interprofesional (ICI).....	78
1.3.7. Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en Salud (INCINS)	80
1.4. Justificación del estudio	81
2. OBJETIVOS	83
2.1. Objetivos generales	84
2.2. Objetivos específicos	84
3. METODOLOGÍA	85
3.1. Método	86
3.2. FASE I	88
3.2.1. Ámbito de estudio.....	88
3.2.2. Población y muestra	89
3.2.3. Variables e instrumentación	90
3.2.4. Procedimiento de recogida de datos	93
3.2.5. Análisis de los datos	94
3.3. FASE II	96
3.3.1. Ámbito de estudio.....	96

3.3.2. Participantes	98
3.3.3. Técnica de obtención de información.....	100
3.3.4. Procedimiento de obtención de información.....	102
3.3.5. Análisis de los datos	104
3.4. Consideraciones éticas	107
3.5. Procedimiento de comparación FASE I Y II.....	108
4. RESULTADOS.....	113
4.1. Resultados derivados de la Fase I.....	114
4.1.1. Descripción de la muestra	114
4.1.2. Intensidad de Colaboración Interprofesional en Salud.....	117
4.1.3. Intensidad de Colaboración Interprofesional y variables asociadas	122
4.2. Resultados derivados de la Fase II	130
4.2.1. Opiniones y creencias de las enfermeras relacionadas con la colaboración interprofesional	130
4.2.2. Definiendo la Colaboración interprofesional desde el punto de vista de las enfermeras	153
4.2.3. Nivel de satisfacción y propuestas de futuro.....	164
4.3 Comparación de los resultados de la fase I y II.....	168
4.3.1. Clasificación de los comentarios del GD por factores e ítems de la INCINS	168
4.3.2.2 Distribución de los comentarios del GD por ítems y puntuaciones de la INCINS recodificada.....	176
4.3.3. Proceso de comparación. Concordancias y divergencias.	180
5. DISCUSIÓN.....	185
5.1. Discusión.....	186
5.1.1. Intensidad de colaboración interprofesional en salud.....	186
5.1.2. Experimentando la colaboración interprofesional.....	202
5.1.3. Coherencias e incoherencias entre lo numérico y los discursos.....	213
5.2. Limitaciones del estudio	219
5.3. Implicaciones del estudio.....	221
6. CONCLUSIONES.....	224
BIBLIOGRAFIA	229
DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	272
ANEXOS.....	274
Anexo 1: Cuestionario: Variables Sociodemográficas, Económicas y Profesionales de Motivación y Satisfacción Profesional.....	275
Anexo 2: Cuestionario: Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en Salud (INCINS) de San Martín-Rodríguez L et al.....	279
Anexo 3. Carta de presentación a los participantes.....	281
Anexo 4: Hoja informativa a los participantes e instrucciones para rellenar los cuestionarios.	283
Anexo 5: Informe de aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)	285

Índice de tablas

Tabla 1.	Asociaciones científicas médicas y enfermeras internacionales _____	12
Tabla 2.	Asociaciones científicas médicas y enfermeras nacionales _____	13
Tabla 3.	Clasificación de los niveles de asistencia hospitalaria _____	15
Tabla 4.	Variables para la clasificación de los niveles de UCI _____	16
Tabla 5.	Clasificación de UCI según niveles de la WFSICCM _____	17
Tabla 6.	Principales requisitos organizativos de la UCI _____	25
Tabla 7.	Estándares de calidad centrados en los cuidados enfermeros _____	26
Tabla 8.	Indicadores de resultado y proceso en la UCI _____	27
Tabla 9.	Relación de temas que incluyen los 140 indicadores de calidad _____	28
Tabla 10.	Relación indicadores de calidad para Enfermería _____	29
Tabla 11.	Competencias y responsabilidades de la enfermera de UCI _____	34
Tabla 12.	Comparativa entre el Grupo de Trabajo y el Equipo de Trabajo _____	40
Tabla 13.	Comparación entre la lógica de la profesionalización y la lógica de la colaboración interprofesional _____	67
Tabla 14.	Distribución camas de UCI del Hospital Clínico _____	89
Tabla 15.	Descripción de las categorías de la escala INCINS recodificada escala INCINS recodificada _____	110
Tabla 16.	Posibilidades de grados de concordancia entre Fase I y Fase II por cada ítem _____	112
Tabla 17.	Características sociodemográficas y profesionales _____	115
Tabla 18.	Características formativas de la muestra _____	116
Tabla 19.	Variables relacionadas con la satisfacción profesional _____	117
Tabla 20.	Intensidad de colaboración interprofesional en salud por factores e ítems _____	121
Tabla 21.	Relación entre la INCINS y las variables sociodemográficas y profesionales _____	123
Tabla 22.	Relación entre la INCINS y las variables formativas y de satisfacción _____	127
Tabla 23.	Sistema de categorías y códigos asociados al factor Coordinación _____	130-131
Tabla 24.	Sistema de categorías y códigos asociados a Actividades compartidas _____	139-140
Tabla 25.	Sistema de categorías y códigos asociados a Apreciación global _____	149-150
Tabla 26.	Sistema de categorías y códigos asociados a la definición de colaboración _____	153

Tabla 27. Descriptivo de aportaciones del GD relacionados con la INCINS_____	168-169
Tabla 28. Relación de los comentarios del GD con los factores de la INCINS_____	169-170
Tabla 29. Descriptivo de aportaciones del GD no relacionados con la INCINS_____	170-171
Tabla 30. Comentarios del GD que no recoge la INCINS_____	172-173
Tabla 31. Puntuación comentarios GD por factores en INCINS recodificada_____	174-175
Tabla 32. Clasificación comentarios GD por ítems y puntuaciones INCINS recodificada_____	176
Tabla 33. Contraste entre los resultados de la Intensidad de colaboración interprofesional en salud (INCINS) y los comentarios del GD por factores e ítems de la INCINS_____	180
Tabla 34. Grado de Concordancia entre INCINS y aportaciones del GD_____	183

Índice de figuras

Figura 1.	Modelo de efectividad de entrada, proceso y salida_____	57
Figura 2.	Marco analítico de la Colaboración Interdisciplinaria_____	59
Figura 3.	Modelo analítico de la Colaboración Interprofesional_____	64
Figura 4.	Diseño de triangulación_____	86
Figura 5.	Diseño incrustado de dominancia_____	87
Figura 6.	Diseño exploratorio secuencial_____	87
Figura 7.	Diseño explicativo secuencial_____	88
Figura 8.	Descripción de las fases del estudio_____	109
Figura 9.	Proceso de recodificación de la escala INCINS en 3 categorías_	110
Figura 10.	Relación lineal entre edad y la puntuación del INCINS_____	124
Figura 11.	Relación entre profesión y factores de la INCINS_____	125
Figura 12.	Relación lineal entre años de experiencia y la puntuación global del INCINS_____	125
Figura 13.	Relación lineal entre años de experiencia y la puntuación del factor “opinión del profesional sobre la percepción del paciente (Opp)_____	126
Figura 14.	Relación lineal entre años en puesto actual y la puntuación del factor “actividades compartidas (AAcc)”_____	127
Figura 15.	Relación lineal entre años en puesto actual y la puntuación del factor “opinión del profesional sobre la percepción del paciente (Opp)”_____	127

Resumen

El aumento del nivel de complejidad en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), plantea retos en las formas de la organización, la comunicación, y en la calidad y seguridad de los resultados en salud de forma que garanticen que el paciente continúa estando en el centro del proceso de atención. Para ello, se hace aún más necesario la necesidad de que los equipos trabajen de forma coordinada y colaborativa, en especial la colaboración entre enfermeras y médicos, y los resultados de los estudios sobre la colaboración interprofesional así lo avalan.

Para conocer cómo es la relación entre los equipos de trabajo, y poder demostrar de forma empírica su efectividad, se han diseñado instrumentos que pretenden dimensionar la contribución de los profesionales a esta colaboración. A su vez, esta diversidad de instrumentos dificulta la generalización de los resultados.

El objetivo de este estudio es conocer la Intensidad de Colaboración (IdC) entre las enfermeras y médicos de cuidados intensivos, y comprender la experiencia vivida por las enfermeras de UCI en los hospitales de tercer nivel de Barcelona.

Este estudio utiliza un método mixto explicativo secuencial realizado en dos fases. Para la Fase I se ha utilizado el cuestionario “*Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en Salud*” (INCINS) previa determinación de su validez. El cuestionario INCINS nos ha permitido comparar el grado de intensidad de colaboración global y por factores entre las enfermeras y los médicos de las UCI. Determinar la relación entre las variables sociodemográficas, profesionales, de formación y de satisfacción de los profesionales y el nivel de intensidad de colaboración. En la Fase II, se utilizó la técnica del grupo de discusión (GD) para acceder a los significados complejos asociados a experiencias, vivencias y sentimientos como complemento de la Fase I.

Los resultados de la Fase I muestran que La intensidad de colaboración interprofesional en las UCI es moderada. Para la puntuación global de la IdC, los profesionales que muestran mayor intensidad de colaboración son: los profesionales más jóvenes y con experiencia inferior a 10 años ($p=0.043$), los muy satisfechos con la profesión ($p=0.037$), y los que participan de manera activa en actividades de investigación ($p<0.05$). Los hombres mostraron puntuaciones superiores en todos los factores ($p<0.05$), y los médicos perciben la colaboración de forma más intensa ($p=0,037$). El cuestionario INCINS obtuvo un α de Cronbach 0.870.

Los resultados de la Fase II muestran que para las enfermeras, la comunicación y el trabajo en equipo son los ejes sobre los que se articula la colaboración interprofesional e identifican la confianza y el respeto como la base de ésta. Valoran la relación entre iguales y la participación en la toma de decisiones como elementos facilitadores de la colaboración y barreras como la relación de jerarquía, las diferencias culturales, generacionales. La comparación entre las dos fases corrobora los resultados de la Fase I e identifica discrepancias sobre el esfuerzo que los profesionales realizan para evitar conflictos, y la gestión de la comunicación sobre un mismo paciente.

Abstract

The increase in the level of complexity in Intensive Care Units (ICU), poses challenges in the forms of organization, communication, and in the quality and safety of health results in a way that guarantees that the patient continues to be in the center of the care process. For this, the need for teams to work in a coordinated and collaborative manner becomes even more necessary, especially collaboration between nurses and doctors, and the results of studies on interprofessional collaboration support this.

To find out what the relationship between work teams is like, and to be able to empirically demonstrate its effectiveness, instruments have been designed that aim to measure the contribution of professionals to this collaboration. In turn, this diversity of instruments makes it difficult to generalize the results.

The aim of this study is to find out the Intensity of Collaboration (IdC) between intensive care nurses and doctors, and to understand the experience of ICU nurses in tertiary care hospitals in Barcelona.

This study uses a sequential explanatory mixed method carried out in two phases. For Phase I, the questionnaire "Intensity Scale of Interprofessional Collaboration in Health" (INCINS) has been used after determining its validity. The INCINS questionnaire has allowed us to compare the degree of intensity of global collaboration and by factors between ICU nurses and doctors. To determine the relationship between the sociodemographic, professional, training and satisfaction variables of the professionals and the level of intensity of collaboration. In Phase II, the focus group (DF) technique was used to access the complex meanings associated with experiences, experiences, and feelings as a complement to Phase I.

The results of Phase I show that the intensity of interprofessional collaboration in the ICUs is moderate. For the global IdC score, the professionals who show

greater intensity of collaboration are the youngest professionals with less than 10 years of experience ($p=0.043$), those who are very satisfied with the profession ($p=0.037$), and those who they actively participate in research activities ($p<0.05$). Men showed higher scores in all factors ($p<0.05$), and doctors perceived collaboration more intensely ($p=0.037$). The INCINS questionnaire obtained a Cronbach's α of 0.870.

The results of Phase II show that for nurses, communication and teamwork are the axes on which interprofessional collaboration is articulated and they identify trust and respect as its foundation. They value the relationship between equals and participation in decision-making as elements that facilitate collaboration and barriers such as the hierarchical relationship, cultural and generational differences. The comparison between the two phases corroborates the results of Phase I and identifies discrepancies about the effort that professionals make to avoid conflicts, and the management of communication about the same patient.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

En los Servicios de Salud, concretamente en las instituciones de atención hospitalaria, y en particular, en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), el nivel de complejidad ha aumentado de forma que permea la organización, la comunicación, y la calidad de los resultados en salud. En este nuevo paradigma organizativo, la preocupación por el paciente/usuario es clave, pues sitúa a la persona en el centro del proceso asistencial, y le confiere un valor esencial donde los esfuerzos se orientan hacia el logro de la calidad asistencial, hecho que pone en evidencia la necesidad de trabajar de forma coordinada y en colaboración entre los equipos de profesionales de la salud y en especial, entre médicos y enfermeras.¹

Desde la aparición de la noción “colaboración enfermera-médico”, introducida por Zwarnstein and Bryant.^{2,3} Este binomio ha sido estudiado desde diversas perspectivas y metodologías. Así, la colaboración en el ámbito de las ciencias de la salud ha sido definida de muchas maneras. Weiss y Davis³ afirman que la colaboración consiste en interacciones entre enfermera y médico que posibilitan el conocimiento y las habilidades de las dos profesiones influenciando de forma sinérgica la prestación de los cuidados. Por otro lado, a nivel institucional, existe una definición consensuada de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ que dice: *“When multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers, and communities to deliver the highest quality of care”*. D’Amour, Sicotte y Lévy⁵ afirman que la lógica de la colaboración interprofesional es percibida como un proceso por el cual los individuos de diferentes profesiones estructuran una acción colectiva en orden para coordinar los servicios que prestan a clientes individuales o grupos. La integración interdisciplinar del cuidado es el resultado de esta coordinación. Además, la Asociación Americana de Enfermeras (ANA),⁶ a través de su Centro de Acreditación, ha indicado la importancia de la colaboración interprofesional en el sistema de prestación de cuidados.

Precisamente, de las definiciones del término colaboración aportadas por diferentes autores⁷⁻¹⁰ se puede afirmar que todos ellos comparten el significado de trabajo conjunto y logro o finalidad común. Destacan el sentido de acción en movimiento en las descripciones: trabajando juntos, compartiendo la información

y la toma de decisiones y la voluntad de colaboración sobre la base de compartir el poder y la autoridad.^{9,11} Así, conceptos como compartir, relación, interdependencia y poder, son ampliamente utilizados cuando se habla de colaboración.¹²

Los resultados de los estudios sobre la colaboración interprofesional han puesto de manifiesto un amplio consenso en la comunidad científica sobre el impacto que el trabajo en equipo efectivo y un buen nivel de comunicación tienen en el logro de una mejor calidad en los cuidados.¹³ Así, los beneficios de una relación positiva entre enfermeras y médicos está bien documentada en la literatura¹⁴⁻¹⁶ demostrando mejoras en las organizaciones en términos de aumento de calidad del cuidado, disminución de costes, economía en la toma de decisiones, descenso de la morbilidad y mortalidad de los pacientes,¹⁷ la reducción o ajuste de la estancia del paciente de riesgo,¹² también en el reclutamiento y retención de enfermera¹⁸ y, en el aumento de la satisfacción enfermera,¹⁹ cuestión que parece estar apoyada con otros estudios que comunican que, las enfermeras que experimentan una práctica de colaboración presentan menores niveles de burnout.²⁰ Por todo ello, los resultados de estas investigaciones indican la necesidad de promover cambios positivos en la colaboración interprofesional entre enfermeras y médicos. También se ha encontrado una fuerte relación entre las relaciones efectivas de colaboración enfermera-médico y, la reducción o ajuste de la estancia del paciente de riesgo.²¹

Sin embargo, algunos autores manifiestan ciertas dificultades al aplicar un modelo horizontal de relaciones igualitarias en una estructura vertical y jerárquica, y su planteamiento como proceso o resultado.²² Desde una perspectiva cultural,^{23,24} se ha identificado el conflicto interprofesional como un factor de estrés en el ambiente de trabajo. El conflicto estaría explicado por los condicionantes culturales en las relaciones paternalistas, jerárquicas y de dominio y sumisión de las enfermeras, incluso con abusos verbales y físicos.²⁵

Los estudios basados en este conocimiento se han ido ampliando y han evolucionado hacia la búsqueda de diferentes modelos de cooperación y asertividad²⁶ abordaje positivo de los conflictos¹⁸ y enfoques de disciplinas no clínicas²⁷⁻³⁰. Otros autores señalan que los factores educativos también

pueden influir en el concepto de “colaboración mutua.”³¹⁻³² Todo ello explicaría las discrepancias entre las diferentes perspectivas y conceptualizaciones de la colaboración entre enfermeras y médicos.

Observamos que el estudio de la colaboración interprofesional muestra la existencia de diferentes conceptualizaciones que se relacionan con la profesión, el poder, el nivel de autonomía y factores educacionales y culturales.^{33,34} Se han identificado los elementos que actúan como barreras y se ha explorado las estructuras subyacentes.³⁵⁻³⁷ Esto ha permitido proponer estrategias para promover la colaboración interprofesional.³⁸⁻⁴⁰ A su vez, estas estrategias adoptadas, también han sido objeto de crítica y aducen a la necesidad de adaptarlas a los diversos contextos culturales en los que se realizan los estudios.

También se han creado instrumentos diseñados para evaluar diferentes aspectos en función de los objetivos a explorar, por ejemplo, sobre trabajo en equipo o actitudes de los profesionales, y se han realizado revisiones sobre la validez de estos instrumentos,⁴¹ así como sobre los efectos de aplicar en la práctica clínica la Colaboración Interprofesional.⁴² Se ha medido la asociación de colaboración con diferentes elementos,⁴³ y se han realizado descripciones de patrones de referencia para la colaboración interprofesional.⁴⁴

Otros estudios se han centrado en los procesos para lograr la satisfacción del usuario y la calidad asistencial de las intervenciones enfermeras a través de la creación de ambientes de trabajo saludables⁴⁵⁻⁴⁷ o en la responsabilidad social de la empresa.²⁶⁻³⁰ Existen estudios que muestran una mejor actitud hacia la colaboración de las enfermeras, aunque también existen estudios que afirman lo contrario.⁴⁸

En el ámbito de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI),⁴⁸⁻⁵² la colaboración interprofesional es más estrecha que en otros servicios o áreas de hospitalización.⁵³ Los estudios muestran un mayor grado de colaboración enfermera-médico en UCI en comparación con otras áreas asistenciales⁵⁴ También existen estudios basados en los conflictos en UCI.²²

La dificultad común que presenta el estudio de la colaboración interprofesional es poder demostrar de forma empírica la efectividad de esta colaboración, pues

no se dispone de un instrumento válido y fiable de medida para conocer el grado de colaboración en los diferentes contextos interprofesionales, de forma que permita generalizar los resultados de los estudios, sino al contrario, existe una variabilidad de instrumentos que responden a los distintos objetivos de investigación.^{42,43,55} Justamente, la revisión realizada por Dougherty y Larson²³ sobre cinco instrumentos utilizados para medir la colaboración enfermera-médico, pone de manifiesto que, todos ellos son originales en inglés y reproducen contextos distintos a los nuestros. Esto ha repercutido en un escaso número de estudios sobre el trabajo en equipo y la colaboración entre los profesionales de la salud en nuestro contexto ya que la demostración empírica se hace aún más dificultosa ante la escasez de instrumentos de medición originales en castellano y la limitación que supone poder utilizar sólo los traducidos y validados en castellano como por ejemplo el cuestionario *Collaboration and Satisfaction About Care Decisions* (CSACD).

En este sentido, el estudio de San Martín, D'Amour y Leduc⁴² mide la intensidad de la colaboración interprofesional entre los profesionales de la salud y la relaciona con los objetivos de satisfacción y calidad. Dicho estudio se realizó en 2007, en un hospital universitario español, privado, en el que participó una población de 123 enfermeras pertenecientes a los servicios de hospitalización quirúrgica, médica y cuidados intensivos (UCI). En este estudio se utilizó la *“Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en Salud”* (INCINS)^{12,56} validada al castellano por San Martín-Rodríguez et al. del cuestionario *“Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle”* desarrollado por Sicotte y D'Amour.¹² El cuestionario distingue dos grandes dimensiones: la coordinación y el grado en que las actividades clínicas son compartidas entre los profesionales del equipo, y adopta para su tratamiento una perspectiva organizativa de la coordinación y de las actividades clínicas. La dimensión *“coordinación”* se compone de 7 ítems. La dimensión *“grado en que las actividades clínicas son compartidas”*, se compone de 11 ítems, y distingue entre 4 actividades clínicas realizadas en equipo. El resultado es un cuestionario de estructura bifactorial que evalúa la intensidad de la colaboración interprofesional entre los profesionales de la salud a través de 18 ítems en una escala de tipo Likert con un gradiente de 5 puntos.

En la versión traducida y validada al español presenta una transformación en la estructura que pasa a estar compuesta por 4 factores como consecuencia del desdoblamiento de cada uno de los factores originales, esto conlleva la eliminación de 2 ítems originales y la consecuente reducción a 16 ítems. Ha demostrado una consistencia interna para la totalidad de los ítems con un α de Cronbach de 0,907. Estos 4 factores explican el 61,47% de la varianza total según el análisis factorial en componentes principales y con rotación Promax. La validez convergente entre los cuestionarios “*Collaboration and Satisfaction About Care Decisions*” (CSACD),²² que fue utilizado como cuestionario control, y “*Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en Salud*” (INCINS) presenta un coeficiente de correlación de Pearson de 0,718.

1.1. La Unidad de Cuidados Intensivos

Una de las manifestaciones más característica del contexto sanitario del siglo XX ha sido el auge de la asistencia hospitalaria y, dentro de ella, el de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), cuyo mayor objetivo es, según Ferdinande⁵⁷ la unión de la tecnología y la eficacia para el tratamiento de pacientes críticos.

Este capítulo presenta la trayectoria de la UCI hasta nuestros días, las diferentes definiciones y clasificaciones del nivel de atención al paciente.

Así, disponer de una UCI supone, para un hospital, cumplir con una serie de requisitos a nivel organizativo, estructural y de funcionamiento, garantizar los elementos de calidad y seguridad del paciente y disponer de una tecnología adecuada al nivel de complejidad reconocida. A nivel de los profesionales, también debe disponer de profesionales especializados en el cuidado del paciente crítico.

1.1.1. Apunte histórico

Así, existen dos momentos históricos determinantes en la creación de la UCI: las guerras que tuvieron lugar en la primera mitad del siglo XX (Segunda Guerra mundial 1939-1945; Guerra de Corea 1950-1953; Guerra de Vietnam 1964-1975), y la epidemia de Poliomielitis que tuvo lugar en los países del norte de Europa y Norte de América.⁵⁸⁻⁶⁰ En este segundo momento, se requería la

necesidad de ventilación mecánica, y una orientación a las necesidades específicas de los enfermos coronarios. Se crearon así las primeras unidades de cuidados respiratorios gracias a Drinker^{61,62} y quienes introdujeron en 1928 el primer respirador artificial “pulmón de acero” el cual, Ibsen⁶³ y Lassen⁵⁹ substituirían por la ventilación manual prolongada de presión positiva a través de la intubación endotraqueal. Poco tiempo después, el desarrollo de los nuevos respiradores de volumen controlado y de presión positiva desarrollados por Carl-Gunnar Engström^{64,65} proporcionarían un descenso de la mortalidad del 90% al 25%.

La UCI general para pacientes graves, incluyendo al paciente postquirúrgico fue el siguiente paso, pues en 1953, pasado el brote de poliomielitis, en el Hospital Municipal de Copenhage, convirtió la sala de recuperación de los pacientes quirúrgicos, en una sala de observación y recuperación donde todo tipo de pacientes podían recibir cuidados críticos.⁶⁶

En 1958, Peter Safar,⁶⁷ fundó en Baltimore, la primera unidad de cuidados intensivos médico-quirúrgicos de Estados Unidos y sólo un 25% de los hospitales de más de 300 camas tenían UCI, por ejemplo: Auckland, Toronto, Boston, South-Hampton, California City, Glasgow, Kansas City, Denver, Rochester (Minnesota), Londres, Birmingham, Viena y Munich.

La UCI, nació como una unidad de enfermería de vigilancia y tratamiento intensivo fuera de la hospitalización convencional y, durante los años 50 y 60 experimentó un gran desarrollo con variedad de diseños y organizaciones de gestión.^{68,69} En 1960, la mayoría de los hospitales ya disponían de ella. Un estudio canadiense mostró el impacto de la UCI sobre la reducción de la mortalidad.^{70,71}

En España, la primera UCI se abrió en Madrid, en la Clínica de la Concepción en 1965 impulsada por el profesor Jiménez Díaz; a continuación, en Barcelona, en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, se abriría la primera Unidad Coronaria en 1969.⁷²

Durante la década de los años 70 aparecieron las primeras asociaciones científicas médicas y enfermeras de cuidados intensivos y de certificación de especialidades en medicina y enfermería intensiva.

A nivel internacional, en 1970 se crea la *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) formada por médicos pertenecientes a diferentes especialidades médicas y en 1971, se crea la *American Association of Critical Care Nurses* (AACN). Posteriormente, en 1979, se crearía la asociación civil, científico-médica, sin fines lucrativos, integrada por las sociedades de Terapia Intensiva y Medicina Crítica integrada por todas las naciones del continente americano, España y Portugal (FEPIMCTI). En 1980, aparece la Federación Mundial de Sociedad de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (WFSICCM) centrada en la cooperación a nivel mundial entre las diferentes Sociedades Nacionales y Multinacionales de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. En 1982, nace la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos (*European Society of Intensive Care of Medicine-ESICM*). Una de la más recientes ha sido en 1992, la *Indian Society of Critical Care Medicine*.

A nivel nacional, en España, se crea la especialidad de Medicina Intensiva a través de la Ley de Especialidades (*Real Decreto 2015/1978*). En 1971 nace la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y en 1974 tuvo sus inicios la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Posteriormente, aparecieron sociedades científicas como la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME) entre 1994 y 1995 o el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP) en 1999, que se han mantenido hasta la actualidad.

Las Tablas 1 y 2 ofrecen un resumen de estas asociaciones a nivel internacional y nacional.

Tabla 1. Asociaciones científicas médicas y enfermeras internacionales

Año	Entidad
1970	<i>Society of Critical Care Medicine</i> (SCCM)
1971	<i>American Association of Critical Care Nurses</i> (AACN)
1979	Federación Panamericana e ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (FEPIMCTI)
1980	Federación Mundial de Sociedades de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (WFSICCM)
1982	<i>European Society of Intensive Care of Medicine-ESICM</i>
1992	<i>Indian Society of Critical Care Medicine</i>

Tabla 2. Asociaciones científicas médicas y enfermeras nacionales

Año	Entidad
1971	Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)
1974	Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)
1994-1995	Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME)
1999	Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP)

La SEMICYUC, también actúa como plataforma de contacto y difusión de las Sociedades de Cuidados Intensivos de otros países europeos, como es el caso de la Sociedad Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) y la Sociedad Francesa de Cuidados Intensivos (SRLF).

Existen acuerdos entre diferentes sociedades europeas SEMICYUC y la Sociedad Europea de Medicina Intensiva (ESICM) que permiten a sus socios beneficiarse de los servicios y recursos de ambas entidades.

1.1.2. La UCI en la actualidad

Todavía existen personas a quienes la mera enunciación del nombre –Cuidados Intensivos-, evoca un mundo de sofisticada tecnología, con aparatos complicados y maravillosos que mantienen la vida, artificial y casi milagrosamente, hasta que el paciente pueda, si lo consigue, asumir su propia tarea de vivir.

Sin embargo, actualmente, los equipos de profesionales que trabajan en las UCI tratan al paciente y su familia desde una perspectiva del cuidado centrada en el paciente y familia como sujetos activos en el proceso de enfermedad, es decir, comparten la información, las decisiones y adoptan un modelo de humanización de los cuidados.⁷³ La alta tecnificación de estas unidades y el nivel de cuidados especializados que prestan las enfermeras de UCI, requieren de un trabajo de planificación, organización y colaboración de carácter interdisciplinario para lograr una atención eficaz del paciente crítico. A este respecto, el plan elaborado

por el Grupo de Trabajo, Organización y Gestión de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (GTPOG-SEMUCYUC), marca las pautas y recomendaciones a seguir.

El libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español^{74,75} define la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como una unidad asistencial en la que un médico especialista en medicina intensiva es responsable de que se preste la atención sanitaria precisa, continua e inmediata, a pacientes con alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza actual o potencial para su vida y, al mismo tiempo, son susceptibles de recuperación.

La Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (EESCRI)⁷⁵ define la unidad de cuidados intensivos como aquella destinada a la atención de enfermos que requieren cuidados y monitorización intensiva.

Ambas definiciones se refieren a un nivel de vigilancia y cuidados elevados o intensivos. Sin embargo, el documento Estándares y recomendaciones para las Unidades de Cuidados Intensivos⁷⁶ propone una definición más actual y realista:

“Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados”. (pág. 6)

Este documento de Estándares y recomendaciones para las Unidades de Cuidados Intensivos pretende poner a disposición de las administraciones sanitarias, gestores públicos, privados y profesionales, criterios para la organización y gestión de esta unidad, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en las múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluyendo la eficiencia en la prestación de los servicios, así

como para su diseño y equipamiento.⁷⁶ Aunque este documento no tiene un carácter normativo y hace referencia específicamente a la UCI de carácter polivalente, muchas de las recomendaciones pueden ser asumidas también por las UCI especializadas.

De acuerdo con la clasificación del Departamento de Salud del Reino Unido, la UCI es aquella unidad que puede atender a pacientes que se sitúan en los niveles 2 y 3 de cuidados críticos.⁷⁷ Esta clasificación atiende a las necesidades asistenciales del paciente en lugar de al recurso físico donde está ingresado. Además, no tiene un carácter especializado como, por ejemplo, la unidad de cuidados intensivos neonatales o pediátricos. Se trata, por tanto, de una unidad polivalente médico-quirúrgica o, dicho de otra forma, una unidad que atiende a pacientes médicos o quirúrgicos. Dependiendo de los factores vinculados al perfil del hospital, de su organización y del tipo de gestión de este, la UCI puede atender exclusivamente a pacientes que se sitúan en el nivel 3 de cuidados o admitir también a pacientes que requieren un nivel 2 de cuidados (Tabla 3). Esta clasificación del Departamento de Salud del Reino Unido está basada en las necesidades del paciente y no en los recursos específicos de donde está ingresado.⁷⁸⁻⁸⁰

Tabla 3. Clasificación de los niveles de asistencia hospitalaria

NIVEL	DESCRIPCIÓN DE LOS CUIDADOS
0	Pacientes cuyas necesidades pueden ser atendidas en una unidad de hospitalización convencional de hospital de agudos.
1	Pacientes en riesgo de que su condición se deteriore, o que provienen de un nivel más alto de cuidados, cuyas necesidades de cuidados pueden ser satisfechas en hospitalización convencional con asesoramiento y apoyo del equipo de cuidados críticos.
2	Pacientes que requieren observación más frecuente o intervención, incluido el soporte a un sistema orgánico, o cuidados postoperatorios o aquellos que provienen de niveles más altos de cuidados.
3	Pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico junto con, al menos, soporte a dos sistemas orgánicos. Este nivel incluye todos los pacientes complejos que requieren soporte por fallo multiorgánico.

Fuente: Comprehensive Critical Care. A Review of Adult Critical Care Services. Department of Health. May, 2000.

Por otro lado, el informe realizado para la Federación Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva y de Cuidados Intensivos (WFSICCM) en 2016 define una unidad de cuidados intensivos (UCI) como un sistema organizado para la atención de pacientes críticamente enfermos que brinda atención médica y de enfermería intensiva y especializada, una mayor capacidad de monitoreo y múltiples modalidades de soporte de órganos fisiológicos para mantener la vida durante un período de insuficiencia del sistema agudo del órgano. Aunque una UCI se basa en un área geográfica definida de un hospital, sus actividades a menudo se extienden más allá de las paredes del espacio físico para incluir el departamento de emergencias, la sala del hospital y la clínica de seguimiento.

El informe propone una nueva clasificación de la UCI basada en la intensidad de la atención que se presta. Entiende que la idea del cuidado intensivo no es un concepto absoluto si no que se define en relación con las realidades del individuo y del sistema sanitario que, a su vez, puede variar en función de los recursos disponibles y de los enfoques de atención. En esta clasificación se identifican cinco dominios que determinan la característica intensiva de la atención o cuidado (espacio físico, soporte tecnológico, recursos humanos, servicios de cuidados críticos previstos), y 12 variables que permiten la categorización de la UCI en función del potencial de la unidad para proporcionar la atención experta (Tabla 4).

Tabla 4. Variables para la clasificación de los niveles de UCI

1. Disponibilidad de personal médico calificado
2. Disponibilidad de personal de enfermería especializado
3. Disponibilidad de otros especialistas: terapeutas respiratorios, fisioterapeutas, farmacéuticos, nutricionistas, etc.
4. Capacidad para monitorear pacientes con enfermedades agudas
5. Disponibilidad de recursos para el soporte de la función de órgano defectuoso
6. Diseño y estructura del espacio físico
7. Integración con los servicios de extensión de la UCI: en el departamento de emergencia y la sala de hospital, así como servicios para el seguimiento de los pacientes dados de alta
8. Presencia de servicios formales de educación y desarrollo profesional para el personal
9. Presencia de personal de la casa dedicado y papel como centro de capacitación de personal experto

- 10. Capacidad de investigación y actividades de mejora de la calidad
- 11. Papel en actuar como un servicio de referencia para el hospital, la comunidad y el país
- 12. Capacidad de ampliar los servicios en respuesta a un desastre natural o provocado por el hombre o un brote de pandemia.

Así, el resultado es una nueva clasificación de UCI categorizada en 3 niveles graduados de menor complejidad (Nivel 1) a mayor complejidad (Nivel 3). La tabla 5 muestra la clasificación propuesta donde los criterios descritos pretenden ser directrices ya que los autores entienden que éstos estarán sujetos a distintos contextos tanto de disponibilidad de recursos como de necesidades clínicas.

Tabla 5. Clasificación de UCI según niveles de la WFSICCM

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Capacidad terapéutica	Estabilización fisiológica y apoyo a corto plazo de disfunción orgánica leve	Soporte básico de la función del órgano defectuoso	Soporte complejo y completo y manejo de la disfunción orgánica
Personal	Médicos con experiencia en cuidados intensivos disponibles al menos durante el día	Médicos con entrenamiento en la UCI o experiencia comparable presente durante el día y disponible por la noche	Los médicos con capacitación formal en la UCI están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana; disponibilidad inmediata en el hospital de personal médico con experiencia en la UCI
	Las enfermeras experimentadas brindan atención las 24 horas, los 7 días de la semana	Las enfermeras tienen capacitación adicional o experiencia comparable en cuidados intensivos y brindan atención las 24 horas, los 7 días de la semana	El personal de enfermería con capacitación especializada en la UCI brinda atención las 24 horas, los 7 días de la semana
	Otro personal disponible	Inclusión variable del personal de salud asociado (terapeutas respiratorios, fisioterapeutas,	Personal de salud aliado: terapeutas respiratorios, fisioterapeutas, farmacéuticos, dietistas, etc.,

		dietistas, farmacéuticos, etc.) como parte del equipo de atención de la UCI	como miembros regulares del equipo de la UCI.
	Proporción de enfermera- paciente más alta que en la sala; preferiblemente 1: 4 o 1: 3 (1 enfermera para 4 pacientes)	Proporción enfermera-paciente adecuada a las necesidades del paciente, pero generalmente no menos de 1: 3	Proporción enfermera- paciente adecuada a las necesidades del paciente y no menos de 1: 2
	Rondas diarias; estructura ad hoc	Rondas diarias formales de UCI con médicos y enfermeras	Rondas de UCI multidisciplinarias formales diarias y según sea necesario según la agudeza y la complejidad del paciente
	Participación variable en la educación profesional continua de atención crítica	Compromiso en la educación profesional continua	Participación regular en la educación médica / de enfermería continua
	Acceso variable a otras especialidades médicas en el hospital	Acceso fácil a los radiólogos, nefrólogos, cardiólogos, especialistas en enfermedades infecciosas, cirujanos generales	Acceso rápido y participación variable de un complemento completo de especialistas en consultoría médica y quirúrgica
Capacidad de monitoreo	Monitorización no invasiva o mínimamente invasiva: saturación transcutánea de oxígeno, monitorización cardíaca, producción de orina	Monitorización invasiva de la presión arterial y las presiones venosas centrales según lo indique el estado del paciente	Monitoreo hemodinámico avanzado (cateterismo cardíaco, ultrasonografía, etc.); monitoreo avanzado de la fisiología pulmonar, cerebral y de otro tipo según lo indiquen las necesidades clínicas
	Analizador de gases en sangre disponible de inmediato	Analizador de gases en sangre y laboratorio de	

		estadísticas asociado con la UCI	
Diseño de la unidad y soporte de órgano	Área geográfica dedicada	Área geográfica dedicada con estación de monitoreo central	Área geográfica dedicada con áreas individuales de atención al paciente y estación de monitoreo central
	Capacidad para oxigenoterapia y soporte respiratorio no invasivo	Soporte ventilatorio mecánico básico, soporte farmacológico de la función cardiovascular, terapia de reemplazo renal intermitente, nutrición parenteral	Ventilador avanzado y soporte hemodinámico, terapia de reemplazo renal continua, capacidad para traqueostomía y otros procedimientos quirúrgicos básicos
	Capacidad para el aislamiento de pacientes que necesitan contacto o precauciones en el aire		
Integración dentro del hospital	Área geográfica definida solamente	Interacciones ad hoc con otras áreas de cuidados intensivos, como el departamento de emergencias	Equipo (s) de extensión, integración con la unidad de baja dependencia o alta dependencia; estrecha colaboración con el departamento de emergencia
Investigación y educación	Actividad ad hoc	Actividades educativas organizadas para el personal	Programas educativos formales para el personal
	Programa básico de mejora de la calidad	Programa formal de mejora de la calidad	Programa formal de mejora de la calidad
	Participación ad hoc en investigación clínica	Participación activa en investigación clínica	
	Capacitación de residentes y becarios según disponibilidad		

Capacidad de respuesta a las necesidades regionales y sociales	Ad hoc solamente, pero disponible y receptivo en caso de desastre	Sirve como recurso para pacientes críticamente enfermos dentro del hospital	Recurso de referencia para hospitales comunitarios y de distrito y para otras UCI
	Políticas formales que describen los criterios para la transferencia de pacientes a un nivel más alto de UCI	Plan de preparación para desastres y capacidad	

1.1.3. Funcionamiento, organización y estructura de la UCI

Los criterios de funcionamiento, organización y estructura de una UCI polivalente tienen como objetivo dotar y garantizar las condiciones de calidad, seguridad y eficiencia en la atención del paciente ingresado en UCI. Las características de este paciente serán: ser susceptibles de recuperación, la necesidad de soporte respiratorio básico en algún momento del ingreso más un soporte de, al menos, dos órganos o sistemas, y el paciente complejo con fallo multiorgánico.

El libro cuidados intensivos, estándares y recomendaciones, se basa en las recomendaciones de diversas entidades citadas^{75-77,81} para decir que: Se recomienda la existencia de una UCI a partir del nivel de Hospital General (entre 200 y 600 camas), lo que implica disponer de especialidades médicas y quirúrgicas y que se organice un programa funcional para albergar una UCI polivalente. Este documento, también se encarga de identificar y definir las cuestiones organizativas y estratégicas siguientes para asegurar el buen funcionamiento de la UCI: (i) estudio de la cartera de servicios; (ii) descripción del funcionamiento de la unidad, que incluye el esquema de circulación diferenciado de pacientes, personal, familiares y material; (iii) análisis de las necesidades de espacio de los diferentes usuarios de la unidad: pacientes, personal médico, de enfermería y visitantes; y (iv) definición del proceso asistencial (las formas de acceso de los pacientes, el tránsito dentro de la unidad, las alternativas a su salida, etc.), y las relaciones funcionales con el resto de las unidades y servicios de su entorno.

Por otro lado, la procedencia del paciente ingresado en UCI puede ser desde los servicios de urgencias, quirófano, hospitalización convencional del mismo

hospital o bien desde otros centros. En este sentido, la UCI se comporta como un servicio intermedio (excepto en caso de “éxitus”) entre el servicio de procedencia del paciente y el destino final de éste cuando es dado de alta de la UCI. Esta situación hace necesaria una correcta integración y coordinación entre la UCI y el resto de las unidades del hospital.

Así, los principales servicios con los que la UCI necesita establecer relaciones directas son el servicio de urgencias, el bloque quirúrgico, el servicio de radiodiagnóstico y los servicios de exploraciones funcionales centrales. Es importante el conocimiento de los diferentes itinerarios a seguir por todos los miembros del equipo multidisciplinar. Otros servicios con los que se mantiene relación, pero la proximidad con ellos no es necesaria, son las unidades de hospitalización polivalentes y los servicios de farmacia, esterilización y otros servicios generales.

Además, las características estructurales y organizativas de la UCI están basadas en una serie de criterios que han de estar previamente establecidos, así como la identificación de los espacios según las necesidades de los diferentes miembros de los equipos, de los pacientes y de las familias. Por este motivo es importante contemplar los aspectos derivados de las características físicas (acceso y recepción de familiares, box/habitación del paciente, control de enfermería, apoyos generales de la unidad...), ambientales (tipo de iluminación, control acústico, preservar la intimidad del paciente, entorno personalizado,...), de materiales (suelos tipo vinílico, acabados que faciliten la limpieza, dimensionado de los espacios adecuado para evitar golpes,...) y de instalaciones (eléctrica, de presión, agua, oxígeno, aire, vacío, iluminación, sistemas de control ambiental, de comunicación, de transporte,) que tanto paciente, personal clínico, enfermero y visitantes, necesita.

También existen protocolos de limpieza específicos para la UCI⁸¹ que incluyen el equipamiento sanitario, el tratamiento de los artículos textiles (circuitos ropa limpia y ropa sucia) y sobre la gestión de residuos.

Existen por tanto medidas organizativas y de gestión que afectan al proceso de atención al paciente. El trabajo de Garland,⁸² identifica los elementos de estructura y organización de la UCI que inciden en la atención del paciente. Según éste, el 85% de las oportunidades de mejora están relacionados con fallos

en los sistemas y en los procesos que limitan la capacidad de los individuos para su buen funcionamiento.

Estos elementos identificados tienen que ver, respecto a los médicos intensivistas, con favorecer los turnos de 12 horas frente a los de 8 horas, con la evidencia de menores errores cuando los médicos residentes realizan menos de 80 horas semanales de guardia, con la posibilidad de localización del médico intensivista por telemedicina, y que con una mayor implicación del responsable (jefe de la UCI) en la gestión coordinada, se obtiene una mejor utilización de los recursos.^{83,84}

Respecto a las enfermeras, relaciona el mayor número de horas de enfermera titulada por paciente con mejores resultados en el nivel de cuidados y seguridad del paciente y la comunicación enfermera médico y otros aspectos de la cultura de la UCI.⁸⁴

A nivel de organización del trabajo, recomienda la elaboración de una hoja de objetivos diario¹ para cada paciente, la cobertura cruzada informatizada de los cambios de turnos, la participación del farmacéutico en los países multidisciplinarios² y la ampliación de las horas de visita de los familiares.

Otras indicaciones son la existencia de un servicio ampliado de cuidados críticos,^{85,86} la creación de un equipo de ventilación, disponer de unidades de cuidados intermedios para reducir la admisión de pacientes en UCI y reducir la estancia media y facilitar la información sobre los costos de las pruebas adicionales y asistencia a cuidados paliativos.

En un mismo sentido, los criterios de organización, diseño y equipamiento de la UCI están establecidos a nivel internacional por entidades como la *World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Intensive Care Medicine*. En 1992, el Departamento de Salud del Reino Unido, publicó una guía de diseño de la UCI⁸⁴ y en Estados Unidos, la *Society of Critical Care Medicine*,⁸⁶ dio a conocer las directrices para el diseño de UCI. En 1997, *The Intensive care Society* (Reino Unido), recogió los estándares para la UCI, y los aspectos

¹Institute for Healthcare Improvement. Disponible a: <http://www.ihl.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/Changes/>.

² Transforming Medical-Surgical Care. Disponible a: <http://www.ihl.org/IHI/Topics/ReducingMortality/>.

referidos a su estructura física y los recursos materiales. También, la *European Society of Intensive Care Medicine* presentó las recomendaciones de requerimientos mínimos de la UCI.

A nivel nacional, la Fundación Avedis Donabedian y la *Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears*,⁸⁷ se han ocupado de los estándares referidos a la estructura física, al equipamiento y a los recursos materiales de la UCI.

Respecto a la **localización** de la UCI, las recomendaciones generales dicen que debe cumplir las consideraciones generales de cualquier otra unidad de hospitalización especial, es decir, tener una ubicación diferenciada, acceso funcional y directo al bloque quirúrgico, en concreto a la zona de recuperación posanestésica, a los servicios de radiodiagnóstico, hemodinámica y electrofisiología y urgencias.

También recomienda la existencia de dos salidas / accesos diferenciados por razones de seguridad que facilite una posible evacuación. El número de camas recomendado oscila entre 8 y 12.

En cuanto a la gestión del acceso, pese a la importancia de mantener un acceso restringido del personal que accede a estas unidades, actualmente se recomienda la “visita abierta” de 1-2 familiares o acompañantes y que permanezcan el mayor número de horas posible al lado del paciente para apoyarle psicológica y emocionalmente. En esta línea, se han publicado deferentes guías orientadas al soporte familiar en UCI (American College of Critical Care Medicine, GUIA Humanización SEEIUC⁸⁸).

El diseño de la estructura de la UCI ha evolucionado desde el concepto de las primeras unidades de recuperación posanestésica (URPA) donde la disposición de las camas consistía en la separación por biombos o cortinas. De este modo se facilitaba la observación directa del paciente que llegaba sedado y permanecía unas horas hasta su recuperación de la anestesia y el acceso directo del personal y del equipamiento ante una situación de emergencia. Aunque este concepto se mantiene actualmente en el sentido estrictamente expuesto, factores como la infección nosocomial, el utillaje, la alta tecnificación, la intimidad

del paciente y últimamente, la corriente de humanización de las UC, se han convertido en factores determinantes en el diseño de las UCI.⁷³

Actualmente, el control de las infecciones nosocomiales está presente en diseño de las UCI en relación con los niveles de exposición y resistencia del paciente y de la distribución e instalaciones. Se han diseñado unas medidas activas, que consisten en facilitar pautas de comportamiento a todos los miembros del equipo de la unidad, y unas medidas pasivas o estructurales, que corresponden al diseño de la unidad que han mostrado tener menor influencia por sí mismas en la tasa de infección nosocomial.

Ateniéndonos a la evidencia científica, la modalidad de transmisión más importante en UCI es por contacto (directa e indirecta) y que su prevención es el lavado de manos, por lo que el diseño de estas unidades deberá facilitar lavabos y sistemas de dispensación de soluciones alcohólicas en la proximidad de cada paciente (dentro y/o en el exterior de la habitación individual de paciente), para que el lavado de manos se pueda realizar de forma cómoda y efectiva.

Otro factor importante es el utillaje, la alta tecnificación, los procedimientos y las técnicas “in situ” que se realizan en la UCI. Todo ello ha aumentado la dimensión de las habitaciones o boxes por paciente, actualmente la recomendación es de 20 a 25 m² de superficie por paciente.

La corriente de humanización de la UCI también está influyendo en los planteamientos y diseños de la UCI. A nivel nacional, el Proyecto HU-CI³ trabaja para lograr la humanización de las infraestructuras. El concepto infraestructura humanizada, se ocupa de los agentes implicados en proceso del cuidado (paciente, familia, profesionales) promoviendo mejoras arquitectónicas y estructurales de los espacios. También intenta influir en los desarrollos tecnológicos de la UCI.

Una estructura humanizada tiene que facilitar la privacidad, el bienestar, el confort ambiental, la orientación, la comunicación y la distracción del paciente. Es importante la habilitación de espacios en jardines o patios en los nuevos diseños y/o contemplar la posibilidad de rediseñar o adaptar nuevos espacios y

³ Proyecto HU-CI. Humanizando los cuidados intensivos. Disponible en: <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/inicio/>

usos en los ya existentes. También se contempla la presencia de familiares o acompañantes las 24 horas en función de las necesidades del paciente por lo que se deben habilitar o rediseñar espacios que cuiden y proporcionen bienestar físico y ambiental a las familias. Finalmente, los profesionales necesitan espacios que respeten su dignidad, bienestar ambiental (lumínico, acústico y térmico) y funcionalidad.

Además, los requisitos y criterios imprescindibles de organización de la UCI para garantizar la atención del paciente deberán contemplar una serie de aspectos que se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Principales requisitos organizativos de la UCI

La existencia de un director de la UCI
La existencia de un responsable de la UCI de presencia física las 24 horas del día
La existencia de una responsable de enfermería de la UCI, que se ocupe de la coordinación de los profesionales de enfermería asignados a la unidad
La asignación de una enfermera responsable de la atención al paciente, por turno. La relación paciente/enfermera dependerá del mix de complejidad de los pacientes atendidos en la unidad
La existencia de un sistema formalizado de intercambio de información entre los profesionales implicados en la atención de cada paciente durante los cambios de turno, así como da de alta al paciente a otras unidades.
Criterios explícitos de admisión y alta de los pacientes.
La protocolización de la actividad médica y de enfermería de los procesos y procedimientos más frecuentemente atendidos / realizados en la UCI.
El cumplimiento de los estándares de seguridad del paciente y atención a los derechos de los pacientes.
Existencia de protocolos para asegurarse el cumplimiento sistemático de estos estándares:
La existencia de un sistema formalizado de pase de visita conjunto entre médicos y enfermeras responsables de la atención al paciente, así como –en su caso- otros profesionales (dietista, farmacéutico, especialista consultor, trabajador social, fisioterapeuta, etc.).
Disponer de los servicios de apoyo que garanticen la calidad y continuidad de la atención.

Todas las medidas de funcionamiento, organizativas y estructurales de la UCI permiten aumentar la calidad de la atención y facilitan entornos seguros para los pacientes. En este sentido, en 1993, la *International Task Force on Safety in the Intensive Care Unit*⁸⁹ presentó los estándares de seguridad del paciente en la UCI y en 1997, la *Task Force on Intensive Care Society* (Reino Unido) elaboraron sendas recomendaciones mínimas para los Departamentos de Cuidados Intensivos.

En Catalunya, la entidad que marcó en 1997 los criterios de acreditación para los servicios de medicina intensiva fue la *Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears* junto con la Fundación Avedis Donadebian.⁸⁷ Además, en el ámbito enfermero, en 2004, el National Quality Forum (NFQ)⁹⁰ aprobó una serie de estándares de carácter voluntario centrados en la atención enfermera, entre ellos, los que corresponden a la UCI son los que se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7. Estándares de calidad centrados en los cuidados enfermeros.

1.	% de pacientes ingresados por cirugía mayor que sufren una complicación adquirida en el hospital y fallecen.
2.	% de pacientes ingresados que desarrollan una úlcera por presión en el hospital.
3.	% de caídas de pacientes por días de estancia.
4.	% de caídas con lesiones por días de estancia.
5.	% de pacientes que sufren inmovilización.
6.	Tasa de infecciones urológicas relacionadas con las sondas urinarias (UCI).
7.	Tasa de infecciones sanguíneas asociadas al uso de catéter venoso central.
8.	Tasa de neumonías asociadas al uso de ventilación mecánica en UCI y unidades de cuidados críticos.

Por otro lado, el *Institute for Healthcare Improvement* que recomienda la implantación de intervenciones como el pase de visita multidisciplinario, la formación de equipos de respuesta rápida o indicadores de calidad como la satisfacción del paciente, identifica los indicadores y las medidas que evalúan estas intervenciones (Tabla 8).

Tabla 8. Indicadores de resultado y proceso en la UCI.

Indicadores de resultado		Indicadores de proceso	
Medidas de resultado	Objetivo		
Códigos de emergencia vital (*)	"0" códigos	Utilización del "equipo de respuesta rápida"	Nº llamadas al equipo de respuesta durante un periodo determinado
Lesiones por caídas / 1000 días de estancia	< a 1	% de pacientes a los que se evalúa el riesgo de UpP	
% rotación voluntaria de enfermería	< a 5%	% de readmisiones en los 30 días posteriores al alta	
Desarrollo del equipo y satisfacción de la plantilla	> 95% satisfecho o muy satisfecho (**)		
Satisfacción del usuario			

(*) "código" la resucitación cardiopulmonar o la intubación

(**) La muestra de personal encuestado incluye a los médicos que con mayor frecuencia actúan en la UCI.

En 2005, la Sociedad Española de Medicina Intensiva y de Unidades Coronarias (SEMICYUC)^{91,92}, comunicó la elaboración de un documento que desarrollaba 120 indicadores de calidad del enfermo crítico. En su elaboración intervinieron diferentes Grupos de Trabajo de la Sociedad Científica, de Planificación, Organización y Gestión, así como el Instituto Universitario Avedis Donabedian.

El interés y la utilidad de este documento ha sido reconocida a nivel nacional, pues ha servido de guía y referencia a los Servicios de Medicina Intensiva, y también a nivel internacional, siendo incluido como referente en asociaciones europeas como la *German Society for Anaesthesiology and Intensive Care Medicine*, la *German Interdisciplinary Association of Intensive Csre and Emergency Medicine*, la Sociedad Europea de Medicina Intensiva (ESICM). También el Observatorio de Buenas Prácticas en salud de Gobierno de Chile y la *Indian Society of Critical Care Medicine*.

La primera revisión de este documento se realizó en 2011, y desde esta fecha, fue incluido en la *National Quality Measures Clearinghouse* (NQMC) de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de los Estados Unidos.

En 2017 se ha realizado la segunda revisión y en ella ha participado por primera vez de manera oficial, la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).⁹² En esta revisión se han efectuado modificaciones y se ha presentado el desarrollo de 140 indicadores de calidad de los cuales, 25 son considerados relevantes⁴.

Cada indicador es nombrado por el número de orden que ocupa y el criterio de orden responde a una clasificación por temas (Tabla 9). Enfermería es uno de estos temas y a ella corresponden los indicadores comprendidos del número 98 al 109. Además, en el tema Planificación, Organización y Gestión, el indicador 126 corresponde a la Cumplimentación de los registros enfermeros en el servicio de Medicina Intensiva (SMI), y el indicador 127, al Informe de alta enfermero.

Tabla 9. Relación de temas que incluyen los 140 indicadores de calidad

Orden	Temas
1	Cuidados cardiológicos y RCP
2	Insuficiencia respiratoria aguda
3	Neurointensivismo y traumatología
4	Enfermedades infecciosas
5	Metabolismo y nutrición
6	Cuidados nefrológicos
7	Sedación y analgesia
8	Hemoderivados
9	Toxicología
10	Trasplantes
11	Enfermería

⁴ Indicadores de calidad SEMICYUC 2017. Disponible a: <http://www.semicyuc.org/sites/default/files/>

12	Bioética
13	Planificación organización y gestión
14	Evaluación de tecnologías y metodología de la investigación
15	Formación continuada, docencia e investigación

La siguiente Tabla 10. muestra los 12 indicadores correspondientes al tema de Enfermería.

Tabla 10. Relación indicadores de calidad para Enfermería

Tema	Indicador
Enfermería	98. Eventos adversos durante el traslado hospitalario
	99. Listado de verificación en el traslado intrahospitalario
	100. Manejo de las alarmas de monitorización
	101. Caídas accidentales
	102. Errores de medicación en el servicio de medicina intensiva (SMI)
	103. Retirada accidental de catéteres vasculares
	104. Revisión del carro de parada cardíaca
	105. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión mediante una escala validada
	106. Incidencia úlceras por presión (UpP)
	107. Prevención de la enfermedad tromboembólica
	108. Identificación inequívoca
	109. Rondas de seguridad (RS) con directivos

Los avances tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento de las patologías y de los procesos de enfermedad han originado un aumento de la complejidad y especialización que se traduce en una segmentación de la asistencia que, aun buscando proporcionar la mayor calidad de atención posible, puede contribuir a aumentar el riesgo de producir daños en el paciente.

Actualmente, la seguridad del paciente es una prioridad para las autoridades sanitarias, asociaciones de profesionales y organizaciones de pacientes,

también a nivel internacional para organizaciones sanitarias como la OMS⁹³, la Unión Europea⁹⁴ y el Consejo de Europa⁹⁵.

El Estado Español, a través del Ministerio de Salud y Política Social, (MSPS) y basándose en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS⁵, fijó como objetivo la seguridad del paciente y enunció las siguientes acciones a seguir: promoción y desarrollo del conocimiento y la cultura de seguridad entre profesionales y pacientes, diseño e introducción de sistemas de información y notificación de Eventos Adversos (EA) e implantación de prácticas recomendadas en los centros del SNS.⁹⁶

Ese mismo año, dentro del proyecto Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico (SYREC)⁹⁷, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, (AC-SNS) y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la incidencia de los eventos adversos e incidentes sin daño, evaluar sus consecuencias y prevención, así como identificar los factores que facilitan su aparición⁶

Además, el *National Quality Forum* (NQF)⁹⁰ publicó una serie de 34 medidas que garantizan una práctica segura para una mejor asistencia sanitaria y que en su mayoría pueden ser aplicadas en el contexto de la UCI.

Por otro lado, la AC-SNS,⁷⁵ evaluó, en función del impacto y la complejidad de su implantación, 28 prácticas seguras y recomendadas por agencias gubernamentales para la prevención de EA en pacientes hospitalizados.

Algunas de estas prácticas tienen como eje central además de la promoción de la cultura de seguridad, la optimización de las vías y mecanismos de comunicación, por ejemplo, durante el traspaso del paciente o en los cambios de turno. También se recomienda la estandarización, mediante listas de comprobación (checklist)⁹⁸ para el alta del paciente, planificación de cuidados, tratamientos o resultados de pruebas.

Respecto a la seguridad en el uso de los medicamentos,⁹⁹ hay que dedicar especial atención a la comunicación entre los profesionales y entre los

⁵ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS. Boletín Oficial del Estado, nº 128 (29-5-2003).

⁶ Seguridad del paciente. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/epidemiologicos/>

profesionales y los pacientes, a la estandarización del modo de administrar medicamentos de alto riesgo, a la prescripción electrónica con alertas incorporadas y al acceso fácil a las guías de administración entre otras.

También se recogen acciones orientadas a la prevención de úlceras por presión,^{10,101} a reducir al mínimo las medidas de limitación de la movilidad en la UCI evitando su uso rutinario, la prevención de la infección con la puesta en marcha de programas para la reducción de las bacteriemias por catéter (BZ), la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NZ) y de la resistencia a los antibióticos (RZ).

Otras medidas centradas en el paciente son, la identificación inequívoca del paciente, la gestión de hemoderivados⁷ y de residuos sanitarios⁸, disponer de un plan de acogida del profesional a su llegada a la UCI un plan de autoprotección⁹ (prevención riesgo de incendios) y la implicación del paciente en su seguridad.

Finalmente, cabe mencionar que, además de los derechos y garantías del paciente que se recogen en la legislación sanitaria vigente, el ingreso en la UCI conlleva otras observaciones y requerimientos. Así, tanto el paciente ingresado en la UCI como sus familiares tienen derecho a recibir información acerca de las características generales de la UCI, sobre los cuidados que en ella se prestan y a recibir instrucciones y recomendaciones durante la estancia e información en la UCI.

También es importante que al ingreso, tanto el paciente como su familia, reciban información sobre el consentimiento informado,¹⁰² en especial en los casos contemplados por el grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC, a este efecto, la UCI dispondrá de un modelo de consentimiento informado con información particularizada para cada procedimiento diagnóstico o terapéutico de estas características incluido en la cartera de servicios de la UCI.

Otro aspecto para destacar es que ante una situación terminal, debemos saber si el paciente posee el documento de voluntades anticipadas¹⁰ firmado y que

⁷ R.D. 1.088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión y R.D. 1.301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos.

⁸ Este apartado está basado en el documento Bloque quirúrgico: estándares y recomendaciones. MSPS. Madrid. 2009

⁹ Hospital eTool: Intensive Care. Disponible en: <http://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/icu/icu.html>

¹⁰ Artículo 11. Instrucciones previas, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía

como cualquier otro paciente, también tiene derecho a recibir cuidados paliativos (CP)¹⁰³.

A nivel general, el hospital garantiza los derechos del paciente poniendo a su disposición un código ético que enuncia los principios y reglas éticas que guían su actividad y un plan de acogida al ingreso del paciente. Otra documentación que está a su disposición son las guías y protocolos de práctica clínica de cuidados revisados y actualizados, y la documentación sobre la realización de ensayos clínicos según las normas de la legislación específica.

También dispone de la existencia de un servicio de atención al cliente que recoge las reclamaciones, sugerencias o iniciativas a las que se debe dar respuesta por escrito. Estas reclamaciones, iniciativas o sugerencias son evaluadas de forma periódica.

1.1.4. Los profesionales de la UCI

Una de las características de los equipos de salud que atienden al paciente crítico, es su carácter multidisciplinario. Hoy en día, no podemos pensar en un proceso de atención de los pacientes sin la intervención de los nutricionistas, fisioterapeutas, farmacéuticos, asistentes sociales, y los psicólogos que tímidamente ya se han empezado a incorporar en algunas UCI, incluso las familias han empezado a formar parte del plan terapéutico.

Está claro que, desde una perspectiva global, este nuevo modelo trasciende el clásico binomio enfermera-médico, pero no es menos cierto que siguen siendo ellos, la enfermera como prescriptora de cuidados en la cabecera del paciente y acompañando a la familia y el médico como responsable del diagnóstico y tratamiento a seguir, los responsables de planificar, coordinar y ejecutar las acciones necesarias para dar la mejor atención.

Por este motivo, para atender a pacientes críticos, enfermeras y médicos deben tener una formación específica. Así, se entiende por médico intensivista, un profesional médico que tiene una especialidad en atención al paciente crítico y las competencias profesionales para desarrollarla⁷⁶. Este criterio está sujeto y

del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

debe adecuarse a la normativa nacional y de la Unión europea (UE) vigente en cada momento de acuerdo con los procesos de homologación de la UE.

El punto 41 del resumen ejecutivo del documento de estándares y recomendaciones de la unidad de cuidados intensivos, declara que, para ser responsable de una UCI se requiere una experiencia de al menos cinco años en medicina intensiva, y describe las siguientes funciones: desarrollo e implantación de las políticas de admisión y alta de los pacientes, protocolos asistenciales y relaciones con los familiares; la administración de la UCI, incluyendo presupuesto, sistema de información y de evaluación de la calidad; la participación en investigación y docencia; y actuar de enlace con los responsables de velar por los aspectos éticos y sociales relacionados con la medicina intensiva.

Los médicos residentes de las distintas especialidades médicas o quirúrgicas (anestesiología, medicina interna, nefrología, cirugía) pueden, tras dos años de capacitación en su especialidad y dentro del marco de ella, trabajar en una UCI bajo supervisión. Esta capacitación debe durar 6 meses como mínimo (óptimo 1 año) para los que desean trabajar en cuidados intensivos. Estos médicos participan en las tareas de la UCI supervisados por un especialista en cuidados intensivos. La responsabilidad médica es del médico permanente.

El personal médico de la UCI asegura la continuidad de la atención médica durante las 24 horas. Puede ser asistido por residentes de otros servicios entrenados y con experiencia, con capacitación básica en cuidados intensivos y siempre que estén respaldados por el personal permanente durante las 24 horas.

En cuanto a la enfermera, la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos (AANC) define la enfermera intensivista como la profesional que administra de forma directa cuidados enfermeros a pacientes que presentan una enfermedad grave o lesión.¹⁰⁴ Para ello, se basa en un modelo de sinergia según el cual,¹⁰⁵ cuando las características del paciente y las competencias de la enfermera están alineadas, es cuando se obtienen los resultados y cuidados de mayor calidad.

El modelo de sinergia identifica 8 competencias y responsabilidades de la enfermera intensivista (Tabla 11).

Tabla 11. Competencias y responsabilidades de la enfermera de UCI

Competencias	Responsabilidades
Investigación clínica	Apoyar y respetar la autonomía del paciente y la toma de decisiones informada
Juicio clínico	Intervenir cuando hay duda sobre qué intereses se sirven
Empatía	Ayudar al paciente a obtener los cuidados necesarios
Defensora del paciente y familia	Respetar los valores, creencias y derechos del paciente
Ofrecer los recursos del sistema de salud	Educar al paciente / representante en la toma de decisiones
Facilitar el aprendizaje	Representar el derecho del paciente de elegir
Respuesta a la diversidad	Apoyar las decisiones del paciente / representante o transferir los cuidados a una enfermera de cuidados intensivos con la misma capacidad
Actitud colaborativa	Interceder por los pacientes que no pueden hablar por sí mismos y que requieren intervención de urgencia
	Vigilar y asegurar cuidados de calidad
	Actuar como enlace entre el paciente / seres queridos y otros miembros del equipo de atención de salud

Las enfermeras que prestan servicio en la UCI deben tener formación específica en cuidados críticos que le aporte un profundo conocimiento científico de los procesos fisiopatológicos de los pacientes y de las respuestas del paciente a la enfermedad. Las enfermeras de la UCI deben estar familiarizadas con una amplia gama de técnicas y procedimientos, así como deben estar capacitadas para la valoración y planificación de los cuidados de pacientes en situación crítica, por lo que es recomendable que, como sucede en otros países, se

promueva una especialización de enfermería en cuidados críticos. Y junto con el personal auxiliar, desarrollan las funciones asistenciales.

Para ser supervisora o coordinadora enfermera de la UCI se requiere una experiencia de al menos cinco años en cuidados intensivos y haber demostrado/adquirido la capacidad para las relaciones humanas y para la gestión. Las funciones principales son: (i) organizar toda la operativa diaria para garantizar los cuidados enfermeros; (ii) asegurar la formación del personal de nueva incorporación, y la formación continuada de las enfermeras y personal auxiliar; (iii) promover el estudio y la investigación enfermera; (iv) participar en la discusión y confección de protocolos, guías clínicas y asegurar su cumplimentación; (v) elaborar junto con las enfermeras los protocolos de los planes de cuidados y de los procedimientos enfermeros; (vi) evaluar la calidad de los cuidados y realizar el seguimiento de los incidentes críticos; (vii) colaborar con la gestión de pacientes para que el circuito de ingresos, altas o traslados de pacientes sea más efectivo; y (viii) Colaborar con la dirección enfermera en las decisiones de planificación y cobertura del personal, evaluación del personal fijo y suplente, programación de la formación de los profesionales, seguimiento de los objetivos y evaluación de los resultados.¹⁰⁶

Además de la valoración de necesidades, la responsable enfermera debe tener en cuenta, los siguientes factores según la guía de estimación de las necesidades enfermeras en los cuidados críticos publicada por el *Royal College of Nursing* (RCN)¹⁰⁷: (i) la carga de trabajo; (ii) las competencias para satisfacer las necesidades del paciente (incluyendo el nivel de dependencia); (iii) las funciones de la enfermera de la UCI; (iv) las categorías profesionales y perfil de competencias del equipo multiprofesional; (v) la contribución del personal auxiliar de enfermería; (vi) la presencia de la responsable enfermera de la UCI; (vii) otras actividades distintas a la atención directa al paciente; y (viii) los patrones de organización de la UCI.

Estos factores pueden variar notablemente entre UCI de distintos niveles asistenciales. La guía que ofrece el INSALUD¹⁰⁸ está basada en los criterios de la *Task Force de la European Society of Intensive Care Medicine*⁸⁹ en la que se propone la siguiente relación: (i) UCI en nivel asistencial I: 3 pacientes por enfermera; (ii) UCI de nivel asistencial II: 1,6 pacientes por enfermera; y (iii) UCI de nivel asistencial III: 1 paciente por enfermera.

Sin embargo, el método más adecuado es ajustar la plantilla enfermera a las necesidades del paciente en la UCI, medida por su gravedad y dependencia. Para ello se suelen utilizar los métodos de medida de las intervenciones terapéuticas. También es importante tomar en consideración el solapamiento de tiempo necesario para hacer el traslado de responsabilidad en cada cambio de turno, así como si se imparte o no docencia.⁸⁹

Por otro lado, las necesidades de personal auxiliar vendrán determinadas por las necesidades de la UCI, de las características físicas, organizativas y de los recursos de cada centro hospitalario. En ellos se incluye la figura del celador, los auxiliares administrativos y el personal de limpieza y mantenimiento.⁸⁹

Otros profesionales que colaboran y dan soporte a la UCI son: farmacéutico, dietista, psicólogo, fisioterapeuta y los profesionales de otros servicios con enfermos ingresados en la UCI. En este sentido, es oportuno destacar el trabajo realizado en Reino Unido para la *Modernisation Agency* sobre las necesidades de personal no médico ni enfermero en UCI⁸¹ y que han servido de referencia a otros profesionales a la hora de establecer recomendaciones.

Por todo lo expuesto, entendemos que la característica del cuidado intensivo requiere articular la atención de las necesidades del paciente y familia con la aplicación de tratamientos, técnicas y procedimientos que pueden llegar a ser de gran complejidad. Por este motivo, es importante que los equipos de profesionales de UCI trabajen de forma planificada, coordinada y colaborativa para conseguir un cuidado efectivo.¹⁰⁸

1.2. Del equipo de trabajo a la colaboración interprofesional

El ser humano, en cuanto que ser social, está abocado a crear a través de sus interacciones con una o más personas, situaciones sociales. La búsqueda de cómo se producen estas interacciones, sus implicaciones y sus diferentes manifestaciones, subyace en el estudio de la colaboración.

Desde la perspectiva de la sociología, se han realizado investigaciones y se han elaborado teorías para comprender, dentro de la colaboración, las dinámicas inherentes en los grupos y en los equipos de trabajo. Estos conocimientos

permiten hablar de las estructuras de los grupos, de la resolución de problemas y de la comunicación.^{109,110}

Las características de las personas implicadas en la colaboración y el tipo de relación que establecen determinan la utilización de los términos grupo o equipo de trabajo, y el de las expresiones colaboración interdisciplinar o interprofesional, por parte de los autores. Sobre éstas dos últimas, no existe un consenso en las condiciones de uso según los estudios publicados, así encontramos autores que consideran que ambas expresiones tienen diferentes significados, y en consecuencia se ha de diferenciar su uso (Katzenbach y Smith,^{111,112} Mucchielli¹¹³ Orasanu y Salas¹¹⁴) y autores que piensan que no existen diferencias fundamentales y los utilizan de forma indistinta (Cohen y Bailey,¹¹⁵ Guzzo y Dickson,¹¹⁶ Sundstrom¹¹⁷).

A continuación, se muestra una breve explicación de estos términos con las conceptualizaciones y definiciones aportadas por los diferentes autores.

1.2.1. El equipo de trabajo

Hasta los años 70, la noción de grupo estaba centrada en las relaciones interpersonales que se daban entre las personas integrantes de un grupo. Con el aumento del interés por el estudio de la colaboración, el uso y la noción de este término se ha ido transformando. Cuando St-Arnaud¹¹⁸ define el grupo como la suma de individuos, con un objetivo común y todas las relaciones que se establecen entre sus miembros, pone las bases para futuras interpretaciones y definiciones dotándolo de una estructura de *“Al menos tres personas que establecen relaciones estructuradas basadas en un objetivo común”* p. 338).

Shaw¹¹⁹ identificó seis elementos principales asignados a los grupos: (1) la percepción de la existencia del grupo por parte de los integrantes; (2) la motivación de las personas a ser parte del grupo; (3) la necesidad de satisfacer las necesidades de los miembros del grupo; (4) el logro de objetivos; (5) la presencia de elementos de estructura del grupo (roles, estado, normas); y (6) la interdependencia de los individuos.

Por su parte, Guzzo y Dickson¹¹⁶ definen el grupo de trabajo como: *“Un conjunto de individuos que se perciben a sí mismos como una entidad social, que están*

relacionados entre sí debido al trabajo que tienen que hacer como miembros del grupo que están inscritos en un sistema social más amplio (p. ej. Organización de la comunidad) y las actividades de las cuales afectarán a otros (como clientes o socios)” (p. 308-309). En esta definición se identifican los atributos clave de un grupo de trabajo que otros autores también mencionan: (1) entidad corporativa reconocida e inscrita dentro de una estructura más amplia: la organización; (2) tareas a realizar en el grupo de trabajo cuyos miembros comparten la responsabilidad; (3) los individuos interactúan y son interdependientes debido al trabajo que tienen que hacer; y (4) las actividades del grupo de trabajo tienen efectos sobre otros, es decir, los clientes y socios del grupo.¹¹⁶⁻¹¹⁹

En el ámbito de la salud, el término equipo se empezó a utilizar en el campo de la salud mental a principios de los años 20 y, debido al éxito obtenido, en el decurso de los años 30 se aplicó a nivel hospitalario al ser considerado por algunos autores como la mejor forma de coordinar las distintas profesiones⁸⁵. Posteriormente, ya en los años 40, se crean los primeros equipos compuestos por profesionales de distintas profesiones de la salud en las áreas de servicios a la comunidad o rehabilitación.^{120,121}

Katzenbach y Smith^{111,112} preocupados por el uso indiscriminado del término equipo, diferenciaron hasta cinco tipos distintos: (1) Grupo: cualquier composición de individuos interrelacionados trabajando juntos por algún propósito; (2) Asociación: relación explícita con funciones y responsabilidades claras entre dos individuos que comparten un objetivo común o visión; (3) Comisión: grupo relativamente estable y oficial que tiene un propósito identificado como parte de la estructura de una organización; (4) Cuerpo especial: grupo convocado para cumplir un objetivo específico común y con un periodo de tiempo designado; y (5) Equipo: un pequeño número de individuos consistente comprometidos con compartir un propósito relevante.

Así, a partir de los años 70, los equipos de trabajo se convierten en la unidad básica de la organización del trabajo (Appelbaum y Batt¹²² Shea y Guzzo,¹²³ incluso son considerados por algunos autores como el factor responsable del éxito o fracaso de una organización Margerison y McCann,¹²⁴ Smith-Blancett¹²⁵ ya que aumentan la eficiencia y la satisfacción del profesional y del cliente

(Droler,¹²⁶ Katzenbach y Srnith,¹¹¹ Mohrman, Cohen y Mohrman,¹²¹ Solar¹²⁷).

En la misma línea, West¹²⁸ realiza una aportación importante al considerar que el resultado del trabajo en equipo puede ser mayor que la suma del rendimiento individual. Diversos trabajos apoyan esta tesis (Blumberg,¹²⁹ Dailey,¹³⁰ Deutsch,¹³¹ Johnson.¹³

La noción de colaboración se encuentra en el centro del trabajo interprofesional y se basa en la interacción y la relación de interdependencia. En esta misma línea, la OMS define el equipo de trabajo como un conjunto de procesos en los que profesionales de diferentes disciplinas intervienen en la toma de decisiones reconociendo la responsabilidad compartida de los resultados y las prestaciones de atención integral al trabajo con pacientes, familias y comunidades.¹³³

Así, el metaanálisis sobre el concepto de equipo realizado por Kozlowski y Ilgen¹³⁴ aporta una definición compuesta del término equipo y del concepto de efectividad del equipo:

“(a) Two or more individuals who (b) socially interact (face-to-face or, increasingly, virtually); (c) possess one or more common goals; (d) are brought together to perform organizationally relevant tasks; (e) exhibit interdependencies with respect to workflow, goals, and outcomes; (f) have different roles and responsibilities; and (g) are together embedded in an encompassing organizational system, with boundaries and linkages to the broader system context and task environment.” (pp.77)

En cuanto al concepto de efectividad del equipo, estos autores proponen pasar del clásico esquema de estructura, proceso y resultado, a un concepto más dinámico que incorpora un contexto de sistemas a diversos niveles: las tareas de equipo, el tiempo, la unidad y ambiente de equipo, modelos mentales de equipo y equipos de conocimiento.

Para que el trabajo en equipo sea efectivo, todos los miembros han de trabajar con un objetivo común y contribuir con sus particulares habilidades y capacidades a su cumplimiento. Los equipos, no tienen por qué tener una larga historia de trabajo conjunta o tener miembros que se gusten mutuamente para ser efectivos. Estos autores realizan una diferenciación entre los elementos clave del grupo de trabajo y del equipo de trabajo (Tabla 12).

Tabla12. Comparativa entre el Grupo de Trabajo y el Equipo de Trabajo

Grupo de Trabajo	Equipo de Trabajo
<ul style="list-style-type: none">• Líder fuerte, claramente centrado.• La responsabilidad individual.• El objetivo del grupo está alineado con la misión de la institución.• Resultados del trabajo individual.• Dirige reuniones eficientes.	<ul style="list-style-type: none">• Roles de liderazgo compartidos.• Responsabilidad individual y mutua.• Objetivo específico del equipo y él mismo entrega.• Resultados del trabajo colectivo.• Fomenta el debate abierto y las reuniones activas de resolución de problemas.
<ul style="list-style-type: none">• Mide su efectividad indirectamente por su influencia.	<ul style="list-style-type: none">• Mide el cumplimiento directamente evaluando los resultados del trabajo colectivo.
<ul style="list-style-type: none">• Discute, decide y delega.	<ul style="list-style-type: none">• Discute, decide y trabaja de forma conjunta.

También existen estudios que demuestran la eficacia del trabajo en equipo en los resultados y los costes sanitarios, incluso en la gestión de necesidades de pacientes complejos.¹³⁵

En sus revisiones, Reeves y colaboradores¹³⁶ incorporan en la definición de equipo de trabajo los elementos comunes más discutidos en la literatura: grupo cohesionado con identidad compartida, transparencia, interdependencia, integración y responsabilidad compartida.

1.2.2. Colaboración interprofesional vs Colaboración interdisciplinar

Los términos multidisciplinario e interdisciplinario son utilizados con frecuencia de forma indistinta cuando se trata de dos o más disciplinas. En relación con el término interdisciplinario, existen diversas definiciones. Schofield y Amodeo¹³⁷ consideran que el término interdisciplinario infiere interacción o colaboración y desde el ámbito académico de la salud, el término interdisciplinario, suele referirse a las distintas especialidades médicas o disciplinas relacionadas con ella.

Los equipos interdisciplinares han sido también definidos como formaciones de

al menos dos individuos de diferentes disciplinas que coordinan sus experiencias para asistir el cuidado de los pacientes (Farrell y colaboradores).¹³⁸

En la misma línea, Klein¹³⁹ declara que, los miembros del equipo se convierten en una comunidad de pares cuyos objetivos son la comprensión de situaciones de vida, el desarrollo de conocimientos y la resolución de problemas.

Además, para Drinka y Clark,¹⁴⁰ los equipos interdisciplinarios de trabajo funcionan como una unidad o sistema, y para Nelson¹⁴¹ se trata de un microsistema de *“Pequeñas unidades funcionales de primera línea que proporcionan el máximo cuidado a la mayor parte de la población. Ellos son las piezas fundamentales de las organizaciones y del Sistema de salud y el lugar donde coinciden pacientes y proveedores. La calidad y el valor del cuidado generado por el Sistema de salud, no puede ser mejor que los servicios generados por los pequeños sistemas que lo componen”* (pp. 72).

En cuanto al término interprofesional, ha sido ampliamente utilizado para enfatizar la inclusión de miembros procedentes de diferentes profesiones (Horder).¹⁴² Además, Baggs y Smitt¹⁴³ definen el trabajo interprofesional en términos de compartir la planificación, la toma de decisiones, la resolución de problemas, y asumir responsabilidades. En esta línea, Lamb y Napadano¹⁴⁴ lo definen como una forma sofisticada de intervención y participación que implica la formulación conjunta de una planificación. Lamb y Napadano,¹⁴⁴ Kilman y Thomas¹⁴⁵ puntualizan que la colaboración va más allá de la coordinación e indaga en el sentido de lo que comparte.

En los equipos sanitarios, el equipo interprofesional utiliza un enfoque centrado en el cliente. El cliente y su entorno son considerados como un todo. Esto implica que la intervención debe ser dinámica y flexible con el fin de adaptarse a los cambios que se producen O'Toole.¹⁴⁶

Se entiende que la colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas produce la integración de los conocimientos y experiencias Ducanis y Golin¹⁴⁷; Ivey y colaboradores,¹³⁵ Klein¹³⁹ y las orientan hacia el cuidado y las necesidades de los clientes (paciente, familia, comunidad) D'Amour y Oandasan,¹⁴⁸ Golin y Ducanis,¹⁴⁹ Schmitt,¹⁵⁰ Farrell y Heinemann.¹³⁸

D'Amour y su equipo,¹⁴⁸ entienden la colaboración interprofesional como un proceso y sus investigaciones sobre el tema profundizan en los elementos que conforman sus dimensiones organizacional y relacional. En una línea similar, Van Houtt y sus colaboradores,¹⁵¹ estudian las dimensiones de la colaboración interprofesional, a partir de identificar los mecanismos organizacionales, de coordinación, de los objetivos relacionados con las características de los pacientes y con los factores externos a éstas.

En el campo de la salud comunitaria, Mulvale y su equipo,¹⁵² proponen mejorar la colaboración a partir de un modelo que organiza los factores que interfieren en la colaboración interprofesional, desde el nivel individual al colectivo.

Por otro lado, algunos autores consideran, por un lado, que la colaboración interprofesional hace referencia al trabajo junto a profesionales de otras disciplinas de la salud, que trabajan para solucionar problemas de salud o proveer servicios, y por el otro, que la colaboración interdisciplinar se refiere a aquella colaboración en la que intervienen diferentes disciplinas académicas (Reeves y colaboradores).¹⁵³

1.2.3. La colaboración interprofesional

El Diccionario de la Real Academia Española (RAE),¹⁵⁴ define el término colaboración como la “Acción y efecto de colaborar”. Colaborar. (Del Latín *Collaborare*), presenta tres acepciones: 1. Trabajar con otra u otras personas, especialmente en obras del espíritu. 2. Contribuir, concurrir con un donativo. 3. Contribuir, ayudar con otros al logro de algún fin.

Por su parte, Deutsch¹³¹ definió la colaboración como un tipo de comportamiento basado en las relaciones interpersonales, mientras que para Argyle¹⁵⁵ y Blurnberg,¹²⁹ estas relaciones interpersonales son los fenómenos que causan la sinergia dentro del equipo, y en consecuencia, la colaboración. Además, McCenlland y Sands¹⁵⁵ consideran que la noción de asociación es esencial para el trabajo interprofesional que se basa en las interacciones y las relaciones de interdependencia.

Sin embargo, para Lamb y Napodano,¹⁴⁴ la colaboración es la “*Integration of the perspectives and skills of each team members, and a process of complex*

problem solving. Collaboration implies the generation and evaluation of new problems (and plans), which result directly from the integration of individual contributions rather than simply the coordination of individual ideas” (p.26), y para Jansky,¹⁵⁷ la colaboración se resume en un grupo de individuos que de forma intencionada trabajan juntos por un objetivo común.

Otros autores definen la colaboración como un proceso, es el caso de Liedtka y Whitten:¹⁵⁸ *“Process of joint decision making among independent parties involving joint ownership of decisions and collective responsibility for outcomes. “The essence of collaboration involves working across professional boundaries”*, es decir, cada parte, ofrece su área de experiencia individual para una situación, así como diversas perspectivas influenciadas por la orientación profesional, experiencia, edad, género, educación y situación socio-económica.

Podemos apreciar que las definiciones aportadas por los diferentes autores comparten el significado de trabajo conjunto y logro o finalidad común. Tjosvold y Tjosvold,¹⁵⁹ añade a esta idea, la combinación de la experiencia necesaria para resolver un problema.

Si nos centramos en la colaboración interprofesional, varios autores han definido y modulado este fenómeno complejo y multidimensional (Baggs,¹⁶⁰ Orchard y Bainbridge,¹⁶¹), lo describió como "trabajando juntos, compartiendo la comunicación y la toma de decisiones [...]"; Baggs y Schmitt⁷ consideran que la enfermera y el médico trabajan cooperativamente juntos, compartiendo la responsabilidad de resolver problemas y tomar decisiones para formular y llevar a cabo planes para el cuidado del paciente. Por otro lado, Fagin¹⁶² define la colaboración interprofesional como la interdependencia que requiere complementariedad de los roles, y se habla entonces de “colaboración mutua”.

Más recientemente, la colaboración interprofesional ha sido definida como el proceso de desarrollo y mantenimiento de una asociación entre un equipo de profesionales de la salud y un cliente en un enfoque participativo y colaborativo y coordinado para compartir la toma de decisiones en torno a problemas sociales y de salud.¹¹²

En el ámbito de la salud, la importancia de la colaboración interprofesional ha sido ampliamente reconocida por las organizaciones profesionales sanitarias.

Entre ellas cabe destacar la de la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization, WHO*), que aporta una definición consensuada de colaboración: “When multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, careers, and communities to deliver the highest quality of care.”⁴

La Asociación de Enfermeras Americanas (*The American Nurses Association, ANA*)¹⁶⁶, a través de su Centro de Acreditación (*American Nurses Credentialing Center-ANCC*), ha indicado la importancia de la colaboración en el sistema de prestación de cuidados definiendo la colaboración como un proceso y no como un hecho (ANNCC)¹⁶³. También, la ANA⁶ y la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organización de la Atención de la Salud (*The Joint of Practice Commission, JCHO*),¹⁶⁴ han reconocido los efectos positivos de la colaboración en los servicios de salud. Así, la colaboración es un fenómeno complejo e importante para las enfermeras pues se presenta como el motor y la solución a los problemas que provienen del lugar de trabajo más tradicional y jerárquico Kraus.¹⁶⁵ Cuando existe colaboración, los objetivos se centran en el paciente y las relaciones entre el paciente y el equipo se estrechan.

Por su parte, el Instituto de Medicina (*Institute of Medicine, IOM*)¹⁶⁶ ha comunicado su intención de trabajar por un sistema de salud más equitativo, eficiente y centrado en el paciente. La colaboración promueve el respeto mutuo, reduce las relaciones jerárquicas, y promueve la satisfacción de los profesionales y paciente. Además de mejorar los resultados del paciente desde una perspectiva compartida y de utilizar de forma eficiente los recursos.

En 2008, la Joint Commission¹⁶⁷ declaró que la seguridad y calidad del cuidado del paciente dependen del trabajo en equipo, la comunicación y el ambiente de trabajo colaborativo, por lo que entender y optimizar la actuación de los equipos, y la colaboración entre sus miembros, está en el centro de la responsabilidad de todos los miembros de los equipos de salud.

1.2.4. La colaboración enfermera-médico

En las organizaciones sanitarias, cuando se utiliza el término colaboración se evoca directamente a la relación entre enfermera y médico,

Weiss and Davis³ han definido la práctica colaborativa como las interacciones

entre enfermera y médico que posibilitan el conocimiento y las habilidades de las dos profesiones influenciando de forma sinérgica la prestación de los cuidados. Posteriormente, Zwarenstein and Bryant² introdujeron la noción de “colaboración enfermera-médico”, binomio que ha sido estudiado desde diversas perspectivas y metodologías.

Baggs y su equipo⁷ describieron la colaboración enfermera-médico como: *“Enfermeras y médicos trabajando juntos de forma cooperativa, compartiendo responsabilidades para resolver problemas y tomando decisiones para formular y elaborar planes de atención al paciente”*. Destaca el sentido de acción en movimiento en las descripciones: *“Trabajando juntos, compartiendo la información y la toma de decisiones y la voluntad de colaboración sobre la base de compartir el poder y la autoridad”* (pp. 103-109).

Además, D'Amour y colaboradores^{5,14} añaden a la colaboración enfermera-médico los conceptos de compartir, relación, interdependencia y poder. Y McCallin¹⁶⁸ considera que el enfoque multidisciplinar de la colaboración involucra a las diferentes profesiones que participan en el objetivo común del cuidado del paciente, pues la colaboración no es sólo la comprensión de los roles, las habilidades y las expectativas, sino también la apreciación del valor con que cada miembro del equipo contribuye al logro de los objetivos comunes.

Desde la perspectiva de la escuela de negocio, el grupo Gilmore¹⁶⁹ considera que la productividad de los pares, o de los individuos que tienen una meta compartida es mayor cuando: (1) tienen cuerpos de conocimiento separados, diferentes redes de trabajo y visiones del mundo; (2) tienen el compromiso común con un objetivo o visión; (3) comprenden y valoran cada una de las áreas de práctica y perspectiva; (4) disponen de suficiente tiempo o historia conjunta para desarrollar interdependencias; (5) tienen una confianza mutua que posibilite la discusión, la retroalimentación compartida y el acuerdo saludable; (6) logran un compromiso con la relación sin quejarse a terceros para hacer frente a los desacuerdos; y (7) presentan resistencia a ser dividido por colegas en sus respectivas profesiones.

Sin embargo, Schmalenberg y Kramer¹⁷⁰ pudieron identificar cinco tipos de

relación enfermera-médico como resultado de la información recogida en 6 estudios en los que participaron 20.000 enfermeras asistenciales y un reducido número de enfermeras gestoras y médicos. Los tipos identificados fueron: (1) relación colegiada de confianza; (2) poder, respeto y cooperación; (3) trato amistoso con intercambio formal de información y tono neutral; (4) hostilidad/conflicto marcados por la ira, abuso verbal, real o que implique amenazas o resignación; y (5) profesor de estudiantes donde también desempeña el rol de maestro.

En un estudio previo¹⁷¹ observaron que, en las entrevistas, los términos “residente” y “colaborativo” eran ampliamente utilizados por las enfermeras, aunque las que trabajaban en Hospitales Magnéticos, hicieron mayor uso de los términos “residente” (86%) y “relación de colaboración” (82%) que las que trabajaban en hospitales sin esta acreditación quienes hicieron menor uso de los términos “residente” (61%), y “relación de colaboración” (64%). Sin embargo, éstas últimas, nombraron con mayor frecuencia relaciones de hostilidad/conflictivas (29%) que las enfermeras que trabajaban en los hospitales Magnéticos (13%).

No obstante, en otro estudio llevado a cabo en 2007 donde participaron más de 10.500 enfermeras, estos mismos autores, comprobaron que estas diferencias se habían acortado de forma notable, aunque se mantenía el mayor uso de los términos “residente” (81%) y “relación de colaboración” (85%) por parte de las enfermeras de los Hospitales Magnéticos, pero habiéndose incrementado notablemente el uso en los hospitales no acreditados: “residentes” (75%), “relación de colaboración” (80%).

Mientras que, para las relaciones de hostilidad y conflictividad, el porcentaje de uso se había invertido, aumentando en los hospitales Magnéticos (17%) y disminuyendo en los No Magnéticos (20%).

1.2.5. Los beneficios de la colaboración

En la literatura publicada, encontramos estudios que contribuyen a identificar y a aumentar el cuerpo de conocimiento sobre la colaboración y sus beneficios como, la mejora de la calidad en la toma de decisiones, mayor coordinación de

las tareas, mejor comunicación entre los miembros del grupo y mayor esfuerzo por fortalecer y mantener la cohesión del grupo Smith.¹⁷² También una mayor creatividad y disminución del tiempo empleado en la resolución de problemas (Dailey),¹³⁰ del ciclo de producción (Smith)¹⁷² y mayores niveles de satisfacción y bienestar de los miembros del equipo.

Los estudios sobre los equipos interprofesionales en el ámbito de la salud también identifican la colaboración como un elemento clave (Golin y Ducanis,¹⁴⁹ Heinemann¹⁷³ en la calidad de los cuidados que aplican estos equipos, y la forma más eficiente y satisfactoria de proporcionarlo (Drotar,¹⁷⁴ Evans,¹⁷⁵ Fagin,¹⁶² Hanson,¹⁷⁶ Lappe,¹⁷⁷ Pike,¹⁷⁸ Miller,¹⁷⁹ Robinson y Kish¹⁸⁰).

Aunque los profesionales de la salud creen firmemente en las ventajas de la colaboración, son relativamente pocos los estudios realizados donde se relaciona la colaboración interprofesional con la mejora de los resultados. Muestra de ello, en la Revisión Cochrane,² se encontraron cinco estudios que evaluaban los efectos de las intervenciones basadas en la práctica como resultado de la colaboración interprofesional.

Las intervenciones fueron categorizadas como rondas interdisciplinarias, encuentros interprofesionales, y facilitación de auditorías externas. Tres de los estudios, encontraron mejoras en resultados clave en el cuidado de los pacientes, por ejemplo, el uso de drogas, duración de la estancia y gastos hospitalarios totales. Un estudio observó resultados mixtos y otro no mostró ningún impacto.

Mientras la Revisión Cochrane original examinaba la colaboración enfermera-médico, una revisión más reciente, sobre la colaboración entre todos los tipos de proveedores de las ciencias de la salud como dietistas, farmacéuticos, radiólogos, trabajadores sociales y terapeutas, trató de reflejar el papel cada vez más importante de una amplia variedad de proveedores de la atención del cuidado, y los avances en la investigación en este tema.

Aunque los criterios Cochrane sólo encontraron cinco estudios, existen cientos de escritos y artículos disponibles para examinar la presencia y el impacto de la colaboración.

Dependiendo del enfoque del estudio, la colaboración puede beneficiar a los pacientes, a los profesionales y a las organizaciones en las que se presta la atención.

Beneficios para los pacientes

En 1986, en uno de los estudios más tempranos sobre la influencia de la colaboración (Knaus),¹⁸¹ encontraron que en 13 unidades de cuidados intensivos (UCI) existía una relación significativa entre la excelente interacción y la coordinación de la atención entre enfermeras y médicos y mejores resultados para los pacientes.

Baggs ha dirigido una serie de estudios que investigan el impacto de la colaboración enfermera-médico en los resultados de los pacientes. En 1992, ella y su equipo investigaron hasta qué punto las enfermeras y los médicos percibían la colaboración y los resultados negativos de la atención (por ejemplo, los éxitos o los reingresos en la UCI) o la transferencia de los pacientes de la UCI a un área menos intensiva. Encontraron que cuanto más colaboración informaban las enfermeras, menor era riesgo de un resultado negativo en el paciente.

En un segundo estudio realizado en 1999 en 3 tipos diferentes de UCI, las percepciones de colaboración de la enfermera se correlacionaron significativamente con un menor riesgo de resultado negativo (3 vs. 14%) en la UCI médica. Esto no era cierto en la UCI quirúrgica o en la UCI del hospital de segundo nivel.

La coordinación entre los profesionales también tiene un impacto en el control de indicadores como la frecuencia de errores de medicación, de pacientes con lesiones por caídas, de infecciones adquiridas en el centro y de quejas presentadas por familiares. (Reeves,¹⁵³ Rosenstein y Naylor²¹).

De igual modo, las evidencias publicadas en relación a los efectos del trabajo colaborativo, como la reducción del riesgo de episodios de estados confusionales, de errores y retrasos en la atención a los pacientes (Reeves,¹³⁵ apoyan, por un lado, que un buen trabajo colaborativo puede ayudar a mejorar la atención y la seguridad de los pacientes, aspectos considerados prioritarios en la atención de la salud y por el otro, sugiere que debería ser la estrategia a seguir en las organizaciones de salud. En este sentido, Kramer y

Schmalenberg¹⁵ proponen 5 áreas para mejorar las relaciones enfermera-médico en todos los servicios: (1) una cultura en que “lo que atañe al paciente es lo primero”; (2) resolución efectiva de conflictos; (3) participativo; (4) rondas interdisciplinarias; (5) competencia y seguridad en uno mismo.

Beneficios para enfermeras y médicos

Según la OMS,¹³³ existe evidencia que muestra que la mejora de la coordinación y colaboración entre los profesionales de la organización también aporta beneficios a los profesionales como es el aumento del bienestar del personal, y consecuentemente, contribuye a mejorar la calidad de la asistencia prestada a los pacientes.

Por un lado, Boyle y Kochinda¹⁸² involucraron a los líderes enfermeros y médicos de UCI en módulos educativos y experienciales (diseño pretest-postest de medidas repetidas), evidenciando una mejora en las habilidades de comunicación y de resolución de problemas y una mayor satisfacción de los líderes.

Por su parte, Disch⁹ examinaron el papel del director médico como médico líder y socio del director de enfermería en la creación de un ambiente de trabajo saludable y observaron que los resultados de la atención a los pacientes dependían de la calidad de las relaciones entre las enfermeras y los médicos.

Así, cuando las relaciones están basadas en la confianza, comunicación abierta, respeto y existe un sentido de camaradería, aunque el trabajo resulte desafiante, éste se realiza según las prioridades y los profesionales se sienten bien con lo están haciendo, pero cuando faltan estos elementos, las relaciones se deterioran: disminuye la satisfacción de profesionales y pacientes y aumenta la rotación y los costes.

Los autores también afirman que mejorar la colaboración a través de los ambientes de trabajo en los equipos, puede verse en peligro cuando las enfermeras, los médicos y otros miembros del equipo de cuidados críticos no se comunican ni colaboran. Por este motivo, los líderes de los equipos médico y enfermero son los responsables de garantizar un entorno favorable para los

profesionales de la UCI.

Los autores proponen una estrategia dirigida a paciente, familias y profesionales que consiste en establecer de forma intencionada una asociación de colaboración para después modelar los comportamientos para el resto del equipo y otorgarles responsabilidad.

En la misma línea, en 2005, la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos publicó los 6 estándares necesarios para establecer y mantener ambientes de trabajo saludables en la atención sanitaria: 1-comunicación especializada, 2-verdadera colaboración, 3-toma de decisiones efectiva, 4-personal apropiado, 5-reconocimiento significativo y 6-liderazgo auténtico.

Finalmente, Cheng¹⁸³ examinó el nivel de colaboración enfermera-médico durante las experiencias de simulación pediátrica. Ella encontró que tanto las enfermeras como los médicos identificaron altos niveles de cohesión grupal, y colaboración y satisfacción con las decisiones de cuidado del paciente.

Beneficios para la organización

Cowan y colaboradores,¹⁸⁴ compararon la gestión tradicional de los pacientes de medicina general por la enfermera clínica especialista y la planificación multidisciplinar basada en el equipo. Los resultados mostraron que el tiempo de estancia se redujo (5 vs 6 días) y aumentó el beneficio del hospital (\$ 1591 vs. \$ 639) en el grupo experimental.

Mohr,¹⁸⁵ examinaron la relación entre la cultura del trabajo en equipo y las tasas de renuncia de médicos y enfermeras en los hospitales de la Administración de Salud de Veteranos (VHA). Los resultados mostraron una asociación negativa de la cultura del trabajo en equipo con las tasas de renuncia de enfermeras y médicos. Como conclusión, los resultados indicaron que desarrollar y acentuar la cultura de trabajo en equipo podía facilitar mayor retención de empleados sanitarios, especialmente de enfermeras.

1.2.6. Las barreras de la colaboración

Las barreras de la colaboración están relacionadas con una deficiente comunicación entre enfermera-médico secundaria a la persistencia de las diferentes visiones del mundo de los profesionales (Baggs y Schmidt)^{7,22,143} la percepción de falta de autonomía profesional (Shine)¹⁸⁶, y las relaciones de poder no equitativas (Roberts)¹⁸⁷.

Existen barreras para la colaboración interprofesional ya que requiere voluntad y determinación de cada una de las partes implicadas. La presencia de obstáculos o barreras crea frustración e insatisfacción; algunas de ellas, pueden aparecer derivadas de roles de sexo estereotipados y de los conflictos derivados de la relación jerárquica. Entre las barreras más citadas^{17,21,25}, cabe destacar: funciones no definidas (confusas o ambiguas) de los profesionales, perspectiva autoritaria, comunicación pobre y reconocimiento legal de la práctica (inconsistencias en la regulación de la práctica) o competición por servicios, entre otros.

Otros autores han coincidido en corroborar que, la falta de conocimiento sobre las respectivas culturas profesionales se presenta como una barrera importante para el trabajo en equipo, y además pone en riesgo la seguridad de los pacientes. Por ejemplo, (Havens)¹⁸⁸ consideran que una de las causas de estas barreras, son las diferencias que, a lo largo de la formación de las enfermeras y de los médicos, su socialización y experiencia profesional, no hacen más que reforzar estas barreras para la comunicación efectiva entre ellos, lo que en ocasiones les mantiene en “mundos separados”.

Para (Kenward),¹⁸⁹ mejorar la comunicación entre estos profesionales, es esencial y consiste en realizar un cambio en las prácticas aceptadas por los diferentes colectivos, para acercarse a los propios colegas, o a los colegas de otras profesiones con el objetivo de lograr una colaboración real.

Los estudios, también han mostrado la importancia de que los (equipos de trabajo (ET), participen en proyectos comunes (Hauck),¹⁹⁰ que contemplen la complementariedad de los roles y dejen de trabajar desde las fronteras de cada disciplina (Kilpatrick,¹⁹¹ Weller),¹⁹² pues para Kenward,¹⁸⁹ en el ámbito de la salud, la atención del cuidado del paciente requiere traspasar estas barreras

virtuales de forma continua. No obstante, los profesionales parecen trabajar más cómodos en contextos delimitados por las funciones y las responsabilidades que han de asumir.

Esta situación plantea la cuestión de los modelos teóricos y organizativos que subyacen a la hora de poner en práctica el modelo multidisciplinar. Los estudios encuentran limitaciones y dificultades para aplicar el modelo multidisciplinar, pues cada grupo profesional tiende a mantener su independencia en el trabajo de colaboración, también los modos de relación se remiten a las relaciones subordinadas sobre todo en el caso de los médicos, o incluso denuncian la práctica ausencia del modelo organizativo que llamaron organizacional.

En este sentido, el estudio de d'Amour⁵ analiza los diferentes modelos de colaboración interprofesional a nivel social y organizativo y explora cómo la lógica de la profesionalización se opone a la lógica de la colaboración interprofesional y dificulta la implantación de esta última.

Mientras la lógica de la profesionalización se establece sobre la base del conocimiento social reconocido por los grupos específicos y su posición en el mercado de trabajo, la lógica de la colaboración interprofesional se basa en los valores humanistas orientados alrededor de la persona. Ante la confrontación de estas dos lógicas, se produce un interés por entender la naturaleza de la colaboración interprofesional y los elementos que influyen en ella, en saber qué entienden los actores por colaboración interprofesional y por cómo se dan las distintas modalidades de estructura.

La coexistencia de estas dos lógicas presenta dificultades para garantizar la sostenibilidad de los equipos interprofesionales en el contexto de salud.

1.2.7. Perspectivas Teóricas de la Colaboración

El enfoque otorgado en las investigaciones al conjunto de ideas que explican el fenómeno de la colaboración, y su deducción a partir de la observación, la experiencia o el razonamiento lógico, dan lugar a diferentes perspectivas teóricas de la colaboración.

A nivel general, Smith,¹⁷² clasifica las perspectivas teóricas de la colaboración en cinco categorías: las teorías del intercambio, las teorías de la atracción, las

teorías del poder y el conflicto, las teorías del “modelado”, y las teorías de la estructura social.

En un nivel más concreto, los modelos de colaboración en el ámbito de la salud propuestos por los investigadores están basados en alguna de estas teorías. Este es el caso de los modelos propuestos por Sicotte y D'Amour.¹²

A continuación, se presenta una breve explicación de las 5 perspectivas teóricas propuestas por Smith,¹⁷² y de los 3 modelos de colaboración aplicables a los profesionales de la salud.

Las teorías del intercambio entienden la colaboración como un modo de maximizar las ganancias y los beneficios y se inspiran en disciplinas como la psicología, la sociología, la economía y la política, introduciendo el análisis macro y micro. El enfoque del interaccionismo simbólico de Croizier y Friedberg,¹⁹³ se basa en estas teorías.

Las teorías de la atracción explican la colaboración a través de los factores que hacen que faciliten la aproximación de algunos individuos más que de otros. Utiliza variables como los valores, la homogeneidad, la heterogeneidad, y la congruencia de objetivos. Otros estudios toman la confianza como factor de la colaboración y se inspiran en las teorías de Mayer,¹⁹⁴ McAllister.¹⁹⁵

Las teorías del poder y el conflicto se basan en la diversidad de individuos y grupos, de sus valores, objetivos y recursos como elementos de la fuente de conflicto. Pfeffer y Salancik¹⁹⁶ señalan que la percepción de inequidades o injusticias en los recursos, pueden explicar los conflictos, y al contrario, la colaboración. Las teorías sobre el poder pueden ser estructurales o racionales. Montbrun,¹⁹⁷ French y Raven¹⁹⁸, consideran el poder como la propiedad de una relación.

Las teorías del “modelado” consisten en un proceso de aprendizaje social, y la importancia de este aprendizaje es el surgimiento de la colaboración entre individuos y dentro de una organización. Esto quiere decir que el comportamiento de la colaboración surge de la presión de los individuos, del grupo y de la organización, a través de normas y valores. Barker¹⁹⁹ lo define como una forma post-burocrática de control. Peters²⁰⁰ propone organizaciones menos

burocratizadas y jerárquica, rígidas y autoritarias. Y promover categorías de control basadas en el cumplimiento, la coherencia y la creación de normas de comportamiento. Se trata de una colaboración a través de la cultura de organización impuesta.

Las teorías de la estructura social se centran en la influencia de factores sociales estructurales en la aparición de la colaboración. Las estructuras se construyen por las posiciones sociales de los individuos, grupos y organizaciones. Giddens²⁰¹ presenta tres componentes de la teoría de la estructura: las reglas, los sistemas sociales y la estructuración. Smith¹⁷² y otros autores más recientes declaran la necesidad de combinar teorías para tratar de entender el fenómeno de la colaboración, así como realizar una revisión sistemática de los mecanismos que frenan la cooperación y la investigación sobre los beneficios de la colaboración.

A nivel específico, en el ámbito de la salud, existen diferentes modelos de colaboración. El modelo de Golin y Ducanis,¹⁴⁹ Ivey¹³⁵ y Strauss²⁰² se basan en el proceso de identificación y tareas relacionadas críticas para este proceso.

El modelo de Golin y Ducanis¹⁴⁹ define la parte de la intervención clínica en el equipo profesional. El enfoque del equipo requiere algo más que la variedad de profesionales. Para que se cumpla la condición de equipo, cada individuo actúa como altavoz, como subunidad en una relación sinérgica. El concepto en la base del equipo es el enfoque general compuesto por profesionales, el cliente y el contexto de la persona. Estos son los componentes del sistema que permite alcanzar metas, realizar ciertas actividades y obtener los resultados que, a su vez, influyen en el sistema.

La implementación del modelo se basa en los procesos necesarios para obtener el servicio deseado y las etapas críticas de este proceso. Durante estas etapas, los actores adoptan dinámicas de negociación e interpretación de diversas perspectivas. Las etapas del enfoque sistemático son: la recogida de información e identificación del problema, la planificación, la intervención y la evaluación. Para que el equipo funcione, debe existir un feed-back de las actividades individuales y de las actividades del grupo y de sus miembros en la implementación de las diferentes etapas del proceso de atención.

En consecuencia, definieron la colaboración como una forma de material o bienes simbólicos circulantes que comprenden el regalo, el préstamo o intercambio. Para el autor, el mantenimiento de la relación depende del equilibrio creado entre los productos comercializados

La teoría del intercambio estableció una tipología del intercambio e identificó dos modelos: la reciprocidad cuyos bienes de intercambio son el valor y la obligación moral y, la racionalidad cuyo objetivo es maximizar las ganancias y minimizar las pérdidas.

Según Ivey,¹³⁵ la colaboración adopta muchas formas y se expresa en 6 intensidades de cooperación que se encuentran en un continuo de autonomía profesional: 1- la práctica paralela, 2- el intercambio de información, 3- la consulta, 4- la coordinación, 5- el equipo multidisciplinar, y 6- el equipo interprofesional.

A partir de este continuo, el profesional puede identificar la forma de cooperación más apropiada para cada situación según las necesidades del paciente. Esto significa una intensificación del intercambio de conocimiento y una disminución de la autonomía del profesional.

La autonomía profesional disminuye y aumentan las decisiones negociadas entre diferentes profesionales del equipo de atención. Cuando se avanza en este continuo, aumentan las acciones basadas en la toma de decisiones clínicas. Forbes,²⁰³ propone una redefinición del concepto “autonomía profesional” por una definición más compleja de “autonomía de equipo” e Ivey¹³⁵ consideran que el equipo interprofesional demuestra que la colaboración es la forma más eficaz cuando las necesidades del cliente son complejas.

Sin embargo, Strauss,^{202,204} conciben el trabajo interprofesional como una articulación del trabajo en torno al proceso de enfermedad de un paciente. Introducen la noción de “trayectoria” no sólo referida al proceso fisiológico de la enfermedad, sino también a cualquier organización de trabajo realizada para vigilar este camino o trayectoria.

El autor de la trayectoria debe realizar un trabajo de articulación sobre el trabajo registrado, coordinando los esfuerzos colectivos del equipo que no son más que

el montaje de fragmentos dispersos fruto del trabajo en equipo (Strauss,²⁰⁴ p:191). Así, el trabajo de articulación contiene tres niveles: 1- el trabajo conjunto del médico y responsable de la planificación global, 2- el trabajo de quien planifica, implementa, supervisa y controla las tareas ordenadas por el médico, 3- incluye las tareas de quienes las ejecutan. En la práctica, para las trayectorias de baja complejidad, se aplican procedimientos estandarizados y las de alta complejidad, requieren de un trabajo más complejo. El diseño del trabajo conjunto de una trayectoria pertenece a una perspectiva simbólica de interacción y genera un modelo de colaboración interpersonal que se acerca, pero también difiere de los anteriores.

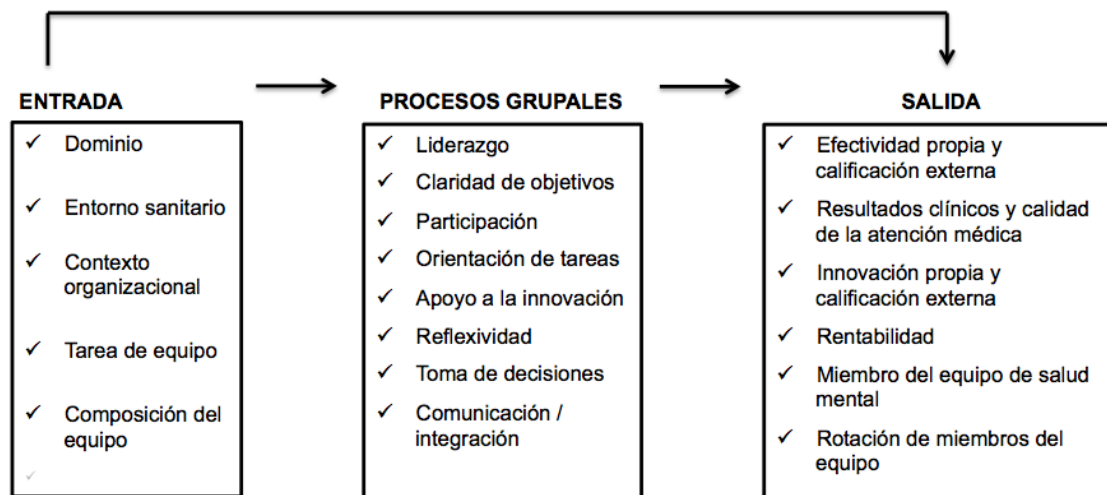
Los tres modelos de la colaboración presentados se basan en el proceso de identificación y tareas relacionadas, sin embargo, existen modelos que se focalizan más en el análisis de la colaboración que en la descripción de esta. Así, entre los modelos teóricos de análisis de la colaboración, se han seleccionado tres de ellos en función de los criterios relacionados con los datos empíricos recogidos, la estrategia de revisión de la literatura y la presencia de una teoría explícita. Algunos de estos modelos se basan respectivamente en la teoría de la organización, como los de West²⁰⁵ y Sicotte,¹² y en la sociología de las organizaciones (D'Amour).^{5,14,56,148,206}

A continuación, se describen brevemente las variables, las relaciones y los conceptos inherentes a los diferentes modelos.

1.2.7.1. El modelo input-proceso-output de efectividad del equipo

El modelo de West y colaboradores²⁰⁵ está basado en la teoría de la organización y se centra en la efectividad del equipo. Consiste en un modelo input-proceso-output para el análisis de la colaboración donde la fase input corresponde a las tareas que realiza el equipo, la fase de proceso corresponde a la composición del equipo y la fase output corresponde al contexto cultural y organizacional.

Las variables específicas relacionadas con la efectividad del equipo son el liderazgo, la comunicación y la toma de decisiones. Los resultados de este modelo se expresan en términos de rendimiento, innovación, bienestar y sostenibilidad del equipo (Figura 1).



Fuente: West, Borril y Unsworth, 1998

Figura 1. Modelo de efectividad de entrada, proceso y salida.

Este modelo se ha aplicado sobre todo en las organizaciones de salud para identificar las condiciones favorables del trabajo en equipo y para evaluar el impacto en la calidad de la atención médica y los servicios sociales, también para evaluar la efectividad de los equipos.

1.2.7.2. El modelo de análisis de la colaboración de Sicotte

El modelo de análisis de la colaboración propuesto por Sicotte y colaboradores¹² consiste en un modelo de *input-proceso-output* y está compuesto por tres factores que forman las variables explicativas susceptibles de tener un impacto en los comportamientos de colaboración del grupo de trabajo. El primer factor corresponde a las variables contextuales, el segundo a las variables de proceso intragrupales y el tercero a la Intensidad de Colaboración interdisciplinaria.

La intensidad de colaboración interdisciplinaria se construyó a partir de dos perspectivas. Una inspirada en los trabajos de Georgopoulos y Mann,²⁰⁷ Hetherington²⁰⁸, basados en la teoría organizacional sobre la coordinación de los grupos de trabajo. La segunda a partir de la perspectiva clínica de Golin y Ducanis¹⁴⁹ sobre la colaboración interdisciplinaria.

El primer factor consiste en las variables contextuales: son las características de los programas de gestión (disciplina, nivel de estudios años de experiencia en

gestión), que pueden impulsar o limitar la colaboración interprofesional.

El segundo factor son las variables de proceso que tienen lugar dentro del grupo. La importancia de estas variables radica en la evolución que la realización de las actividades del cuidado de la salud ha adquirido, pues ya no son sólo responsabilidad de un solo profesional médico si no que se encuentran dentro de un diversificado y complejo sistema de atención de profesionales (Abbot).²⁰⁹ En este sistema, la delimitación de los campos de actuación de los profesionales de diversas disciplinas plantea el problema de la división del trabajo dentro del trabajo. Este hecho dificulta la coordinación de la prestación de servicios. Así, la lógica profesional o tradicional se presenta directamente confrontada a la lógica interdisciplinaria que persigue actividades de cuidado compartidas, y se ha evidenciado como barrera a la colaboración en diversos estudios. (Abbot,²⁰⁹ Bozzini,²¹⁰ Brunet y Vinet,²¹¹ D'Amour²⁰⁶).

Desde esta perspectiva, el modelo identifica 6 dimensiones como variables de proceso intragrupo: 1-*la creencia en los beneficios de la colaboración interdisciplinaria*; 2-*la cohesión grupal o integración social dentro de los grupos de trabajo*; 3-*el grupo de trabajo resultante de la colaboración interdisciplinaria*; 4-*las actitudes específicas asociadas a la lógica profesional tradicional*; 5-*las actitudes específicas asociadas a la lógica interdisciplinaria*; 6-*el impacto de las reglas de la organización (formalización)*.

La dimensión 3- "*grupo de trabajo resultante de la colaboración*" se ocupa de los conflictos de los grupos de trabajo y los clasifica en dos tipos: los conflictos de relación, que son de origen interpersonal, y los conflictos de tareas que surgen ante el desacuerdo entre los miembros del equipo en relación con el contenido de las tareas. Este modelo se ocupa sólo de los conflictos de tareas (Jehn).²¹²

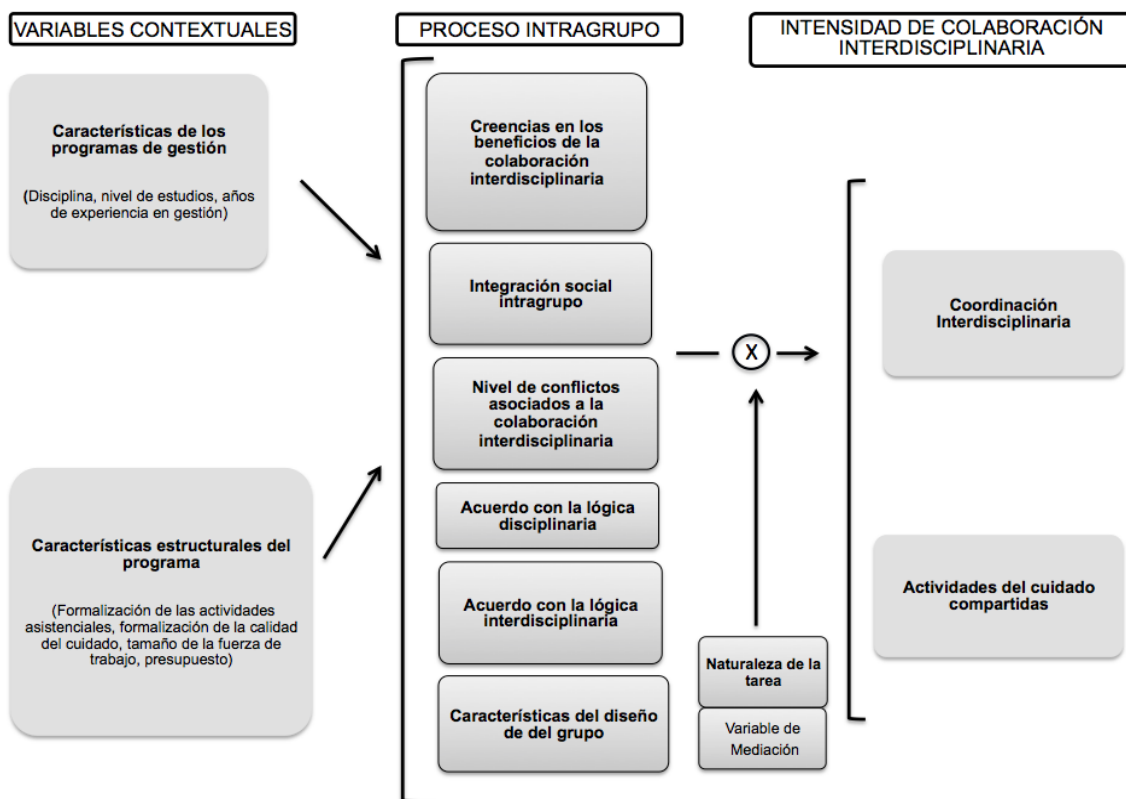
La dimensión 6- "*el impacto de las reglas de la organización*", incluye una serie de grupos de trabajo diseñados para propiciar la colaboración interdisciplinaria, por ejemplo, los grupos de discusión interdisciplinares, o la utilización de recursos como el uso de un formulario de datos clínicos que pueda ser compartido por todos los profesionales.

El tercer factor es una variable de moderación que corresponde a la naturaleza de las tareas. Esta variable puede moderar la intensidad de colaboración

interdisciplinaria esperada de los otros dos grupos de variables: las variables contextuales y de proceso intragrupal. Las variables de la intensidad de colaboración interprofesional son la coordinación interdisciplinaria y la participación en las actividades del cuidado.

Los resultados de este modelo se expresan en términos de intensidad de la colaboración interdisciplinaria medido en función de estas dos perspectivas: el grado de coordinación interdisciplinaria y el grado de participación en las actividades de atención.

Este modelo fue utilizado originariamente para medir la intensidad de colaboración interprofesional entre los principales programas de los Centros de Salud Comunitaria de Quebec. La Figura 2. escribe el marco analítico de la colaboración interdisciplinaria basado en el modelo *input-process-output*.



Fuente: C. Sicotte et al. / Social & Medicine (2002)

Figura 2. Marco analítico de la Colaboración Interdisciplinaria.

1.2.7.3. El modelo de estructuración de la colaboración de D'Amour

El modelo de colaboración propuesto por D'Amour²⁰⁶ está pensado para ser aplicado en el campo de la salud y se basa en el análisis y comprensión de la estructuración de la acción colectiva. Para ello desarrolla cuatro dimensiones (delegación, formalización, finalización e internalización) y las relaciona con el contexto de estudio. De esta manera estudia los procesos en los que se producen las interacciones y se estructuran las situaciones de interdependencia. Esta herramienta permite la comprensión y descripción de los diferentes tipos de colaboración en un contexto original.

Este modelo entiende la colaboración interprofesional como el diseño de una acción colectiva en un equipo interdisciplinario donde el equipo, entendido como entidad social de la organización, está en constante interacción con el contexto de la organización y el medio en el que opera. A su vez, la relativa fluidez entre las fronteras del equipo y la organización, confirman la presencia de un proceso de intercambio, e interacción que indica que la acción también es la estructura más allá del marco institucional (Crozier y Fiedberg).¹⁹³ Como consecuencia, D'Amour y colaboradores⁵ reconocen tres factores importantes en la estructuración de la acción colectiva por parte de los actores: 1 -estrategia; 2 - desarrollo de un orden local dentro de las limitaciones de la organización; 3 - utilizar su poder para negociar y estabilizar sus interacciones.

Estos tres factores, se desarrollan desde una perspectiva organizacional de la siguiente manera: (i) los actores estratégicos muestran su comportamiento estratégico de acuerdo a sus propios intereses y preservan un margen de maniobra; (II) la incertidumbre de los actores frente a la noción de un sistema de acciones concretas es siempre un sistema de acción local que incluye restricciones; y (iii) los actores construyen las reglas para mediar estas limitaciones, para conservar una cierta flexibilidad, mientras satisfacen las expectativas de los demás participantes, y para mantener el sistema. En este sistema, es posible identificar un mínimo de la regularidad y de orden detrás del aparente desorden de las estrategias de los actores.

Por otro lado, considera que es el poder como capacidad de acción ante un intercambio no equitativo de los recursos, lo que lleva a la negociación. Por lo tanto, el sistema de acción, visto como una orden negociada, es el producto de

las relaciones de poder por el cual los actores interdependientes estabilizan sus interacciones. D'Amour⁵

Dimensiones del modelo de estructuración de la colaboración interprofesional de D'Amour

Este modelo se basa en la teoría organizacional de Friedberg¹⁹³ quien contempla la importancia de la organización de las actividades humanas que conforman los individuos en su contexto social. Así, para el análisis y comprensión de un sistema determinado de acción, este autor, establece cuatro áreas las cuales interactúan y se influyen en diferentes grados en función del contexto.

Estas áreas corresponden a las cuatro dimensiones del modelo de D'Amour²⁰⁶ que son: formalización, delegación, finalización e internalización. La dimensión formalización se ocupa de la acción que tiene que ver con el universo formal y estructurado y las otras tres dimensiones se ocupan del mundo de las relaciones humanas.

Formalización

La dimensión formalización se ocupa de las reglas de conducta más o menos explícitas que intentan regular y estabilizar la acción colectiva de una estructura formal establecida (estructuras, acuerdos, procedimientos y descripción del trabajo).

Estas normas guían: la coordinación de las intervenciones clínicas nombrando y estableciendo las responsabilidades de los profesionales responsables de la coordinación involucrados con el cliente; las modalidades de interacción profesional que fijan los parámetros de las interacciones entre los profesionales; y la infraestructura de la información en relación con el establecimiento de los mecanismos necesarios para la recopilar e intercambiar información.

Delegación

La dimensión delegación explica en qué medida los actores delegan en los agentes internos o externos la regulación de su colaboración. Friedberg¹⁹³ explica que para reconocer la acción colectiva, debe haber una forma más o menos formal de delegación de responsabilidades para regular esta acción.

Para ello, propone los caracteres endógenos y exógenos de la delegación. Los

caracteres endógenos se refieren a los medios internos utilizados para gestionar la acción colectiva y los caracteres exógenos, a las influencias externas que influyen en la acción colectiva (por ejemplo, órdenes profesionales y regulaciones gubernamentales).

D'Amour²⁰⁶ hace hincapié en que los actores se ven influenciados por esta delegación endógena y exógena, pero especialmente por los efectos de la delegación que corresponde según actúen los efectos de integración o de diferenciación. Los efectos de integración se relacionan con los elementos unificadores como puntos de convergencia y su implementación (por ejemplo, herramienta de recopilación de datos, plan de intervención individualizado). Los efectos de diferenciación se relacionan con elementos que promueven la naturaleza específica y distinta de las ocupaciones, por ejemplo, los modelos conceptuales unidisciplinarios.

Finalización

La dimensión finalización tiene lugar durante el proceso clínico, ya que corresponde al grado en que los profesionales integran los resultados de la colaboración en sus interacciones.

Existen tres variables que deben ser tenidas en cuenta para lograr el cumplimiento de los objetivos de este sistema de acción: 1 -la posible existencia de más de una concepción de la colaboración entre los distintos individuos que además de presentar diferentes expectativas, pueden causar mutuos malentendidos; 2 -los intereses múltiples y divergentes de los profesionales que pueden corresponder a diferentes lealtades de programa, organización, profesión o estar sujetos a tensiones discrepantes; 3 -la transacción de las partes interesadas sobre los objetivos y la integración de los resultados de la colaboración interprofesional que implican tanto al proceso de intercambio como a la naturaleza de las negociaciones.

El análisis de estas transacciones permite objetivar los problemas relacionados con el acceso a los clientes y al ámbito profesional. Por lo tanto, implica una lógica de mercado que se basa en consideraciones económicas y utilitarias (noción de modificación del comportamiento basada en los resultados Internalización).

Internalización

La dimensión internalización se ocupa de la conciencia de los actores, de su interdependencia, y de la importancia de regular esta interdependencia. Así, esta dimensión trata conceptos relacionados con la vida social y afecta al grupo como un sistema social. Es decir, se refiere al estado y cohesión dentro del equipo.

La dimensión internalización contiene tres variables. La primera es el proceso de conocimiento mutuo, que agrupa las acciones que llevan a las personas a conocerse como personas, pero sobre todo como profesionales.

La segunda consiste en establecer una relación de confianza. El motivo de esta relación de confianza viene dado por: las incertidumbres inherentes a la complejidad de las situaciones del cliente, la disponibilidad de su red social y el intercambio entre los profesionales; el hecho de que los equipos interprofesionales sean más o menos autónomos, haciendo que deban regular sus propios intercambios; y por qué la naturaleza de los intercambios hace que se requiera de una inversión emocional de cada profesional.

El desarrollo de la confianza en un entorno organizacional se basa en tres atributos que quien esté a punto de confiar evaluará: 1- la competencia de la persona en quien confiará, 2- su disposición a participar en una relación y 3- su honestidad.

La tercera variable es la división de los territorios profesionales y se sitúa en el centro de la colaboración interprofesional porque estructura la acción colectiva de los profesionales. Se refiere al conocimiento específico de cada profesional. Esta cartografía permite delimitar el territorio de cada profesional.

De acuerdo con esta estructuración de la colaboración interprofesional, entendemos que las relaciones entre los profesionales pueden estar sujetas a fuerzas endógenas (relacionadas con las interacciones entre los profesionales del equipo), y a fuerzas exógenas que estarían más en el contexto organizativo y extraorganizacional (entorno).

D'Amour²⁰⁶ considera que las dinámicas interprofesionales influyen unas a otras según el contexto. La Figura 3 muestra el Marco analítico del Modelo de Colaboración Interprofesional.

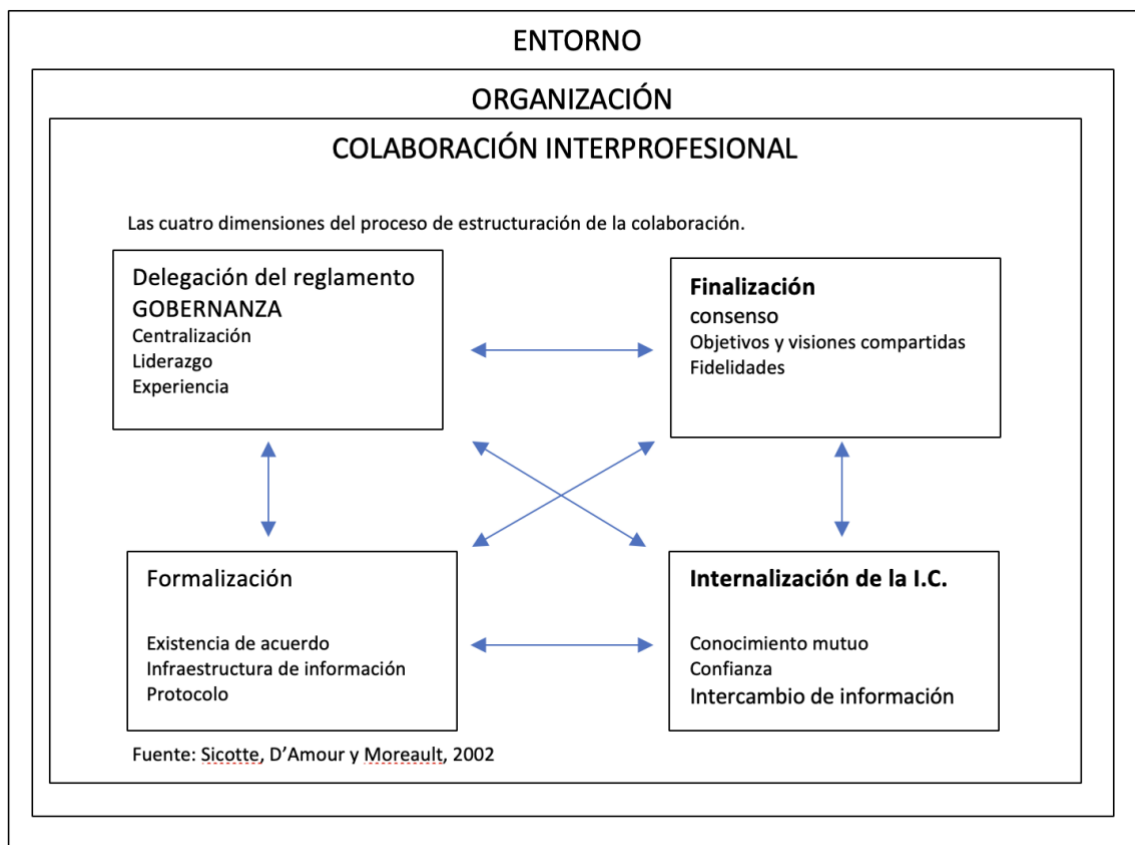


Figura 3. Modelo analítico de la Colaboración Interprofesional.

Según la clasificación de D'Amour^{56,206} desde la perspectiva sociológica, se distinguen elementos a nivel macro-sociológico como el trabajo interprofesional, los valores e intereses profesionales, el sistema educativo y la influencia a nivel social. Por otro lado, la perspectiva microsociológica, intenta explicar la eficacia y sostenibilidad de los equipos.

Conceptos relacionados de los elementos macro

Los conceptos relacionados de los elementos macro son: el concepto de profesionalización, el conocimiento formal y la apropiación de los conocimientos formales, el conocimiento y la autoridad y, la interdisciplinariedad.

La profesionalización

El concepto de profesionalización utiliza el conocimiento formal y el adquirido por la experiencia como un instrumento de legitimación social y de poder profesional vinculado al saber. Existe un vínculo entre el conocimiento, los juicios y los valores subyacentes en el sistema profesional que influyen en el desempeño de

la práctica profesional. Estos valores transmitidos se oponen a los de la interdisciplinariedad.

El conocimiento formal

Collins²¹³ identifica una corriente convencional donde la profesión se caracteriza por un carácter altruista y una corriente de cierre-social que genera privilegios, desigualdad y apropiación del conocimiento experto. Para Paicheler,²¹⁴ las profesiones son conocimiento experto o formal que no se utiliza en la vida cotidiana. Y Sarfatti-Larson²¹⁵ defiende que cualquier fenómeno profesional debe estar relacionado con la producción y la sanción social del conocimiento.

En el ámbito de la salud, Ferroni y Kobler²¹⁶ estudiaron la enfermería en Gran Bretaña ilustrando los conceptos autorizados y que autorizan desde el estudio de la relación entre médicos y enfermeras como ejemplo de las relaciones de dominación. Posteriormente, estudios de enfermeras de Quebec han intentado ampliar el campo de interés hacia áreas de apoyo relacional, social y comunitario aplicando un enfoque integral. Desde la sociología, la relación entre enfermera y médico se emplea como ejemplo de relaciones de dominación.

Pero el conocimiento formal ha recibido críticas en cuanto a que su legitimidad se basa en el conocimiento experto por lo que la legitimidad nunca es completa y permanentemente adquirida. También se encuentra cuestionada por elementos macro sociológicos como la burocratización, los desarrollos tecnológicos (Paicheler);²¹⁴ los cambios en el sistema de valores (Kuty);²¹⁷ y por los elementos de la microsociología tales como las prácticas en el área de trabajo, las interacciones de los individuos y las negociaciones con los socios (Abbot).²⁰⁹

Chauvenet,²¹⁸ al estudiar el desarrollo del conocimiento experto, denunció que los profesionales de la salud, mientras abogan por la autonomía de los usuarios, continuarán en poder del conocimiento específico, pues este hecho da lugar a una asimetría de la experiencia que hace que el cliente debe confiar en el profesional y el profesional debe respetar al cliente (Abbot).²⁰⁹

Freidson²¹⁹ definió el conocimiento formal como un instrumento de poder, pero ningún poder en sí mismo e identificó 3 élites profesionales: 1-la docencia e investigación, 2- la administrativa, y 3- la práctica profesional que genera

posiciones de trabajo preferidas. Explica que es la diferenciación interna, lo que revela la transformación del conocimiento en conocimiento formal aplicado (trabajo sobre el conocimiento). El autor habla de una potencia que no es inherente al poder coercitivo si no a una fuerza tan omnipresente que *“Forma el mundo y controla sistemáticamente el contenido y el proceso de vida humana”* (Freidson,²¹⁹ p. 227).

Según Mitchell,²²⁰ el concepto es sólo asumible en el plano micro (valores locales subyacentes) porque a nivel social, el sistema profesionalizado todavía se basa en la adquisición y aplicación del conocimiento formal, sin embargo, Lalande,²²¹ considera que la diferenciación interna de las funciones conlleva esfuerzos para mantener el control de los conocimientos, de las capacidades técnicas y de las condiciones de trabajo. Esto es, el lugar de trabajo también contribuye a la diferenciación interna en la organización del trabajo, y esta diferenciación interna puede conducir a interrupciones importantes en una profesión, por ejemplo: la diferencia entre conocimiento formal y conocimiento efectivamente utilizado, en consecuencia, el poder de la profesión y su lugar en el sistema profesional.

Conocimiento y autoridad

El modelo interprofesional de organización de trabajo tiene como objetivo garantizar la complementariedad entre diferentes profesionales expertos y dar mayor cobertura de servicios. El análisis de la zona de trabajo es revelador de las dinámicas en juego, por ejemplo, en el campo de la salud se da la paradoja que el modelo tradicional de organización de trabajo es jerárquico. Abbot²⁰⁹ y Freidson.²¹⁹

Brunet Vinet²¹¹ y Goldbout²²² sostienen que el modelo de colaboración interprofesional supone un cambio cultural y de redefinición de los modos de colaboración entre los profesionales de la salud. De los tres modelos posibles de relación que distinguen: 1- subordinación, 2- paralelismo, 3- colaboración global, los dos primeros son los más característicos en el ámbito de la salud.

Interdisciplinariedad

Gusdorf²²³ y Klein¹³⁹ definen el término disciplinariedad como un conjunto de conocimientos organizados. El conocimiento se desarrolla en una multitud de disciplinas. La interdisciplinariedad se requiere por la necesidad de consolidar

los fragmentos rotos de la humanidad, esto es, de comprender un fenómeno en todas sus dimensiones. Así, en las ciencias sociales y de la salud, la interdisciplinariedad está orientada a percibir al individuo en su dimensión biopsicosocial (Nagi²²⁴, Morin y Piatelli-Palmarini²²⁵). Por ello, en el campo de la salud, se intenta aplicar en las prácticas profesionales para retornar la unidad de la persona. También es el elemento fundamental de la atención integral.

Otros autores también coinciden en que el desarrollo del conocimiento, de la investigación y de la educación propicia la interdisciplinariedad (Campell²²⁶, Kockelmans²²⁷, Apostel²²⁸, Fourez²²⁹).

Estas visiones han recibido críticas por realizar una división artificial, la fragmentación del contexto y los profesionales que, para resolver casos clínicos complejos, requieren una perspectiva global. Incluso se llega a plantear la movilidad entre disciplinas para ampliar conocimientos y habilidades evocando un espacio común o de cohesión, de pluralidad o yuxtaposición entre diferentes conocimientos. Esto lleva a Klein¹³⁹ a hablar de un territorio epistemológico determinado que supone apertura de pensamiento, hablar de la curiosidad que va más allá de la propia isla (causa común, obertura a los demás).

La noción de interdisciplinariedad toma fuerza ante el holismo y para la comprensión de los objetos de investigación complejos. La confrontación de los dos modelos muestra cómo la disciplinariedad, se opone a la interdisciplinariedad y, la uniprofesionalidad, se opone a la práctica interprofesional.

La siguiente tabla muestra los elementos sustanciales de la lógica de profesionalización y la lógica de la colaboración.

Tabla 13. Comparación entre la lógica de la profesionalización y la lógica de la colaboración interprofesional.

LÓGICA DE LA PROFESIONALIZACIÓN	LÓGICA DE LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL
Visión mecanicista de la persona	Visión humanista de la persona
La persona es percibida como un conjunto de partes. La situación esta objetivada.	La persona es vista como un ser biopsicosocial que interactúa con su medio ambiente.

La persona no participa.	Reconocimiento al derecho de autodeterminación de la clientela.
Poder, autoridad, experiencia y especialización son privilegiados.	El intercambio y la integración de conocimiento y prácticas son privilegiados.
Taxonomía rigurosa del conocimiento.	Integración de conocimiento, reconocimiento de complejidad.
Enfoque centrado en territorios profesionales.	Enfoque centrado en el cliente.
Las fronteras son herméticas.	Intercambio de zonas de intervención.
Las relaciones entre profesionales son paralelas, acumulativas y no interactivas.	La asociación es interactiva. La intersubjetividad permite una mejor comprensión de la situación
El control, la regulación de un mercado de servicios técnicos están dirigidos.	El enfoque global e interactivo está dirigido.

Fuente: D'Amour (1997).

1.3. Instrumentos de medición de la colaboración

La colaboración enfermera-médico ha sido ampliamente estudiada en diferentes contextos sanitarios y, en particular, en las unidades de cuidados⁷. Los resultados de los estudios ponen en evidencia que cuando la relación entre los profesionales de la salud es efectiva y colaborativa, los resultados de salud del paciente mejoran y se reducen los errores y, en consecuencia, aumenta la seguridad del paciente. Además, la buena cooperación entre las enfermeras y los médicos es una característica de los "hospitales magnéticos" que contribuye a la existencia de menor rotación de las enfermeras y mayor satisfacción en el trabajo.^{30,230-233}

La mayoría de los autores están de acuerdo en afirmar que el ámbito de la colaboración interprofesional incluye la necesidad de desarrollar la comunicación y coordinación entre los profesionales, y compartir mejor la información y las estrategias de resolución de problemas. A este respecto, y visto que las

habilidades de comunicación parecen ser esenciales para todos los profesionales e implican la capacidad de comunicarse de forma efectiva con los demás, especialmente con los profesionales de otras profesiones, la entidad Canadiense Interprofesional de Colaboración de Salud (CIHC) desarrolló un enfoque integrador compuesto por seis dominios de competencia: comunicación interprofesional, atención centrada en el paciente, definición de roles, funcionamiento del equipo, liderazgo y resolución de conflictos de colaboración interprofesional¹⁶¹.

Con el propósito de conocer y medir la colaboración interprofesional, se han diseñado instrumentos para evaluar la comunicación y coordinación²³⁴⁻²³⁷. Además, se han validado otras escalas adaptadas a diferentes contextos culturales^{55,238}.

En 2005, Dougherty y Larson²³ publicaron una revisión de los 5 instrumentos validados en inglés que existían para medir la colaboración interprofesional. La mayoría de ellos sólo se centraban en la colaboración médico-enfermera, y exploraban diferentes dimensiones del desempeño y / o colaboración. Los instrumentos revisados fueron: 1- La Escala de la Práctica Colaborativa: Collaborative Practice Scale (CPS)³; 2- Colaboración y Satisfacción con las decisiones del cuidado: Collaboration and Satisfacion with Care Decisions (CSACD)²² 3- La escala Jefferson de actitudes hacia la colaboración de médicos y enfermeras: The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician Nurse Collaboration (JPSE-S)⁴³; 4- Escala de Colaboración con el equipo médico y cuestionario de opinión de enfermeras: Collaboration with Medical Staff Scale (CMSS) of the Nurses Opinion Questionnaire (NOQ)²³⁹ y 5- Cuestionario de enfermeras y médicos de UCI: ICU RN-MD Questionnaire²³⁶.

Tres de estas escalas (CPS³, CSACD²² y ICU N-P-Q)²⁴⁰ fueron desarrolladas para medir la actitud hacia la cooperación entre los profesionales de la salud, especialmente entre las enfermeras y los médicos en situaciones clínicas, incluso algunas de ellas contienen una subescala específica dedicada a la comunicación interprofesional^{55,235,241}.

En los últimos años, el desarrollo de nuevos instrumentos para medir la colaboración interprofesional en UCI ha sido cada vez mayor incluyendo nuevas relaciones interprofesionales y nuevos contextos culturales, como es el caso de una publicación que describe instrumentos utilizados en Francia,²³⁵ Japón²⁴⁰ o comparaciones entre contextos culturales.^{43,241}

Aunque la mayoría de estos instrumentos se centran en la colaboración médico-enfermera y exploran diferentes dimensiones de la comunicación y/o colaboración, también se han validado y publicado nuevos instrumentos que incorporan a otros profesionales que colaboran en el proceso de cuidado y evalúan la cultura, la organización y el manejo en las unidades de cuidados intensivos; que adaptan escalas para poder ser utilizadas entre el mismo colectivo de profesionales, una de ellas, es la Escala de Colaboración Enfermera-Enfermera (NNC).²³⁹

A continuación, se expone una descripción de los instrumentos más utilizados en la medición de la colaboración interprofesional en el contexto de UCI, y que a su vez han sido la base para el desarrollo de otros instrumentos, por ejemplo, la Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en Salud (INCINS) de San Martín-Rodríguez,⁴² es la versión traducida y validada al español de la escala de Intensidad de Colaboración Interprofesional (ICI) desarrollada por Sicotte.

1.3.1. Escala Práctica Colaborativa (CPS)

La Escala Práctica Colaborativa (CPS)³ se basa en la obra de los autores^{44,242,243} que centraron sus teorías en los métodos de interacción mediante la resolución de problemas o la gestión de conflictos: la asertividad y la cooperación. Además, toman como referencia la definición de colaboración de Weis y Davis³ quienes afirman que las interacciones entre enfermeras y médicos permiten que el conocimiento y las habilidades de ambas profesiones influyan de forma sinérgica en el cuidado del paciente.

Descripción del instrumento

El instrumento consiste en dos escalas separadas, una para las enfermeras y otras para los médicos. La escala de las enfermeras consta de 9 ítems y la de los médicos de 10 ítems. Cada ítem se mide con una escala tipo Likert de 6

puntos graduada de 1 (nunca) a 7 (siempre) donde más puntuación, corresponde a más práctica colaborativa.

Características psicométricas

Las propiedades psicométricas fueron realizadas en un estudio con 200 enfermeras y 200 médicos que fueron seleccionados aleatoriamente de las listas de los profesionales de la salud pertenecientes a una misma área de salud del área metropolitana.

La validez de criterio se estudió comparando las escalas de enfermeras y médicos con otros dos instrumentos: *Management of Differences Exercise* (MODE) y *Health Role Expectation Index* (HREI). Encontrando significación estadística entre los resultados de la encuesta CPS de las enfermeras y la escala HREI, pero no se encontró correlación con el instrumento MODE.

Además, los resultados de la encuesta CPS de los médicos, no obtuvo asociación significativa con el instrumento MODE. También se estudió la validez predictiva comparando la revisión de pares de la práctica interprofesional por enfermeras para médicos y viceversa con CPS.

El coeficiente de Spearman fue de 0,42 ($p < .02$) para las puntuaciones totales de la CPS de los médicos y evaluaciones pares de enfermería, pero no hubo correlación entre las puntuaciones de las enfermeras CPS y puntuaciones de sus evaluadores pares de los médicos.

El análisis de fiabilidad del instrumento se desarrolló estudiando la consistencia interna a partir del Alpha de Cronbach. La medida de la prueba arrojó un coeficiente de 0,83 para la escala de la enfermera y 0,85 para la escala del médico

Fortalezas y aplicaciones potenciales

La escala es de fácil aplicación, se trata de una encuesta autoadministrada y se tarda unos 5 minutos en contestar. Cada profesión informa sobre aspectos diferentes de la colaboración, por ejemplo, las enfermeras informan sobre su percepción en relación con la Asertividad, mientras los médicos informan sobre su percepción de la colaboración.

Para subsanar esto, Weiss y Davis,³ sugirieron una ampliación de elementos para examinar el desarrollo del consenso y el comportamiento de negociación de las enfermeras y la contribución asertiva de los médicos. Esta herramienta fue uno de los primeros instrumentos desarrollados para medir las percepciones sobre la colaboración de enfermeras y médicos siendo publicada en 1985.

Desde su desarrollo como instrumento a mediados de los años 80, otros instrumentos se han sumado y han contribuido a la elaboración de una definición más exhaustiva del término colaboración. Por este motivo, es importante que cada investigador valore la posibilidad de actualizar este instrumento antes de iniciar su investigación.²² Esta escala ha sido utilizada para determinar las percepciones de enfermeras y médicos relacionando la capacidad de asertividad con la colaboración.

1.3.2. Colaboración y satisfacción sobre las decisiones del cuidado (CSACD)

El instrumento "*Collaboration and Satisfaction about Care Decisions. (CSACD)*"²² fue desarrollado por Baggs and Schmitt¹⁴³ y su base conceptual es la teoría de la coordinación de Thompson²⁴⁴ y Thomas²⁴² para las organizaciones complejas con el fin de ampliar los atributos de la colaboración más allá de la cooperación y la asertividad.

Estos autores identificaron 4 atributos de la colaboración: la responsabilidad compartida para la planificación, la toma de decisiones compartida, la comunicación abierta y la coordinación. Además, definieron el concepto de colaboración utilizado en el desarrollo de este instrumento de la siguiente manera: "*Las Enfermeras y los médicos de la UCI trabajan conjuntamente y comparten la responsabilidad de la resolución de problemas y la toma de decisiones, para formular y llevar a cabo planes para la atención del paciente*". p.177²⁴⁴

Este instrumento se construyó mediante una combinación de CPS³. *Index Wick Force Satisfaction (IWS)*²⁴⁵ y *Decision about Transfer Scale*.¹⁶⁰.

Descripción del instrumento

La SCACD contiene 9 ítems medidos en una escala tipo Likert de 7 puntos, graduada de 1 (completo desacuerdo) a 7 (completamente de acuerdo). Seis de estos ítems miden los atributos críticos de la colaboración, una pregunta mide la cantidad global percibida de colaboración en la UCI, y dos preguntas más miden la satisfacción con el proceso de toma de decisiones y la misma decisión.

Características psicométricas

El estudio de validación de contenido se realizó a partir de una muestra de conveniencia formada por las enfermeras que trabajaban en 32 unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y 26 residentes pediátricos que habían trabajado recientemente en la UCIN de un hospital universitario.

Los ítems fueron desarrollados desde una revisión de la literatura con una base teórica y posteriormente fueron revisados por 12 enfermeras y médicos expertos en la práctica colaborativa. Además, 7 enfermeras de unidades móviles de cuidados intensivos (MUCI), 2 médicos asistentes, y 2 médicos residentes de la (MUCI), acordaron que las preguntas revisadas estaban definidas.

La validez de criterio se estudió a partir del ítem colaboración global, y presentó correlación con 6 atributos críticos de los ítems presentando un coeficiente de correlación de 0,87.

El estudio de validez de constructo a partir de un análisis factorial exploratorio mostró un solo factor que explicaba el 75% de la variabilidad en la puntuación de la colaboración. El valor para el factor fue de 4,5 puntos. La carga de factores para los 6 ítems varió de 0,82 a 0,93. Finalmente, el análisis de fiabilidad mostró un alfa de Cronbach para la consistencia interna de los 6 atributos de 0,93.

Fortalezas y aplicaciones potenciales

La encuesta es corta y fácil de completar en un ambiente de alta intensidad. La medición de los atributos de la colaboración permite la correlación individual de los ítems con la pregunta sobre la colaboración global. Ambos, enfermeras y médicos, utilizan el mismo instrumento.

Al igual que este instrumento fue desarrollado para medir la colaboración y la satisfacción con las decisiones tomadas en la UCI, otros estudios podrían ser necesarios para otros elementos de la práctica.

1.3.3. Escala de Jefferson de Actitudes hacia la Colaboración del médico y de la enfermera (JPSE-S)

La Escala de Jefferson de Actitudes hacia la Colaboración Médico-Enfermera,⁴³ se basa en que la colaboración interprofesional es un trabajo conjunto que comparte responsabilidad, autoridad, comunicación abierta y toma de decisiones compartidas. Además, considera que la educación de profesionales dentro de un entorno de colaboración también podría afectar a la actitud de las enfermeras y de los médicos entre sí y al concepto de colaboración.

Descripción del instrumento

La escala mide las actitudes de enfermeras y médicos hacia la autoridad, la autonomía, y la responsabilidad de la monitorización del paciente, toma de decisiones en colaboración, las expectativas de roles y, la educación en la colaboración.

Consiste en 15 ítems y cada ítem se mide en una escala tipo Likert graduada de 1 a 4 puntos, donde 1 representa menor acuerdo y 5 representa mayor acuerdo.

Características psicométricas

El cuestionario fue distribuido entre 208 estudiantes de medicina de primer curso y 86 estudiantes de enfermería que habían realizado ya el 93% del programa de grado.

El análisis de constructo a partir de un análisis factorial exploratorio con una rotación varimax ortogonal, mostró 6 factores con valores propios superiores a 1,16. Hubo consistencia de factores extraídos con discusiones de colaboración en la literatura.

Finalmente, el análisis de fiabilidad a partir de la consistencia interna mostró un valor alfa de Cronbach de 0,84 para los estudiantes de medicina y de 0,85 para los estudiantes de enfermería. Las correlaciones de la puntuación total del ítem para el grupo combinado variaron de 0,65 a 0,40 con una correlación mediana de 0,16.

Fortalezas y aplicaciones potenciales

El instrumento se puede utilizar en ambos grupos, enfermeras y médicos. Se indica la prueba de validez relacionada con el criterio adicional. El uso del

instrumento sólo con estudiantes tiene una experiencia práctica limitada para probar la validez y confiabilidad, podría limitar esta utilización a sólo estudiante de enfermería y medicina en prácticas.

Se necesitarían nuevas pruebas psicométricas para utilizar este instrumento con enfermeras y médicos en ejercicio de su profesión. A pesar de ello, el instrumento se ha utilizado principalmente para medir la actitud de las enfermeras y médicos hacia la colaboración en diferentes países.

1.3.4. Cuestionario de Opinión de Enfermeras (NOQ)

El Cuestionario de Opinión de Enfermeras (NOQ)²³⁹ fue desarrollado en el Reino Unido para medir los aspectos físicos y sociales de las salas de hospitalización.

El objetivo fue demostrar cómo la estructura organizacional, el rol de comportamiento, los patrones de comunicación y los métodos entre enfermeras y médicos, afectan a los resultados del paciente y a la satisfacción de las enfermeras.

Descripción del instrumento

El NOQ consta de 98 ítems con 6 factores: ambiente físico de la unidad, enfermeras que trabajan en ella, liderazgo, relaciones de trabajo profesional, influencia enfermera, y satisfacción con el puesto de trabajo. El factor de las relaciones de trabajo profesionales se trató como un instrumento a parte bajo el nombre Colaboración con el equipo médico (*Collaboration with Medical Staff Scale*, CMSS) que consiste en 9 afirmaciones graduadas en una escala ascendente de 4 puntos.

Los valores de este instrumento más altos indican puntos de vista más positivos sobre las interacciones.

Pruebas psicométricas

El instrumento NOQ fue validado con 1499 enfermeras que trabajaban en 119 salas de hospitalización de 17 hospitales del Reino Unido.

Los ítems se desarrollaron a partir de entrevistas y revisión de la literatura. El análisis factorial exploratorio se realizó a partir de rotaciones ortogonales y

oblicuas. Los factores se retuvieron si presentaban un valor propio mayor o igual a 1. Los análisis de factores con rotación oblicua dieron una solución de dos factores: consideración de las enfermeras y valoración de la contribución enfermera.

Para la validez de criterio, los resultados de los profesionales de las 119 unidades de hospitalización que habían participado en la encuesta fueron comparados con las evaluaciones observacionales sobre las características de las unidades de hospitalización realizadas por asesores independientes.

Concluyeron que, 33 de las 48 valoraciones pareadas fueron idénticas o diferentes en sólo un punto de magnitud.

El análisis factorial mostró que las estructuras factoriales resultantes de las dos mitades eran casi idénticas. Los ítems de las escalas se correlacionaron de forma significativa ($p < 0.001$). Chaboyer y Patterson realizaron una validez de construcción adicional del cuestionario CMSS.

Finalmente, el análisis de fiabilidad a partir de la consistencia interna mostró un alfa de Cronbach para el NOQ de 0.81 y el coeficiente de correlación intraclase fue de 0.77. El alfa de Cronbach para la subescala CMSS fue de 0.86 y el coeficiente de correlación 0.83.

Fortalezas y potenciales aplicaciones

Las entrevistas cualitativas amplias, proporcionaron las bases para la construcción de los ítems en las escalas. Las escalas no se contrastaron con ninguna otra herramienta similar por qué no se había desarrollado en Reino Unido un instrumento similar.

Las diferencias culturales y semánticas entre Estados Unidos y Reino Unido hacen necesaria un nuevo análisis psicométrico para ser utilizado en Estados Unidos.

El gran tamaño de la muestra y el alcance nacional del estudio, dan fuerza a los resultados de fiabilidad y validez. Sin embargo, las pruebas psicométricas iniciales de este instrumento se hicieron sólo con enfermeras. Por tanto, se hace necesario realizar más pruebas psicométricas con médicos.

El componente CMSS del cuestionario NOQ ha sido utilizado en la investigación comparando la percepción de colaboración entre las enfermeras que trabajan en UCI y los que no trabajan en UCI.

1.3.5. Cuestionario de Enfermeras y Médicos de la UCI (ICU N-P-Q)

El cuestionario de Enfermeras y Médicos de UCI “(*ICU Nurse-Physician Questionnaire, ICU N-P-Q*)” desarrollado por Shortell²³⁶ y la Coordinación relacional desarrollado por Gittel²⁴⁶ son similares a los instrumentos que miden la cooperación.

Un enfoque orientado al equipo y al logro, con líderes que marcan estándares para conseguir una comunicación abierta, precisa y oportuna con otras unidades, y un enfoque más colaborativo y de resolución de problemas. Además, la relación entre los componentes contribuye a un enfoque del trabajo en equipo y da como resultado una atención al paciente más eficaz.

El ICU N-P-Q mide el clima organizacional, centrándose en cultura de la unidad, el liderazgo, la comunicación, la coordinación, la resolución de problemas y gestión de conflictos, unidad cohesión y eficacia de la unidad percibida.

Descripción del instrumento

El cuestionario ICU N-P-Q, consiste en 48 ítems medidos en una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos, donde 1 es el valor mínimo y 5 el valor máximo. Los 48 ítems provienen del inventario de Cultura Organizacional (OCI).^{187,238,247} El OCI ha demostrado fiabilidad, validez y aporta soluciones de factores estables través de las muestras.^{238,248.}

El Cuestionario de Enfermeras y Médicos de la UCI consta de 3 factores: factor orientación equipo, factor seguridad de las personas y factor tareas orientadas a la seguridad. Los sub-constructos miden el liderazgo, la comunicación, coordinación, resolución de problemas, gestión de conflictos, unidad cohesiva y eficacia de la unidad. Existen encuestas diferentes para enfermeras y para médicos.²⁴⁹

Características psicométricas

El informe psicométrico está basado en la versión original que fue distribuida entre la plantilla de 42 UCI médico-quirúrgicas (40 hospitales).

Se obtuvieron un total de 1418 cuestionarios rellenos por las enfermeras (78%), 790 por médicos (65%), 111 personal auxiliar (65%) y 221 por miembros del equipo directivo (85%), que constituyeron, una tasa de cumplimentación total de 73%.

Validez del constructo

En el análisis factorial, se identificaron 3 factores cargados a 0,40 o más, con un valor propio por encima de 1,0. Los valores de alfa de Cronbach para 21 de los factores fueron mayores de 0,70, y fueron mayores de 0.60 para los factores: puntualidad de la comunicación, comunicación dentro del turno, satisfacción con la comunicación de la enfermera, y con y entre los grupos forzando el manejo de conflictos.

Fortalezas y potenciales aplicaciones

La fiabilidad y las pruebas de validez fueron testadas en una amplia muestra. Este instrumento está diseñado para medir la colaboración a nivel de unidad y medir los componentes organizacionales que facilitan la interacción clínica colaborativa. Pero resulta largo, pues se tardan unos 45 minutos en completarlo. Por este motivo se separó la encuesta y de momento, aún no se han completado los estudios de validez y fiabilidad de esta versión corta.

Este instrumento puede ser utilizado para comparar la colaboración entre unidades, entre instituciones, así como entre variables de organización que pueden apoyar la colaboración.

El instrumento se ha utilizado para la investigación de la colaboración enfermera-médico en UCI y la colaboración interdisciplinar en servicios de emergencia.

1.3.6. Cuestionario de Intensidad de la Colaboración Interprofesional (ICI)

El cuestionario Intensidad de la Colaboración Interprofesional, se construyó mediante la utilización de dos perspectivas. La primera fue sobre la coordinación de grupos de trabajo, y se inspiró en la teoría organizativa previamente

desarrollada por Georgopoulos y Mann²⁰⁷ modificada después por Hetherington.
208

La segunda perspectiva, se construyó desde el ámbito de la clínica para medir el grado en que las actividades clínicas son compartidas, según el modelo teórico de Golin y Ducanis¹⁴⁹ que identifica 4 actividades clínicas desarrolladas en equipo: 1- la recogida de datos, 2- la toma de decisiones, 3- la planificación de la intervención, y 4- la evaluación de los resultados. Este modelo sería posteriormente desarrollado por Sicotte.¹²

Descripción del instrumento

El cuestionario que mide la intensidad de la colaboración interprofesional, ICI está compuesto por dos factores, el factor Coordinación Interdisciplinar, y el factor Actividades Compartidas.

El factor Coordinación Interdisciplinar está compuesto por 7 ítems en una escala tipo Likert que ofrece 5 categorías graduadas por cada ítem que van desde 1 para el valor más bajo a 5, para el valor más alto. Se centra en las rutinas de trabajo que facilitan la coordinación entre diferentes grupos profesionales.

El factor Actividades Compartidas está compuesto por 11 ítems en una escala tipo Likert que ofrece 5 categorías graduadas por cada ítem, 1 para el valor más bajo a 5, para el valor más alto. Se centra en las actividades compartidas entre diferentes grupos profesionales.

Características psicométricas

El estudio se realizó sobre 343 cuestionarios, que fueron los utilizados para la validación del concepto Colaboración Interdisciplinar.

La estructura bifactorial del cuestionario se confirmó con un análisis factorial exploratorio en ejes principales con rotación Oblimin. Estos dos factores representaron el 43,6% de la varianza total.

El alfa de Cronbach para la consistencia interna de del factor “coordinación” fue de 0,83. El alfa de Cronbach para el factor “grado en que las actividades clínicas son compartidas”, fue de 0,87

Fortalezas y aplicaciones potenciales

El instrumento ICI es válido y fiable para medir la intensidad de la colaboración interprofesional en los equipos de trabajo. Además, este instrumento ha sido el primero en ser traducido y validado al español por San Martín-Rodríguez⁴² con el nombre de *Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en Salud (INCINS)*.

1.3.7. Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en Salud (INCINS)

Esta escala es la versión española del cuestionario "*Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle*".⁴²

Descripción del instrumento

La escala está compuesta por 16 ítems evaluables en una escala tipo Likert que ofrece 5 categorías para cada ítem. Además, estos ítems se encuentran estructurados en cuatro factores: (1) Coordinación, con puntuación máxima de 25 y mínima de 5 puntos, se corresponde con los ítems 4,6,7,8,9; (2) Opinión sobre la percepción del paciente, con puntuación máxima de 10 y mínima de 2 puntos, se corresponde con los ítems 5 y 17; (3) Actividades compartidas, con puntuación máxima de 30 y mínima de 6 puntos, se corresponde con los ítems 11,12,13,14,15 y 16; (4) Apreciación Global, con puntuación máxima de 15 y mínima de 3 puntos, se corresponde con los ítems 1,7 y 10.

Los factores 1 y 2 corresponden a la dimensión original "*Coordinación*" y los factores 3 y 4 a la dimensión también original "*Grado en que las actividades clínicas son compartidas*" del cuestionario *Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle*.

Características psicométricas

El estudio se realizó sobre 123 enfermeras pertenecientes a unidades de hospitalización y cuidados intensivos de un hospital universitario español de nivel terciario. Previo a la realización del análisis factorial exploratorio se realizó el test de esfericidad de Bartlett ($p < 0,001$) y el test de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (0,896).

El coeficiente de correlación de Pearson fue de 0,718 y el Alfa de Cronbach para la totalidad de los ítems fue de 0,90.

Fortalezas y aplicaciones potenciales

El instrumento INCINS es válido y fiable para medir la intensidad de la colaboración interprofesional en los equipos de salud en español.

En conclusión, pese a la evidencia publicada sobre la eficacia de la colaboración interprofesional, observamos que la lengua en que se desarrollan estos instrumentos y, consecuentemente, sus publicaciones provienen del mundo anglosajón. Esto significa una limitación importante a la hora de plantear un estudio sobre la colaboración interprofesional en el ámbito nacional, pues requiere elaborar un instrumento original o recurrir a la validación de un instrumento ya desarrollado y afrontar las cuestiones derivadas de las diferencias semánticas y culturales de cada lengua así del contexto clínico donde se desarrolló.

Sin embargo, el último instrumento presentado denominado Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en Salud (INCINS) de San Martín-Rodríguez⁴² es justamente la traducción y validación al español y en el contexto de UCI de uno de los instrumentos utilizados a nivel internacional para medir la colaboración interprofesional, concretamente, la Escala *Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle*, desarrollada por Sicotte et al.¹²

1.4. Justificación del estudio

Pese a los estudios que existen en nuestro país sobre el trabajo enfermero en UCI, encontramos que los relacionados con la colaboración, a menudo se ocupan del estudio entre enfermeras, del trabajo en equipo de Del Barrio³⁷ las percepciones de enfermeras y médicos ante una actividad conjunta concreta.

A partir de la validación del cuestionario de San Martín, varios estudios han utilizado la escala INCINS para medir la intensidad de colaboración en el contexto de UCI, es el caso del estudio de Bengoechea²⁵⁰, realizado entre enfermeras y médicos de un hospital privado y el estudio de Serrano²⁵¹ realizado

entre enfermeras de un hospital público.

Creemos que el estudio y medición de la colaboración entre enfermeras y médicos sigue sin tratar el contexto de las unidades de críticos y deja de lado la parte más comprensiva del fenómeno. Los estudios realizados hasta ahora nos ponen en el camino, sin embargo, más estudios requieren ser realizados en el contexto de hospitales públicos y con diferentes perfiles de pacientes críticos.

Para ello, dado que el paradigma cuantitativo se ha mostrado insuficiente para cubrir todas las demandas explicativas que exige el análisis de la realidad social, la metodología cualitativa aparece para llenar estos espacios, y se ha optado por utilizar una metodología mixta.

Este estudio pretende contribuir al conocimiento de la colaboración entre las enfermeras y los médicos en las unidades de críticos. Para ello utiliza la escala INCINS y aporta una explicación/interpretación de la colaboración enfermera-médico desde el punto de vista de las enfermeras basada en las dimensiones del cuestionario INCINS.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos generales

- Objetivo general 1
 - Analizar la Intensidad de Colaboración (IdC) entre las enfermeras y los médicos que trabajan en las UCI polivalentes de un Hospital de tercer nivel.
- Objetivo general 2
 - Comprender la experiencia vivida por las enfermeras que trabajan en las UCI polivalentes de un hospital de tercer nivel de la ciudad de Barcelona en relación con la colaboración interprofesional.

2.2. Objetivos específicos

- Objetivos específicos 1
 - Describir el perfil de profesionales (enfermeras y médicos) que trabajan en las UCI polivalentes de un Hospital de tercer nivel.
 - Comparar el grado de intensidad de colaboración global y por factores entre las enfermeras y los médicos de las UCI.
 - Determinar la relación entre variables sociodemográficas, profesionales, de formación de los profesionales y el grado de intensidad de colaboración.
 - Determinar la fiabilidad y validez del cuestionario Escala de la Intensidad de Colaboración Interprofesional en Salud (INCINS) en el contexto de cuidados intensivos.
- Objetivos específicos 2
 - Describir el sentido otorgado a la colaboración interprofesional por las enfermeras de UCI.
 - Identificar los elementos facilitadores y las barreras de la colaboración interprofesional desde la perspectiva de las enfermeras de UCI.
 - Explorar las prácticas y dimensiones de la colaboración interprofesional desde el punto de vista de las enfermeras de UCI.
- Objetivos específicos 3
 - Comparar los resultados de las Fases I y II.
 - Identificar las coincidencias y divergencias entre ambas fases.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método

Se ha optado por una metodología mixta. La metodología mixta consiste en la integración dentro del mismo estudio, y de forma sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo.^{252,253}

Creswell y Plano Clark,²⁵⁴ consideran que el enfoque mixto, es a la vez una metodología y un método, es decir, otorgan a los métodos mixtos de investigación un carácter estable con un conjunto de diseños y procedimientos en los que los datos cuantitativos y cualitativos son recogidos, analizados, y combinados en un solo estudio o serie de estudios. A partir de las publicaciones de (Greene²⁵⁵ Morgan,²⁵⁶ Morse,²⁵⁷ Tashakkori y Teddlie,²⁵⁸ estos autores proponen cuatro diseños basados en los estudios sobre métodos mixtos de investigación:

En primer lugar, los diseños de triangulación son los más utilizados (Creswell y Plano Clark²⁵⁹ Creswell, Plano Clark,²⁵⁴ Hanson²⁶⁰) y su objetivo es la comparación de informaciones complementarias sobre un mismo caso (Morse)²⁵⁷ para poder comprenderlo mejor.

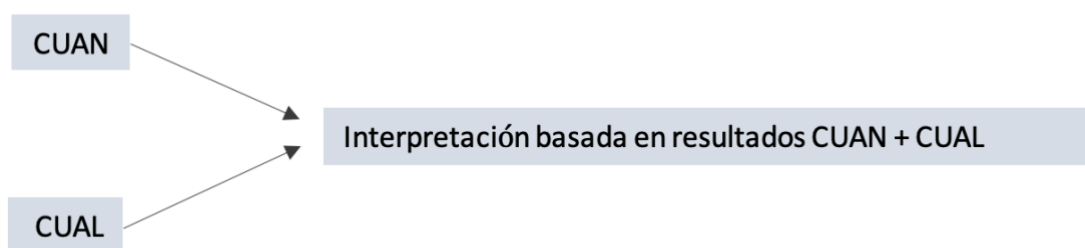


Figura 4. Diseño de triangulación (adaptado de Creswell y Plano Clark, 2007, p.63)

Diseños incrustados de dominancia

En segundo lugar, los diseños integrados o incrustados de dominancia utilizan datos cuantitativos o cualitativos (CUAN o CUAL) considerados como dominantes, y buscan otros datos de naturaleza diversa como soporte secundario (Cuan o Cual) que serán considerados complementarios y supeditados a los primeros. Se recomienda su utilización para estudios complejos y longitudinales.

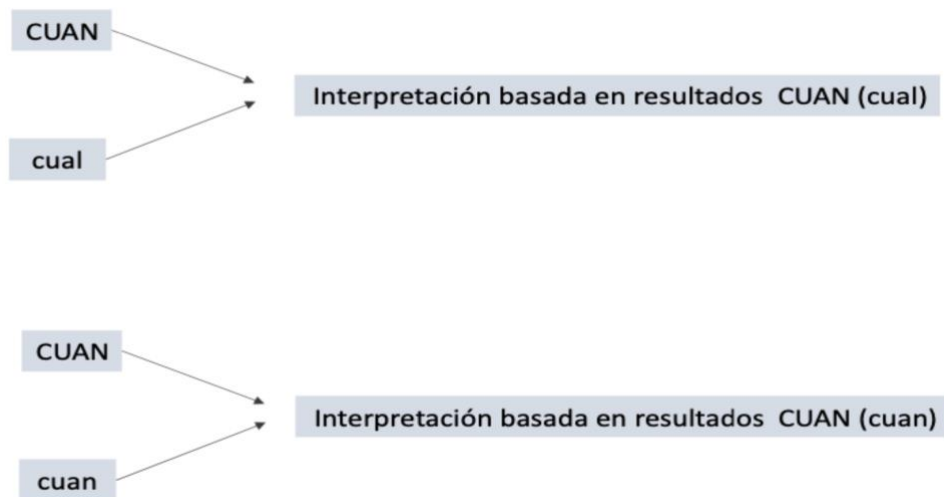


Figura 5. Diseño incrustado de dominancia (extraído de Creswell y Plano Clark, 2007, p, p.68)

Diseños exploratorios secuenciales

En tercer lugar, los diseños exploratorios secuenciales se caracterizan principalmente por la necesidad de exploración previa por no disponer de instrumentos, variables ni marco teórico. Por este motivo, el método cualitativo ha de ser el primero, así se obtienen los datos que exploran el fenómeno y que ayudarán a desarrollar o informar el segundo método cuantitativo (Greene),²⁵⁵ cuyos resultados se conectarán con la fase cualitativa. Se recomienda su utilización en estudios de fenómenos e intangibles donde se desconocen las variables. (Creswell y Plano).²⁵⁹

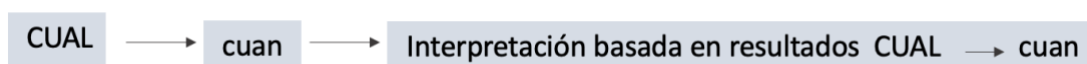


Figura 6. Diseño exploratorio secuencial (adaptado de Creswell y Plano Clark, 2007, p.76)

Diseños explicativos secuenciales

En cuarto y último lugar, se encuentran los diseños explicativos secuenciales, constan de dos etapas donde se pretende que los datos cualitativos ayuden a explicar los resultados cuantitativos obtenidos inicialmente para así mejorar los resultados cuantitativos (Creswell y Plano).²⁵⁹

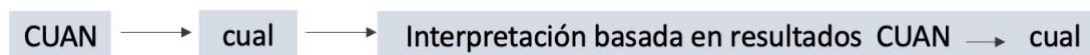


Figura 7. Diseño explicativo secuencial (adaptado de Creswell y Plano Clark, 2007, p. 73)

Para el estudio de esta tesis, se ha optado por un diseño explicativo secuencial realizado en dos fases. Con ello pretendemos que los datos cualitativos, realizados en la Fase II, nos ayuden a explicar los resultados cuantitativos obtenidos en la Fase I y poder así, desarrollar más los datos cuantitativos.

Con la primera fase se ha pretendido dar respuesta al primer objetivo general de analizar la intensidad de colaboración interprofesional en UCI mediante una metodología cuantitativa con un diseño observacional de tipo transversal mientras que en la Fase II ha sido dar respuesta al segundo objetivo general del estudio que buscaba comprender la experiencia en relación con la colaboración interprofesional desde la perspectiva de las enfermeras de UCI de los hospitales terciarios de Barcelona, para ello se ha utilizado una técnica cualitativa grupal.

3.2. FASE I

Diseño: Estudio descriptivo transversal

3.2.1. Ámbito de estudio

El estudio se ha realizado en las 6 UCI polivalentes del Hospital Clínic de Barcelona el cual pertenece a la Red de Hospitales de Utilización Pública de Catalunya (XHUP). La recogida de datos tuvo lugar entre 2012-2013.

El Hospital Clínic de Barcelona, desarrolla actividades asistenciales, de investigación y docencia de forma directa, o a través de empresas vinculadas. También actúa como hospital comunitario, como hospital terciario de alta complejidad y es referente a nivel estatal e internacional. En la actualidad está organizado por especialidades en forma de Institutos Clínicos y Centros de Diagnóstico.

El hecho de que existan 6 Unidades de Cuidados Intensivos se debe a la especialización e importancia de las cátedras que lo formaron en el pasado, donde cada especialidad disponía de su propia unidad de atención especial y

específica. Esta estructura se ha mantenido hasta nuestros días y de ahí que exista una Unidad de Cuidados Intensivos para cada una de estas especialidades. Así, las 6 UCI del Hospital Clínic son las siguientes: el Área de Vigilancia Intensiva Respiratoria (UVIR) con 6 camas de UCI y 6 camas de cuidados intermedios; el Área de Vigilancia Intensiva de Medicina Interna (AVI), con 8 camas de UCI y de cuidados intermedios; la Unidad de Curas Coronarias Agudas (UCCA) con 8 camas de UCI y 8 de intermedios; la UCI Hepática y gastroenterología (UVIH), con 8 camas de UCI y 6 de intermedios; UCI de Cirugía Cardíaca, con 8 camas de UCI y 8 de intermedios UCI Quirúrgica (UCI-Q) con 14 camas de UCI y 8 de intermedios. La Tabla 14 muestra la distribución de camas de UCI del Hospital Clínic.

Tabla 14. Distribución camas de UCI del Hospital Clínic.

Nombre de la UCI	Camas UCI	Camas INTERMEDIOS
AVI	8	8
UCCA	8	8
UHEP	8	6
UCAR	8	8
UCIQ	14	8
UVIR	8	8
Total camas	54	46

Todas las unidades disponen de un equipamiento básico común y un equipamiento específico de cada especialidad. La dotación de personal médico y enfermero también es la misma para todas las unidades y consiste en una ratio de 1 enfermera por cada 2 pacientes, 1 jefe de servicio, 2 médicos adjuntos y un número variable de residentes.

3.2.2. Población y muestra

La población del estudio incluyó a los profesionales sanitarios (enfermeras y médicos) que trabajaban en las diferentes UCI del Hospital Clínic de Barcelona.

Criterios de inclusión:

La muestra consistió en las enfermeras asistenciales y enfermeras supervisoras o coordinadoras de las UCI, y las enfermeras suplentes con más de un año de

experiencia. Los sujetos de estudio médicos, podían ser el jefe de servicio, los médicos adjuntos y los contratados para hacer guardias con más de un año de experiencia en la unidad.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron los profesionales tanto enfermeras y médicos que no habían trabajado en la unidad en el último año (bajas por enfermedad, permisos, excedencias, nuevas incorporaciones al equipo, etc.), y los que no eran personal/plantilla asistencial contratada por el hospital, como por ejemplo colaboradores, invitados en programas de intercambio o formación.

Muestreo

Se utilizó una técnica de muestreo por conveniencia

Cálculo de la muestra

El cálculo de la muestra se realizó según el objetivo principal del estudio: grado de intensidad de colaboración entre las enfermeras y los médicos que trabajan en las UCI polivalentes de un Hospital de tercer nivel. Estudios previos muestran que la puntuación media de la intensidad de colaboración fue de 61,68 (DE: 6,84) (4). Aceptando un riesgo alfa de 5% y un riesgo beta del 10% en un contraste bilateral, se precisaron un mínimo de 50 profesionales para detectar una diferencia mínima del 10% en la puntuación. La muestra se ajustó teniendo en cuenta un 15% de pérdidas.

3.2.3. Variables e instrumentación

Variables de perfil:

Se recogieron mediante un cuestionario autoadministrado, en este caso *ad-hoc* de respuestas cerradas con un total de 75 ítems agrupados en cuatro apartados: variables sociodemográficas, laborales y económicas, de formación y, variables de motivación y satisfacción personal (Anexo 1).

Variables sociodemográficas: sexo (hombre/mujer), edad (en años) y estado civil (soltero/a, casado/a, separado/a, otros).

Variables laborales y económicas: profesión (enfermera/médico), país en el que se cursó los estudios, año de finalización de los estudios, edad a la que se empezó a ejercer la profesión, cargo que ocupa (director/a centro, adjunto/a enfermería, supervisora, enfermero/a asistencial, jefe de servicio, médico adjunto1, contrato guardias), horario (fijo, rotatorio, otros), turno (mañana, tarde, fin de semana, noche, otros), situación administrativa (plaza en propiedad, interino, contrato temporal), salario en euros (inferior a 1500 €, 1500-2000 €, 2000-2500 €, 2500-3000 €, 3500-4000 €, más de 4000 €), años de antigüedad en la UCI y años ejerciendo como profesional.

Variables de formación: máximo grado académico acreditado (otra licenciatura, posgrado, máster oficial o especialidad, doctor), número de cursos de formación realizados (variable cualitativa con cuatro opciones de respuesta: ninguno, 1-2, 3-4, más de 4), número de artículos publicados, número de proyectos de investigación desarrollados, número de reuniones científicas a las que ha asistido y, número de comunicaciones presentadas en reuniones en los últimos tres años.

Variables de motivación y satisfacción profesional: motivos de elección de la profesión (salario, influencia familia, reconocimiento profesional, corta duración de los estudios, vocación, por seguir la tradición familiar, facilidad para encontrar trabajo, imposibilidad de acceder a la carrera deseada), motivos de la permanencia en la profesión (salario, reconocimiento profesional, me gusta/me satisface, por seguir la tradición familiar, facilidad para encontrar trabajo, imposibilidad de acceder a otro trabajo) y grado de satisfacción de la elección de la carrera (muy satisfecho/a, moderadamente satisfecho/a, algo insatisfecho/a, muy insatisfecho/a).

Variable principal

La variable principal de estudio es la Intensidad de Colaboración Interprofesional (IdC)

Se define IdC como el grado o fuerza con la que se expresa el fenómeno de la colaboración entre los profesionales de dos disciplinas, en este caso, entre las enfermeras y los médicos de UCI.

La IdC es un concepto utilizado para evaluar las relaciones que se establecen entre los profesionales que comparten un objetivo común y el valor con que cada

miembro contribuye al logro de esos objetivos. Es un concepto utilizado en salud, pero también aplicable a otros ámbitos o disciplinas (sociología, economía, política).

El concepto de intensidad de colaboración en que se ha basado el estudio es el desarrollado por Sicotte¹² a partir de los trabajos de Ducanis y Golin,¹⁴⁷ Georgoupoulos y Mann,²⁰⁷ y Hetherington²⁰⁸ por lo que integra los factores de coordinación, de toma de decisiones, y apreciación global entre otros como la comunicación, las habilidades y el liderazgo.

Para medir la Colaboración Interprofesional, existen numerosas herramientas y la mayoría de ellas se presentan en forma de cuestionarios o escalas diseñadas y desarrolladas para este fin. La elegida para nuestro estudio fue la Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en Salud (INCINS).

Se trata de la versión española del cuestionario “Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle” de Sicotte y colaboradores¹² traducida al español y validada por San Martín-Rodríguez y colaboradores⁴² (Anexo 2).

La escala autoadministrada está compuesta por 16 ítems evaluables en una escala tipo Likert que ofrece 5 categorías para cada ítem. Las puntuaciones (1,2,3,4,5, ó a la inversa, 5,4,3,2,1) se asignan en conformidad con el significado de la respuesta para la actitud que miden. Así toma el valor 1 para las categorías “Muy jerarquizadas”, “Poco”, “Muy Mala”, “Muy Mal” y “Totalmente en Desacuerdo” y, toma el valor 5 para las categorías “Muy Igualadas”, “Alto”, “Mucho”, “Muy buena”, “Muy bien” y, “Totalmente de acuerdo”. El valor máximo del cuestionario es de 80 puntos, y el valor mínimo es de 16 puntos considerando IdC alta entre 80-60 puntos, media entre 59,99-38 puntos, y baja entre 37,99-16 puntos (San Martín-Rodríguez⁴², Bengoechea²⁵⁰). Está compuesta por 4 factores:

1- Coordinación, con puntuación máxima de 25 y mínima de 5 puntos, se corresponde con los ítems: 4,5,6,7,8, Recoge información sobre la estructuración de las actividades y sobre el esfuerzo personal que se realiza para conciliar las actividades clínicas.

2- Opinión sobre la percepción del paciente, con puntuación máxima de 10 y mínima de 2 puntos, se corresponde con los ítems 5 y 17. Recoge la opinión del profesional sobre la percepción del paciente. Ambas aportan información sobre

la visión holística del paciente, sobre la continuidad de los cuidados, y sobre las estrategias que aumentan la calidad de los cuidados.

3- Actividades compartidas, con puntuación máxima de 30 y mínima de 6 puntos, se corresponde con los ítems 11,12,13,14,15. y 16 Aporta información sobre las cuatro actividades clínicas que se desarrollan en equipo: recogida de datos e identificación del problema, toma de decisiones, planificación de la intervención y evaluación de los resultados.

4- Apreciación Global, con puntuación máxima de 15 y mínima de 3 puntos, se corresponde con los ítems 1,3 y 10. Abordan cuestiones de naturaleza global: nivel de jerarquización en las relaciones interprofesionales, planificación diaria del trabajo en común de los profesionales del equipo y visión holística de las necesidades del paciente por parte del equipo.

Los factores 1 y 2 corresponden a la dimensión original "Coordinación", y los factores 3 y 4 a la dimensión también original "*Grado en que las actividades clínicas son compartidas*" del cuestionario *Intensité de la Collaboration Interprofessionnelle* desarrollado por Sicotte y colaboradores.¹²

Siguiendo las recomendaciones de Bengoechea,²⁵⁰ la puntuación por factores sería 1) Coordinación: alta entre 25-19 puntos, media entre 18,99-12 puntos y baja entre 11,99-5 puntos, 2) Opinión sobre la percepción de los pacientes (Opp): alta entre 10-8 puntos, media entre 7,99-5 puntos y baja entre 4,99-2 puntos, 3) Actividades compartidas (AAcc): alto entre 30-22 puntos, medio entre 21,99-14 puntos y bajo entre 13,99-6 puntos y 4) Apreciación global (Ag): alta entre 15-11 puntos, media entre 10,99-7 puntos y baja entre 6,99-3 puntos.

3.2.4. Procedimiento de recogida datos

Para acceder a cada una de las UCI, se contactó en primer lugar con la directora Enfermera del Hospital mediante una carta de presentación enviada a su correo electrónico corporativo y adjuntando el proyecto que se pretendía llevar a cabo. También se solicitó una entrevista para explicar el proyecto. Una vez obtenida la

aprobación de la directora Enfermera, se procedió de la misma manera con los jefes de Gestión Enfermera y los médicos jefes de Servicio y las Supervisoras/Coordinadoras de cada UCI.

La supervisora o coordinadora enfermera de cada UCI fue la persona encargada de facilitar los cuestionarios a las enfermeras y médicos, y de asignar un buzón dentro del mismo servicio donde se depositaron los cuestionarios ya rellenos.

Una vez administrados los cuestionarios (alrededor de un mes), la investigadora principal del estudio realizó dos rondas de recogida programada, a la semana, y a los quince días de la entrega, y una tercera quince días después.

A cada participante potencial se le facilitó un sobre que contenía: 1 -una carta de presentación donde constaban los datos de la investigadora, el objetivo del estudio, y la importancia de su colaboración (Anexo 3); 2 –Indicación de las instrucciones (Anexo 4); 3 –El cuestionario para la recogida de las variables sociodemográficas, laborales y económicas, de formación y, de motivación y satisfacción profesional; 4 –la Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en Salud (INCINS).

Anonimización de los cuestionarios

Los cuestionarios eran anónimos. Toda la información necesaria para la consecución del estudio se ha obtenido por parte del equipo investigador del estudio. La información recogida en el cuaderno de recogida de datos (CRD) fue introducida en una base de datos electrónica especialmente diseñada para el estudio. La base de datos electrónica constituye la fuente de información del estudio, sólo accesible por equipo investigador, a través de la que se han analizado los datos registrados.

3.2.5. Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables de perfil, así como de los 16 ítems del cuestionario INCINS mediante el cálculo de distribución de frecuencias y porcentajes validados para las variables categóricas y, media, desviación estándar (DE) y otros índices de tendencia central y dispersión para

las de tipo cuantitativo. La normalidad de las variables de tipo cuantitativo se analizó mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov.

En segundo lugar, se analizó la puntuación del INCINS global y por dominios en función de otras variables de interés. En el caso de las variables de tipo cualitativo se utilizó la prueba de t de Student (test no paramétrico U de Mann-Whitney en el caso de no asumir la normalidad). La relación lineal en el caso de la variable de tipo cuantitativo se realizó mediante la correlación de Spearman.

Finalmente se construyeron modelos de regresión lineal multivariados para la puntuación global de la INCINS y para cada uno de los factores. Se incluyeron como variables explicativas aquellas con sentido clínico y bibliográfico (edad, sexo, profesión, satisfacción, turno, horario, años de profesión y años de experiencia en el lugar actual de trabajo) y que mostraron un p valor <0.1 en los análisis univariados. Los resultados se mostraron con el coeficiente beta, p valor e intervalos de confianza (IC) 95%.

Para el proceso de validación de constructo del instrumento, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) del cuestionario y también de los cuatro factores que componen dicho instrumento. Este análisis ha permitido contrastar los resultados de la validación de constructo de la versión española del instrumento realizada por San Martín-Rodríguez L et al.¹²

Se analizó la validez convergente mediante el cálculo de la correlación de Pearson entre los resultados obtenidos en la validación del instrumento por San Martín-Rodríguez L et al.¹² y, los resultados obtenidos en el presente estudio en el contexto descrito.

La fiabilidad del instrumento se realizó mediante la consistencia interna calculando el coeficiente α de Cronbach de los ítems (correlación entre los ítems del instrumento) y también entre los cuatro factores que componen el instrumento.

Se utilizaron los paquetes informáticos SPSS (versión 23.0) y R Studio (V2,5),

considerando las diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,05$.

3.3. FASE II

Diseño

3.3.1. Ámbito de estudio

El estudio se realizó en cuatro UCI pertenecientes a cuatro hospitales de tercer nivel de la ciudad de Barcelona. Tres de ellos comparten características de UCI polivalentes de adultos, y el cuarto hospital es un hospital pediátrico con UCI pediátrica polivalente.

La clasificación de los hospitales en Primario, Secundario y Terciario responde a la clasificación de la OMS recogida en el libro “Making Choices in Health: WHO Guide to Cost-effectiveness Analysis”²⁶¹

En esta guía, se describe a los hospitales Terciarios como aquellos dotados de equipamiento y personal altamente especializado, con unidades especializadas en cardiología, diagnóstico por la imagen y UCI. A nivel clínico ofrecen servicios altamente especializados por lo que suelen ser centros de referencia y con frecuencia imparten actividad docente. La capacidad de estos hospitales puede oscilar entre las 300 y 1.500 camas.

Los hospitales que han participado son: el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, el Hospital de Sant Joan de Déu Barcelona, el Hospital Universitario de Bellvitge y el Hospital Clínico de Barcelona.

En primer lugar, el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, es un hospital que forma parte de la red de hospitales públicos de Barcelona, cuyo órgano de gobierno la Fundación de Gestión Sanitaria, es el patronato constituido por tres representantes de la Generalitat de Catalunya, un representante del Ayuntamiento de Barcelona y otro a del Capitolio de la Catedral.

Se encuentra ubicado dentro de la ciudad, dispone de todos los requisitos de un hospital terciario, ejerce actividad médica docente y dispone de escuela propia

de enfermería que está vinculada a la Universidad Autónoma de Barcelona. Su capacidad es de 644 camas.

Este hospital cuenta con una UCI polivalente de 30 camas que acoge a pacientes quirúrgicos, de medicina interna y coronarios. La dotación de la plantilla de enfermeras cumple la ratio de una enfermera por cada dos pacientes. Esta proporción se mantiene en todos los turnos.

En segundo lugar, el Hospital de Sant Joan de Déu Barcelona, es un hospital pediátrico de servicio público y titularidad privada que mantiene un convenio con CatSalut mediante el que presta los servicios asistenciales concertados. Es uno de los hospitales pediátricos de referencia, y se encuentra situado en la salida sur de la ciudad. Es un hospital donde se forman los médicos y enfermeras de la propia especialidad y otros como los anestesiistas. Tiene escuela propia de Enfermería.

Dispone de una UCI pediátrica con 14 camas, 4 de ellas destinadas a cuidados intermedios. El número de enfermeras por paciente mantiene la misma proporción que en los adultos, es decir, dos enfermeras por paciente y una enfermera para cuatro pacientes en cuidados intermedios. Esta proporción también se mantiene en todos los turnos.

En tercer lugar, el Hospital Universitario de Bellvitge, es un hospital público que pertenece al *Institut Català de la Salut* (ICS), empresa pública con personalidad jurídica propia y autonomía funcional de gestión. Se inauguró en 1972 y está ubicado en el municipio de L'Hospitalet de Llobregat de la provincia de Barcelona.

Está acreditado como hospital terciario de alta complejidad y es centro docente universitario vinculado a la Universidad de Barcelona donde se imparten estudios de medicina, enfermería, odontología y podología. También ofrece un amplio programa de posgrados en estas cuatro áreas de salud, con acreditación para formar especialistas en más de 40 especialidades. Su capacidad es de 742 camas.

Dispone de una UCI con 38 camas distribuidas de la siguiente manera: 12 camas para pacientes quirúrgicos, 12 camas para pacientes de medicina interna y 10 camas para pacientes de cirugía cardíaca. Se ha de destacar que la atención al paciente politraumático, se realiza en su totalidad en la unidad de Reanimación de Anestesia (REA), esta unidad consta de 8 camas y está atendida por médicos anestesiistas. La ratio enfermera paciente se mantiene en 2/1 en los dos servicios y en todos los turnos.

En cuarto lugar, el Hospital Clínico de Barcelona (explicado en el punto 3.2.1.).

3.3.2. Participantes

La población a estudio fueron todas las enfermeras que trabajaban en las UCI de los cuatro hospitales terciarios de Barcelona. La muestra estaba compuesta por las enfermeras de plantilla, la coordinadora de cada UCI y, la plantilla de enfermeras suplentes de la UCI. Quedaron excluidos los profesionales que no habían trabajado en la unidad en el último año (bajas por enfermedad, permisos, excedencias, nuevas incorporaciones al equipo, etc.).

Se utilizó un muestreo no probabilístico e intencional de variación máxima con el fin de recoger una gran parte de los puntos de vista y experiencias de las enfermeras de UCI. Se identificaron 2 perfiles basados en los resultados de la Fase I.

Un primer perfil caracterizado por los profesionales que presentaron mejores puntuaciones en los cuatro factores: Coordinación, Opinión sobre la percepción de los pacientes, Actividades compartidas y Apreciación global que resultaron ser los profesionales de edades comprendidas entre los 23 y los 30 años y los profesionales con un máximo de 10 años de experiencia, que fueron los que puntuaron más alto en el factor Apreciación global.

El segundo perfil caracterizado por los profesionales mayores de 30 años y con más de 10 años de experiencia. Cabe destacar que las puntuaciones siguen la misma dinámica descendente en los cuatro factores a medida que aumentan los

grupos de edad y los años de experiencia. Así, en el factor Opinión sobre la percepción de los pacientes, el grupo de edad entre 31 y 40 años obtuvo mejores puntuaciones que el grupo de 41 a 50 años, igual ocurre para el factor Actividades compartidas, donde el grupo entre 31 y 40 años también obtiene mejor puntuación que el de entre 41 y 50 años.

Respecto a los años de experiencia, encontramos que los profesionales con experiencia entre 21 a 30 años, obtienen menor puntuación en Apreciación global que los que tienen de 31 a 40 años de experiencia.

En consecuencia, se establecieron dos perfiles de participantes en función de los años de experiencia en UCI, un perfil compuesto por enfermeras con al menos un año de experiencia y otro perfil con enfermeras con más de diez años de experiencia en UCI.

El tamaño de la muestra dependió de la saturación teórica de los datos y se estimó en 8 participantes, teniendo en cuenta la participación de 4 enfermeras por perfil. Finalmente participaron dos enfermeras, una con al menos un año de experiencia, y otra con más de 10 años de experiencia, por cada uno de los cuatro hospitales participantes.

Se siguieron los mismos pasos que en la FASE I. Las personas que nos facilitaron el acceso al campo fueron de nuevo la Adjunta/Supervisora/Coordinadora de cada una de las UCI, las cuales identificaron aquellos informantes que, por su experiencia profesional a nivel asistencial, de investigación, de compromiso, grado de implicación con el equipo o, por su capacidad crítica y reflexiva, podían resultar claves.

En esta ocasión, además de explicar la segunda parte del proyecto, pedimos su colaboración para reclutar a los participantes según los dos perfiles que habíamos establecido (menos de 1 año de experiencia y más de 10 años de experiencia en UCI). Se reclutó un representante por perfil y UCI, con lo que se obtuvieron 8 participantes en total.

Las responsables de las UCI también nos ayudaron a la difusión del documento informativo a los participantes tanto por vía oral como por vía electrónica a través de los correos corporativos. En este documento informativo figuraba el contacto de la investigadora principal a fin de facilitar la accesibilidad.

Se dedicaron dos semanas a la difusión del estudio y reclutamiento de los participantes.

3.3.3. Técnica de obtención de información

Las técnicas cualitativas son la forma en que buscamos sistematizar, ordenar y reducir, de forma intencionada la realidad que pretendemos estudiar, y para ello utilizamos procedimientos de representación que nos faciliten la tarea de tratarlos y analizarlos (Adler).²⁶² Existen diferentes tipos de técnicas cualitativas (observación, entrevistas, grupos de discusión, entre otras) que necesitan la utilización de instrumentos (guion, plantilla para la observación, etc.) y de medios documentales y visuales adecuados (diarios, vídeos, fotografías, grabaciones, etc.) para asegurar que la recogida de datos reúna las condiciones de calidad (Calderón).²⁶³

La experiencia de la colaboración interprofesional de las enfermeras de UCI es el resultado de las interacciones que establecen en su dinámica habitual de trabajo con el resto de los profesionales del equipo, con los pacientes y con las familias. En la configuración de esta experiencia, también influyen otros elementos como la estructura, espacio físico, los recursos materiales, personales, la presión de trabajo, incluso rasgos culturales y de personalidad. Aunque el estudio se centra en la colaboración interprofesional en relación con los médicos, entendemos que la construcción de esta vivencia no puede desligarse de su entorno y, en consecuencia, está influida por el contexto.

Consideramos que, para ampliar el conocimiento sobre el tema de nuestro estudio, y dar respuesta al segundo objetivo, la técnica de obtención de datos adecuada sería aquella que permita un intercambio de experiencias sobre la colaboración interprofesional entre enfermeras de UCI de forma que puedan contrastar sus vivencias, sentimientos, opiniones y conceptualizaciones creando

a su vez nuevas visiones y unos conocimientos más ricos sobre la colaboración interprofesional.

La técnica seleccionada ha sido el Grupo de Discusión (GD). El GD ha sido reconocido tanto por la psicología social como por la sociología, como una formación social de primer orden que puede actuar como contexto o medio con capacidad de influir en las relaciones y el comportamiento de los individuos, o como conjunto o entidad organizadora de la sociedad (Gutiérrez Brito).²⁶⁴

El origen de su utilización como instrumento de investigación científica es difuso debido a sus conexiones con múltiples disciplinas y campos del saber tanto de las ciencias sociales (antropología, sociología, psicología social, clínica, psicoanálisis) como de la investigación de mercados y marketing (Gutiérrez Brito).²⁶⁴

Estos hechos explicarían la diversidad de denominaciones y variantes que encontramos en las técnicas grupales, en especial sobre el GD (Vallés).²⁶⁵ De entre todos los términos utilizados por las diferentes disciplinas, el de grupo focal (focus group) es el más utilizado en el mundo anglosajón y el término grupo de discusión el más utilizado en lengua española. Aunque se admite que ambos términos son intercambiables a nivel de las traducciones, (Callejo).²⁶⁶ puntualiza que el GD suele considerarse como “una forma más flexible, abierta y menos directiva que los focus group”.

El grupo de discusión Morgan y Krueger^{267,268} se ha definido como una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no directivo. Como técnica, se considera adecuada en estudios complejos que llevan asociados sentimientos y experiencias o como complemento de otras técnicas.²⁷³

Para Callejo²⁶⁶ en el GD, los participantes reconstruyen discursivamente el grupo social al que pertenecen produciendo el material que los une y a la vez le separa de otros grupos sociales. En cada uno de ellos se obtendrá la norma, el ideal ante el fenómeno, lo que el grupo considera que debe ser en relación con el

fenómeno social que se estudia. A diferencia de otras técnicas, hay circulación de discursos que alcanzan diferentes niveles de consenso (importancia de la homogeneidad social del grupo) que nos permiten, en su análisis, formar mapas de consensos y tomar decisiones operativas.

3.3.4. Procedimiento de obtención de información

La dinámica del GD se desarrolló en tres etapas: preparatoria, implementación y clausura.

Etapa Preparatoria

La investigadora realizó un primer contacto presencial/por teléfono con todos los participantes que habían manifestado su intención de participar para explicar el objetivo de su participación, el uso de la grabadora, así como sus preferencias de horarios. Con toda la información, se fijó el día, lugar y hora del encuentro para realizar el grupo de discusión.

Así, los participantes fueron informados por la investigadora principal, a través de una invitación por correo electrónico, del lugar (adjuntando mapa) donde se realizaría la reunión, el horario y la duración de la reunión (entre 90 y 120 minutos). También se informó por escrito de la necesidad de utilizar una grabadora de voz.

En esta etapa también se preparó un guion de temas basado en los objetivos de la investigación.

Etapa de Implementación

La técnica fue realizada por la investigadora principal y una observadora no conocida por los entrevistados. A través de las preguntas del guion, la moderadora se aseguró de recoger la información necesaria, mientras que la observadora recogía la información del contexto (comunicación no verbal de los participantes, disposición en la mesa de los participantes, interacciones entre ellos y relación de la investigadora principal con los participantes y viceversa).

A su vez, los participantes fueron informados del tipo de información que se

pretendía recoger y del funcionamiento de la dinámica del grupo de discusión. La asistencia libre y voluntaria se entendió como la aceptación del consentimiento de cada participante, y la investigadora se comprometió a garantizar la confidencialidad y anonimato de los participantes.

La reunión tuvo lugar en un aula seminario de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona (Campus Clínic). La distribución de los participantes en la mesa fue de dos participantes enfrentados a cada lado de la mesa, y tres participantes enfrentados a las figuras de la observadora y la moderadora. La observadora, se encargó de ofrecer un pequeño “pica pica”, y una botella pequeña de agua para cada participante. Para el registro del audio, se utilizó una grabadora convencional y la función grabar audio de un Smartphone, ambos se dispusieron en el centro de la mesa previa la comprobación de su funcionamiento.

Una vez indicado el momento de inicio de la grabación, se procedió a la presentación formal de la observadora y de la moderadora quien explicó la dinámica de funcionamiento del grupo en un ambiente cordial y distendido, comentó el propósito del estudio y reforzó aspectos como el respeto a todas las opiniones, al turno de palabra y, al mantenimiento de la confidencialidad y anonimato. También se recordó el tiempo aproximado de la reunión (entre 90 y 120 minutos).

La moderadora introdujo la pregunta general y se mantuvo al margen, sólo intervino para hacer progresar los temas y reconducir en alguna ocasión.

Etapa de clausura

La reunión finalizó con la lectura del resumen de los principales subtemas identificados. A continuación, se explicó de nuevo a los participantes el tratamiento que se haría de la información recogida y se les informó de que en cuanto estuviera realizada la transcripción de la grabación, se les enviaría una copia a cada participante a través del correo electrónico para que pudieran manifestar su conformidad o no con ésta.

Finalmente, se dio las gracias a los asistentes por la participación y se procedió

a dar la reunión por finalizada y parar la grabación. La reunión duró 120 minutos.

3.3.5. Análisis de los datos

El análisis de los datos cualitativos consiste en la aplicación de procedimientos analíticos sobre estos datos para lograr un análisis claro, comprensible, profundo, fiable y válido. Y pese a la existencia de desacuerdos en cuanto a esta transformación de los datos cualitativos, autores expertos (Coffey y Atkinson²⁶⁹ Manson²⁷⁰, Flick²⁷¹) reconocen la implicación del manejo de datos y la interpretación en el análisis de éstos.

Se realizó un análisis temático de contenido Calderón.^{272,273} Para ello, el primer paso fue organizar todo el material para que pudiera ser analizado y fuimos muy exhaustivos en las condiciones de transcripción del verbatim Morse y Field²⁷⁴, en las formas de transcripción y en la codificación de las páginas.

El proceso de análisis de los datos cualitativos se realizó siguiendo las siguientes etapas:

- Descubrimiento

En esta etapa se precedió a la lectura global del corpus transcrito para tener una idea general de los datos recopilados. Con ello obtuvimos una primera impresión y aproximación al discurso, hecho que produjo nueva información sobre impresiones, nuevas ideas y reflexiones que registramos en el diario de campo en forma de anotaciones en los márgenes y que resultaron de gran valor una vez validadas en el análisis intensivo de los datos.

Análisis intensivo

En esta etapa se realizaron dos procesos: el de codificación y el de categorización. La codificación consiste, en primer lugar, en realizar una segunda lectura minuciosa, línea por línea, de todos los datos y fragmentarlos en unidades mínimas de significado denominados códigos. Los códigos son etiquetas que sintetizan la información de cada fragmento y que tienen relación con la pregunta y objetivos de investigación. En algunos casos se utiliza el propio vocabulario de los participantes para crear las etiquetas. Seguidamente, se elaboró una definición para cada uno de estos códigos.

Finalizado el proceso de codificación de toda la documentación transcrita (grupo de discusión y diario de campo), se procedió a la validación de los códigos, verificando en primer lugar, el grado de acuerdo entre la definición del código y el contenido de los fragmentos de transcripción que se le había asignado. En segundo lugar, se compararon las etiquetas de los códigos y sus significados para verificar si algunos de ellos se podían unificar.

El segundo proceso del análisis de datos es la categorización que consiste en ordenar y agrupar los códigos en subcategorías que son etiquetas que representaban un nivel más amplio de significado y a su vez, éstas fueron agrupadas en categorías. La agrupación de las categorías, con un nivel más alto de abstracción, dieron lugar a los temas centrales del estudio.

Verificación e interpretación

Por último, se revisaron el conjunto de códigos, subcategorías, categorías y sus interconexiones y contrastamos los resultados con un experto en investigación cualitativa, facilitamos los resultados a los participantes y comprobamos si los sistemas de códigos, categorías y las relaciones establecidas representaban sus vivencias.²⁷⁴

3.3.6. Rigor

Para garantizar el rigor y calidad de la Fase II del estudio se utilizaron los criterios de confiabilidad y autenticidad de Guba y Lincoln²⁷⁵ credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad.

En cuanto al criterio de credibilidad, cada participante recibió la transcripción del grupo de discusión para verificar los datos transcritos. Se ha documentado e ilustrado los resultados con ejemplos específicos derivados del verbatim de los participantes.

La confirmabilidad se obtuvo mediante los registros y documentación utilizada en el estudio fruto de las anotaciones del diario de campo, la transcripción del grupo de discusión, y los análisis de la transcripción del grupo de discusión,

serán guardados durante dos años. Se utilizó la grabadora de voz para la recogida mecánica de la información.

En relación con la transferibilidad o aplicabilidad, las estrategias que se han utilizado están relacionadas con la descripción exhaustiva del contexto (ámbito de estudio) y de las características de las personas donde se ha estudiado el fenómeno. Se podrá aplicar el conocimiento resultante en aquellos hospitales donde los contextos de UCI y las enfermeras que trabajan en ellos cumplan características similares a los del estudio.

El criterio de dependencia se logró mediante la descripción de las actividades realizadas por el investigador y los participantes, documentando cada decisión tomada respecto a la recopilación y análisis de datos. Así mismo, la técnica de obtención de información ha sido ampliamente descrita.

Por otro lado, el hecho de mantener unas relaciones adecuadas y favorables al contexto e informantes permitió cumplir con el criterio de autenticidad.

El concepto de *triangulación* fue definido por Denzin²⁷⁶ en su obra "*Research Act*" donde identificó cuatro tipos básicos de triangulación posible: - Triangulación de datos, -Triangulación de investigadores, -Triangulación teórica, y -Triangulación metodológica (intramétodo y entre métodos).

Mientras la Triangulación de los datos consiste en la utilización de varias y variadas fuentes de información sobre un mismo objeto de conocimiento, con la intención de contrastar la información obtenida, siendo la más habitual en la investigación social, la Triangulación de investigadores (o equipos interdisciplinarios) consiste en la realización de una misma investigación por un equipo de investigadores que proceden de diferentes áreas de conocimiento o especialistas en diferentes *metodologías*, aquí todos observan el mismo objeto de estudio desde diferentes puntos de vista según la disciplina a la que pertenecen. Por otro lado, la Triangulación teórica consiste en contemplar todas las hipótesis que puedan extraerse de un mismo problema de investigación, lo que conlleva abarcar el mayor número de perspectivas de análisis posibles, y la

Triangulación metodológica contiene dos modalidades: la triangulación intramétodo y la triangulación entre métodos.

La Triangulación intramétodo, consiste en la elección de un único método o estrategia de investigación y aplica diferentes técnicas de recogida y de análisis de datos. También cuando repite el mismo método o estrategia en diferentes momentos o situaciones.

La Triangulación entre métodos, consiste en la combinación de métodos de investigación en la medición de una misma unidad de análisis. De esta manera se pretende atenuar las limitaciones de cada *método*, contrastándolas con las potencialidades de los otros *métodos*. Cuando se alcanzan los mismos resultados con distintos métodos, y éstos coinciden en la dimensión del problema de investigación, hablamos de *validez cruzada* (Jick).²⁷⁷

La Triangulación multimétodo, definida por Denzin²⁷⁶ como ideal, consistiría en la articulación, en un mismo estudio, de estos cuatro tipos de triangulación a fin de que las limitaciones de cada *estrategia* se solventen con las potencialidades de las otras,

Finalmente, se aplicó el criterio de reflexividad mediante el autoconocimiento de la investigadora con el propio posicionamiento ante el fenómeno, con la relación establecida con los participantes y con cada decisión tomada durante la investigación.

3.4. Consideraciones éticas

El estudio utiliza un diseño metodológico adecuado a los objetivos que plantea y un valor social que busca un beneficio para las personas en el ámbito de la salud. Mantiene una relación coste beneficio favorable. Es respetuoso con los participantes, con el carácter voluntario de participación, garantiza la protección de la confidencialidad de los datos aportados y el mantenimiento de un proceso de información abierto. Presenta los criterios de selección y, los resultados serán utilizados en beneficio de la comunidad.

Los participantes han sido informados directamente por la investigadora principal a cerca de la naturaleza el estudio, de su carácter voluntario y del tratamiento confidencial de los datos recogidos. En la Fase I, todos los participantes firmaron el consentimiento informado (ANEXO 3), en la Fase II, tras el envío de la invitación por correo electrónico se tomó como consentimiento informado, la respuesta de aceptación en la participación del estudio. Se ha mantenido en todo momento la confidencialidad de los participantes cumpliendo la ley de protección de datos 2016/679.

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Clínico de Barcelona (Anexo 5.). Se ha realizado de acuerdo con los principios de la declaración de Helsinki y la normativa vigente, y cumple las recomendaciones internacionales sobre ética e investigación biomédica en seres humanos de la CIOMS²⁷⁸ y el Código de buenas prácticas en investigación de la UB (Universidad de Barcelona).²⁷⁹

3.5. Procedimiento de comparación FASE I Y II

Con el fin de establecer la comparación entre las dos fases del estudio, se han comparado los resultados por factores e ítems de la INCINS (fase I) con los contenidos de las intervenciones realizadas por los participantes en el Grupo de Discusión (GD) (fase II).

Este proceso se ha realizado en tres pasos: en primer lugar, se ha procedido a la recodificación de la INCINS en 3 categorías, segundo se han clasificado los comentarios del GD en estas tres nuevas categorías INCINS y tercero, se ha medido el grado de coincidencia/concordancia entre los resultados de la Fase I y la Fase II.

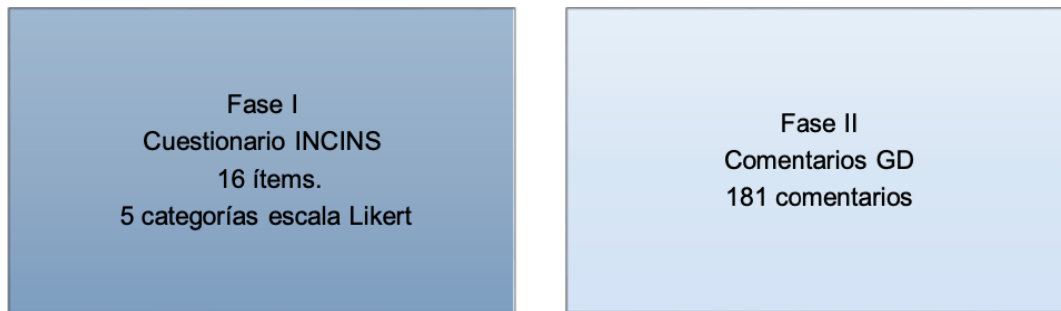


Figura 8. Descripción de las fases del estudio: “La colaboración interprofesional en las unidades de cuidados intensivos. Un abordaje mixto”.

Proceso de recodificación de la escala INCINS en 3 categorías:

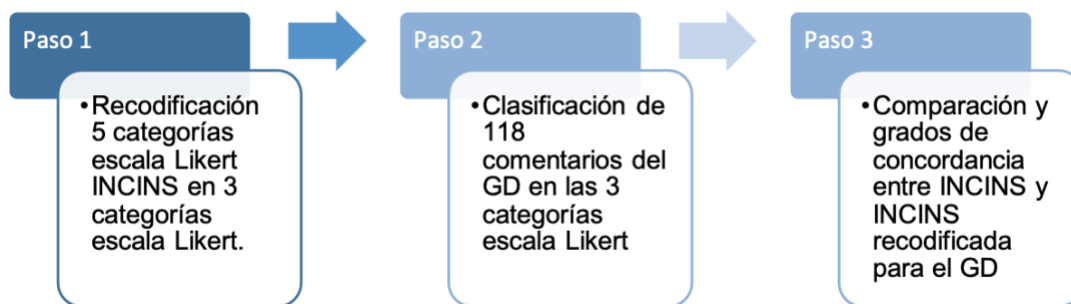


Figura 9. Proceso de recodificación de la escala INCINS en 3 categorías.

A continuación, se explica cada uno de los pasos realizados.

Paso 1: Recodificación de la INCINS en 3 categorías

A partir de los resultados obtenidos en la Fase I, se observa que los mayores porcentajes de las respuestas se distribuyen entre las categorías centrales (puntuaciones 2, 3 y 4) y los menores porcentajes en las categorías de los extremos (puntuaciones 1 y 5) de la escala tipo Likert de 5 categorías de la INCINS, por este motivo se plantea la Recategorización en 3 categorías para cada ítem y facilitar así la clasificación de los comentarios del GD. Las nuevas puntuaciones: 1 (puntuación INCINS 1 y 2), 2 (puntuación 3) y 3 (puntuación 4 y 5) se asignan en función de la coincidencia entre el significado del comentario y el de cada ítem de la escala INCINS. El valor 1 se asigna para las categorías

“Muy jerarquizadas”, “Poco”, “Muy Mala”, “Muy Mal” y “Totalmente en Desacuerdo”, el valor 2 se asigna para las categorías “Ni Muy jerarquizadas ni Muy igualadas”, “Ni muy bajo ni Muy alto”, “Ni Poco ni Mucho”, Ni Muy Mala ni Muy Buena”, “Ni muy Mal ni muy Bien”, y “Ni Totalmente en Desacuerdo ni Totalmente de Acuerdo” y, el valor 3 para las categorías “Muy igualadas”, “Alto”, “Mucho”, “Muy buena”, “Muy bien” y, “Totalmente de acuerdo”. Siendo ahora el valor máximo del cuestionario de 48 puntos, y el mínimo de 16 puntos.

Tabla 15. Escala INCINS recodificada.

PUNTUACIÓN INCINS recodificada	1 (INCINS 1 y 2)	2 (INCINS 3)	3 (INCINS 4 y 5)
CATEGORÍAS	“Muy jerarquizadas”, “Bajo”, “Poco”, “Muy Mala”, “Muy Mal” y “Totalmente en Desacuerdo”	“Ni Muy jerarquizadas ni Muy igualadas”, “Ni muy bajo ni Muy alto”, “Ni Poco ni Mucho”, Ni Muy Mala ni Muy Buena”, “Ni muy Mal ni muy Bien”, y “Ni Totalmente en Desacuerdo ni Totalmente de Acuerdo”	“Muy igualadas”, “Alto”, “Mucho”, “Muy buena”, “Muy bien” y, “Totalmente de acuerdo”

Paso 2: Clasificación de los comentarios del GD en las 3 categorías de la INCINS

Para la clasificación, primero hemos analizado el significado de cada comentario y los hemos agrupado en los temas principales que componen los cuatro factores de la INCINS: la colaboración, las actividades compartidas, la percepción de los pacientes y la apreciación global. A continuación, hemos clasificado los comentarios entre los ítems de cada factor en función de sus significados, para finalmente poder asignar a cada comentario una de las tres categorías de la INCINS recodificada.

Paso 3: Medición de grado de concordancia/correspondencia

La comparación entre las dos fases del estudio se establece entonces a partir de los resultados de la INCINS recodificada, que permite medir los grados de

concordancia entre los factores e ítems de la INCINS y los comentarios de los participantes en el Grupo de Discusión.

El grado de concordancia se ha fijado en función de la correspondencia encontrada entre los porcentajes obtenidos en cada puntuación y la puntuación obtenida para cada uno de los 16 ítems del cuestionario INCINS.

Entendiendo por correspondencia, la situación en que el mismo ítem recibe igual puntuación (1,2 o 3 pts.) y porcentaje (más alto, medio, más bajo) en las dos fases, hablaremos de Concordancia alta (+++): cuando el ítem obtiene en las dos fases el mismo porcentaje para la misma categoría; Concordancia media (++): cuando al menos en una de las dos fases, el ítem obtiene el mayor porcentaje para la categoría intermedia (2 puntos), y Concordancia baja(+): cuando el ítem obtiene porcentajes y puntuaciones opuestos en las dos fases, es decir que el mismo ítem en la Fase I obtenga el mayor porcentaje y puntuación y en la Fase II obtenga el menor porcentaje y la puntuación más baja

Tabla 16. Posibilidades de grados de concordancia entre Fase I y Fase II por cada ítem.

%/pts.		FASE II									
		MAYOR PORCENTAJE			INTERMEDIO PORCENTAJE			MENOR PORCENTAJE			
		>% 1	>% 2	>% 3	=% 1	=% 2	=% 3	<% 1	<% 2	<% 3	
FASE II	MAYOR PORCENTAJE	>% 1	+++	++	+						
		>% 2	++	+++	++						
		>% 3	+	++	+++						
	INTERMEDIO PORCENTAJE	=% 1				+++	++	+			
		=% 2				++	+++	++			
		=% 3				+	++	+++			
	MENOR PORCENTAJE	<% 1							+++	++	+
		<% 2							++	+++	++
		<% 3							+	++	+++

4. RESULTADOS

Este apartado está organizado en tres subapartados. En el primer subapartado se presentan los resultados obtenidos del estudio cuantitativo, fruto del estudio de la Colaboración Interprofesional en el contexto de Cuidados Intensivos.

El segundo subapartado presenta los resultados obtenidos en la fase cualitativa, consecuencia de la realización del grupo de discusión con enfermeras de UCI sobre la experiencia y vivencia de colaboración interprofesional.

En el tercer subapartado se presentan los resultados del proceso comparativo entre la fase cuantitativa y cualitativa que ha permitido identificar las coincidencias, divergencias entre ambas.

4.1. Resultados derivados de la Fase I

En este subapartado se presentan los resultados obtenidos en la fase cuantitativa de la tesis. Con ellos pretendemos analizar la Intensidad de Colaboración (IdC) interprofesional en UCI según la aplicación de la INCINS al tiempo que conocer las características sociodemográficas, profesionales, de formación y de satisfacción de los participantes para poder así determinar la existencia o no de relaciones entre ellas. Los resultados los encontramos organizados en tres subapartados.

El primero ofrece la descripción detallada del perfil de los profesionales que participaron en el estudio indicando la frecuencia, porcentaje i desviación estándar de cada variable correspondiente a las características sociodemográficas, profesionales, formativas y de satisfacción profesional.

En segundo apartado se exponen los resultados psicométricos de la aplicación de la herramienta INCINS que hemos utilizado para el estudio de la Intensidad de Colaboración Interprofesional en el contexto de UCI, y la descripción de los resultados para los 4 factores y para los 17 ítems de dicha herramienta.

Por último, en el tercer apartado se analiza la relación entre la Intensidad de Colaboración de la INCINS y las diferentes variables asociadas.

4.1.1. Descripción de la muestra

Se recogieron 110 cuestionarios de un total 147 entregados siendo la tasa de respuesta del 75%. De los cuestionarios recogidos, 8 no estaban rellenos. La

muestra final de estudio corresponde a 102 profesionales sanitarios constituidos por 91 enfermeras, de las cuales, la mayoría eran asistenciales (89.2%) y 11 médicos, de los cuales, la mayoría eran adjuntos (10.8%).

La Tabla 17 muestra las características sociodemográficas y profesionales. La edad media de los participantes fue de 41,73 años (DE: 9,9) y el 84.3% fueron mujeres (n=86). El 50,98% estaban casados y el resto estaban solteros, separados o divorciados. La media de los años de experiencia en la profesión fue de 18,3 (DE 9,7) años y en el puesto actual de 9,8 (DE 8,1) años.

En cuanto a las características del puesto de trabajo, el turno que más ha participado es el de mañana (31.4% que incluye la mayoría de los médicos). El 84,3% de los profesionales son titulares y el 87,3% tienen horario fijo.

Tabla17. Características sociodemográficas y profesionales (n=102).

		n (%)
Edad		41,73 (9.9)
<i>Media (DE)</i>		
Sexo	Hombre	16 (15.7%)
	Mujer	86 (84.3%)
Profesión y características del puesto	Coordinadora/Supervisora	4 (3.9%)
	Enfermera asistencial	87 (85.3%)
	Médico adjunto	9 (8.8%)
	Médico con contrato de guardias	2 (2.0%)
Turno	Mañana	32 (31.4%)
	Tarde	18 (17.6%)
	Fin de semana	7 (6.9%)
	Noche	38 (37.3%)
	Otros	7 (6.9%)
Antigüedad en UCI		9,77 (8.1)
<i>Media (DE)</i>		
Antigüedad profesional		18.03 (9.7)
<i>Media (DE)</i>		
Inicio en la profesión		22.64 (3.56)
<i>Media (DE)</i>		
Horario	Fijo	89 (87.3%)
	Rotatorio	6 (5.9%)
	Otros	7 (6.9%)
Situación administrativa	Plaza en propiedad	86 (84.3%)
	Interino	1 (1.0%)
	Contrato temporal	15 (14.7%)
Salario	Menos 1500 €	13 (12.7%)
	De 1500 a 2000 €	55 (53.9%)

De 2000 a 2500 €	26 (25.5%)
De 2500 a 3000 €	4 (3.9%)
De 3500 a 4000 €	2 (2%)
Más de 4000 €	2 (2%)

DE: Desviación estándar

En cuanto a las características formativas, el 67,6% tiene formación post-universitaria y el 32,4% restante tiene grado, diplomatura, licenciatura o ambas de éstas dos últimas. En los últimos 3 años el 15,7 % no han realizado ningún curso de formación, el 55.9% ha realizado de 1-4 y el 28,4% ha participado en más de 4 cursos de formación.

La mayoría de los profesionales no ha publicado ningún artículo (69,6%). Además, el 55,9% no ha desarrollado ningún proyecto de investigación y el 61,8% no ha presentado ninguna comunicación en reuniones científicas.

Tabla 18. Características formativas de la muestra (n=102).

		n (%)
Grado académico	Otra licenciatura	5 (4.9%)
	Postgrado	30 (29.4%)
	Máster oficial o especialidad	31 (30.4%)
	Doctor	6 (5.9%)
	Ninguno	30 (29.4%)
Cursos formativos	Ninguno	16 (15.7%)
	Entre 1 y 2	30 (29.4%)
	Entre 3 y 4	27 (26.5%)
	Más de 4	29 (28.4%)
Artículos publicados	Ninguno	71(69.6%)
	Entre 1 y 2	22 (21.6%)
	Entre 3 y 4	3 (2.9%)
	Más de 4	6 (5.9%)
Proyectos de investigación	Ninguno	57 (55.9%)
	Entre 1 y 2	40 (39.2%)
	Entre 3 y 4	3 (2.9%)
	Más de 4	2 (2.0%)
Reuniones científicas	Ninguno	28 (27.5%)
	Entre 1 y 2	42 (41.2%)
	Entre 3 y 4	15 (12.7%)
	Más de 4	19 (18.6%)
Presentación comunicaciones	Ninguno	63 (61.8%)
	Entre 1 y 2	29 (28.4%)

Entre 3 y 4	5 (4.9%)
Más de 4	5 (4.9%)

La Tabla 19 muestra los resultados de las características de la muestra relacionadas con la satisfacción profesional. Los principales motivos de elección de la profesión fueron la influencia de la familia (29.4%), el reconocimiento profesional (30.4%) y por vocación (29.4%).

Casi el 70% de los profesionales referían seguir con la profesión por satisfacción personal y el 81.3% de los profesionales se muestran entre muy satisfechos y moderadamente satisfechos con la profesión escogida.

Tabla 19. Variables relacionadas con la satisfacción profesional.

		n (%)
Motivos elección profesión	Salario	5 (4.9%)
	Influencia familia	30 (29.4%)
	Reconocimiento profesional	31 (30.4%)
	Corta duración de los estudios	6 (5.9%)
	Vocación	30 (29.4%)
	Por seguir la tradición familiar	11 (10.8%)
	Facilidad para encontrar trabajo	5 (4.9%)
	Imposibilidad de acceder a la carrera deseada	7 (6.9%)
Motivos seguir en la profesión	Salario	6 (5.9%)
	Reconocimiento profesional	1 (1%)
	Me gusta/ me satisface	71 (69.6%)
	Por seguir la tradición familiar	12 (11.8%)
	Facilidad para encontrar trabajo	4 (3.9%)
	Imposibilidad de acceder a otro trabajo	8 (7.8%)
Satisfacción con la elección	Muy satisfecho	34 (33.3%)
	Moderadamente satisfecho	49 (48.0%)
	Algo insatisfecho	18 (17.6%)
	Muy insatisfecho	1 (1.0%)

4.1.2. Intensidad de Colaboración Interprofesional en Salud

Las evidencias psicométricas en el contexto de estudio mostraron un α de Cronbach para la escala total de 0,87 y para cada uno de los factores fue de 0,86 en Coordinación, 0,87 Opinión percepción del paciente, 0,86 en Actividades compartidas y 0,87 en Apreciación global. Estos 4 factores explican el 61,48%

de la varianza total según el análisis factorial en componentes principales y con rotación Varimax.

La media de la INCINS global fue de 50.9 (DE 9,1). Se obtuvieron 15.1 (DE 3.5) puntos en el factor Coordinación, 7.3 (DE: 1.7) en Opinión sobre la percepción del paciente, 19.4 (DE: 4.3) puntos en Actividades compartidas y 8.8 (DE: 1.8) puntos en Apreciación global. La Tabla 4 muestra los descriptivos de los ítems que conforman la Escala de la Intensidad de colaboración interprofesional en salud (INCINS), agrupados en sus cuatro factores: Coordinación, Actividades compartidas, Opinión percepción de los pacientes y Apreciación global.

Como síntesis de la Tabla 21 por factores e ítems, se observa que:

Factor Coordinación (ítems v4, v6, v7, v8 y v9): el ítem v4: -¿En qué medida los distintos grupos de profesionales del equipo se esfuerzan en evitar conflictos en cuanto al reparto de actividades y de responsabilidades?, el mayor acuerdo (35,3%) está puntuado con un 4 sobre 5 seguido de un 29,4% para las puntuaciones 3 y 2 sobre 5; el ítem v6: -¿Cómo se comparten las responsabilidades entre los distintos profesionales que forman el equipo?, el mayor porcentaje de acuerdo (46,1%) obtiene una puntuación de 3 sobre 5, seguido de un 34,3% puntuado con un 4 sobre 5; el ítem v7: -En general, ¿cómo se establece el plan diario de trabajo en común de los profesionales del equipo?, el mayor porcentaje acuerdo (43,1%), está puntuando con un 3 sobre 5, seguido del 29,4% que ha puntuado 4 sobre 5; el ítem v8: -En el funcionamiento diario del equipo, ¿cómo se integran las actividades de colaboración entre los distintos profesionales del equipo?, el mayor porcentaje de acuerdo alcanza el 30,4% y puntúa 3 sobre 5 y dos porcentajes iguales (25%) para las puntuaciones 2 y 4 sobre 5; el ítem v9: -¿cómo se coordinan las distintas actividades que realizan los profesionales del equipo sobre un mismo paciente?, el mayor porcentaje de acuerdo alcanza el 46,1% y puntúa un 3 sobre 5. El 24,5% lo valora con un 4 sobre 5 y el 19,6% con un 2 sobre 5.

En resumen, en el factor Coordinación, el mayor nivel de acuerdo (46,1%) de los profesionales está en considerar que el grado en que se comparten las responsabilidades entre los distintos profesionales del equipo y la coordinación de las actividades sobre un mismo paciente, con una puntuación de 3 sobre 5.

Seguido del 43,1% que consideran con un 3 sobre 5 el grado en que establecen en común el plan diario de trabajo. El 35,3% valora el grado de esfuerzos que realizan para evitar conflictos respecto al reparto de actividades y responsabilidades con un 2 sobre 5, y el 30,4% considera que la integración de las actividades de colaboración en el funcionamiento diario del equipo es de 3 sobre 5.

Factor Actividades compartidas (ítems v11, v12, v13, v14, v15 y v16): el ítem v11: -Los profesionales del equipo tienen en cuenta los datos recogidos por los otros grupos profesionales, observamos que existe una tendencia descendiente entre los tres valores centrales, de tal modo que, el mayor acuerdo alcanza el 35,3% puntuando 4 puntos sobre 5, seguido del 29,4% con 3 puntos sobre 5 y el 23,5% que puntúa 2 sobre 5; el ítem v12: -Los profesionales del equipo toleran fácilmente la existencia de actividades cuya responsabilidad de llevarlas a cabo no está definida claramente, el mayor porcentaje de acuerdo (41,2%) obtiene una puntuación de 3 sobre 5, seguido de un 39,2% puntuado con un 2 sobre 5; el ítem v13: -Los profesionales del equipo colaboran entre ellos para elaborar un plan común de intervención, observamos dos porcentajes iguales (30,4%) para las puntuaciones 3 y 4 sobre 5, y un 24,5% puntúa 2 sobre 5; el ítem v14: - Cuando es necesario, los distintos grupos de profesionales del equipo se piden apoyo profesional (consejo, opinión, etc.) entre ellos, el 40,2% puntúa un 4 sobre 5, y el 31,4% un 3 sobre 5; el ítem v15: -Los profesionales del equipo intercambian entre ellos información relativa a un mismo paciente, el mayor porcentaje de acuerdo (43,1%) obtiene una puntuación de 4 puntos sobre 5, seguido de un 30,4% puntuado con un 3 sobre 5; el ítem v16: -Los profesionales del equipo cooperan entre ellos para asegurar el seguimiento del paciente, observamos iguales porcentajes (30,4%) para las puntuaciones 4 y 3 puntos sobre 5, seguidos de un 24,5% con 2 puntos sobre 5.

En resumen, en el factor Actividades compartidas, el mayor nivel de acuerdo (43,1%) de los profesionales está en considerar el intercambio de la información de un mismo paciente entre los profesionales del equipo, con una puntuación de 4 sobre 5. Seguido del 41,2% que consideran con un 3 sobre 5 el grado en que los profesionales del equipo toleran fácilmente la existencia de actividades cuya

responsabilidad de llevarlas a cabo no está definida claramente. El 40,2% valora con un 4 sobre 5, que cuando es necesario, los distintos grupos de profesionales del equipo se piden apoyo profesional entre ellos (consejo, opinión, etc.). El 35% de los profesionales consideran con un 4 sobre 5, que el equipo tiene en cuenta los datos recogidos por los otros grupos profesionales, y el mismo porcentaje (30,4%) de profesionales consideran con un 3 y 4 sobre 5, que los profesionales del equipo colaboran entre ellos para elaborar el plan común, y de igual forma cooperan también para asegurar el seguimiento de paciente.

Factor Percepción de los pacientes (ítems v5 y v17): el ítem v5: -¿Cómo cree usted que los pacientes califican la colaboración entre los diferentes profesionales del equipo que les atiende?; el mayor acuerdo (46,1%) está puntuado con un 3 sobre 5 puntos, seguido del 37,3% para las puntuaciones 2 sobre 5; el ítem v17: ¿Cree usted que los pacientes consideran que los profesionales que les atienden realizan su trabajo de forma adecuada, sin perjudicarse mutuamente?; el mayor porcentaje de acuerdo (56,9%) obtiene una puntuación de 3 sobre 5, seguido del 18,6% puntuado con un 4 sobre 5 y un 17,6% un 2 sobre 5.

En resumen, en el factor Opinión de los pacientes, el mayor nivel de acuerdo (56,9%) de los profesionales está en valorar que los pacientes consideran que los profesionales que les atienden realizan su trabajo de forma adecuada, sin perjudicarse mutuamente con una puntuación de 3 sobre 5. Seguido del 46,1% que consideran que el grado en que los profesionales que les atienden realizan su trabajo de forma colaborativa, es de 3 sobre 5.

Factor Apreciación global (ítems v1, v3, y v10): el ítem v1: -Indique en qué medida las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo están muy jerarquizadas o muy igualadas, el mayor acuerdo (36,3%) está puntuado con 3 sobre 5 seguido de un 33,3% para la puntuación 2 sobre 5; el ítem v3: Indique el grado de colaboración que hay entre los profesionales del equipo, el mayor porcentaje de acuerdo (47,1%) obtiene una puntuación de 4 puntos sobre 5 seguido del 28,4% que puntúa 3 sobre 5; el ítem v10: -Los profesionales del equipo tienen en cuenta el conjunto de necesidades de los pacientes, es decir

las necesidades físicas, psicológicas, sociales, etc., el mayor porcentaje de acuerdo alcanza el 35,3% para la puntuación 3 sobre 5 y un 32,4% para la puntuación 4 sobre 5.

En resumen, en el factor Apreciación global, el mayor nivel de acuerdo (47,1%) de los profesionales está en considerar el grado de colaboración entre los profesionales del equipo con una puntuación de 4 sobre 5. Seguido del 36,3% que consideran que las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo están muy jerarquizadas o muy igualadas con una puntuación de 3 sobre 5. El 35,3% consideran que el grado en que los profesionales del equipo tienen en cuenta el conjunto de necesidades de los pacientes, es decir, las necesidades físicas, psicológicas, sociales, etc., es de 3 sobre 5.

Tabla 20. Intensidad de colaboración interprofesional en salud por factores e ítems.

Descripción de los ítems	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
F1. Coordinación	Poco				Mucho
Ítem 4: ¿En qué medida los distintos grupos de profesionales del equipo se esfuerzan en evitar conflictos en cuanto al reparto de actividades y de responsabilidades?	4 (3.9%)	30 (29.4%)	30 (29.4%)	36 (35.3%)	2 (2%)
Ítem 6. ¿Cómo se comparten las responsabilidades entre los distintos profesionales que forman el equipo?	4 (3.9%)	12 (11.8%)	47 (46.1%)	35 (34.3%)	4 (3.9%)
Ítem 7. En general, ¿cómo se establece el plan diario de trabajo en común de los profesionales del equipo?	5 (4.%)	17 (16.7%)	44 (43.1%)	30 (29.4%)	5 (4.9%)
Ítem 8. En el funcionamiento diario del equipo, ¿cómo se integran las actividades de colaboración entre los distintos profesionales del equipo? (p. ej., sesiones comunes, pases de visita comunes, etc.)	15 (14.7%)	26 (25.5%)	31 (30.4%)	26 (25.5%)	4 (3.9%)
Ítem 9. ¿Cómo se coordinan las distintas actividades que realizan los profesionales del equipo sobre un mismo paciente?	4 (3.9%)	20 (19.6%)	47 (46.1%)	25 (24.5%)	4 (3.9%)
F2. Actividades compartidas	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
Ítem 11. Los profesionales del equipo tienen en cuenta los datos recogidos por los otros grupos profesionales	5 (4.9%)	24 ((23.5)	30 (29.4%)	36 (35.3%)	7 (6.9%)
Ítem 12. Los profesionales del equipo toleran fácilmente la existencia de actividades cuya responsabilidad de llevarlas a cabo no está definida claramente	3 (2.9%)	40 (39.2%)	42 (41,2%)	13 (12.7%)	2 (2%)

Ítem 13. Los profesionales del equipo colaboran entre ellos para elaborar un plan común de intervención	10 (9.8%)	25 (24.5%)	31 (30.4%)	31 (30.4%)	4 (3.9%)
Ítem 14. Cuando es necesario, los distintos grupos de profesionales del equipo se piden apoyo profesional (consejo, opinión, etc.) entre ellos	4 (3.9%)	13 (12.7%)	32 (31.4%)	41 (40.2%)	12 (11,8%)
Ítem 15. Los profesionales del equipo intercambian entre ellos información relativa a un mismo paciente	2(1%)	7 (6.9%)	31 (30.4%)	44 (43.1%)	18 (17,6%)
Ítem 16. Los profesionales del equipo cooperan entre ellos para asegurar el seguimiento del paciente	10 (9.8%)	25 (24.5%)	31 (30.4%)	31 (30.4%)	4 (3.9%)
F3. Opinión de la percepción de los pacientes	Muy mala				Muy buena
Ítem 5. ¿Cómo cree usted que los pacientes califican la colaboración entre los diferentes profesionales del equipo que les atiende?	4 (3.9%)	4 (3,9%)	38 (37.3%)	47 (46.1%)	9 (8.8%)
	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
Ítem 17. ¿Cree usted que los pacientes consideran que los profesionales que les atienden realizan su trabajo de forma adecuada, sin perjudicarse mutuamente	3 (2,9%)	4 (3.9%)	18 (17.6%)	58 (56.9%)	19 (18.6%)
F4. Apreciación global	Muy jerarquizada				Nada jerarquizada
Ítem 1. Indique en qué medida las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo están muy jerarquizadas o muy igualadas	15 (14.7%)	34 (33.3%)	37 (36.3%)	16 (15.7%)	-
	Escaso				Alto
Ítem 3. Indique el grado de colaboración que hay entre los profesionales del equipo	1 (1%)	17 (16,7%)	29 (28.4%)	48 (47.0%)	7 (6.9%)
	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
Ítem 10. Los profesionales del equipo tienen en cuenta el conjunto de necesidades de los pacientes, es decir las necesidades físicas, psicológicas, sociales, etc.	4 (3.9%)	23 (22.5%)	36 (35.3%)	33 (32.4%)	6 (5.9%)
TOTAL INCINS					
<i>INCINS: Intensidad de Colaboración Interprofesional en Salud</i>					

4.1.3. Intensidad de Colaboración Interprofesional y variables asociadas

La tabla 21, muestra las diferencias en las puntuaciones de la INCINS global y por factores en función de las características sociodemográficas y profesionales de la muestra. Las comparaciones múltiples 2 a 2 realizadas no se muestran en la tabla.

Tabla 21. Relación entre la INCINS y las variables sociodemográficas y profesionales.

INCINS		Total	Coordinación	Opp	AAcc	Ag
		p-valor ^{1,2} media (SD)	p-valor ^{1,2} media (SD)	p-valor ^{1,2} media (SD)	p-valor ^{1,2} media (SD)	p-valor ^{1,2} media (SD)
		0.011 ^{*1}	0.076 ²	0.059 ²	0.031 ^{*1}	0.072 ²
Edad	23-30 años	52.87 (8.12)	14.93 (3.90); 14 (4.5)	7.87 (1.19)	20.67 (3.56)	8.80 (1.74)
	31-40 años	53.88 (8.76)	16.33 (3.57); 16 (4.0)	7.73 (1.04)	20.36 (4.43)	9.18 (1.74)
	41-50 años	46.85 (9.16)	14.09 (3.19); 14 (4.0)	6.73 (1.82)	17.61 (4.74)	8.12 (1.69)
	51-63 años	51.05 (8.19)	14.95 (3.35); 16 (4.0)	7.09 (2.51)	19.67 (3.10)	9.10 (1.79); 9 (3.0)
		0.006 ^{*2}	0.003 ^{*2}	0.043 ^{*2}	0.126 ²	0.019 ^{*2}
Sexo	Hombre	49.83 (8.92)	14.71 (3.52)	7.15 (1.76)	19.05 (4.15)	8.64 (1.85)
	Mujer	56.50 (7.88)	17.31 (2.75)	8.06 (1.53)	21.13 (4.88)	9.44 (1.03)
		0.003 ^{*2}	0.001 ^{*2}	0.672 ²	<0.001 ^{*2}	0.009 ^{*2}
Profesión	Enfermera	49.91 (8.77); 50 (12.0)	14.75 (3.45); 15 (5.0)	7.26 (1.72); 8 (1.0)	18.97 (4.31); 19 (6.0)	8.64 (1.79); 9 (3.0)
	Médico	58.82 (7.67); 59 (3.5)	18.18 (2.60); 18 (1.5)	7.54 (2.07); 8 (1.5)	22.73 (2.61); 23 (2.0)	9.82 (1.17); 10 (1.0)
		0.687 ²	0.316 ²	0.384 ²	0.915 ²	0.584 ²
Turno	Mañana	51.14 (8.81)	14.96 (3.31)	7.21 (1.47)	19.82 (4.19)	8.79 (1.64)
	Tarde	49.42 (7.24)	14.37 (2.91)	7.11 (1.24)	18.58 (3.34)	9.16 (1.77)
	Fin de semana	53.86 (4.18)	15.71 (2.93)	7.71 (0.95)	21.00 (2.38)	9.00 (1.29)
	Noche	49.76 (10.91)	15.13 (4.13)	7.08 (2.25)	18.82 (5.29)	8.39 (2.07)
	Otros	55.00 (6.86)	16.50 (3.21)	8.40 (1.26)	20.60 (2.88)	9.20 (0.92)
		0.182 ^{*2}	0.674 [*]	0.024 [*]	0.148 [*]	0.916 [*]
Antigüedad en UCI	<10 años	52.04 (9.48)	15.25 (3.82)	7.65 (1.37)	19.95 (4.49)	8.78 (1.83)
	>=10 años	49.51 (8.44)	14.96 (3.18)	6.87 (2.07)	18.70 (4.05)	8.74 (1.71)
		0.043 ^{*1}	0.139 ²	0.226 ²	0.099 ²	0.104 ²
Antigüedad profesional	Hasta 10 años	53.96 (8.23)	15.63 (4.05)	7.79 (1.32)	21.04 (3.42)	9.04 (1.60)
	De 11 a 20 años	51.62 (9.13)	15.76 (3.64)	7.44 (1.02)	19.26 (4.51)	8.88 (1.90)
	De 21 a 30 años	47.20 (9.54)	13.87 (3.07)	6.87 (2.21)	18.10 (4.82)	8.13 (1.70)
	De 31 a 40 años	51.64 (7.34)	15.36 (2.76)	7.00 (2.48)	19.50 (3.37)	9.36 (1.65)

INCINS: Intensidad de Colaboración Interprofesional en Salud; Opp: Opinión sobre la percepción del paciente; AAcc: Actividades compartidas; Ag: Apreciación Global; SD: Standard Deviation; *p<0.05; ¹Test ANOVA; ²Test t-Student

Globalmente se observan diferencias en la puntuación total de la INCINS (p=0.011) así como en las AAcc (p=0.031) en función de la edad. Así, se ha observado una relación lineal negativa entre la edad y la puntuación global del INCINS (rho: -0.202, p=0.042).

En las comparaciones 2 a 2 se observa que los profesionales del grupo -de 23 a 30 años- y -de 31 a 40 años- presentan puntuaciones estadísticamente superiores en el factor Opp respecto al grupo -de 41 a 50 años- ($p=0,043$ y $p=0,025$, respectivamente).

Además, el grupo con edades -de 31 a 40 años- presenta valores de Ag superiores ($p=0.029$) respecto al grupo -de 41 a 50 años-. La media de AAcc en los grupos -de 23 a 30 años- y -de 31 a 40 años- es más alta que en el grupo de -41 a 50 años- ($p=0,021$; $p=0,009$ respectivamente).

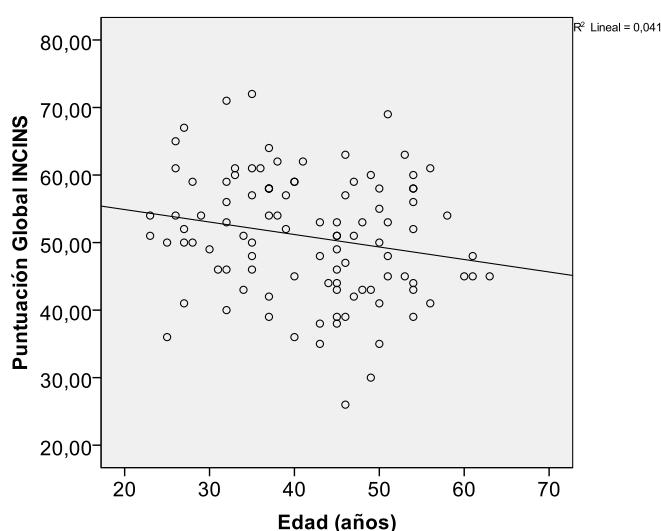


Figura 10. Relación lineal entre edad (años) y la puntuación del INCINS

En cuanto a la variable sexo, los hombres de la muestra mostraban puntuaciones superiores en todos los dominios con $p<0.05$, exceptuando el factor AAcc.

En cuanto a las puntuaciones en función del tipo de profesional cabe decir que debido al limitado número de médicos incluidos, estas asociaciones ponderadas ofrecen solo una tendencia que debe ser confirmada en futuros estudios en los que se incluyan un mayor número de médicos. Los resultados muestran que las puntuaciones del IdC global ($p=0.001$), coordinación ($p=0.002$), AAcc (0.004) y Ag (0.013) son estadísticamente superiores en el grupo de médicos en comparación con el de enfermeras (Figura 11). No se observaron diferencias entre los grupos en la Opp.

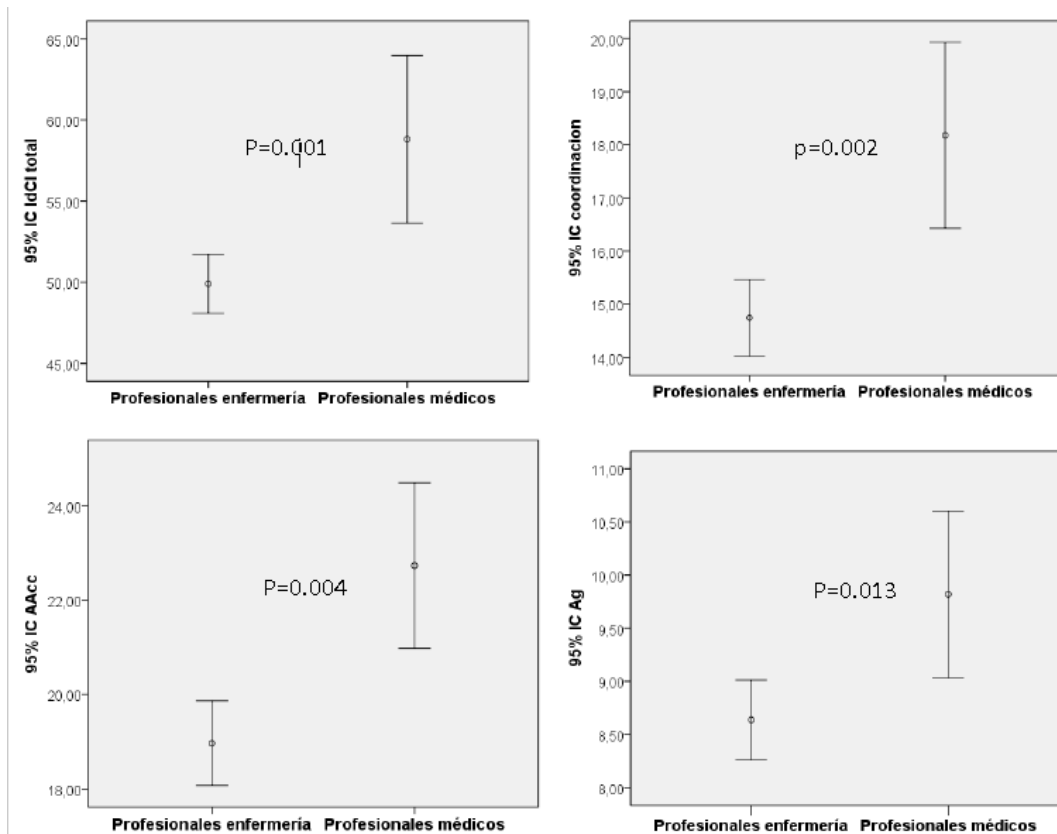


Figura 11. Relación entre profesión y factores de la INCINS.

En lo que se refiere a la relación entre las variables profesionales y la puntuación del NICINS, se observaron relaciones lineales negativas entre los años de experiencia y la puntuación global del INCINS (ρ : -0.202, $p=0.042$) así como en la puntuación del factor Opp (ρ : -0.241, $p=0.015$) (Figuras 12 y 13).

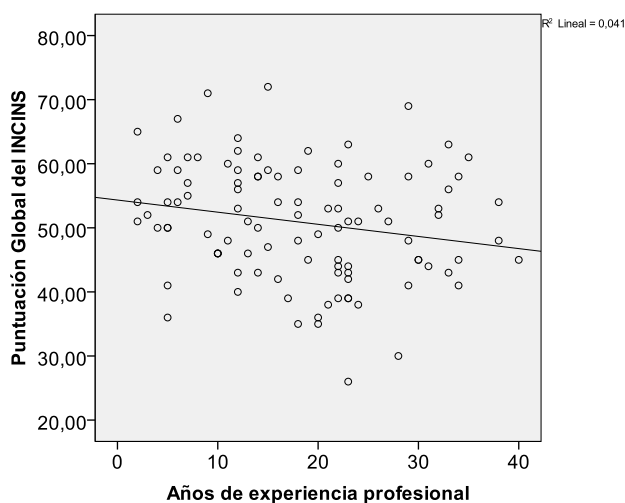


Figura 12. Relación lineal entre años de experiencia y la puntuación global del INCINS

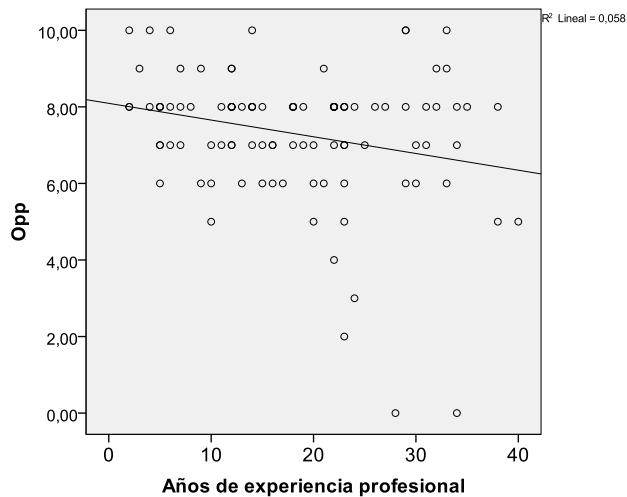


Figura 13. Relación lineal entre años de experiencia y la puntuación del factor “opinión del profesional sobre la percepción del paciente (Opp)”

A nivel global, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los años de experiencia estratificados (< y ≥ 10 años) y la puntuación total del cuestionario siendo superior la media 54 (8,2) en el grupo de profesionales con menos de 10 años de experiencia ($p=0.043$).

Las comparaciones 2 a 2 muestran en este caso que los valores de Ag en el grupo 21 a 30 años- eran inferiores con respecto al grupo – 10 años y el grupo - 31 a 40 años- ($p=0.035$) y ($p=0.037$) respectivamente

En referencia a los años de experiencia en la UCI, se observa una media estadísticamente superior en el caso de los profesionales con <10 años de experiencia para el factor Opps ($p=0.024$). No se obtuvieron diferencias al comparar los grupos 2 a 2. Se observaron relaciones lineales negativas leves entre los años en UCI y los factores AAcc ($\rho: -0.211$, $p=0.033$) y Opp ($\rho: -0.244$, $p=0.014$).

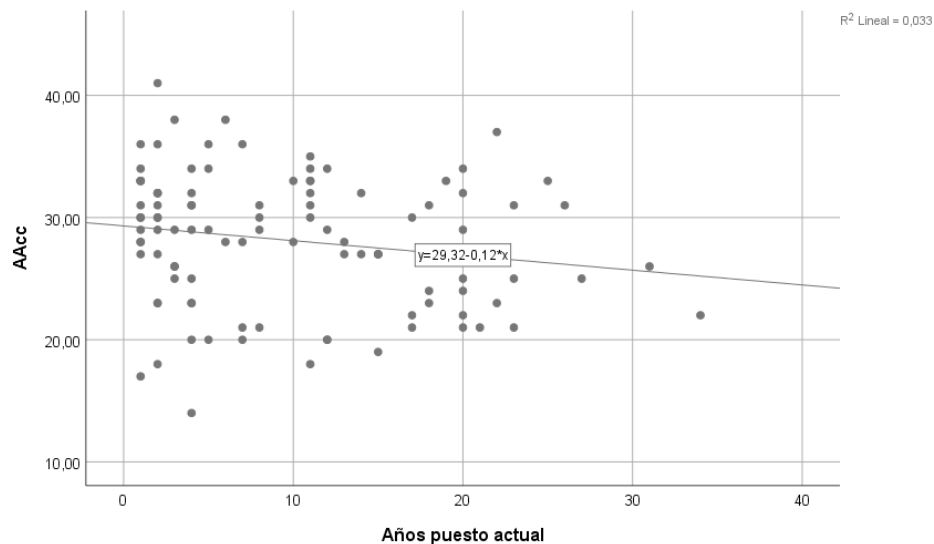


Figura 14. Relación lineal entre años en puesto actual y la puntuación del factor “actividades compartidas (AAcc)”.

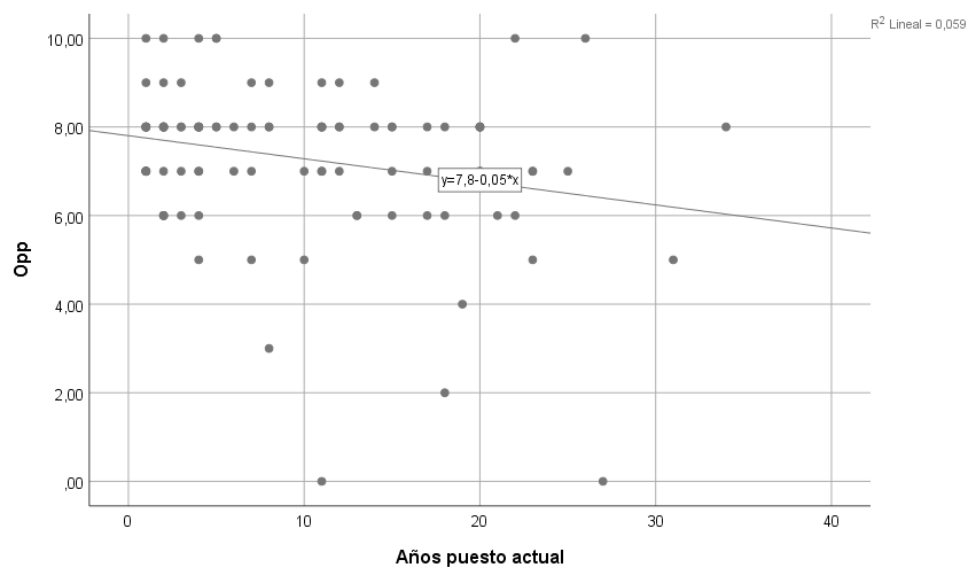


Figura 15. Relación lineal entre años en puesto actual y la puntuación del factor “opinión del profesional sobre la percepción del paciente (Opp)”.

La tabla 22 muestra las diferencias en las puntuaciones de la INCINS global y por factores en función de las variables formativas y de satisfacción de la muestra. Las comparaciones múltiples 2 a 2 realizadas no se muestran en la tabla.

Tabla 22. Relación entre la INCINS y las variables formativas y de satisfacción.

INCINS	Total	Coordinación	Opp	AAcc	Ag
	p-valor ¹	p-valor ¹	p-valor ¹	p-valor ¹	p-valor ¹
	media (SD)	media (SD)	media (SD)	media (SD)	media (SD)
	0.072* ₁	0.205* ₁	0.024* ₁	0.148* ₁	0.916 ₁

Grado académico	Otra licenciatura	55.66 (6.02)	17.00 (3.79)	7.66 (1.21)	21.50 (2.0)	9.16 (1.17)
	Postgrado	48.65 (8.34)	14.38 (3.68)	7.06 (1.60)	18.60 (4.53)	8.26 (1.83)
	Máster oficial o especialidad	52.48 (7.94)	15.26 (3.50)	7.90 (1.58)	20.00 (3.81)	9.10 (1.51)
	Doctorado	59.00 (2.16)	18.00 (2.16)	7.75 (0.50)	22.50 (0.60)	10 (0.82)
	Diplomatura	49.55 (10.06)	15.04 (3.32)	6.77 (2.53)	18.70 (4.9)	8.74 (2.05)
		0.027*¹	0.039*¹	0.002*¹	0.044*¹	0.223¹
N.º de cursos formativos	Ninguno	42.20 (1.79)	13.80 (2.28)	5.00 (2.91)	15.60 (0.89)	7.80 (1.48)
	≥1	51.32 (9.12)	15.63 (3.66)	7.40 (1.55)	19.70 (4.38)	8.73 (1.81)
		<0.001*¹	0.006*¹	0.295¹	<0.001*¹	0.039*¹
N.º de artículos	Ninguno	49.26 (9.01)	14.64 (3.49)	7.24 (1.78)	18.53 (4.36)	8.58 (1.87)
	≥1	56.85 (6.67)	16.98 (3.04)	7.51 (1.62)	22.58 (2.30)	9.45 (1.89)
		<0.001*¹	0.008*¹	0.024*¹	<0.001*¹	0.090¹
N.º de investigaciones	Ninguno	48.59 (9.05)	14.54 (3.38)	6.98 (1.98)	18.24 (4.37)	8.55 (1.90)
	≥1	55.12 (7.38)	16.21 (3.50)	7.81 (0.97)	21.39 (3.56)	9.19 (1.39)
		0.005*¹	0.093¹	0.189¹	0.005*¹	0.053¹
N.º congresos	Ninguno	48.67 (8.76)	15.21 (3.35)	7.08 (2.32)	17.96 (4.41)	8.63 (1.91)
	≥1	51.61 (9.28)	15.24 (3.60)	7.40 (1.55)	19.80 (4.18)	8.78 (1.72)
		0.041*¹	0.496¹	0.320¹	0.005*¹	0.478¹
N.º de comunicaciones	Ninguno	50.12 (9.56)	15.16 (3.63)	7.17 (1.89)	18.7 (4.55)	8.77 (1.93)
	≥1	52.55 (7.81)	15.99 (3.48)	7.43 (1.42)	20.78 (3.38)	8.78 (1.39)
		0.037*¹	0.033*¹	0.535¹	0.095¹	0.070¹
Satisfacción elección	Muy satisfecho	52.35 (8.58)	15.78 (3.61)	7.18 (1.69)	19.93 (3.94)	8.98 (1.56)
	Moderadamente satisfecho	50.83 (9.65)	15.02 (3.52)	7.31 (1.94)	19.38 (4.63)	8.79 (1.90)
	Algo insatisfecho	48.00 (7.26)	13.92 (2.91)	7.67 (1.30)	18.25 (4.24)	8.42 (1.73)
	Muy insatisfecho	39.50 (4.95)	11.50 (3.54)	7.00 (0.00)	15.00 (0.00)	6.00 (0.00)

INCINS: Intensidad de Colaboración Interprofesional en Salud; Opp: Opinión sobre la percepción del paciente; AAC: Actividades compartidas; Ag: Apreciación Global; * $p < 0.05$; ¹Test t-Student;

Globalmente se han observado diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de la INCINS y las variables relacionadas con la actividad investigadora. Los profesionales con una actividad investigadora activa en cuanto a participación en proyectos, publicaciones científicas y otras actividades relacionadas presentaban valores superiores en la puntuación global de la INCINS (todos $p < 0.05$).

Además, estos resultados se replicaban para todas las variables analizadas también en el factor AAC (todos $p < 0.05$). En el resto de los factores se obtuvieron puntuaciones superiores en el grupo de profesionales con actividad investigadora sólo en algunas de las variables analizadas sobre todo en el caso del factor de coordinación. En este factor de coordinación, los profesionales con

cursos de formación, artículos publicados y participación en proyectos presentaban puntuaciones más altas en la INCINS (todos $p < 0.05$).

En relación con la variable de satisfacción del profesional, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la INCINS global y el grado de satisfacción siendo superior la media en el grupo de profesionales muy satisfechos ($p=0.037$). De igual manera se observó una mayor puntuación en el factor coordinación ($p=0.033$) en el grupo de profesionales muy satisfechos. En el resto de los factores no se mostraron diferencias estadísticamente significativas a nivel global. Las comparaciones 2 a 2 solo muestran mayores niveles de Ag en el grupo -Muy satisfechos- en comparación con los -Algo satisfechos- ($p=0.032$)

Modelos multivariados de regresión lineal

Finalmente, se han construido 5 modelos multivariados para la puntuación global de la INCINS y la puntuación de cada uno de los 4 factores.

Se han incluido en los modelos de regresión lineal como variables explicativas, aquellas que han mostrado un p valor < 0.1 en el análisis univariado (edad, sexo, tipo de profesional, años de experiencia, satisfacción y la actividad en investigación- número de artículos publicados ≥ 1).

Los modelos multivariados muestran que el grupo de médicos tiene un mayor nivel de IdC en comparación con el grupo de enfermeras de manera independiente al resto de variables incluidas (b: 6.882, $p=0.037$, IC 95%: 0,425 – 13.210).

De igual manera, los profesionales médicos tienen mayor percepción de coordinación en comparación con las enfermeras de manera independiente al resto de variables (b: 2.999, $p=0.020$, IC95: 0.521-5.524). No se identificaron variables relacionadas de manera independiente con puntuaciones superiores en los factores de Opp, AAcc y Ag.

4.2. Resultados derivados de la Fase II

En este subapartado se presentan los resultados obtenidos en la fase cualitativa de la tesis, con ellos se pretende profundizar en el conocimiento y comprensión de la experiencia de las enfermeras que trabajan en UCI en relación con la colaboración interprofesional. Los resultados se han organizado en tres subapartados.

En el primero, se exponen las opiniones y creencias de las enfermeras teniendo en cuenta los 4 factores de la INCINS utilizado en la primera parte del estudio: la coordinación, la opinión sobre la percepción de colaboración percibida por los pacientes y familiares, las actividades compartidas y la apreciación global.

En el segundo subapartado se presentan las definiciones y concepciones de los dos ejes sobre los que pivotan las vivencias de los informantes con relación a sus experiencias de colaboración interprofesional: la comunicación y el trabajo en equipo.

Finalmente, en el último subapartado se expone los resultados que derivan de la percepción de las enfermeras en relación con la satisfacción profesional y la visión de futuro de esta relación interprofesional.

4.2.1. Opiniones y creencias de las enfermeras relacionadas con la colaboración interprofesional

La coordinación

Las enfermeras de UCI distinguen diferentes tipos de dinámicas de trabajo que determinan la estructuración de las actividades diarias, y diferentes tipos y asunción de responsabilidades. También hablan de los esfuerzos que realizan para conciliar estas actividades.

Así, al explorar las experiencias de las enfermeras respecto a cómo está organizada la dinámica de trabajo diario y las responsabilidades, se identifican los temas (categorías) y los subtemas (códigos) que se presentan en la Tabla 23 y que se comentan a continuación.

Tabla 23. Sistema de categorías y códigos asociados al factor Coordinación.

Concepto	Categorías	Códigos
COORDINACIÓN	LA PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS	Planificación _ conjunta
		Planificación de los objetivos
	PASE DE VISITA	Transferencia_información
		Rol_enfermero
		Pase_conjunto_formalizado
		Pase_conjunto_informal
		Pase_enfermeras
	ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PACIENTE	Relación_colaboración_con_residentes
		Relación_confianza_adjunto
		Indiferencia_trabajo_enfermero
		Conflictos_interprofesionales
		Decisiones_médicas_sin_consenso
		Forma_abordar_conflictos
	RESPONSABILIDADES	Responsabilidades_no_definidas
		Responsabilidades_compartidas
		Responsabilidades_asumidas
		Responsabilidades_desapercibidas

La mayoría de las enfermeras dicen no utilizar un sistema de *planificación conjunta de objetivos* y, en otros casos, afirman que esta planificación depende de la voluntad del médico. El participante 007 lo expresan así:

“Nosotros, no tenemos el sistema este de hacer la ronda diaria, ni de establecer objetivos comunes, ni mucho menos (...) Llegamos por la mañana, entramos, mañana, tarde o noche, te pasan el parte y, a partir de ahí, tú planificas cómo piensas que va a ser tu turno (...). Entonces aparece el médico, bien sea el de guardia o el médico que está habitualmente y a partir de ahí cada uno establece sus estrategias para la tarde, para su turno, para mañana, y más o menos vamos un poco sobre la marcha”. (007)

Las declaraciones de las enfermeras muestran gran variedad en los sistemas de transferencia de la información. Uno de los sistemas es aquel *pase de visita* con ausencia de la enfermera; el otro es aquel *pase conjunto* entre enfermeras y médicos pero que evidencian diferentes valoraciones y vivencias. Las participantes lo expresaban así:

“Otra cosa que creo que es bastante común es el tema de que la visita la pase el residente sólo” (007)

“En la UCI hay un momento en que, que se hace un “pase” con todos los médicos (...) Hay sitios en que, que el “parte” por ejemplo, se hace con los médicos, ¿no? Que alguien lo ha comentado antes y en la sala de reanimación postquirúrgica, por ejemplo, se hace todos conjunto y aquí la comunicación es mucho mejor y yo creo que se puede aprovechar más este concepto de la colaboración.”¹¹
(Hansel)

Por otro lado, se indica el carácter prescindible de la enfermera en los *pases conjuntos*:

“En nuestra UCI también a primera hora sí que se hace un “pase”. No es un “pase” multidisciplinar, interdisciplinar, no, es un “pase de guardia” que se hace invitando a la enfermera por si quiere comentar algo.” (Denzel)

*“A media mañana se hace un *pase conjunto* que es con médico, cada médico explica el paciente a todas las enfermeras (...) muchas veces no podíamos ir porqué la carga de trabajo no nos lo permitía.” (Núria)*

El *pase* entre enfermeras no es común en todas las UCI, y presenta diversos grados de estructuración, desde el más formalizado, como expresa una de las participantes:

*“Nos sentamos en una mesa, en una hora de *pase* y nos explicamos todos los pacientes, así si una se tiene que ir al TAC, el otro paciente que lleva tú lo*

¹¹ Teniendo en cuenta que la tesis está escrita en castellano, se ha decidido traducir aquellos fragmentos de los participantes catalanoparlantes.

puedes asumir de mientras, controlarlo y sabes todo lo que le ha pasado al paciente.” (María)

Hasta un pase más informal o inexistente. Las participantes lo decían así:

“Nos explican un poco cada paciente a grandes trazos.”¹⁸ (Núria)

“Hay 14 pacientes en la UCI, y ha pasado el día y digo, no tengo ni idea de qué hay en el box 2, de quién hay, o qué patología es o cómo se llama (...), pasa algo y digo: no tengo ni idea.” (Dori)

Una de las consecuencias de estos dos tipos de pase conjunto entre enfermeras es el empobrecimiento de la comunicación entre ellas:

“Pero si tampoco entre nosotros no nos comunicamos, qué vamos a querer comunicarnos con los demás (...) también nosotros en este momento no la tenemos, la tuvimos en su momento.” (Dori)

En cuanto al pase de información entre enfermeras en el cambio de turno, se detectan casos en que no se respeta la información o indicaciones planificadas:

“Si, dependiendo de con quién te encuentras o.... puede ser complicado.”¹⁸ (Núria)

“Otro problema que he detectado en las unidades es que no se respeta el traspaso de información enfermera-enfermera.” (007)

En cuanto a las actividades relacionadas con el paciente, algunas enfermeras expresan tener mejor relación de colaboración con los médicos residentes que con los adjuntos. Una participante decía:

“Cuando llevas unos años... para decir mira, piénsatelo porque a lo mejor si lleva tantos días sin deposición, si ya se le hizo un TAC ayer, ya que vamos a tal prueba complementaria, sería buen momento para moverlo...y esto hace que a veces la colaboración con el residente sea un poquito más cercana que con el adjunto.” (007)

Sin embargo, otras reconocen tener una mejor relación de confianza con el médico adjunto y con quien les resulta más fácil la toma de decisiones, incluso llega a consensuar la decisión. Las participantes lo expresaban así:

“(...) yo, por ejemplo, tengo más confianza con el adjunto que es a quien veo diariamente (...) Voy a hablar con el adjunto, me escucha o llegamos a un consenso.” (Núria)

Existe consenso en el grupo sobre el hecho de que los médicos no tienen en cuenta el trabajo enfermero a la hora de decidir o comunicar las prescripciones médicas.

“Que muchas veces vas allá y te dicen: se ha de hacer esto, esto, y esto, y puede ser que no valoren la actividad enfermera, o puede ser, ¡Ostras!, ahora toca la higiene, ¿por qué no lo hacemos todo ahora?.” (Núria)

Las enfermeras nos informan también de la existencia de conflictos intraprofesionales derivados de la disparidad de criterios entre los diferentes profesionales y del grado de experiencia de cada uno de ellos. Por ejemplo, con frecuencia, las decisiones tomadas por el médico residente son rectificadas por el médico adjunto:

“Pasan visita los residentes, los adjuntos vienen más tarde, o a ver cómo va la cosa, y claro, el residente lo ve de una manera y el adjunto después le dice otra cosa, y a veces encuentro que faltaría un poco de cohesión, ¿no?, bueno, de hablar entre ellos.” (Paula)

También ocurre que el médico adjunto toma las decisiones sin consensuar con las enfermeras.

“Cuando hay conflicto de opinión, que el médico decide que se va a llevar esta línea por qué si, por qué lo creo yo, que es bastante habitual.” (007)

En cuanto a la forma de abordar los conflictos, cuando éste se da entre enfermera y médico, el grupo identifica diferentes abordajes, y reconoce que, en general, existen conflictos y que estos no son tratados:

“Hay conflictos, pero, yo creo, yo no he vivido ninguno suficientemente grande como para tratarlo y creo que no, no se tratan.” (Núria)

Además, añaden que cuando se tratan, se recurre a un abordaje de estilo directivo donde la supervisora actúa de intermediaria entre las partes:

“Algún conflicto entre enfermeras sí que he visto, pero normalmente entra la supervisora en juego aquí (...) y la supervisora habla con el médico y entonces se arregla un poco el caso.” (María)

Otras enfermeras aportan una visión más de conjunto y destacan la conflictividad con el equipo y alguna actitud calificada como pasiva y condescendiente:

“La experiencia que tengo es que quien tiene conflictos con los médicos, tiene conflictos con todo el mundo generalmente.” (Dori)

“Pero conflicto así directamente con médicos, (...) y al final acabas haciendo, mira, me doy la media vuelta y..., y no quiero entrar en eso, que dices, forma parte del carácter de esa persona, intento pensar, bueno, ya pasará.” (Dori)

Las enfermeras hablan de las *responsabilidades* propias, de la interdependencia de las responsabilidades compartidas y de las situaciones en que asumen responsabilidades.

Pero la mayor parte de responsabilidades son compartidas. Algunas participantes afirmaban:

“Y luego la responsabilidad compartida, si un paciente tiene dolor, es mi responsabilidad saberlo, preguntárselo y detectar que tiene dolor y luego decírselo al médico para que le prescriba algo.” (Hansel)

“Hay actividades como, por ejemplo, una vía central, nosotras también ponemos. Entonces, cómo lo ves, se la pones tú, se la pongo yo. Muchas veces, bueno, no tengo tiempo, pónsela tu, y tu vale, un poco así.” (Núria)

Incluso las responsabilidades propias, pueden acabar siendo compartidas, aunque en esto no hay un total acuerdo:

“Las responsabilidades también como propias y compartidas (...), por ejemplo, una úlcera. Si se ulcera un paciente es mi responsabilidad que no se ulcere. Mía y de mis compañeros de que no se ulcere. Y luego el tratamiento de esa úlcera. Lo decides tú... O al menos yo lo que he visto (...) Si es un primer o un segundo grado, por ejemplo, todas las cremas se las vas a poner tu sin ninguna prescripción médica. Y luego la responsabilidad compartida, si un paciente tiene dolor, es mi responsabilidad saberlo, preguntárselo y detectarlo que tiene dolor y luego decírselo al médico para que le prescriba algo (...) Hay mucha discusión, pero el tema de las úlceras es totalmente nuestro, aunque no hay una legislación que yo puedo poner X o puedo poner furacine®.” (Hansel)

También se advierte otro nivel de responsabilidad que pasa más desapercibido. Una participante afirmaba:

“Pienso que algunas, que son muy clásicas y las sabemos todos. Pero cuando entramos en terreno un poco... y que hay conflicto, pues como pensamiento crítico, como toma de decisiones y demás (...) Pienso que hay temas que están un poco en medio y que no sabemos muy bien qué, y luego entran otros actores: la supervisora, la coordinadora, el jefe clínico, el jefe asistencial ...son los que se encargan de tomar esas decisiones que no quedan muy claras y a veces tampoco las toman. Es una limitación.” (007)

Y finalmente, las participantes hablan de las responsabilidades que, sin ser propias, se asumen:

“Trabajas por la noche y dices, bueno este paciente está así, le voy a poner este paracetamol y si no, le voy a poner la morfina y a veces no lo tienes pautado. Entonces igual en teoría primero es llamar, porque al fin y al cabo quien prescribe la medicación es el médico. Pero asumimos esas responsabilidades.” (María)

“Nosotras, yo al menos, lo que es administrar medicación, nunca no pautada a no ser que me la digan de voz (...), yo he decidido (...) Recuerda que no me lo has pautado. Pautamelo.” (Núria)

La opinión de las enfermeras sobre la percepción de los pacientes y familiares en relación con la colaboración interprofesional

Las participantes distinguen entre la percepción del paciente y la de la familia. Existe disparidad de criterios entre quienes consideran que el paciente es consciente de las contradicciones o desacuerdos entre los profesionales, y aquellas que relacionan la percepción del paciente en función de la buena o mala evolución de éste.

El grupo relata diferentes situaciones en las que considera que el paciente percibe falta de colaboración entre los profesionales y cómo afecta a la continuidad de los cuidados. Algunos ejemplos se presentan a continuación:

No consensuar las decisiones ni considerar el criterio enfermero:

“Yo creo que los familiares en general sí, pero los pacientes a veces no. Porque viene el médico y le dice: mira, te podrás levantar e ir al lavabo. Y después llega el paciente y te dice quiero ir al lavabo y le dices, mira no, te pondré la cuña porque no te veo para ir al lavabo. Entonces dice, ya pero el médico me ha dicho esto. Entonces creo que el paciente ve un poco esta diferencia.” (María)

No aplicar un mismo plan de cuidados:

“Pienso que sí, que el paciente sí que percibe todas estas situaciones. Incluso que nosotras con los cambios de turno que dicen: esta mañana me lo han hecho así... O por ejemplo la cura de una úlcera. Y dicen: esto no me lo ha hecho así. Y preguntan esta tarde quién viene (...).” (Dori)

Gestión de la información:

“El hecho de que a veces la familia le explica algo el médico, y luego te pregunta a ti si eso puede ser, que ella vea, que pueda haber alguna cosa diferente, alguna discrepancia.” (Hansel)

“El problema es que a veces se crean problemas porque te ven a ti como la mala y queda el médico como el bueno.” (Paula)

Algunas informantes, relacionaron la percepción del paciente y de la familia con las expectativas del paciente al ingreso y con la atención adecuada. Algunas participantes lo expresaban así:

“Depende de las expectativas que tienen y el motivo por el que ingresa en la UCI. Pero yo creo que en general si, que tienen la sensación.” (007)

“(...) al final, el paciente te dice: ¡qué bien has trabajado! Que reconoce.”

“Yo creo que el hecho de que el paciente entre en la UCI y salga bien, les hace ver que el equipo es bueno y que los cuidados han sido buenos. Que se ve que, desde mi percepción, me impresiona mucho. Porque como vino, como está y como se va. Que se iba a morir y sale vivo de aquí y yo creo que el paciente también lo ve y la familia.” (Dori)

También existe diversidad de opiniones sobre si la familia valora sólo lo que ve o si, por el contrario, valora la evolución de los resultados.

“La familia en general si, por que tampoco están allá todo el rato y ni oyen la variedad de opiniones tampoco.” (María)

“Yo pienso que por parte de la familia sí que se detecta que hay una buena cohesión del equipo y demás porque pienso que en los resultados se va viendo. Si va bien, porque va bien, y si va mal, porque ven que la cosa no va bien, será mala (...) Que más o menos los familiares sean...tengan...un médico o dos o tres de referentes.” (007)

“La familia quizá ...ya no lo percibe tanto porque generalmente, salvo casos excepcionales, sólo vienen momentos puntuales.” (Dori)

También consideran y penalizan la variabilidad de profesionales en la transmisión de la información sobre la evolución del paciente:

“(...) y es una unidad muy quirúrgica y los médicos cambian cada día. Hay un referente o coordinador, no sé cómo le llaman, pero claro, quien informa es el médico a quien le toque informar. Y además está el médico...y la familia llegó a decir que no quería hablar con ningún médico más.... pero que con las enfermeras sí quería hablar.” (007)

“Normalmente sí que cambian porque claro, cada día a veces no a todo el mundo le toca cada día (...). Pero las enfermeras sí que estamos mañana, tarde y noche.” (Núria)

“Tiene quizá la percepción más entre los equipos diferentes de médicos. Porque claro está el médico de la UCI, pero luego estar su médico referente que no ha venido y le ha dicho una cosa y luego el otro la ha dicho otra.” (Dori)

Se producen varias reflexiones acerca de ciertas situaciones que podrían crear inquietudes y angustia al paciente como, por ejemplo, hablar entre el equipo de temas médicos en presencia del paciente:

“Se enteran de todo... que a lo mejor a veces no te lo transmiten, pero ya se dan cuenta de todo (...) Y esa descoordinación que hay entre equipo enfermero y médicos quizá somos nosotros los que lo insuflamos. Porque estamos un poco atentos a qué le ha contado el medico (...) Y el paciente yo creo que si que se da cuenta y le creamos mucha inseguridad.” (Dori)

Las actividades compartidas

En este subapartado se exponen las experiencias del grupo de enfermeras ante las actividades que realizan en equipo. Para ello hablan de cómo efectúan la recogida de datos e identificación de problemas, el proceso de toma de decisiones y la planificación de las intervenciones. La Tabla 24, muestra las categorías y códigos relacionados con el concepto de actividades compartidas.

Tabla 24. Sistema de categorías y códigos asociados a Actividades compartidas.

Concepto	Categorías	Códigos
----------	------------	---------

ACTIVIDADES COMPARTIDAS	RECOGIDA DE DATOS E IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS	Historia clínica_no_compartida
		Registros_tipos
		Conductas_reactivas
		Calidad_registros
	TOMA DE DECISIONES	Tolerancia responsabilidades no bien definidas Valoración_conjunta
		Asesora_enfermera_sénior
		Acordar_con_adjunto
	PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS	Participación_enfermera_no
	CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS	Contratación_tipos
		Petición_opinión
		Desacuerdo_provoca_conflicto
		Postura_condescendiente
		Cortesía
		Relación_confianza
		Momento_alta
	INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS	Información_sin_enfermera
Información_conjunta_según_médico		
Información__conjunta_satisfactoria		
Información_enfermera		
Información_conjunta_seguridad		

En cuanto a la recogida de datos e identificación de problemas, la primera evidencia que podemos constatar es que todos los participantes trabajan con un sistema de historia clínica no compartida.

“Nosotras tenemos la parte del curso clínico médico..., después la parte del curso de enfermería y donde escribimos la gráfica.” (María)

“Nosotros no tenemos un sistema unificado de registro de información. El médico escribe en la historia clínica informatizada y nosotros aún seguimos escribiendo en la gráfica, en papel, tipo dossier como decía.” (007)

Y existen diferencias en la implantación de los sistemas de registros, por ejemplo, mientras los médicos disponen de historia clínica informatizada, las enfermeras se encuentran con barreras administrativas para acceder, además de realizar sus registros en papel. Incluso en los casos en que disponen de un soporte informatizado común, el registro se realiza por separado, aunque se puede acceder a toda la información.

“Si nosotros quisiéramos, tenemos la opción de escribir y eso se vuelca directamente a la historia clínica del paciente, pero como pienso, sé que nos lo tienen que autorizar de tan, tan, tan, tan, arriba, como que ya ni te planteas introducir el texto y pasarlo a la historia clínica. Se queda en papel y ya está.” (007)

“Nosotras tenemos un programa que, bueno, que tiene la parte de enfermería y la parte del médico...” (Núria)

“Hay una parte de historia clínica y pestañas para el médico, enfermera y otros profesionales... donde poner el “parte” del día o del turno en este caso. Después, sí que hacemos una valoración, si hacemos un informe de alta por ejemplo, sí que cada uno hace un informe de alta, informe de alta de enfermería o informe de alta del médico.” (Denzel)

“Nos es fácil acceder, tanto ellos a nuestra información como al revés” (Dori)

En la relación interprofesional, el conocimiento y definición de las responsabilidades es primordial para lograr un buen nivel de colaboración.

Las participantes consideran que cuando las responsabilidades no están bien definidas, se producen situaciones que pueden crear confusión:

“Depende del médico, porque sabes que, si hago tal cosa, vale, lo tengo que hacer yo. Pero puede ser que venga el médico y no sé si lo quiere extubar el o lo extubo yo, ¿quién lo hace?” (Denzel)

“A veces, nosotros mismos no lo tenemos claro. Entonces es difícil saber qué es nuestro y qué no cuando nosotros mismos no lo tenemos claro muchas veces.”
(Núria)

También, la constante implementación de la tecnología para el control, seguridad y tratamiento de los pacientes crea nuevos espacios y contextos sobre los que las enfermeras se tienen que responsabilizar:

“Vamos haciendo cosas nuevas, más tecnología, un poco, no cogiendo sus competencias, pero sí ampliando las nuestras con más conocimiento, más maquinaria, no sé, hacer más cosas, pues a veces sí que hay esta dificultad de estas cosas que estoy haciendo de más o de menos. ¿Y esto lo tiene que hacer el médico o yo? (...)” (Denzel)

“Los médicos a veces nos piden una serie de responsabilidades que nosotras no tomamos porque no son nuestras. Ciertas cosas como por ejemplo una asistencia ventricular, bajar las revoluciones y volver a subirlas para hacer lavados. Esto ha sido un tema que (...)” (María)

Recientemente, los temas legales y la aplicación de las nuevas normativas han redefinido responsabilidades que habían sido asumidas:

“Poner una furosemida porque está oligúrico. Ahora ya no lo hacemos, antes sí que lo hacíamos. Ahora ya con el tema este de prescripción y tal ya no nos arriesgamos” (Dori)

En cuanto a saber si los profesionales del equipo tienen en cuenta los datos recogidos por los otros profesionales, las participantes declaran que las enfermeras leen los registros médicos a diario, mientras los médicos no lo hacen o sólo ante la presencia de algún problema.

“(...) cosa que somos nosotros los que accedemos a su información y ellos a la nuestra, no.” (Dori)

“El médico no se lee lo que escribimos, seguro. Quizás alguno haya, pero no, por qué si realmente se lo leyera diría: oye!, esto de aquí, cuándo pasó. Sólo si pasa un problema, entonces sí que van a ver los registros.” (007)

Otra observación que expresan es que la consulta que los médicos realizan de los datos recogidos por las enfermeras es estrictamente instrumental, no consultan la valoración enfermera.

“Los médicos, lo que pasa a veces, como ellos miran la gráfica...miran sólo la gráfica y la medicación. Se basan sólo en esto, pero claro, tipos de úlceras i esto, puede ser tambiéncuando lo tienen, no lo miran, a no ser que nos lo pregunten.” (Paula)

“Y que nosotras intentamos mirar lo que ha escrito el médico porque muchas veces, pues eso, como no llega mucha información, tienes que entrar dentro del programa y leer lo que, la idea, que si vas a los planes que hay para todo el día y demás cosas.” (María)

“Yo por lo menos tengo la costumbre también de mirar, un poco, ... la historia del paciente que a veces cuando te pasan el parte te quedan siempre cositas” (Dori)

Desde el punto de vista de las participantes, esta situación puede producir conductas reactivas. Una participante lo expresaba así:

“Nosotras solemos leer, yo la verdad, no siempre porque igual que ellos no me leen, yo a veces no leo. Y ellos creo que no nos leen, no deben saber ni donde está.” (Núria)

También provoca reflexiones sobre la responsabilidad enfermera en cuanto a la calidad de los registros. Las participantes lo decían así:

“También es verdad que pecamos bastante de registros un poco, no diré precarios per que no, no gusta, pero, flojos (...) creo que un poco un bucle el hecho de que el médico le de poca importancia y acompañado de eso, nosotros tampoco le demos mucha importancia a nuestro propio parte ni lo reivindicamos

ni nada, pues eso hace también que pierda la importancia que tiene (...) Entonces, sí que de cara en cuanto al aspecto más cualitativo de estas cosas, la piel, el moco, la bilis, el residuo gástrico, si la familia viene o no, si hay buena aceptación de la situación y tal, es una parte que sí que intento registrarla. Pienso que es una tarea muy de enfermería... Pero igualmente, bueno, cuesta un poco que...el paso por la tarde, esto era un clásico.” (007)

“En mi unidad, ni apuntan cuando se le puso la vía central, o cuando se le puso una sonda vesical o un...tampoco y también es responsabilidad nuestra.” (Denzel)

En cuanto a la forma en que los profesionales realizan la toma de decisiones, los participantes identifican diferentes modos de proceder aportando a su vez, información sobre las interrelaciones entre enfermera médico-residente y enfermera-médico adjunto. Así, hay enfermeras que dicen participar en la valoración del paciente:

“Entonces tu pactas o estableces estrategias con él, hablas con él, valoramos el paciente juntos” (Núria)

En otros casos, se advierte que la enfermera sénior, desempeña un rol asesor del médico residente.

“(...) y, luego existe el sistema del corre, ve y dile, ¿no? Yo pienso esto, esto y esto, el residente se va al adjunto, le comenta, el adjunto le dice que ...el residente vuelve, lo valora o no y entonces, vuelves a pactar cómo vas a seguir el resto del turno.” (007)

Y en otras ocasiones, la enfermera, ante la falta de entendimiento con el residente, busca directamente al médico adjunto.

“Yo cualquier problema que tengo, le puedo preguntar a los residentes, pero siempre pasan como por encima nuestro... dicen: Bueno, bueno, pero a mi, el adjunto me ha dicho que se ha de hacer esto. Entonces, yo me levanto, voy a hablar con el adjunto.” (Núria)

En cuanto a la planificación de los cuidados, el grupo coincide en que tiene lugar durante la mañana y que en la mayoría de las ocasiones los médicos planifican y comunican las decisiones a pie de cama sin la participación de la enfermera en el plan a seguir y la planificación de las intervenciones a realizar. Ante esta situación, las enfermeras explican diferentes dinámicas:

“Hemos decidido que, tienes que... (...) Hay que destetar al paciente, entonces te vas a tomar el café y cuando vuelves te encuentras al paciente botando en la cama porque alguien ha venido y ha parado las drogas” (Dori)

“Van a la cama y preguntan quién es la enfermera y cuándo ya lo han visto, o lo están mirando, junto contigo, te están informando de lo que harán, cuál es la decisión de aquel día.” (Núria)

Las participantes también identifican los factores que consideran actúan como obstáculos de la continuidad de cuidados. Algunos son factores organizativos del hospital y otros corresponden a la relación interprofesional. Así, las enfermeras identifican obstáculos derivados de los modelos de contratación de profesionales:

“Yo creo que sobre todo, la gente nueva, que, que un día está en un sitio y otro día está en otro, es muy importante que pueda acceder, ya sea al parte, ya sea a la historia que hacen los médicos aunque estén separadas, como la de enfermería, otras gráficas o lo que sea, es muy importante porque si no, no podrías limitarte a hacer tu trabajo pero no del todo bien. Bueno, yo, como nuevo lo hago, porque si no, no tienes ni idea” (Hansel)

“Jo también que voy “pululando”, por tanto, porque no estoy siempre a la misma unidad...como está la historia clínica compartida para mirar la nota de ingreso...mirar cómo ha ido evolucionando con los días...y va bien para hacerte una idea.” (Paula)

También expresan como obstáculo el seguimiento discontinuo del paciente o de un nuevo paciente a causa de las cadencias o características de los turnos.

“Muchas veces la estancia del paciente es corta y si has tenido un día de fiesta o un fin de semana, entonces llegas y ya no está el paciente, ¿no?, hay uno nuevo y bueno, que necesitas esta información” (Hansel)

La continuidad de los cuidados igualmente se ve limitada cuando existe incompatibilidad de sistemas de registro y de acceso a la información dentro del mismo hospital y a nivel de diferentes servicios o niveles asistenciales.

“El acceso a los programas que tenemos para entrar al Gacela, no podemos acceder, no tenemos ni acceso los enfermeros de UCI, no tenemos acceso a las unidades de hospitalización...: ¿cuántos días lleva el catéter?, ¿cuántos días de sonda vesical?, la intervención aquella...” (007)

“Si algún día has de poner un porta-cath o una cosa así, siempre has de recurrir a planta a preguntar: ¡oye!, ¿de cuándo es el catéter que se puso?, y claro, como es un programa que es diferente al de planta y al de UCI...” (María)

“Y esta información se queda aquí, porque cuando se va el paciente a planta no la adjuntamos.” (Irene)

Algunas participantes consideran que entre el equipo interprofesional se comparte poca información del paciente y casi nunca el médico pide opinión o consejo a la enfermera. Ante esta situación algunas participantes afirman que dan su opinión, aunque no se la pidan, aunque en algunas ocasiones pueda crear conflicto:

“(...) se la damos y ya está. “Habíamos pensado extubar este paciente”, ja pero yo no lo acabo de ver, ¿sabes?, y entonces no es que te lo pidan, si no que ya...” (María)

“Pues depende de quien esté, pues bueno, pero...igualmente, o depende de quien haya dice: qué opinas, qué opinas de esto.” (María)

“Según con quien puedes llegar a conflicto porque tú dices no me parece adecuado, pero hay que hacerlo, ¿no?, Ahí es cuando viene el conflicto.” (Dori)

Además, algunas adoptan una postura condescendiente y otras lo ven como un acto de cortesía:

“Depende un poco de cada médico, particularmente de algunos adjuntos, ... si, acabas un poco cediendo cuando te preguntan y das tu contra o das tu opinión, acabas diciendo, bueno si está medio consensuado, extubamos.” (007)

“Yo creo que a veces preguntan porque queda bien preguntar, pero que en realidad lo tienen súper asumido.” (Núria)

Finalmente, algunas participantes creen que depende de experiencias previas y relación de confianza y que, al menos, en el momento del alta debería ser así:

“Yo creo que a veces depende también de la experiencia que ellos tengan con enfermería y con quien se hayan ido encontrando y haya confianza o no para aceptar, no sé, la valoración enfermera o no.” (Núria)

“Yo, primero considero que tampoco tengo una experiencia como para contradecir a ciertas personas, entonces, pues no lo hago. Pero creo que sí, que se debería tener más en cuenta, por ejemplo, en las altas.” (Hansel)

Las experiencias aportadas por las participantes sobre el momento de dar la información a las familias nos informan que existe una información médica y una información enfermera, sólo una enfermera reconoce haber participado en dar la información conjunta a la familia.

Todas coinciden en tener la posibilidad de estar presentes en el momento que el médico informa a la familia y este hecho depende de la voluntad o posibilidad de acudir en ese preciso momento. En general, el médico da la información a la familia y la enfermera, puede estar presente o no. Los participantes lo expresaban así:

“Mi experiencia depende de la situación...normalmente informa el médico, por un lado, pero si lo puedes enganchar...y lo quieres escuchar, lo escuchas (...)

La información importante normalmente, si en ese momento puedes dejar lo que estás haciendo, vas.” (Núria)

“Normalmente es: el médico informa, y después tú si puedes y lo tienes bien, vas y escuchas.” (María)

“En nuestra unidad..., da la información el médico sólo por la mañana, y es opción de la enfermera si quiere estar o no, pero...tu, así corriendo, tampoco.” (Denzel)

“(...) si tú quieres ir puedes ir con el médico a dar la información y nunca nadie te ha prohibido nunca.” (Hansel)

También afirman que cuando el médico considera oportuna la presencia de la enfermera, la información se realiza de forma conjunta, siendo ésta satisfactoria para las enfermeras:

“Si hay alguna cosa importante, pues claro que te avisa, vamos a hablar con los padres sobre la situación del paciente o sobre qué es lo que le haremos.” (Núria)

“En 11 años, una vez me han pedido ir al despacho para hacer la información conjunta.” (María)

“La enfermera y el médico salían a informar a la familia...la experiencia ha sido muy buena (...) Cuando hacíamos la información conjunta, una de las cosas que el médico se despistaba bastante era decir: “¿lo han entendido todo?” pues aquí estabas tú porque veías las cosas y veías (...) La gente de la tarde pienso que notaba más la continuidad de la información.” (007)

Además, algunas participantes consideran que la información enfermera parece tener un carácter más informal y voluntario:

“Es voluntad de la enfermera hacerlo o no.” (Hansel)

“(...) después de la información sí que.... Pero eso es voluntad propia, ¿eh? De preguntar si lo ha entendido, si tiene alguna duda, quieres alguna cosa, qué no va bien...” (Denzel)

Por otro lado, no estar presente en la información médica que reciben los familiares, dificulta a la enfermera poder responder a las preguntas que les plantean los familiares.

“A veces los familiares se van a casa, piensan en lo que les han dicho, luego vuelven y lo que se encuentran, es a ti. Si al menos sabes lo que les han dicho, puedes contestar un poquito más.” (Núria)

Las enfermeras también comentan las dificultades para saber qué información pueden transmitir al paciente cuando no conocen la información que ha dado el médico. Esta situación les genera sentimiento de inseguridad y miedo. Algunas participantes explican su estrategia cuando se encuentra en esta situación:

“Siento miedo por la información que yo puedo dar y la que ha de dar el médico.” (Hansel)

“...da miedo” (Núria)

“Es una cosa que aunque lleves años, te pasa igual (...) Con la experiencia, ya cuando han dado la... información a la familia, si tú has dicho: ha salido?, qué le ha explicado? Esa parte antes a lo mejor no lo hacía, me daba un poco de...” (Dori)

“Por eso está bien pasar visita, bueno, pasar la información junto a los familiares, así sabes lo que puedes decir, lo que no, y esa seguridad.” (Denzel)

La apreciación global

Para abarcar cuestiones de naturaleza más general, se plantea a los participantes que definan las relaciones interprofesionales respecto a compartir una visión holística del paciente, acordar el plan de trabajo diario, y el grado de jerarquización que se establece. La Tabla 25, muestra el sistema de categorías y códigos asociados al cuarto factor denominado Apreciación Global.

Tabla 25. Sistema de categorías y códigos asociados a Apreciación global.

Concepto	Categorías	Códigos
----------	------------	---------

APRECIACIÓN GLOBAL	RELACIÓN INTERPROFESIONAL	Relación_cordial
		Relación_distante
		Relación_jerárquica
		Relación_años de relación
		Relación_según tiempo conjunto
		Relación_según especialidad
		Relación_según edad
	LOS ESPACIOS COMUNES	Lugares_de encuentro
		Lugares_de jerarquización
		Lugares_de descanso
	LAS VISIONES DEL PACIENTE	Visión_holística
		Visión_humanista
		Visión_biologicista

Sobre las relaciones interprofesionales, las enfermeras distinguen entre el contexto profesional y el personal. Una enfermera reconoce tener dificultades para definir cómo es su relación con los médicos, y la identifica como cordial y otra como cordial distante y jerarquizada:

“... una relación cordial, de cómo están tus niños por así decirlo. Pero si, no sabría definir. Una relación. No se. No podría poner un nombre. Ni mal ni bien, una relación (...) no sabría definirla. No sabría.” (Dori)

“En mi caso cordial pero distante. Muy pocos son “colegueo” y jerárquico, bueno, intento que no llegue este tema.” (007)

Uno de los aspectos que influye en la relación, además del profesional, son los años de la relación y el tiempo que se pasa conjuntamente:

“Bueno que tampoco te relacionas mucho sólo a nivel profesional y ya está. Y hay otros que bueno, que los conoces desde hace muchos años y entonces ahí tienes una cierta cordialidad, no sé, pero también por su entendimiento, ¿no? Depende mucho del médico que haya.” (María)

“Entonces, ahora yo creo que tenemos una buena relación.” (Núria)

“Incluso eso, llamarlo relación profesional, porque igual en una jornada de 7 horas puedes sumar una hora que te veas con él (...) Durante las siete horas de la jornada y, eso, que estás en un descanso y con quien te relacionas es con los enfermeros, los auxiliares y el celador o la celadora o quien sea.” (Hansel)

Algunas participantes establecen clasificaciones en función de la especialidad médica y la edad:

“Según la especialidad del médico, nosotros trabajamos con anestesistas y parece que los anestesistas son más simpáticos (...) Los neurocirujanos también son muy majos.” (Denzel)

“Los neurocirujanos es la especialidad más maja que hay (...) Los de abdomen no, los de hígado tampoco.” (007)

“Tenemos diferentes especialidades y hay algunos que son más jóvenes igual más majos, luego otros un poco más estirados.” (María)

La utilización de los espacios comunes permite dar visibilidad a las diferentes relaciones que se establecen en función de los contextos. La cocina u office resulta ser un lugar común, un punto de encuentro, pero también un lugar donde las enfermeras experimentan el sentido de la jerarquización:

“Está claro que compartimos la cocina, entonces siempre estamos.... Hay muchos momentos en los que te encuentras.” (Irene)

“Cuando llega la hora de la comida y se van a comer a la cocina, al office que tenemos y tú por ejemplo, muchas veces decimos vamos a tomar un café y huimos. Es como que estamos invadiendo un espacio privado de ellos (...) Al

revés, si estamos nosotras y vienen siempre aceptas más la llegada, pero al revés que ves como que es, como otro estamento.” (Dori)

En la misma línea, el resto del grupo coincide en que los momentos de encuentro son el desayuno y comida que se producen en la cocina y los momentos de descanso en lugares separados:

“Pero ellos hacen su descanso en su despacho. (...) además ellos tienen su despacho y nosotros tenemos...” (Hansel)

“Los momentos de descanso no, exacto, unos están en el almacén, otros en el office (...) Y sí que es verdad que ellos están en su despacho y nosotras en el almacén.” (Núria)

Respecto a la visión holística del paciente, el grupo ofrece diferentes apreciaciones, mientras unos creen que prima la visión mecanicista sobre la social, otras enfermeras consideran que existe una visión global del paciente:

“En una UCI, se tiene mucho más en cuenta la parte biológica que la social o la psicológica del paciente. La psicología, puede ser un poco, pero la UCI es: te estabilizo, te curo y te vas para la planta (...) “Supongo que podemos hacer el esfuerzo para ver al paciente de una forma holística, pero por el hecho de los cuidados intensivos pues igual es más complicado. No lo sé. (...) ha mejorado mucho. Porque incluso ahora el médico ... te dice: ... llamarlos con tiempo porque la familia viene desde Tarragona.” (007)

“Yo creo que sí. Que sí que se trata de forma holística. Pero si que es verdad, que claro hay que priorizar. Porque mirar algo psicológico cuando es más importante algo biológico. O mirar qué carga de trabajo hay que realizar también.” (Denzel)

“Incluso en ocasiones hay algún conflicto con el médico por el hecho de que tu dejas a la familia, pero el médico no quiere u otros compañeros no quieren que esté la familia.” (Hansel)

En el contexto de la UCI de pediatría, las enfermeras explican su experiencia respecto al rol de la familia como cuidadores y vigilantes, no sólo como acompañantes, recalcando el proyecto de UCI abierta:

“En pediatría no podemos dar de alta un paciente si no están sus familiares, entonces claro, siempre dependemos de que la familia esté en las mejores condiciones. Tenemos unos voluntarios que siempre se ocupan de la familia de los pacientes, de los niños... Entonces, claro, hacemos una visión más holística, claro, es necesario (...) Nosotros, la UCI de 24 horas se abrió hace un año y medio y esto se ha notado... Pero realmente es un poco mejor, excepto en casos puntuales de gente conflictiva. Pero ellos (los familiares), más relajados porque están allí todo el día y ven que no hacemos nada a sus hijos, y se sienten parte de este proceso donde pueden participar porque están muy graves... No podemos abarcar todo porque es mucho trabajo. Lo queremos hacer, pero claro, la carga de trabajo...” (Núria)

4.2.2. Definiendo la Colaboración interprofesional desde el punto de vista de las enfermeras

Del análisis de los resultados, se ha constatado que las enfermeras amplían la definición del concepto de colaboración interprofesional dando prioridad a dos ejes sobre los que centran su discurso: la comunicación y el trabajo en equipo. La Tabla 26 presenta el sistema de categorías y códigos en relación con la definición de la colaboración interprofesional.

Tabla 26. Sistema de categorías y códigos asociados a la definición de colaboración.

Concepto	Categorías	Códigos
COLABORACIÓN	CONCEPTUALIZANDO LA COLABORACIÓN	Definiciones
	EJE COMUNICACIÓN	Falta_escucha
		Sentimientos_tristeza
		Participación_enfermera_poca
	Decisiones médicas_comunicadas_no	

		Información médica_dificultades_obtención
		Confianza
		Comunicación_entre_enfermeras
		Comunicación_entre_residentes y adjuntos
		Estructura y espacio físico_influye
	EJE TRABAJO EN EQUIPO	Relación_jerárquica
	Contexto_cultural	
	Relación_residentes	
	Relación_entre_enfermeras	
	Sentimientos_negativos	

Definiendo la colaboración interprofesional desde la visión de las enfermeras

Las enfermeras, al explicar su conceptualización de la colaboración, nos muestran diferentes formas de entenderla. Algunas participantes, la ven como parte de su trabajo, como un objetivo común y distinguen entre diferentes maneras de ejecutarla. También establecen diferencias entre el concepto y el objetivo de la colaboración y plantean la cuestión del concepto de colaboración desde la perspectiva enfermera frente a la médica. Todas coinciden en que la base de la colaboración es la confianza y el respeto, y en que una de las mayores dificultades es la indefinición de objetivos.

Las enfermeras más jóvenes, aportan una conceptualización académica de la colaboración y la consideran parte de su trabajo:

“Yo entiendo la colaboración como una parte de nuestro trabajo, ¿no?, tenemos las competencias de cada uno, como ya han dicho por aquí, lo que sería un poco el rol autónomo y después está, que es muy necesario, la parte de la colaboración.” (Hansel)

Una informante argumenta que existe un objetivo común porque el objetivo de las enfermeras también es el de los médicos y viceversa; en cambio otras participantes también consideran que la frecuente indefinición de los objetivos es un aspecto que obstaculiza la colaboración.

“El médico, también su objetivo es que esté cómodo, que le ofrezcamos la asistencia de todos los cuidados que le damos nosotras.... Igual que nuestro objetivo también es que tengan un tratamiento, aunque no lo pongamos nosotras.” (Denzel)

“Con la finalidad de conseguir este objetivo común, y a veces, esta línea está, como tú has dicho, un poco así que no se sabe qué es lo común de uno y qué es lo común del otro.” (María)

“Siempre con el respeto y cuidado de tratar con una persona.” (Paula)

“Encuentro que es muy importante lo que has dicho tú sobre el tema del respeto, porque muchas veces has de trabajar con profesionales y eso, creo que la falta de respeto no se ha de dar nunca” (Irene)

Otro informante da respuesta en función de la diferencia entre el concepto y el objetivo de la colaboración:

“También la diferencia entre los conceptos, ... y objetivo. Y yo, además, quizás porque tengo la teoría más reciente, ¿la teoría de la carrera, que diferencio el rol autónomo y el rol de colaboración no?, y entonces nosotros tenemos nuestros propios objetivos dentro del rol autónomo y dentro del rol de colaboración igual pues una finalidad junto con el médico, que sería un poco el 50-50. Y bueno eso, simplemente quiero destacar pues que yo veo como dos partes, todo lo que hacemos con el médico y todo lo que hacemos pues que forma parte más del trabajo nuestro y sólo nuestro” (Hansel)

También hay quien considera que, pese a compartir un objetivo común, no existe acuerdo en la forma de llevarlo a cabo y lo definen como problemático:

“Porque yo creo que el objetivo en sí es el mismo, es que el paciente se cure, o al menos se restablezca, pero el problema es cómo llegamos a eso (...) Es que cada uno desde sus propias competencias, tiene una forma de llegar a ese objetivo.” (Dori)

El grupo de enfermeras más experimentadas plantea la cuestión del concepto colaboración desde la perspectiva enfermera frente a la médica, aunque existe acuerdo en que cada profesional aporta sus conocimientos, habilidades y competencias para lograr el objetivo común.

“Pienso que a veces hay un pequeño problema con este término de la colaboración, que es, qué entendemos nosotros por colaboración como enfermeros, qué entiende el médico que la enfermera/o le ha de ofrecer como colaboración.” (007)

“Cada uno con sus capacidades, con sus actitudes y con sus...con todo lo que conoce, poder llegar todos al mismo objetivo.” (Denzel)

“Cada persona aporta conocimientos expertos, experiencias, con la finalidad de conseguir este objetivo común.” (María)

Así, cuando no se comunican los objetivos entre los diferentes profesionales, la colaboración se debilita. Esto se puede dar tanto a nivel interprofesional como intraprofesional.

“Pienso que cada profesión tiene diferentes objetivos, entonces pienso que llega un punto en que en función del objetivo que tiene cada profesión, la colaboración se va rompiendo un poco (...) Me he encontrado muchas veces que tu objetivo es uno y viene otro profesional, sobre todo en la UCI, sabéis que tenemos muchos profesionales a la vez: el cirujano que tenemos, el residente, el residente de cirugía que depende de su jefe, etc.” (007)

La comunicación y el trabajo en equipo: ejes centrales de la colaboración interprofesional

Las enfermeras identifican dos ejes principales de la colaboración interprofesional: la comunicación y el trabajo en equipo. En cuanto al primer eje, la comunicación está relacionada con la forma en que se transmite la información, se hace partícipe de lo que ocurre, de la voluntad de una acción o decisión, o de consultar un parecer. Las vías más comúnmente utilizadas son la oral y la escrita. Una participante afirmaba:

“Creo que la comunicación es de las cosas más importantes, el poder comunicarse de lo que toca y con quien toca” (Núria)

Las experiencias que el grupo de informantes aportan con relación a la comunicación interprofesional tienen que ver con los espacios en que se produce la comunicación, estos son: el lugar o dependencias de la UCI (habitación del paciente, despacho, control de enfermería, cocina, pasillo.....), el momento (pase de visita, durante la realización de las dinámicas propias de trabajo, momentos de relax, vía escrita....), y las características personales y culturales tanto de la enfermera como del médico.

Las enfermeras parecen tener asumido que sus comentarios no siempre son escuchados y aunque les produzca tristeza, no los dejan de comunicar. Algunas participantes lo expresaban así:

“Comentas las cosas y dices, bueno, no te han escuchado en cierta manera, dices bueno, ellos sabrán, ellos son los que pautan las medicaciones o lo que sea (...) Pero la mayoría de las veces yo creo que sí, que cuando comentas cosas o propones o participas en la curación de este paciente pues quiero pensar que sí, que normalmente te escuchan.” (María)

“(...) y a lo mejor tenemos que cosas que ellos no ven porque no están 24 horas al lado del paciente, lo detectas tú por las heces, por un hematoma gigante en la espalda, etc.” (007)

“Me parece triste ...que tenga que recurrir a mirar el informe del médico, por qué no tengo una comunicación con él..., que tenga que leer: el plan de evolución es que hoy bajaremos al TAC, y dices, ¡anda!, ¡vamos a bajar al TAC!, lo tengo que leer (...) Es que, si no hay ningún feedback, es decir así no hay, no hay.” (Dori)

Una enfermera explica que el pase de guardia se convierta en un pase de visita donde la presencia de la enfermera tiene escaso protagonismo y no siempre la información que se trata es de interés mutuo:

“(...) que no comenta nada porque aquello es una mesa redonda y tu estás allá detrás a tres kilómetros, es decir, que ya mucho espacio de comunicación no es

y porque ya estás en esta situación en la cual, si me pregunta, le respondo, si no, escucho la información que me interesa y ya está. Qua a veces hay información que tampoco me interesa y la que me interesa, no la dicen.” (Denzel))

Las participantes consideran que cuando el pase a pie de cama se realiza con ausencia de la enfermera e informa directamente al paciente, el médico no comunica posteriormente el plan terapéutico o los cambios en el tratamiento a la enfermera:

“Después te encuentras las órdenes de las médicos cambiadas en el ordenador, pero nadie te ha dicho que cambiase la pauta, ni que..., i no hemos podido, puede ser que durante el día no haya hablado con algún médico y dicho: ¿cuáles son los cambios?, ¿qué plan hay, qué hacemos?, eh!, ¿qué curas necesitamos?, si no que cada uno hace su trabajo y ellos hacen la suya y no ha habido en ningún momento ninguna información más.” (Denzel)

Esta forma de proceder lleva a situaciones anómalas, donde es el propio paciente quien informa a la enfermera de las decisiones médicas:

“A veces, de lo que ha pasado en el pase médico, te enteras a través del paciente, muchas veces (...) muchas veces no te enteras y vas después y le preguntas al paciente: Bueno, qué te han dicho, ¿no?, i lo sabes así, por qué si no, muchas veces ni te enteras.” (María)

Todos los participantes reconocen la dificultad de mantener un buen canal de comunicación o que éste no está suficientemente estructurado y depende de los profesionales. También comparten las dificultades y esfuerzos que realizan para poder obtener la información médica. Algunas participantes lo expresaban así:

“La comunicación por la mañana es muy buena, pero a medida que se va acabando el día se va perdiendo, entonces llega a la noche que igual estás de guardia y no sabes los cambios o se va perdiendo durante el día.” (Irene)

“Si, es el “pase” de cada día o lo enganchas en aquel momento o le comentas: ¿algún cambio?, O si no, te buscan.” (Núria)

“Nosotras intentamos mirar lo que ha escrito el médico porque muchas veces pues eso, como no llega mucha información (...).” (María)

“Si, dependiendo e quien te encuentras o...se hace complicado.” (Núria)

También el grado de confianza y seguridad que las enfermeras otorgan al equipo médico influye en la aceptación de la prescripción:

“Yo tengo confianza en según qué adjuntos y en según qué residentes, otros, lo que me dicen lo someto a juicio muy estricto.” (007)

Los informantes realizan críticas a la comunicación entre enfermeras y a la falta de respeto que se supone no garantizar la continuidad de los cuidados planificados. También expresan la falta de comunicación entre médicos residentes y adjuntos:

“Otro problema que he detectado en las unidades es que no se respeta el traspaso de la información enfermera-enfermera (...) Nos hemos encontrado que esta información o esta estrategia conjunta que habíamos intentado montar llegaba el de la tarde o el de la noche i... se cambiaba todo el plan... Entonces llegabas por la mañana y decías: ¿y el TAC, los cultivos?, no, si al final no lo hicimos por qué tal, no sé qué” (007)

“Si no tenemos comunicación entre nosotros, no pidamos tampoco que tengamos comunicación con otros profesionales.” (Denzel)

“Ya estamos viendo que no hay comunicación entre residentes y adjuntos, que a veces no hay comunicación. O uno no le hace, el adjunto no le hace caso al residente, o el residente dice lo que le dicen y punto y ya está, no hace nada y tampoco hay comunicación entre ellos muchas veces.” (Denzel)

“Pasan visita los residentes, los adjuntos vienen más tarde, o a ver cómo va la cosa, y claro, el residente lo ve de una manera i el adjunto después le dice otra

cosa, y a veces encuentro que faltaría un poco de cohesión, ¿no?, bueno, de hablar entre ellos.” (Paula)

Las enfermeras consideran que, durante el fin de semana, el médico de guardia se muestra más accesible.

“Ahí ganas varias opciones siempre y sobre todo el fin de semana que sólo queda un médico de guardia y algún residente. Y es como que es más majo porque cuando están todos es ya otro grupo, unen esfuerzos, que siempre tienes excepciones (...) Éste solo es majo, pero cuando están todos es que... UFF” (Dori)

Las enfermeras relacionan la estructura física y el espacio de la UCI con los tipos de relación interprofesional y de comunicación que se establecen. Algunas participantes afirmaban:

“Pero si te encuentras en la cocina pues: ¿qué tal, bien. ?, No sé, qué tal...” (Núria)

“Era una UCI más redonda, que se visualizaba todo..... si alguien estaba corriendo, sabías que estaba corriendo, pero ahora como son puertas como cerrada no te enteras de que están haciendo un procedimiento y no puedes mirar ese otro paciente que lleva la misma enfermera.” (Denzel)

“(...) tengo una relación más cordial con los médicos que teníamos en la otra UCI que por espacio nos veíamos obligados casi a tocarnos los unos con los otros. A tomar el café juntos en el mismo espacio. Y ahora el espacio se ha hecho más grande y es como que es otro mundo.” (Dori)

“Nosotras estamos en una mini UCI y también tenemos más contacto y de aquí a un año nos cambiamos a la súper grande. Y yo creo que seremos como vosotras. Si cambia la estructura, cambiara la forma de comunicación” (Núria)

Una enfermera explica la iniciativa del hospital de ofrecer a los profesionales de UCI la figura de una psicóloga como soporte para la gestión de procesos difíciles

en UCI. La dificultad estaba en que las sesiones se organizaron dentro del horario laboral de las enfermeras:

“El problema es que era dentro de nuestro horario laboral y muchas veces no podíamos ir porque la carga de trabajo no nos lo permitía.” (Núria)

El segundo eje principal en el que pivota la colaboración interprofesional es el trabajo en equipo. Cuando las enfermeras hablan sobre las relaciones de trabajo con los médicos, dejan muy claro la existencia de relaciones desiguales y del predominio de la jerarquización en el concepto de trabajo en equipo, además de otros factores como es la procedencia de otras culturas o el cambio generacional de los profesionales médicos. Ellas lo expresaban así:

“Hay otras veces que te sientes como que el médico es el que manda y dice esto o lo otro y ni te escucha.” (María)

“No hay una relación de iguales entre nosotros y aquí se crea un primer problema de comunicación de dificultad para mantener una comunicación (...) Que no estamos en una relación de iguales, sino que hay una relación siempre de superioridad.” (Denzel)

“Es que todavía, históricamente estamos en un punto en que, bueno, los médicos tienen un estatus superior al de la enfermería y esto creo que lo llevamos desde años y creo que todavía lo mantenemos por eso creo que sobre todo cuando empiezas, ¿no?, de cómo llamar, cómo llamar al médico.” (Denzel)

“Otro problema que nos encontramos así, en temas de colaboración es que el agua para ellos siempre cae de arriba abajo, como una gota suba y le intentes pedir: por qué se hacen seriadas tantas analíticas (...) se molestan como si les estuvieras debatiendo que su decisión (...)” (007)

“Tenemos muchos residentes o médicos que son de diferentes países (...) allí ellos son el doctor, y la palabra de la enfermera está en un segundo o tercer o cuarto, quinto plano.” (007)

“Se nota un cambio generacional yo creo, exceptuando si hay gente que viene de otros países y que la cultura es diferente: “tú eres enfermero, médico”. La

gente que ha estudiado aquí, yo creo que también yo creo que sube con otra mentalidad referente a la enfermería.” (Hansel)

En consecuencia, se producen declaraciones que critican el carácter cerrado de los médicos como colectivo y reclaman reconocimiento profesional:

“Y también el hecho de que es una UCI, también creo que hay un... he notado que hay un respeto diferente a una planta o a la comunitaria que no a una UCI... que los enfermeros de UCI a veces parece que saben más o que, como tocan más patología amplia (...).” (Hansel)

“Pero ellos tienen como su búnker por así decirlo. Es como que estamos invadiendo un espacio privado de ellos. Una sensación muy extraña (...) A lo mejor tú, que tú eres muy abierta (risas). Yo soy muy vergonzosa, no sé. Pero te estoy hablando a nivel general. Siempre evitamos (...) Si estamos nosotras y vienen siempre aceptas más la llegada, pero al revés que ves como que es, como otro estamento.” (Dori)

Además, los componentes de estatus, poder o jerarquía se plasman en las relaciones y producen sentimientos negativos.

“El médico, no sé si por tiempo, por agotamiento, por estrés, ya no lo hace, el residente es como si todavía está.... cómo decirlo, todavía no tiene esas deficiencias que le hace cambiar con la generación, o...” (Dori)

“A veces hacemos cosas que nos mandan y no estamos nada de acuerdo y eso es un conflicto moral i ético para ti que dices para qué estoy haciendo. Lo estoy haciendo yo, me lo han mandado, no estoy nada de acuerdo, no me están escuchando y lo tengo que hacer. Es algo que para mí hacer esto me crea bastante malestar, ¿no? Y eso pasa.” (Denzel)

“(...) y jerárquico. Bueno intento que no llegue a este tema. Bueno tú dices esto pues vamos a intentar un poco plantear los pros y los contras. puedes decir que sepas que esto no es así. Lo hacemos porque está parado...” (007)

“Igual algún médico no me tenga en cuenta o me ningunee...” (Hansel)

También existe acuerdo en que los médicos residentes mantienen una mayor relación de igual a igual que los médicos adjuntos.

“Pienso que hay muchos más residentes que respetan más nuestro trabajo porque se pasa mucho tiempo al lado nuestro, incluso nos piden: esto cómo lo haces, esta máquina cómo funciona. Entonces dicen: ¡Jo!, que trabajo hacéis, como que valoran más nuestro trabajo y nos entienden. Y, al entendernos, es; por favor, coméntame esto antes de hacerlo, entonces vienen detrás (...) se quedan diciendo, ¿todo esto sabes?, ¿esto lo hacéis?, como que valoran más y tienen más cuidado de las cosas y que te respetan, entonces colaboran en cierta medida en comentarte antes todo (...) que, aunque en general estemos satisfechos, esa pequeña insatisfacción. ¿Yo que importo? Te frustra en esos momentos.” (Dori)

“Me he dado cuenta de que el tema del respeto o de cuánto te tienen en cuenta, llevan a planos iguales tu experiencia con la del médico (...) Si yo llevo un año y el residente lleva un año, más caso me hará. Si yo llevo un año, y el médico es un adjunto, no me tendrá para nada en cuenta. Yo he notado que los residentes más de años bajos, primero o segundo, igual te tienen más en cuenta o te preguntan más cosas, aunque yo tampoco lo sepa todo, que, si es por ejemplo un adjunto que simplemente eres un técnico que te va a hacer ahí las órdenes médicas, o las prescripciones o lo que sea.” (Hansel)

“(...) porque sabes que, aunque estés allá escuchando que digan igual que no digan, igual ya dices no, no te tienen en cuenta.” (Denzel)

Las enfermeras definen así las relaciones con los residentes como más igualitarias y efímeras:

“...con los residentes bueno, también hay de todo, pero notas con más confianza que también te ayudan más, no te hace tampoco miedo preguntar, veces lo que has de hacer, ¿no?” (Irene)

“Los residentes también pasan cada dos meses y hasta que no los conoces y tal, no acabas de hacer vínculo.” (Núria)

Sobre la relación entre las enfermeras noveles y las expertas, sólo aportan su opinión las jóvenes:

“Bueno, en nuestro caso, las enfermeras de la mañana que llevan muchos años no acostumbran a colaborar y cuando eres nuevo, que yo lo recuerdo, lo pasas muy mal.” (Núria)

“Si yo tengo duda, pero no me baso en mi experiencia que tampoco es muy extensa. Pero lo que hago es preguntar a los compañeros enfermeros si es correcto o no es correcto.” (007)

“Yo también valoro porque pregunto mucho a los compañeros que llevan muchos más años y tiene más experiencia que a veces también me dicen que lo van a extubar y, ¡Ostras!, yo no lo veo.” (Paula)

4.2.3. Nivel de satisfacción y propuestas de futuro

Después de todo lo expuesto, el grupo es preguntado por el estado de la satisfacción profesional y de los resultados obtenidos, constatamos que las enfermeras diferencian entre la satisfacción personal y la profesional de la que destacan los aspectos que más les preocupan.

Las enfermeras se muestran satisfechas con la profesión que ejercen y se reafirman en su elección. Algunos participantes afirmaban:

“Yo sigo pensando que me gusta el trabajo, pero de enfermera, y que estoy a gusto y realmente es verdad, cada vez más segura y cada vez hago mejor las cosas.” (Núria)

“A nivel personal realmente me siento satisfecha con mi trabajo y con lo que hago (...) Quizá estar más segura de mí misma y más segura de lo que hago y quiero hacer cosas que veo que no salen. Y falta de colaboración con mis compañeras.” (Dori)

“Cuando el nivel de colaboración es bueno pues te satisface mucho más pero cuando no es bueno, a mí me frustra. Igual algún médico no me tenga en cuenta

o me ninguneo. Pero, aun así, haces una balanza pues en general me compensa me satisface.” (Hansel)

“Pero al final, con el trabajo que haces con el paciente, sí me siento satisfecha. Y que sales y dices he hecho todo lo que he podido por mi paciente.” (María)

Un enfermero destaca el cambio de motivaciones que ha ido experimentando a lo largo de los años y otra participante expresa que existen iniciativas en los cuidados del paciente que repercuten de forma positiva:

“Sí que estoy muy satisfecho del trabajo que tengo y estoy muy contento. Y sí que he visto que con los años que las motivaciones van cambiando” (007)

“Por ejemplo, la experiencia de tener a los familiares bastante más tiempo del que estamos acostumbrados. O plantearte otras cosas. Y pienso que lo que hacen es que la satisfacción aumente y salgas contento del trabajo.” (007)

En el plano profesional, el contexto laboral crea dudas e incertidumbre en los profesionales suplentes, reivindican mejores condiciones económicas, aunque con cierto grado de aceptación o conformismo. Las participantes decían:

“Pero el ambiente que hay y al ser suplente durante años y no saber hasta cuándo con los contratos de mierda y esto quema. Entonces piensas, ¡josti!, ¿vale la pena?” (Núria)

“Todo y los recortes de sueldo, que de esto sí que estoy muy insatisfecho (...) El sueldo es muy malo, pero es lo que tenemos.” (007)

“Yo, en general estoy satisfecha. Sí que es verdad que dices, bueno, te recortan el sueldo, te quitan dinero (...).” (María)

Otro aspecto que mencionan es la demanda de una mayor implicación de los gestores responsables:

“Pero por lo demás bien, motivado y satisfecho. Hay días que sales un poco más hecho caldo, pero en ocasiones también ves que te da la sensación de que los gestores en este caso o jefes ¿no se dan cuenta que puedes potenciar el

resultado de un paciente. Ostras, ¡cómo puede ser eso! Que alguien te eche una mano.” (007)

Finalmente, las participantes realizaron una serie de propuestas de futuro para mejorar la colaboración interprofesional. En primer lugar, hablaron de las relaciones entre iguales que faciliten la planificación y la toma de decisiones de forma conjunta. Algunos participantes lo expresaban así:

“Yo haría un pase conjunto. Yo creo que es un momento para tratar sobre los objetivos comunes que hay respecto al paciente y poder cada uno hablar y decidir un plan de cuidados conjunto (...) De igual a igual. De tú a tú, ya está profesionales todos y nos tenemos que tratar bien y nos tenemos que escuchar.” (María)

“Si, yo también lo veo así, que faltaría un pase conjunto entre los médicos y las enfermeras y hablar porque muchas veces, muchas cosas que se escapan en el curso clínico o porque no te enteras y la falta de tiempo por la carga de trabajo es alta y faltaría más personal para poder llevarlo a cabo.” (Núria)

“Yo que nos pregunten. Una vez al día me pregunte cómo lo ves, qué falta, qué no falta, qué necesitas para tu paciente y hacer una relación más cercana, más de ayuda, más de trabajar en equipo y preguntarte, explicarte el por qué y qué te parece y tenerte en cuenta en algunas decisiones, con eso, ya...” (Denzel)

“Que te hagan participe a ti. Que no tengas que leer. Que te digan: ¿vamos a pasar visita con el paciente, quieres venir? Que te hagan participe de lo que ellos van a hacer y que te permitan que nosotros también les digamos voy a hacer esto (...).” (Dori)

“El tema comunicación del pase conjunto, que te hagan colaborador (...) Los médicos también deberían tener cierta deferencia con lo que hacemos.” (007)

“Y a todos los turnos, que la comunicación...por la mañana, todo el mundo se entere de todo y a media tarde...” (Paula)

En segundo lugar, todos los informantes consideran de interés compartir estas cuestiones con los médicos, creen que explicarles sus vivencias y contrastarlas con las de ellos ayudaría a mejorar la comunicación y la colaboración:

“(...) como en este momento que estamos aquí, pero que hubiera médicos también (...) pienso que es muy importante poner aquí el tema este de discusión con ellos, sería un paso (...) ...que tomen conciencia de la situación que nosotros, que nuestra profesión tenemos, porque yo creo que no saben lo que significa, ni lo que queremos ni necesitamos (...) Nadie se lo ha dicho.... a lo mejor no se consigue nada, pero yo pienso que sería interesante (...) Tampoco sé lo que opinan los médicos, no tengo ni idea, tampoco sé lo que opinan ellos, o su percepción de nosotros, no lo sé.” (Dori)

En tercer lugar, la perspectiva de futuro se enfoca como un cambio en la cultura de trabajo y se plantea trabajar en la línea de potenciar las dinámicas de colaboración en las nuevas promociones de profesionales para que puedan efectuar el cambio:

“Yo también creo que esto necesita tiempo y entonces, sobre todo a los residentes más, más noveles, pues volcar esta filosofía de, de enfermería, de también de colaboración, de tener en cuenta nuestras opiniones, que es lo más importante, ¿no? Que las generaciones futuras al fin y al cabo hagan el cambio, no ahora le gente, el médico que lleva cincuenta años trabajando y empezó con que las enfermeras que eran unas meras técnicas.” (Hansel)

Para finalizar, las participantes añaden que estas dinámicas de colaboración también las pueden adoptar las enfermeras en grupos como el reunido en esta ocasión para abordar y compartir dificultades y realidades comunes:

“Y conocernos, yo tampoco sabía cómo funcionabais vosotros, ¿y es interesante no? También, todos tus puntos que también me han hecho reflexionar mucho, creo que es una dinámica a partir de vuestro trabajo para nosotros es enriquecedor saber lo que los demás opinan.” (Dori)

“Y los males que padecemos.” (Hansel)

4.3 Comparación de los resultados de la fase I y II

En este último subapartado se presentan los resultados del proceso de comparación entre la Colaboración Interprofesional en el contexto de Cuidados Intensivos (fase I), y el Grupo de Discusión donde las enfermeras de UCI hablan sobre la experiencia y vivencia de la colaboración interprofesional (fase II).

El proceso de comparación se ha realizado en tres pasos: 1- recodificación de la INCINS en 3 categorías. 2- clasificación de los comentarios del GD en estas tres nuevas categorías INCINS 3- se ha medido el grado de coincidencia/concordancia entre los resultados de la Fase I y la Fase II.

A continuación, se exponen los resultados del proceso de comparación que ha permitido llegar a estos resultados.

4.3.1. Clasificación de los comentarios del GD por factores e ítems de la INCINS

Se observa que el GD realizó un total de 181 comentarios de los cuales, 118 (65,2%) se han podido relacionar con los diferentes ítems y factores de la INCINS, mientras que los 63 comentarios restantes (34,8%) han permitido recoger otro tipo de informaciones y datos al margen de los que contempla la escala.

Descripción del número de intervenciones o comentarios

La Tabla 27 muestra el número y porcentaje de comentarios relacionados con cada uno de los 4 factores de la INCINS. Se observa que el mayor porcentaje de comentarios corresponde al factor Actividades compartidas (AAcc) con 52 comentarios (44%), seguido del factor Apreciación Global (Ag) con 29 comentarios (25%), el factor Coordinación (Coord) con 23 comentarios (19%) y, por último, el factor Opinión sobre la percepción de los pacientes (Opp) con 14 comentarios (12%).

Tabla 27. Descriptivo de aportaciones del GD relacionados con la INCINS.

Temas relacionados con factores INCINS	Comentarios n (%)
--	----------------------

F1 COORDINACIÓN	23 (19%)
F3 OPINIÓN SOBRE PERCEPCIÓN PACIENTES	14(12%)
F2 ACTIVIDADES COMPARTIDAS	52 (44%)
F4 APRECIACIÓN GROBAL	29 (25%)
TOTAL	118 (100%)

También se ha clasificado el número de comentarios por con cada uno de los ítems que componen los 4 factores de la INCINS (Tabla 28).

Tabla 28. Relación de los comentarios del GD con los factores de la INCINS.

Tabla 4. Comentarios del GD relacionados por factores e ítems INCINS	
Factores/ítems	Aportaciones n (%)
Coordinación	
Ítem 4	5 (22%)
Ítem 6	6 (26%)
Ítem 7	4 (17%)
Ítem 8	5 (22%)
Ítem 9	3 (13%)
total	23 (100%)
Percepción de los pacientes	
ítem5	10 (71%)
ítem17	4 (29%)
total	14 (100%)
Actividades compartidas	
ítem11	14 (27%)
ítem12	6 (12%)
ítem13	3 (6%)
ítem14	7 (13%)
ítem15	13 (25%)
ítem16	9 (17%)
total	52 (100%)
Apreciación global	
ítem1	14 (48%)
ítem3	11 (38%)
ítem10	4 (14%)
total	29 (100%)

El análisis de contenido también ha permitido identificar 63 aportaciones que no han podido relacionarse con los ítems de la escala INCINS, esto supone casi un 35% del total de los 181 comentarios realizados por el GD.

La Tabla 29 muestra el número de comentarios y porcentaje de temas no asociados a la INCINS. Aquí, observamos que el eje Trabajo en equipo reúne el mayor porcentaje con 17 comentarios (27%), seguido del eje Comunicación con 16 comentarios (25%), e igual número de comentarios, 10 (16%), para cada uno de los temas colaboración, nivel de satisfacción y las propuestas de futuro.

Tabla 29. Descriptivo de aportaciones del GD **no** relacionados con la INCINS n=118

Temas no relacionados con factores INCINS	Comentarios n (%)
Colaboración	10 (16%)
Eje Comunicación	16(25%)
Eje Trabajo en equipo	17 (27%)
Nivel Satisfacción	10 (16%)
Propuestas de futuro	10 (16%)
TOTAL	63 (100%)

A partir de la información obtenida en la Tabla 28, se pueden extraer las siguientes observaciones relacionados con los factores de la INCINS.

-Factor Coordinación (ítems 4, 6, 7, 8 i 9): el ítem 6: ¿Cómo se comparten las responsabilidades entre los distintos profesionales que forman el equipo? Suscita el mayor número de comentarios (6) que supone un 26%, seguido muy de cerca y con la misma proporción (22%) por los ítems 4: - ¿En qué medida los distintos grupos de profesionales del equipo se esfuerzan en evitar conflictos en cuanto al reparto de actividades y de responsabilidades? y 8: -En el funcionamiento diario del equipo, ¿cómo se integran las actividades de colaboración entre los distintos profesionales del equipo? (p. ej., sesiones comunes, pases de visita comunes, etc.) con 5 comentarios cada uno de ellos. Con el ítem 7: - En general, ¿cómo se establece el plan diario de trabajo en común de los profesionales del equipo, se relacionan 4 comentarios (17%) y con el ítem 9: - ¿Cómo se coordinan las distintas actividades que realizan los profesionales del equipo sobre un mismo paciente? 3 comentarios (13%).

-Factor Percepción de los pacientes (ítems 5 y 17): el ítem 5: - ¿Cómo cree usted que los pacientes califican la colaboración entre los diferentes profesionales del equipo que les atiende?, obtiene el mayor número con 10 comentarios relacionados (71%), mientras que el ítem 17: - ¿Cree usted que los pacientes consideran que los profesionales que les atienden realizan su trabajo de forma adecuada, sin perjudicarse mutuamente, sólo suscita 4 comentarios (29%).

-Factor Actividades compartidas (ítems 11, 12, 13, 14, 15, y 16): el ítem 11: -Los profesionales del equipo tienen en cuenta los datos recogidos por los otros grupos profesionales, recoge el mayor número con 14 comentarios relacionados (27%), seguido del ítem 15: -Los profesionales del equipo intercambian entre ellos información relativa a un mismo paciente con 13 comentarios (25%). Menor participación suscitan los ítems 16: -Los profesionales del equipo cooperan entre ellos para asegurar el seguimiento del paciente, con 9 comentarios (17%), ítem 14: -Cuando es necesario, los distintos grupos de profesionales del equipo se piden apoyo profesional (consejo, opinión, etc.) entre ellos, con 7 comentarios (13%), ítem 12: - Los profesionales del equipo toleran fácilmente la existencia de actividades cuya responsabilidad de llevarlas a cabo no está definida claramente, con 6 comentarios (12%). Y, por último, el ítem 13: -Los profesionales del equipo colaboran entre ellos para elaborar un plan común de intervención, con sólo 3 comentarios relacionados (6%).

-Factor Apreciación global (ítems 1,3,10): el ítem 1: - Indique en qué medida las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo están muy jerarquizadas o muy igualadas, suscita el mayor número con 14 comentarios (48%), seguido del ítem 3: - Indique el grado de colaboración que hay entre los profesionales del equipo, con 11 comentarios (38%), y por último, el ítem 10: - Los profesionales del equipo tienen en cuenta el conjunto de necesidades de los pacientes, es decir las necesidades físicas, psicológicas, sociales, etc., con 4 comentarios (14%).

Con respecto a las aportaciones de las enfermeras que participaron en el grupo de discusión que no quedan recogidas o están relacionadas con los ítems de la escala INCINS, el análisis de contenido nos ha permitido acceder al

conocimiento de otros temas relevantes para los participantes. Las reflexiones de grupo versan en torno a la conceptualización de la colaboración, la comunicación y el trabajo en equipo. Otros aspectos identificados están relacionados con el nivel de satisfacción profesional y las expectativas de futuro.

La Tabla 30. Muestra el análisis descriptivo de estas aportaciones no contempladas en la INCINS.

Tabla 30. Comentarios del GD que no recoge la INCINS.

Temas	Aportaciones	n (%)
Colaboración		
	Definiciones	10 (100%)
	total	10 (100%)
Eje Comunicación		
	Falta_escucha	2 (13%)
	Sentimientos_tristeza	1 (6%)
	Participación_enfermera_poca	1 (6%)
	Decisiones médicas_no_comunicadas	1 (6%)
	Información médica_dificultades_obtención	4 (25%)
	Confianza	1 (6%)
	Comunicación_entre_enfermeras	1 (6%)
	Comunicación_entre_residentes y adjuntos	2 (13%)
	Estructura y espacio físico_influye	3 (19%)
	total	16 (100%)
Eje Trabajo en equipo		
	Relación_jerárquica	2 (12%)
	Contexto_cultural	7 (41%)
	Relación_residentes	5 (29%)
	Relación_entre_enfermeras	3 (18%)
	total	17 (100%)
Nivel Satisfacción		
	Reafirmación	4 (40%)
	Motivaciones	2 (20%)
	Plano profesional	3 (30%)
	Implicación gestores/coordinadores	1 (10%)
	total	10 (100%)
Propuestas de futuro		
	<i>Relación entre iguales pase conjunto</i>	5 (50%)
	Comunicación entre turnos	1 (10%)
	Promover dinámicas de colaboración en nuevos profesionales	1 (10%)
	Informar/contrastar con los médicos sus vivencias	3 (30%)

	total	10 (100%)
--	-------	-----------

Colaboración: a través de las definiciones aportadas por los participantes y elaboradas con sus propias palabras, se han obtenido 10 definiciones del concepto Colaboración.

Eje Comunicación: Se han identificado 16 comentarios donde la comunicación es el factor vertebrador y los temas relacionados son: -la dificultad en la obtención de información médica, con 4 comentarios (25%), que supone el mayor porcentaje, -la influencia de la estructura y del espacio físico con 3 comentarios (19%). El concepto de - falta de escucha, y –la comunicación entre residentes y adjuntos- reúne 2 comentarios (13%). Y con 1 comentario (6%) encontramos los siguientes temas: -el sentimiento de tristeza, -la poca participación enfermera, -las decisiones médicas no comunicadas, la comunicación entre enfermeras, y -la confianza.

Eje Trabajo en equipo: Se han identificado 17 comentarios regidos por el factor trabajo en equipo y expresados a través de los siguientes temas: -contexto cultural con 7 comentarios (42%) que supone el mayor porcentaje, -la relación entre residentes con 5 comentarios (29%), seguido de –la relación entre enfermeras con 3 comentarios (18%), y por último, - la relación jerárquica con 2 comentarios (12%).

Nivel de Satisfacción: Se han identificado 10 comentarios referentes el grado de satisfacción profesional y los temas relacionados son: -la reafirmación, con 4 comentarios (40%), -las motivaciones, -el plano profesional con 3 comentarios (30%) respectivamente, -las motivaciones con 2 comentarios (20%), y –la implicación de los gestores/coordinadores con 1 comentario (10%).

Propuestas de futuro: Se han identificado 10 comentarios que aportan propuestas para el futuro a través de los siguientes temas: -La relación entre iguales y pase conjunto, con 5 comentarios (50%), que representa el mayor número de comentarios, seguido de: -informar/contrastar con los médicos sus vivencias, con 3 comentarios (30%), y con 1 comentario (10%) respectivamente,

-la comunicación entre turnos y –la promoción de dinámicas de colaboración entre los nuevos profesionales.

4.3.2. Recodificación de las categorías de la INCINS en tres categorías:

La recodificación de la INCINS en 3 categorías ha facilitado la evaluación de los comentarios del GD. Las puntuaciones se han asignado de acuerdo con el significado de cada comentario con la categoría que mide la actitud para cada uno de los ítems de la INCINS. La puntuación máxima del cuestionario es de 48 puntos y la mínima de 16 puntos. Las nuevas categorías de la INCINS se muestran en la Tabla 15.

Tabla 15. Descripción de las categorías de la escala INCINS recodificada escala INCINS recodificada.

PUNTAJACIÓN INCINS recodificada	1 (INCINS 1 y 2)	2 (INCINS 3)	3 (INCINS 4 y 5)
CATEGORÍAS	“Muy jerarquizadas”, “Bajo”, “Poco”, “Muy Mala”, “Muy Mal” y “Totalmente en Desacuerdo”	“Ni Muy jerarquizadas ni Muy igualadas”, “Ni muy bajo ni Muy alto”, “Ni Poco ni Mucho”, Ni Muy Mala ni Muy Buena”, “Ni muy Mal ni muy Bien”, y “Ni Totalmente en Desacuerdo ni Totalmente de Acuerdo”	“Muy igualadas”, “Alto”, “Mucho”, “Muy buena”, “Muy bien” y, “Totalmente de acuerdo”

A continuación, se presentan los descriptivos de las diferentes valoraciones de las aportaciones producidas por las enfermeras en el GD por cada uno de los factores (Tabla 31) e ítems de la INCINS recodificada (Tabla 7.).

Tabla 31. Puntuación comentarios GD por factores en INCINS recodificada

Comentarios GD por cada factor INCINS recodificada	n (%)	n (%)	n (%)
--	-------	-------	-------

Puntuaciones	1 (%)	2 (%)	3 (%)	Total
F1. Coordinación	4 (17%)	9 (37%)	11 (46%)	24 (100%)
F2. Actividades compartidas	13 (26%)	20 (39%)	18 (35%)	51 (100%)
F3. Opinión percepción de los pacientes	3 (21%)	4 (29%)	7 (50%)	14 (100%)
F4. Apreciación global	9 (29%)	18 (58%)	4 (13%)	31 (100%)
Total	29 (24,2%)	51 (42,5%)	40 (33,3%)	120 (100%)

Al analizar la distribución de los comentarios del GD por factores en las nuevas categorías de forma independiente, realizamos las siguientes observaciones.

Factor Coordinación: compuesto por 24 comentarios, el mayor porcentaje de comentarios (46%) obtiene 3 puntos, a continuación, el 37% está valorado con 2 puntos, y el 17% con 1 punto.

Factor Actividades compartidas: con 51 comentarios de los cuales, el mayor porcentaje (39%) obtiene 2 puntos, un 35% obtiene 3 puntos, y 1 punto el 26%.

Factor Opinión de la percepción de los pacientes: compuesto por 14 comentarios, el mayor porcentaje (50%) obtienen 3 puntos, seguido de un 29% con 2 puntos y un 21% con 1 punto.

Factor Apreciación global: consta de 31 cometarios, y el mayor porcentaje (58%) obtiene 2 puntos, un 29% 1 punto, y un 13%, 3 puntos.

El análisis conjunto de las puntuaciones otorgadas a los comentarios muestra las siguientes observaciones.

La distribución de los 120 comentarios en las puntuaciones otorgadas a las nuevas categorías nos muestra que las categorías evaluadas con 2 puntos obtienen el mayor porcentaje (42,5%) y a ellas contribuyen de mayor a menor porcentaje los factores: Actividades compartidas (39%), Apreciación global, Coordinación (18%) y Opinión de la percepción de los pacientes (8%).

Un 33,3% de los comentarios se han evaluado con 3 puntos y su distribución por factores también de mayor a menor es: Actividades compartidas (45%),

Coordinación (27%), Opinión de la percepción de los pacientes (18%), y Apreciación global (10%).

Un 24,2% de los comentarios han obtenido 1 punto siendo la distribución por factores de mayor a menor porcentaje: Actividades compartidas (45%), Apreciación global (31%), Coordinación (14%), y Opinión de la percepción de los pacientes (10%).

4.3.2.2 Distribución de los comentarios del GD por ítems y puntuaciones de la INCINS recodificada

La Tabla 32. Muestra la distribución de los comentarios del GD por factores e ítems en la INCINS recodificada

Tabla 32. Clasificación comentarios GD por ítems y puntuaciones INCINS recodificada.

ítems	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)
F1. Coordinación	Poco	Ni poco ni mucho	Mucho
ítem4	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)
ítem6		2 (29%)	5 (71%)
ítem7	2 (40%)	3 (60%)	
ítem8		1 (20%)	4 (80%)
ítem9		2 (67%)	1 (33%)
F2. Actividades compartidas	Totalmente en desacuerdo	Ni Totalmente en desacuerdo, ni totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
ítem11	4 (29%)	2 (14%)	8 (57%)
ítem12		4 (67%)	2 (33%)
ítem13		2 (67%)	1 (33%)
ítem14	1 (14%)	5 (72%)	1 (14%)
ítem15	7 (59%)	4 (33%)	1 (8%)
ítem16	1 (11%)	3 (33%)	5 (56%)
F3. Opinión percepción de los pacientes	Muy mala	Ni muy mala ni muy buena	Muy buena
ítem5	1 (10%)	3 (30%)	6 (60%)
	Totalmente en desacuerdo	Ni Totalmente en desacuerdo, ni totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
ítem17	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)
F4. Apreciación global	Muy jerarquizada	Ni muy jerarquizada ni nada jerarquizada	Nada jerarquizada
ítem1	8 (57%)	5 (36%)	1 (7%)
ítem3	1 (10%)	8 (80%)	1 (10%)
ítem10		2 (50%)	2 (50%)

El análisis de la distribución de las puntuaciones de los comentarios del GD por ítems nos permite realizar las siguientes observaciones:

Factor Coordinación (ítems 4, 6, 7, 8, 9; categorías Poco, Ni poco ni mucho, Mucho). El ítem 4: - ¿En qué medida los distintos grupos de profesionales del equipo se esfuerzan en evitar conflictos en cuanto al reparto de actividades y de responsabilidades?, contiene 4 comentarios, de los cuales, el 50% considera que existe poco esfuerzo (1 pt.) de los profesionales, un 25% considera que existe algún tipo de esfuerzo (2 pts.), y el 25% restante, considera que los profesionales se esfuerzan mucho en evitar este tipo de conflictos. El ítem 6: - ¿Cómo se comparten las responsabilidades entre los distintos profesionales que forman el equipo? contiene 7 comentarios, de los cuales, la mayoría de ellos (71%) considera que las responsabilidades están muy compartidas (3pts.), y el 29% restante que no lo están tanto (2 pts.). El ítem 7: -En general, ¿cómo se establece el plan diario de trabajo en común de los profesionales del equipo?, contiene 5 comentarios de los cuales, el 60% opinan que el plan diario se establece moderadamente en común (2 pts.), y un 20% opina que existe poco acuerdo común (1 pt.). El ítem 8: -En el funcionamiento diario del equipo, ¿cómo se integran las actividades de colaboración entre los distintos profesionales del equipo?, con cinco comentarios, el 80% de ellos consideran que estas actividades están muy integradas entre los profesionales (3 pts.) y un 20% opina que no lo están tanto (2 pts.). El ítem 9: - ¿cómo se coordinan las distintas actividades que realizan los profesionales del equipo sobre un mismo paciente?, contiene tres comentarios, de ellos, el 67% considera que las actividades sobre el paciente están moderadamente coordinadas (2 pts.), y un 33% que están poco coordinadas (1pt.).

En resumen, podemos afirmar, en función de los porcentajes (de mayor a menor) y las puntuaciones obtenidas que, entre los profesionales del equipo, las actividades de colaboración están muy integradas (ítem 8; 80%) y las responsabilidades están muy repartidas (ítem 6; 71%). Sin embargo, las actividades sobre un mismo paciente están moderadamente coordinadas (ítem 9; 67%), aunque el plan diario de trabajo no se establece de forma muy en común (ítem 7; 60%), y los profesionales se esfuerzan poco en evitar los conflictos

relacionados con la distribución de las actividades y responsabilidades (ítem4; 50%).

Factor Actividades compartidas (ítems 11, 12, 13, 14, 15, 16; categorías Totalmente en desacuerdo, Ni totalmente en desacuerdo ni totalmente de acuerdo, Totalmente de acuerdo), El ítem11: -Los profesionales del equipo tienen en cuenta los datos recogidos por los otros grupos profesionales, contiene 14 comentarios de los cuales, un 57% se manifiesta totalmente de acuerdo con esta afirmación (3pts.), un 29% está en total desacuerdo (1pt.) y un 14% adopta una posición intermedia (2pts.). El ítem 12: -Los profesionales del equipo toleran fácilmente la existencia de actividades cuya responsabilidad de llevarlas a cabo no está definida claramente, con 6 comentarios, un 67% adopta una posición neutral (2pts) y un 33% dice estar totalmente de acuerdo (3pts). El ítem 13: -Los profesionales del equipo colaboran entre ellos para elaborar un plan común de intervención, contiene 3 comentarios de los cuales, un 67% se sitúan en una posición neutral (2pts) y un 33% está totalmente de acuerdo. El ítem 14: -Cuando es necesario, los distintos grupos de profesionales del equipo se piden apoyo profesional (consejo, opinión, etc.) entre ellos, contiene 7 comentarios de los cuales, el 72% está de acuerdo en que los profesionales se piden apoyo entre ellos (2 pts.), mientras que un 14% manifiesta estar totalmente de acuerdo (3pts.) y el otro 14% en total desacuerdo (1 pt.). El ítem 15: -Los profesionales del equipo intercambian entre ellos información relativa a un mismo paciente, con 12 comentarios de los cuales el 59% se declara en total desacuerdo con esta afirmación (1pt.), un 33% adopta una posición neutral (2pts.), y sólo un 8% está totalmente de acuerdo. El ítem 16: -Los profesionales del equipo cooperan entre ellos para asegurar el seguimiento del paciente, con 9 comentarios, un 56% se declara totalmente de acuerdo con esta afirmación (3pts.), mientras que un 33% dice estar de acuerdo (2pts.), y un11% en total desacuerdo.

En resumen, podemos afirmar, en función de los porcentajes (de mayor a menor) y las puntuaciones obtenidas que, los profesionales del equipo se piden apoyo profesional moderado (ítem 14; 72%), toleran moderadamente la falta de definición de las responsabilidades (ítem 12; 67%), y colaboran de forma moderada en la planificación común de las intervenciones (ítem 13; 67%),

aunque no comparten la información sobre un mismo paciente (ítem 15; 59%), sí tienen en cuenta los datos que recogen otros profesionales (ítem 11; 57%) y cooperan para garantizar el seguimiento del paciente (ítem 16; 56%).

Factor Opinión de la percepción de los pacientes (ítems 5,17; categorías Muy Mala, Ni muy mala ni muy buena, Muy Buena, Totalmente en desacuerdo, Ni totalmente en desacuerdo ni totalmente de acuerdo, Totalmente de acuerdo). El ítem 5: - ¿Cómo cree usted que los pacientes califican la colaboración entre los diferentes profesionales del equipo que les atiende?, con 10 comentarios, un 60% considera que los pacientes califican de muy buena la colaboración entre los profesionales que les atienden (3pts.), un 30% opinan que la colaboración es moderada (2pts.) y, un 10% que es muy mala (1pt.). El ítem 17: - ¿Cree usted que los pacientes consideran que los profesionales que les atienden realizan su trabajo de forma adecuada, sin perjudicarse mutuamente?, con 4 comentarios, el 50% están en total desacuerdo y no creen que el trabajo se haga de forma adecuada sin perjudicarse mutuamente (1pt.), mientras que un 25% están de acuerdo en un grado más neutral (2pts.) y el 25% restante se manifiestan totalmente de acuerdo (3pts.).

En resumen, los profesionales opinan que los pacientes califican de muy buena la colaboración entre los profesionales (ítem 5; 60%), pero también creen que los pacientes consideran que los equipos se perjudican mutuamente (ítem 17; 50%).

Factor Apreciación global (ítems 1,3,10; categorías Muy jerarquizadas, ni muy jerarquizada ni nada jerarquizada). El ítem 1: -Indique en qué medida las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo están muy jerarquizadas o igualadas, contiene 14 comentarios, de los cuales, un 57% considera que las relaciones están muy jerarquizadas (1 pt.), un 36% que están moderadamente jerarquizadas (2pts.) y, un 7% opina que no están nada jerarquizadas (1pt.). El ítem 3: - Indique el grado de colaboración que hay entre los profesionales del equipo, contiene 10 comentarios de los cuales, el 80% considera que existe un grado moderado de colaboración entre los profesionales (2pts.), un 10% alto grado de colaboración (3pts.) y el otro 10% por el contrario, que es bajo (1pt.) El

ítem 10: -Los profesionales del equipo tienen en cuenta el conjunto de necesidades de los pacientes, es decir las necesidades físicas, psicológicas, sociales, etc., con 4 comentarios, el 50% consideran que los profesionales tienen una gran visión holística (3pts.) y el 50% restante opinan que es más moderada (2pts.).

En resumen, los profesionales consideran que tienen un alto grado de colaboración (ítem 3; 80%), aunque las relaciones de trabajo están muy jerarquizadas (ítem 1; 57%) y existe división de opiniones en cuanto a la visión holística del paciente, un 50% dice tener una alta visión holística, y el otro 50% considera que ésta es más moderada (ítem 10; 50%).

4.3.3. Proceso de comparación. Concordancias y divergencias.

Una vez analizados los resultados de las dos fases del estudio respecto a la INCINS, estamos en condiciones de poder contrastar los resultados entre ambas (Tabla 33) y conocer si existen coincidencias y en qué grado. Para ello, se han establecido tres grados de concordancia (+ baja, ++media, y +++ alta) entre los resultados de la INCINS y la INCINS recodificada del GD (Tabla 35.).

Tabla 33. Contraste entre los resultados de la Intensidad de colaboración interprofesional en salud (INCINS) y los comentarios del GD por factores e ítems de la INCINS.

INCINS	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
GD	1 n (%)		2 n (%)		3 n (%)
F1. Coordinación	Poco				Mucho
Ítem 4	4 (3.9%)	30 (29.4%)	30 (29.4%)	36 (35.3%)	2 (2%)
	2 (50%)		1 (25%)		1 (25%)
Ítem 6	4 (3.9%)	12 (11.8%)	47 (46.1%)	35 (34.3%)	4 (3.9%)
			2 (29%)		5 (71%)
Ítem 7	5 (4.%)	17 (16.7%)	44 (43.1%)	30 (29.4%)	5 (4.9%)
	2 (40%)		3 (60%)		
Ítem 8	15 (14.7%)	26 (25.5%)	31 (30.4%)	26 (25.5%)	4 (3.9%)
			1 (20%)		4 (80%)
Ítem 9	4 (3.9%)	20 (19.6%)	47 (46.1%)	25 (24.5%)	4 (3.9%)
			2 (67%)		1 (33%)

INCINS	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
GD	1 n (%)		2 n (%)		3 n (%)
F2. Actividades compartidas	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
Ítem 11	5 (4.9%)	24 ((23.5)	30 (29.4%)	36 (35.3%)	7 (6.9%)
	4 (29%)		2 (14%)		8 (57%)
Ítem 12	3 (2.9%)	40 (39.2%)	42 (41.2%)	13 (12.7%)	2 (2%)
	0		4 (67%)		2 (33%)
Ítem 13	10 (9.8%)	25 (24.5%)	31 (30.4%)	31 (30.4%)	4 (3.9%)
	0		2 (67%)		1 (33%)
Ítem 14	4 (3.9%)	13 (12.7%)	32 (31.4%)	41 (40.2%)	12 (11.8%)

	1 (14%)		5 (72%)		1 (14%)
Ítem 15	1 (1%)	7 (6.9%)	31 (30.4%)	44 (43.1%)	18 (17.6%)
	7 (59%)		4 (33%)		1 (8%)
Ítem 16	10 (9.8%)	25 (24.5%)	31 (30.4%)	31 (30.4%)	4 (3.9%)
	1 (11%)		3 (33%)		5 (56%)

INCINS	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
GD	1 n (%)		2 n (%)		3 n (%)
F3. Opinión de la percepción de los pacientes	Muy mala				Muy buena
Ítem 5	4 (3.9%)	38 (37.3%)	47 (46.1%)	9 (8.8%)	
	1 (10%)		3 (30%)		6 (60%)
	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
Ítem 17	4 (3.9%)	18 (17.6%)	58 (56.9%)	19 (18.6%)	
	2 (50%)		1 (25%)		1 (25%)

INCINS	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
GD	1 n (%)		2 n (%)		3 n (%)
F4. Apreciación global	Muy jerarquizada				Nada jerarquizada
Ítem 1	15 (14.7%)	34 (33.3%)	37 (36.3%)	16 (15.7%)	
	8 (57%)		5 (36%)		1 (7%)
Ítem 3	1 (1%)	17 (16.7%)	29 (28.4%)	48 (47.1%)	7 (6.9%)
	1 (10%)		8 (80%)		1 (10%)
	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
Ítem 10	4 (3.9%)	23 (22.5%)	36 (35.3%)	33 (32.4%)	6 (5.9%)
			2 (50%)		2 (50%)

Al comparar los resultados entre la INCINS y el GD en el Factor Coordinación (ítems 4, 6, 7, 8 y 9), observamos que, en el ítem 9: - ¿cómo se coordinan las distintas actividades que realizan los profesionales del equipo sobre un mismo paciente?, los dos porcentajes más altos (INCINS 46,1% y GD 67%) corresponden a los valores medios 3 (INCINS) y 2 (GD). Igual ocurre en el ítem 7: -En general, ¿cómo se establece el plan diario de trabajo en común de los profesionales del equipo?, siendo esta vez de un 43,1% en la INCINS y un 60% en el GD. Sin embargo, en el ítem 6: - ¿Cómo se comparten las responsabilidades entre los distintos profesionales que forman el equipo?, el mayor porcentaje (47%) en la INCINS corresponde a un valor medio 3, y en el GD a un valor más alto (3). Igual ocurre en el ítem 8: -En el funcionamiento diario del equipo, ¿cómo se integran las actividades de colaboración entre los distintos profesionales del equipo?, donde un 30,4% puntúa con un 3 sobre 5 y el GD valora con un valor más alto (3 sobre 3) en un 80%. Mientras que el ítem 4: - ¿En qué medida los distintos grupos de profesionales del equipo se esfuerzan en evitar conflictos en cuanto al reparto de actividades y de responsabilidades?, el

porcentaje más alto (35,3%) en la INCINS es de 4 sobre 5 y en el GD es valorado como bajo (1 sobre 3) con un 50%.

En resumen, podemos afirmar que, en el Factor Coordinación, existe concordancia de grado alto para los ítems 7 y 9, mientras que en el resto de los ítems el grado de concordancia es bajo.

En el factor Actividades compartidas (ítems 11, 12, 13, 14, 15, y 16), encontramos dos concordancias de grado alto. La primera en el ítem 12: -Los profesionales del equipo toleran fácilmente la existencia de actividades cuya responsabilidad de llevarlas a cabo no está definida claramente, donde ambas, INCINS y GD obtienen el mayor porcentaje 41,2% y 67% para una valoración media de 3 sobre 5 y 2 respectivamente. La siguiente concordancia de grado alto la encontramos en el ítem 13: -Los profesionales del equipo colaboran entre ellos para elaborar un plan común de intervención, también con valores medios al igual que la anterior en un 30,4% para la INCINS y un 67% para el GD. El ítem 11: -Los profesionales del equipo tienen en cuenta los datos recogidos por los otros grupos profesionales, presenta el mayor porcentaje de valoración (35,3%) en la INCINS puntuando 4 sobre 5, y en el GD (57%) con un 3 sobre 3, por lo que identificaremos esta concordancia de grado medio. En el ítem 14: -Cuando es necesario, los distintos grupos de profesionales del equipo se piden apoyo profesional (consejo, opinión, etc.) entre ellos, en este caso, observamos que la valoración más frecuente (40,2%) en la INCINS es de 4 sobre 5 mientras que la del GD representa el 72% con un grado de acuerdo medio (2 sobre 3), y en consecuencia también consideraremos un grado de concordancia medio. El ítem 15: -Los profesionales del equipo intercambian entre ellos información relativa a un mismo paciente, presenta el mayor porcentaje (43,1%) valorado con 4 puntos sobre 5 en la INCINS, mientras que, en el GD, el 59% de los participantes han manifestado un grado de acuerdo bajo (1 sobre 3). Por este motivo, consideramos un grado bajo de concordancia en este ítem. El ítem 16: -Los profesionales del equipo cooperan entre ellos para asegurar el seguimiento del paciente, obtiene el mayor porcentaje (30,4%) en la puntuación de 3 sobre 5 sin embargo el GD el 58% manifiestan un grado alto de acuerdo (3 sobre 3), por lo que se considera un grado de concordancia medio (++)

Factor Percepción de los pacientes (ítems 5 y 17). El ítem 5: - ¿Cómo cree usted que los pacientes califican la colaboración entre los diferentes profesionales del equipo que les atiende? Obtiene el mayor porcentaje (46,1%) en la puntuación 3 sobre 5 de la INCINS y en el GD, un 60% valora con un 3 sobre 3). En el ítem 17: ¿Cree usted que los pacientes consideran que los profesionales que les atienden realizan su trabajo de forma adecuada, sin perjudicarse mutuamente?, también encontramos el mayor porcentaje (56,9%) con una puntuación de 3 sobre 5 mientras que el GD consideran en un 50% un grado de acuerdo bajo (1 sobre 3). En consecuencia, en este factor obtenemos dos concordancias de grado bajo.

Factor Apreciación global (ítems 1, 3 y 10). Observamos que en el ítem 10: -Los profesionales del equipo tienen en cuenta el conjunto de necesidades de los pacientes, es decir las necesidades físicas, psicológicas, sociales, etc., el mayor porcentaje (35,3%) en la INCINS obtiene 3 puntos sobre 5, mientras que en el GD presenta el mismo porcentaje (50%) para el grado de acuerdo medio (2 sobre 3) y para el grado de acuerdo alto (3 sobre 3). Por este motivo consideramos que existe un grado de concordancia medio alto. El ítem 3: -Indique el grado de colaboración que hay entre los profesionales del equipo, presenta el mayor porcentaje de todo el factor (47,1%) con una puntuación de 4 sobre 5 en la INCINS, y un 80% en el GD con grado de acuerdo medio de (2 sobre 3), por lo que el grado de concordancia considerado es medio. Por último, en el ítem 1: - Indique en qué medida las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo están muy jerarquizadas o igualadas, el mayor porcentaje (36,3%) es para la puntuación de 3 sobre 5 puntos de la INCINS, mientras que en el GD un 57% expresa una valoración baja (1 sobre 3), por lo que se considera un grado de concordancia bajo.

Tabla 34. Grado de Concordancia entre INCINS y aportaciones del GD.

Factores e ítems	GC +	GC ++	GC +++
<i>F1. Coordinación</i>	bajo	medio	alto
ítem4	+		
ítem6		++	
ítem7			+++

ítem8	+		
ítem9			+++
<i>F2. Actividades compartidas</i>			
ítem11			+++
ítem12			+++
ítem13		++	
ítem14		++	
ítem15	+		
ítem16		++	
<i>F3. Opinión de la percepción de los pacientes</i>			
ítem5			+++
ítem17	+		
<i>F4. Apreciación global</i>			
ítem1		++	
ítem3		++	
ítem10			+++

5. DISCUSIÓN

5.1. Discusión

Con este estudio se ha pretendido analizar la Intensidad de colaboración (IdC) entre las enfermeras y los médicos de UCI y comprender la experiencia vivida por las enfermeras de UCI en los hospitales de tercer nivel de Barcelona. Para ello, en la Fase cuantitativa se utilizó el cuestionario INCINS del cual determinamos previamente su validez para el estudio y que nos permitió establecer los perfiles de la muestra y determinar relaciones entre las variables sociodemográficas y la IdC. En la Fase cualitativa, las enfermeras describieron el sentido de la colaboración a través de sus experiencias e identificaron los elementos facilitadores y las barreras, aportando a su vez nuevas informaciones sobre la práctica y valores de la colaboración. Finalmente, la comparación de los resultados de las dos fases nos ha permitido comparar e identificar coincidencias e incoherencias en la concepción de la colaboración interprofesional.

5.1.1. Intensidad de colaboración interprofesional en salud

La realización de este estudio nos ha permitido constatar que, en el estudio de la colaboración interprofesional, existen dos constantes en las diferentes publicaciones respecto a las características de sus participantes: una, la participación de las enfermeras es superior a la de los médicos, dos, se mantiene el sexo predominante femenino en la profesión enfermera^{32,37,251,280-283} el masculino, tradicionalmente asociado a la profesión médica, está dejando de ser representativo en esta profesión^{251,280} Esta constatación puede resultar de interés para el posterior análisis del fenómeno de la colaboración interprofesional.

Los resultados de este estudio comparten las características sociodemográficas de los sujetos de otros estudios que comparan diferentes elementos de las enfermeras y los médicos.^{37,251,280-283}

Al comparar nuestros resultados con el perfil sociodemográfico de los estudios de Bengoechea²⁵⁰, Serrano²⁵¹ y San-Martín,²⁸⁰ observamos que se trata de poblaciones similares; respecto al sexo, podemos afirmar que en todos ellos predomina el femenino: Bengoechea²⁵⁰ 100%, Del Barrio³⁷ 81,6%, Serrano²⁵¹ 73,8%, Friganovic²⁰ 87,7% frente al masculino. Incluso en los estudios con mayor

participación de los médicos observamos que el mayor porcentaje para los dos perfiles profesionales es el femenino: San Martín²⁸⁰ (72% de las enfermeras y el 52% de los médicos) y Berduzco-Torres,³² donde la mayor participación de los estudiantes de medicina se compone de un 57% del sexo femenino y de un 90% en la participación de estudiante de enfermería.

Este hecho corrobora que la feminización de la profesión médica es de ámbito internacional y comparte las características con otros estudios publicados sobre las implicaciones de que el mayor número de graduados en medicina sean mujeres²⁸⁴⁻²⁹⁶ y que, en las universidades, el mayor número de estudiantes de medicina, también sean mujeres²⁸⁷⁻²⁹⁰. En nuestro contexto, el estudio del “Col·legi de Metges de Barcelona”²⁹¹ corrobora esta tendencia en los tres indicadores que estudia: médicos menores de 65 años (54,7% mujeres, 45,3% hombres), médicos MIR (64,7% mujeres, 35,3% hombres), y estudiantes de medicina (68% mujeres, 32% hombres).

En cuanto a la participación, el porcentaje de participación de enfermeras en nuestro estudio es mayor (85,3%) que el de los médicos (14,7%), siendo este porcentaje similar a los presentados por Del Barrio³⁷ en su estudio sobre 6 UCI de dos hospitales de tercer nivel donde la participación enfermera (78,7%) superó también a la de los médicos (21,3%). Los estudios multicéntricos internacionales en contexto de UCI,^{32,281-283} comparten también la misma distribución a pesar de la diversidad geográfica que recogen. Así, el estudio de Piers²⁸¹ se realizó en 82 UCI de 9 países europeos e Israel, el estudio de Hartog,²⁸² en 11 UCI alemanas, y el de Van den Bulke²⁸³ en 68 UCI de Europa y Estados Unidos. En todos ellos, la participación enfermera fue superior (75%, 74% y 76%) a la participación de los médicos (25%, 26% y 24%), respectivamente.

Sin embargo, en el estudio de San Martín,²⁸⁰ realizado en diferentes países de Latino América, los médicos participaron en mayor porcentaje (64%) que las enfermeras (36%), al igual que en el estudio de Berduzco-Torres,³² sobre estudiantes de enfermería y de medicina en 5 universidades (2 de medicina y 3 de enfermería), los estudiantes de medicina tuvieron mayor participación (54%) que las estudiantes de enfermería (46%). Esta diferencia podría estar relacionada con el área geográfica, pues los dos estudios se realizaron en países de América Latina lo que nos lleva a pensar en factores culturales que facilitan o propician la participación en función de la profesión.

La edad media de nuestro estudio (41,7 años), coincide con la de otros estudios (Serrano²⁵¹ 46,5 años, Del Barrio³⁷ 35,6 años, Bengoechea²⁵⁰ 35,9 años, San Martin²⁸⁰ 38 años, Achury Saldaña²⁹² 36 años) a excepción del estudio de Friganovic²⁰ cuya edad media oscila entre los 26 y 35 años. En cuanto a la media de años de experiencia de los profesionales en la UCI, cabe destacar entre 8 y 14 años en Bengoechea,²⁵⁰ entre 14 y 23 en Serrano,²⁵¹ entre 9 y 13 años en Barrio,³⁷ 9 años en Achury Saldaña²⁹² y entre 11 y 20 años en nuestro estudio, también es mayor en las enfermeras. Destaca una antigüedad inferior a 5 años en Friganovic,²⁰ lo que explicaría que la edad media de estos profesionales sea menor.

En este sentido, a nivel nacional, la característica de entidad pública o privada de los centros puede influir en la edad media de los profesionales de UCI y en los años de experiencia de las enfermeras de UCI, siendo menor en los centros privados^{37,284} que, en los públicos.^{20,251} Circunstancia que no se da en el estudio de Friganovic²⁰ en 5 hospitales universitarios públicos de Zagreb y que nos induce a pensar en otros factores relacionados con el contexto cultural y de desarrollo socioeconómico, en un sistema de salud que requiere una gran demanda de enfermeras en servicios especializados como las UCI.

En el ámbito laboral, en nuestro estudio, podemos hablar de grupo de trabajo estable y experto ya que el 84,3% tiene un contrato laboral con plaza en propiedad, el 87,3% disponen de turno/horario fijo y con poca rotación (6%), a diferencia de Serrano²⁵¹ donde el 77% de las enfermeras con jornada laboral completa tienen un 95% de turnos rotatorios. De igual manera, en el estudio de Saldaña²⁹² el tipo de contrato más común es el de tipo indefinido (59,6%) y los turnos rotarios también son los más frecuentes (49,8%). Respecto a las horas de trabajo semanales, en Saldaña²⁹² el 38,8% realiza 48 horas semanales, a diferencia de Bengoechea²⁵⁰ que difiere en tener mayor porcentaje de jornada reducida.

Podemos apreciar así, una notable variabilidad en la distribución de turnos y horas semanales que hace difícil un análisis comparativo y nos lleva a pensar, por un lado, que la organización de las condiciones laborales responde a los

intereses, realidades de cada centro y políticas sociales de salud, motivadas en los últimos años por la falta de enfermeras²⁹³⁻²⁹⁵ y la reducción de costes²⁹⁴⁻²⁹⁷ y por otro, en la evidencia publicada donde encontramos desacuerdos en cuanto al impacto de los horarios y turnos de trabajo en el bienestar de los profesionales y en la calidad y seguridad de atención prestada. Un estudio llevado a cabo en 12 países europeos²⁹⁸ sobre la duración de los turnos de enfermería y las horas extras, concluyó, pese a la variabilidad encontrada que, las enfermeras que trabajaban en turnos de 12 horas o más declararon menor calidad y seguridad en los cuidados y dejar cuidados pendientes al final del turno. Además, numerosos estudios coinciden en que el trabajo por turnos puede tener un impacto negativo en la salud y bienestar de los profesionales.²⁹⁹ Sin embargo, numerosos estudios que confrontan los horarios de 8 horas frente a los de 12 horas en el contexto de UCI, coinciden en relacionar los horarios de 12 horas^{293,296,297}, y los turnos rotatorios,³⁰⁰ con menores niveles de agotamiento, menor número de bajas^{296,297} y aumento de la satisfacción laboral,²⁹³ mientras que el resto de las variables estudiadas como la facilidad de desarrollo del trabajo profesional,²⁹⁹ la despersonalización,³⁰⁰ los incidentes clínicos, los accidentes laborales o la formación del personal,²⁹⁷ no alcanzan a tener una relación estadísticamente significativa frente a los horarios de 8 horas y los turnos fijos. Finalmente, el grado en el que las enfermeras aceptan estos cambios de horarios varía en función de los cambios a nivel de trabajo y de vida personal que éstos implican^{294,301} y sugieren la opción de participar o poder elegir el turno.^{294,297} Así, podríamos entender que las enfermeras de los trabajos de Bengoechea²⁵⁰, Serrano²⁵¹ y Sadaña²⁹² presentan menor agotamiento emocional, mayor satisfacción profesional y realizan menos bajas por enfermedad en comparación con las enfermeras de nuestro estudio.

En cuanto a la formación de los profesionales, los resultados nos muestran un discreto porcentaje de enfermeras con formación reglada de posgrado que, en nuestro estudio supone un 29,4%, otros autores hablan de formación especializada o específica: Saldaña²⁹² 39,9% (33,6% en UCI) y Bengoechea²⁵⁰ 91% (74,5% en UCI). Esta diferencia se podría explicar porque el estudio con mayor porcentaje de profesionales formados en UCI se ha realizado en una UCI con un número reducido de camas y en un solo hospital que, a su vez edita sus

propios títulos de especialización, mientras que el estudio de Saldaña,²⁹² consiste en un estudio multicéntrico realizado en 55 instituciones de 4 países diferentes y no informa sobre las entidades que ofrecen esta formación.

En cuanto a la formación de Máster, observamos que es la formación más informada en los estudios,^{20,250,280,292} siendo nuestro estudio el que presenta mayor porcentaje de profesionales con esta formación (30,4%), seguido de San Martín²⁸⁰ (25,5%), mientras que Bengoechea²⁵⁰ (17%), Saldaña²⁹² (6,2%) y Friganovic²⁰ (8,7%). presentan porcentajes considerablemente más bajos.

Observando la desigual distribución de los porcentajes entre la formación específica y la de máster en los estudios,^{250,292} y la uniformidad entre los de nuestro estudio, podemos plantearnos como una de las causas que, como Hospital universitario, se ofrezcan dos titulaciones (posgrado y máster) en paciente crítico aun no siendo requisito para trabajar en UCI. Esto indicaría que, desde las instituciones implicadas, atienden las recomendaciones^{302,303} y evidencias publicadas sobre la importancia de implementar las competencias básicas de las enfermeras de UCI^{31,304-306} para mejorar los resultados en atención y seguridad al paciente, comunicación y colaboración entre los equipos de trabajo.

Más reducido es el número de estudios^{250,292} que informan sobre la formación de doctorado de los profesionales, siendo en Saldaña²⁹² de un 0,7% en las enfermeras, ninguna información en Bengoechea,²⁵⁰ y de un 5,9% en los médicos de nuestro estudio y ninguno en las enfermeras. Estos resultados nos dan la oportunidad de preguntarnos por qué las enfermeras no estudian doctorados, aunque los beneficios de la formación de doctorado están documentados tanto en los entornos de UCI³⁰⁷ mejorando la calidad de la práctica basada en la evidencia, la promoción de la excelencia en la atención enfermera y la contención de los costes, como a nivel de la salud global.³⁰⁸⁻³⁰⁹

En una revisión sobre el incremento de programas de doctorados profesionales en los últimos veinte años en el Reino Unido,³¹⁰ encontramos que sólo un 7% correspondía a doctorados en enfermería y en EUA,³¹¹ era un 1% de todas las enfermeras del país las que tenían una de las dos modalidades de doctorado: Doctorado en Enfermería (PhD) de orientación investigadora o Doctor en Práctica de Enfermería (DNP) orientado a la práctica de clínica avanzada. En el Estado Español, el número de estudiantes matriculados de doctorado en

Ciencias de la Salud³¹² en el curso 2019-2020 significó un 25,1% del total de matriculados, mientras que en Catalunya,³¹³ el número de estudiantes matriculados en doctorados en Ciencias de la Salud fue de un 30% del total de todos los matriculados en 2020. El estudio de la Fundación Galatea de 2017³¹⁴ sobre la salud, estilos de vida y las condiciones de trabajo de las enfermeras de Catalunya informó que el porcentaje de enfermeras doctoradas había sido de un 1,7% mientras que los alumnos de doctorado supusieron un 3,6%. Sabemos que se ha trabajado sobre la existencia de los diferentes planes de estudios que hacen que las formas de acceso a un programa de doctorado sean también diversas y esto hace que se desdibujen el conocimiento sobre el estado y los objetivos de los programas de doctorado,^{315,316} incluso la Asociación Americana de Colegios de Enfermería (AACN) ha propuesto la substitución gradual de la formación de maestría por la de Doctor en Práctica de Enfermería (DNP)³¹⁷ para acceder a la formación de Enfermera de Práctica Avanzada (APRN) como requisito para el acceso a la formación de comadrona.³¹⁷ Sin embargo, esta iniciativa no parece haber tenido mucho éxito ya que obtener el mayor grado de formación no ha facilitado el acceso a un mejor puesto de trabajo ni un mejor salario.³¹⁸ En el Informe de Enfermería sobre el Estado del Mundo 2020³¹⁹ de la Organización Mundial de la Salud, resalta la importancia de invertir en educación, empleo y liderazgo para hacer frente a la común escasez de enfermeras, a plantillas estructurales de edad avanzada y a la excesiva contratación internacional.

Sobre los profesionales que tienen una licenciatura, se hace difícil el análisis dado que este dato está supeditado sólo al modelo de programa curricular de Grado y Licenciatura en Enfermería no presente en todos los países. Así, Saldaña²⁹² informa que el 16% de las enfermeras son licenciadas y Hossny⁴⁷ señala un 3,6%. Cuando en nuestro estudio preguntamos por los profesionales que tienen otra licenciatura, el porcentaje de 4,9% corresponde en su mayoría a las enfermeras veteranas licenciadas en otras disciplinas.

En cuanto a la formación, podemos identificar áreas de mejora en la formación continuada y en la actividad científica. Pues en nuestro estudio el 78% no ha realizado ningún curso de formación continuada en los últimos tres años, el

64,7% no ha publicado artículos, el 43,14% ha realizado entre 1 y 2 proyectos de investigación y, el 67,6% no ha acudido a ninguna reunión científica. Al compararlo con el estudio de Bengoechea²⁵⁰ observamos que más del 61% de las enfermeras han participado en actividades de investigación para la unidad, mientras que, en nuestro estudio, sólo el 39,2% ha participado al menos en una actividad de investigación. A este respecto, son numerosos los estudios que exploran la detección de necesidades de capacitación de las enfermeras de UCI³²⁰⁻³²³ demostrando que los programas de formación continuada y de entrenamiento, aumentan la comunicación y promueven el trabajo en equipo y habilitan a enfermeras y médicos en la realización de procesos que requieren de un alto grado de colaboración.^{41,324-325} También, la Federación europea de asociaciones de enfermeras de críticos³²⁶ evaluó las necesidades de formación detectadas por las enfermeras de UCI y determinó que éstas se ven afectadas por la tipología de unidad y de pacientes. Además, los estudios que evalúan la experiencia entre las enfermeras intensivistas experimentadas y la enfermera de práctica avanzada en la UCI también coinciden en proponer programas de reconocimiento y maestría,³²⁷ o programas de formación continuada.³²⁸

Por otra parte, mientras que el aumento de la educación académica de las enfermeras mejora los valores profesionales de la práctica,^{307,329} los programas de formación continuada y el aumento de enfermeras con formación investigadora propicia el aumento de la producción científica enfermera³³⁰ y, en consecuencia, el interés por mejorar la calidad de estas publicaciones mediante revisiones.³³¹ Un estudio destacó que la dificultad para la investigación enfermera radica en el porcentaje que el presupuesto del plan estratégico de salud destina a la investigación enfermera³³² siendo los países más desarrollados: EE. UU., Reino Unido, Australia y Canadá los que generan mayor producción científica³³⁰ Este resultado coincide con el análisis realizado en función de los determinantes del país y de la salud³³³ que corroboró la tendencia positiva en la producción de la literatura de investigación enfermera tanto la financiada como la no financiada en los países ricos, siendo EE. UU. el país más productivo en términos de literatura financiada y no financiada, y Suecia el más productivo en literatura financiada. También coincide con los resultados de otro estudio sobre el estado actual y las tendencias de los estudios de investigación

financiados relacionados con la enfermería que se encuentran publicados y disponibles en un servicio en línea de datos bibliográficos³³⁴ donde muestra a EE. UU., Reino Unido y Australia, como los países con mayor número de publicaciones financiadas. Estas evidencias señalan la necesidad de que los responsables políticos y los organismos de financiación de los países o regiones de ingresos medios o bajos asignen fondos para la investigación y educación superior de enfermería.³³² A nivel nacional, el estudio de Morales,³³⁵ sitúa a España en el séptimo lugar del ranking mundial en producción científica en el área de Enfermería e identifica como agentes responsables: la existencia de ciertas políticas de fomento de la investigación en cuidados, el aumento de doctorados y sobre todo, el aumento de grupos de investigación enfermera. Por otro lado, el estudio también constata la ausencia de una estrategia firme para afrontar los obstáculos y el desconocimiento del impacto del desarrollo académico de la Enfermería española en la producción científica y evidencia que, la investigación enfermera en España también necesita de políticas y recursos que fomenten la investigación.

En cuanto a la participación en actividades o proyectos científicos en función de la titularidad pública o privada de los hospitales, parece no haber diferencias en la predisposición de las enfermeras a participar en programas que las habilite en la práctica^{327,328}. En un estudio sobre la relación entre el liderazgo auténtico y clima de seguridad,³³⁶ las enfermeras de los hospitales privados tenían mayor nivel de formación pero no hubo diferencias estadísticamente significativas relacionadas con esta característica. Atendiendo a todo lo expuesto, una explicación al hecho de que las enfermeras del estudio de Bengoechea²⁵⁰ tengan una tasa alta de participación en proyectos de investigación para la unidad, podría estar relacionada con alguna política de promoción de la investigación en ese centro y en concreto en estas unidades, y nos permite plantearnos la posible relación entre mayor actividad científica y haber obtenido mayor intensidad de colaboración interprofesional en la INCINS.

En el ámbito profesional, los participantes de nuestro estudio identificaron la vocación como primer motivo de elección de la profesión (66,7%) y, aunque sólo el 47% se declaró moderadamente satisfecho con dicha elección, un 69,6%

siguen en ella porque les gusta o satisface. Este resultado comparte con Saldaña²⁹² el grado de satisfacción moderada (64%).

Respecto a la Intensidad de Colaboración Interprofesional (IdCI), los resultados del estudio muestran que los médicos tienen mayor percepción en el IdCI global y en el dominio de coordinación en comparación con las enfermeras, de manera independiente al resto de variables incluidas en los modelos. Estos resultados estarían en la línea con otros los obtenidos en estudios previos^{47,337,338} y contrasta con los obtenidos en otros estudios que demuestran una mayor disposición de las enfermeras en la colaboración enfermera-médico.^{280,339,340} Por otro lado, sabemos que las enfermeras de UCI reportan niveles más altos de colaboración que las de otros ámbitos de hospitalización.

Tanto Bengoechea²⁵⁰ como Serrano²⁵¹ estudia la colaboración interprofesional desde la perspectiva de las enfermeras. En el caso de Bengoechea²⁵⁰, se realiza una comparación entre las enfermeras del área de hospitalización especializada y enfermeras de UCI que no llega a ser estadísticamente significativa en los resultados comparados de la Intensidad de Colaboración (IdCI). Sin embargo, en nuestro estudio, a pesar de la escasa participación de los médicos, el número total fue suficiente para constatar que tienen mayor percepción de la Intensidad de Colaboración (IdCI) que las enfermeras. Este hecho nos lleva a pensar que enfermeras y médicos tienen percepciones diferentes de la Colaboración Interprofesional (CIP)³³⁸ y que los contextos, en el caso de las enfermeras, influyen a la hora de valorar la colaboración como nos muestran los resultados del estudio de Collette³³⁸ (EUA) donde los médicos de un hospital no universitario percibían mayor colaboración que las enfermeras en todas las áreas de atención, mientras que la percepción de las enfermeras variaba según el área de atención (urgencias, hospitalización convencional, UCI). En otro estudio del mismo contexto, pero en hospitales universitarios, desde la perspectiva de los médicos residentes³⁴¹ la percepción de la relación enfermera-médico variaba de forma inversa al grado de formación (estudiante, residente, especialista). Sin embargo, en un estudio realizado en Egipto sobre las enfermeras en prácticas,⁴⁷ la satisfacción con respecto a la calidad de la colaboración entre enfermeras y

médicos fue bajo (36,6%) en cambio, las enfermeras de plantilla mostraron una actitud más positiva (48,5%), siendo los médicos los más satisfechos (61%).

Vemos así que, al igual que en nuestro estudio, los médicos de diferentes zonas geográficas o países EUA³³⁸ y Egipto⁴⁷, también perciben mayor colaboración interprofesional que las enfermeras. Este hecho nos induce a pensar en otro posible factor de naturaleza jerárquica además del cultural anteriormente indicado.

Los estudios sobre los que comparamos nuestros resultados han utilizado herramientas diseñadas para conocer diferentes aspectos relacionados con la colaboración entre las enfermeras y los médicos como son, el Cuestionario Intensidad de la Colaboración Interprofesional (CIP),³ el cuestionario sobre la Actitud hacia la Colaboración y Satisfacción con la toma de Decisiones de atención al paciente “*Collaboration and Satisfaction about Care Decisions (CSACD)*”,^{22,143,160,230} la Escala Jefferson de Actitudes hacia la Colaboración Médico-Enfermera: “*The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician Nurse Collaboration (JSAPNC)*”^{43,342} que tiene dos cuestionarios más que miden la de empatía: “*The Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)*” y el aprendizaje permanente: “*Jefferson Scale of physician lifelong learning (JeffSPLL)*”, y la Escala de Colaboración enfermera-médico, “*The Nurse-Physician Collaboration Scale (NPCS)*”²³⁹ basada en las acciones relacionadas con el intercambio de información. Observamos que, aunque todas estas escalas aquí descritas son utilizadas ampliamente en contextos de UCI, sólo dos de ellas contemplan en sus ítems preguntas específicas para el contexto de UCI, uno es el Cuestionario sobre la Actitud hacia la Colaboración y Satisfacción, con preguntas orientadas a medir la colaboración y la satisfacción con las decisiones tomadas en la UCI, y la otra es la Escala de Colaboración enfermera-médico que contiene preguntas relativas a los comportamientos colaborativos de orientación del equipo, seguridad de las personas y tareas orientadas a la seguridad en la UCI. Sin embargo el cuestionario más utilizado y con mayor número de traducciones a otros idiomas es la Escala Jefferson de Actitudes hacia la Colaboración Médico-Enfermera.

Pero, los investigadores también utilizan otras herramientas para conocer los diferentes aspectos de la colaboración interprofesional, como las encuestas

oficiales anuales³⁴³ que evalúan las interacciones de las enfermeras y de los médicos con la base de Datos nacional de indicadores de Calidad de Enfermería TM (NDNQI®)³⁴⁴ y los resultados de las encuestas Press Ganey TM³⁴⁴ sobre la satisfacción del paciente y la duración de la estancia. Otro estudio preparó una encuesta que evaluaba los roles, el compromiso del equipo, sus cualidades, la misión compartida, la seguridad psicológica, la jerarquía, la comunicación y la conciencia de los conflictos.³⁴⁵

Los métodos mixtos, aunque menos frecuente, también han sido utilizados para identificar las opiniones de las enfermeras y de los médicos de cuidados intensivos con respecto a sus habilidades y expectativas de rol,³⁰⁵ para identificar y adaptar las prácticas de comunicación entre paciente, familia y profesionales en situaciones de patologías con alta complejidad e ingresos prolongados³⁴⁶ y para evaluar la congruencia entre las percepciones de enfermeras y pacientes en un hospital de cuidados agudos de larga estancia y la influencia del tiempo en el cuidado.^{347,348}

Además, los investigadores estudian otros aspectos que conciernen a las enfermeras y a los pacientes y que influyen en la colaboración interprofesional y para ello se dotan de instrumentos que les permitan medirlos y analizarlos. El estudio que mide la Satisfacción de los Pacientes con la Calidad del Cuidado Enfermero,^{292,347} lo hace a través del cuestionario Satisfacción del Paciente con la Calidad del Cuidado Enfermero: "*Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ)*", también son estudiadas las interacciones del cuidado entre enfermeras y pacientes con la Escala de Interacción del cuidado Enfermera Paciente: "*Nurse-Patient Interaction Caring Scale (CNPI-S)*"³⁴⁹ que consta de dos modalidades, una larga de 70 preguntas (CNPI-70)³⁵⁰ y otra corta de 23 preguntas (CNPI-23),³⁵¹ o una combinación de cuestionarios utilizados como predictores del comportamiento de las enfermeras hacia el paciente crítico: ³⁵² Cuestionario de la Presencia de Orientación Espiritual, "*Spiritual Orientation Inventory (SOI)*",^{352,353} evaluación de la supervisión clínica con la Escala Clínica de Supervisión de Manchester "*Manchester Clinical Supervision Scale (MCSS-26)*",³⁵⁴ Evaluación del Comportamiento del Cuidado "*Caring Behavior Assessment (CBA)*",³⁵⁵ Escala de Eficacia del Cuidado "*Caring Efficacy Scale (CES)*",³⁵⁶ Cuestionario del Estrés Laboral "*Work Stress Questionnaire (WSQ)*".³⁵⁷

Los resultados de nuestro estudio muestran un grado de colaboración medio, y nos orientan sobre las áreas de la colaboración interprofesional que debemos mejorar: la formación continuada y actividad científica.

Al comparar nuestros resultados con los estudios previos^{250,251} que han utilizado la misma herramienta, el cuestionario validado al castellano por San Martín-Rodríguez⁴² Intensidad de la Colaboración Interprofesional (CIP) aplicado en un contexto de UCI, la primera apreciación es que, si bien los resultados obtenidos por Bengoechea²⁵⁰ muestran un nivel de colaboración alto (61,7%), los resultados de nuestro estudio reflejan un nivel medio de colaboración (50,1%) estando más en consonancia con los resultados de Serrano²⁵¹ (52,6%). Además, el nivel de colaboración de nuestro estudio coincide con el de otros estudios realizados en UCI y en diferentes contextos culturales que han encontrado también niveles moderados de colaboración interprofesional³⁵⁸ (China) o buenos^{37,280,359} (España, Latino América: México, Colombia, Ecuador, Argentina. Irán), aunque también existe algún estudio que muestra un nivel bajo de colaboración (Chipre).³⁶⁰

La similitud de nuestros resultados con Serrano²⁵¹ puede estar relacionada con la edad media (más de 40 años) y la media de años de experiencia de los profesionales (más de 18 años), por lo que podemos hablar de dos equipos bastante homogéneos que trabajan en las UCI polivalentes de dos hospitales públicos de tercer nivel del Estado Español (Córdoba y Barcelona), a diferencia del grupo de Bengoechea²⁵⁰ donde la media de edad (36 años) y la media de años de experiencia (14 años) son menores y se trata de un hospital privado.

Al comparar nuestros resultados con los de Serrano²⁵¹, observamos coincidencias en los ítems mejor valorados y que corresponden a los factores Opinión sobre la percepción de los pacientes, y en menor medida algún aspecto de la Apreciación global y de las Actividades compartidas. También existen coincidencias en los ítems que necesitan mejorar sobre todo en el factor coordinación y en menor medida algún aspecto de las actividades compartidas y apreciación global.

El factor Coordinación obtiene puntuaciones medias en Bengoechea²⁵⁰ ($18,04 \pm 2,8$) y Serrano²⁵¹ ($15,2 \pm 4,2$), siendo la media de nuestro estudio prácticamente la misma ($15,1 \pm 3,5$). Pese a esta coincidencia, existen aspectos interesantes a destacar. La forma en que los profesionales perciben la coordinación, tanto en Serrano²⁵¹ como en nuestro estudio, pues el mayor acuerdo parece estar en las actividades relacionadas con las responsabilidades entre los profesionales del equipo, con las actividades de colaboración que se realizan sobre un mismo paciente y en cómo se establece el plan diario de trabajo. También coinciden en considerar que las actividades que implica colaboración entre los equipos, como pueden ser los pases de visita o las sesiones, son ampliamente mejorables. Estos resultados están en la misma línea que los del estudio de Wang²⁵⁸ donde existe mayor colaboración en los intercambios de información del paciente e indica la necesidad de mejoras en las acciones conjuntas. Mientras que el esfuerzo que realizan los profesionales para evitar conflictos obtiene la segunda valoración más baja tanto en nuestro estudio como en Serrano.²⁵¹ A este respecto, el trabajo de Hirschfeld³⁴⁶ relaciona el conflicto dentro de los equipos con los procesos prolongados o de cronicidad en la UCI pediátrica que agudizan los problemas de colaboración, la incapacidad de llegar a acuerdos y la falta de habilidades de comunicación que llevan al conflicto.

En el estudio de Bengoechea,²⁵⁰ el factor Actividades compartidas obtiene una valoración media alta ($23,87 \pm 2,91$), mientras que en nuestro estudio la valoración media es de ($19,4 \pm 4,3$) y es similar a la de Serrano²⁵¹ ($20,10 \pm 4,5$). La puntuación de las profesionales de sexo femenino ha sido superior en este factor. Las profesionales han puntuado mejor este factor en general y de nuevo coinciden nuestros resultados con Serrano²⁵¹ en cuanto a que otorgan la mayor valoración positiva al intercambio de información entre los profesionales cuando es relativa a un mismo paciente. Este resultado coincide con el de Wang³⁵⁸ donde también las enfermeras perciben la colaboración principalmente en el intercambio de información del paciente. Esto se puede deber a que la transmisión de la información que se realiza enfermera a enfermera en el cambio de turno o el pase conjunto de enfermería es la actividad más común entre todas las profesionales. Las dificultades en este factor parecen estar a nivel general,

en las estrategias de acción y toma de decisiones conjuntas y, en particular, en asegurar el seguimiento del paciente en nuestro estudio y, en la asunción de responsabilidades no bien definidas en Serrano.²⁵¹ En este sentido, en el estudio de Wei³⁰⁴, las competencias relacionadas con la cooperación enfermera-médico en UCI, fueron una de las menos desarrolladas.

La opinión de los profesionales sobre la percepción de los pacientes también obtiene una valoración media alta en Bengoechea²⁵⁰ ($8,98 \pm 1,07$), mientras que en nuestro estudio la valoración media es de ($7,3 \pm 1,7$) y es similar a la de Serrano²⁵¹ ($7,57 \pm 1,2$). Los profesionales que mejor valoraron este factor fueron los menores de 40 años. Nuestros resultados coinciden con los de Serrano²⁵¹, pues en ambos trabajos los profesionales califican de bastante buena la percepción que el paciente tiene del trabajo y de la colaboración entre los equipos que le atiende.

El factor Apreciación global, obtiene valoraciones medias en los trabajos de Bengoechea²⁵⁰ de ($10,79 \pm 1,86$), en Serrano²⁵¹ de ($9,70 \pm 2,3$) y en nuestro estudio de ($8,8 \pm 1,8$). Los profesionales de nuestro estudio que mejor valoraron este factor fueron el grupo de 31 a 40 años respecto al de 41 a 50 años. Los profesionales consideran por este orden que, el grado de colaboración entre los profesionales del equipo es medio alto, con unas relaciones de trabajo jerarquizadas y discreta visión holística del paciente. Mientras que en Serrano²⁵¹, los profesionales consideran por este orden, tener una buena visión holística, un discreto grado de colaboración entre los profesionales del equipo y unas relaciones bastante jerarquizadas.

Relación entre las variables sociodemográficas y la IdCI

Hemos encontrado relación entre la IdCI global, el factor Opinión sobre la percepción de los pacientes y la edad. Los profesionales más jóvenes, de 23 a 30 años y de 31 a 40 años, muestran mejor percepción de la Opinión que los

pacientes tienen de su trabajo, que el grupo de 41 a 50 años. Este factor es uno de los tres mejor valorados en Bengoechea²⁵⁰ donde también las profesionales con edades inferiores a los 40 años puntúan mejor la IdCI. Los estudios centrados en las relaciones enfermera-paciente, coinciden en que las percepciones de las enfermeras con una edad media cercana o superior a los 40 años^{350,361-363} tienen una percepción menor de sus cuidados con relación a la que declaran los pacientes ya sea en contexto de UCI,^{348,349} de paciente crónico,³⁶¹ o de hospitalización convencional.^{351,361} Existe un estudio que no encontró divergencias²⁸⁴ entre la percepción de las enfermeras y los pacientes de una unidad de críticos tanto en la definición como en las dimensiones sobre el cuidado satisfactorio. El hecho de que, en este último estudio, la media de edad de las enfermeras fuese de 44 años nos puede llevar a cuestionar si los profesionales más jóvenes tienen mayor consciencia del impacto de su trabajo en los pacientes o quizás perciben mayor Apreciación global, pues en nuestro estudio, el grupo de 31 a 40 años presenta mayor apreciación global que el de 41 a 50 años. Otro aspecto para considerar es que el contexto cultural de nuestro grupo de estudio coincide con el del estudio que no ha encontrado divergencias entre las percepciones de enfermeras y pacientes de una unidad de críticos,³⁶³ a diferencia de los estudios realizados en contextos culturales diferentes al nuestro, como son los estudios de ámbito anglosajón^{348,349,351} francófono³⁶¹ y eslavo^{3,47,362} de este hecho podríamos deducir que la opinión de los pacientes también sería positiva.

Con respecto a los años de experiencia en UCI, los resultados de nuestro estudio comparten con los de Bengoechea²⁵⁰ y Serrano²⁵¹ que las enfermeras más veteranas reflejan menores puntuaciones en la INCINS. Estos resultados coinciden con otros estudios que también han observado diferencias en los niveles de Colaboración Interprofesional (CIP) en función de la edad y años de experiencia en UCI,³⁵⁹ con el nivel de estrés y autonomía³⁶⁰, y con diferentes aspectos del cuidado en función de la formación y los años de experiencia.³⁶² En nuestro estudio, las enfermeras más veteranas perciben menor Apreciación global y creen que la Opinión de la percepción de los pacientes sobre su trabajo es mejorable. Y en general se observa que, a más años de experiencia en UCI menor puntuación en los factores Actividades compartidas y Opinión sobre la

percepción de los pacientes. Estos resultados contrastan con los de Serrano²⁵¹ donde además de la INCINS, sólo el factor Apreciación global y Coordinación han mostrado una relación positiva con los años de experiencia en UCI.

Al relacionar años de experiencia con la edad, encontramos que el grupo con menos experiencia y más joven obtiene la mejor valoración en la INCINS y en el factor Opinión sobre la percepción de los pacientes (Opp), pero menor en Apreciación global (Ag) que el grupo de 31 a 40 años con la misma antigüedad, siendo la Ag de este último, superior a la del grupo más veterano, en consecuencia, los profesionales más jóvenes (de 21 a 30 años) y con menor experiencia en UCI tienen una mejor Opp y menor Ag. Sin embargo, en Serrano²⁵¹ los profesionales con menos experiencia (hasta 12 años) puntuaron mejor la INCINS y el factor Ag, y también los grupos con años de experiencia más distantes (de 1 a 8 y de 21,6 a 40). El factor Coordinación mostró relación con los años de experiencia en general.

La formación ha revelado ser un factor relacionado con la IdCI. En este sentido, Bengoechea²⁵⁰ identifica como posible causa de los resultados del alto grado de IdCI su programa de formación especializada para las enfermeras de críticos. Los resultados de nuestro estudio permiten afirmar que las enfermeras con alguna actividad de formación, publicación de artículos o participación en proyectos, presentaron mayores puntuaciones en la INCINS y en el factor Coordinación. Numerosos estudios destacan esta misma correlación entre formación específica en UCI y mayor nivel de IdCI^{292,364} que también resulta ser un factor protector de la percepción del tratamiento no beneficiario,²⁸² un elemento clave del trabajo en equipo³⁰⁵ o proporcionando una mejor atención del cuidado.³⁶²

Además de la formación, en nuestro estudio, las enfermeras con actividades de investigación, con participación en proyectos, y con publicaciones científicas, también obtienen mayores puntuaciones en la INCINS y en el factor Actividades compartidas. Este aspecto parece estar menos desarrollado dentro de las competencias enfermeras y algunos autores señalan como solución la necesidad de promocionar la aplicación del conocimiento científico a la práctica,³⁰⁴ y

desarrollar intervenciones eficaces para mejorar la colaboración interprofesional durante la formación de enfermeras y médicos.³⁴¹

La satisfacción profesional se muestra como un elemento importante en el estudio de la Intensidad de Colaboración Interprofesional (IdCI), en nuestro estudio encontramos relación entre la IdCI global y el grupo de los profesionales que se declaran -Muy satisfechos-. Este grupo también puntúa por encima de la media en el factor Coordinación y presenta mayores niveles del factor Apreciación global en relación con el grupo -Algo satisfechos-. Estos resultados están en línea con otros estudios que cuantifican el grado de satisfacción de los profesionales,^{47,292,360} y con estudios donde la satisfacción de los profesionales se presenta como una de las categorías surgidas de los análisis de contenido.^{284,365}

5.1.2. Experimentando la colaboración interprofesional

Las definiciones de colaboración enfermera-médico aportadas por las participantes del grupo de discusión nos permiten observar que las enfermeras más jóvenes adoptan una perspectiva más teórica, considerando la colaboración como parte de su trabajo dentro del rol de colaboración, y entendiendo que existe un objetivo común porque el objetivo de las enfermeras (el paciente) es el de los médicos y viceversa. A diferencia de las enfermeras más veteranas quienes distinguen entre la perspectiva de colaboración enfermera y la médica a la hora de contribuir con sus respectivos conocimientos y habilidades al logro de los objetivos fijados. Estas percepciones explicarían los resultados de la primera fase que muestran una mayor actitud colaborativa de las enfermeras más jóvenes frente a la de las enfermeras veteranas y podrían estar en relación con las diferencias generacionales entre las enfermeras estudiadas por Rollan³⁶⁶ donde desde una perspectiva sociocultural, explora la incidencia del cambio de paradigma racional tecnológico a sociocrítico en los planes de estudio de la formación en enfermería, y constata que los profesionales más jóvenes abordan el cuidado desde una dimensión más integral.

Las enfermeras del grupo de discusión consideran de forma unánime que la confianza y el respeto son la base de la colaboración. Respecto a la confianza, las enfermeras valoran que, en su mayoría, los médicos residentes les ayudan más y se muestran más cercanos que los médicos adjuntos en general a la hora de ser consultados, aunque el hecho de que los residentes roten cada dos, tres o cuatro meses, hace que hasta que no los conocen, no acaben de establecer este vínculo. También a la hora de ejecutar las prescripciones médicas, declaran tener confianza en según qué médicos adjuntos y en según qué residentes, mientras que lo que le pueden decir otros, lo someten a juicio muy estricto. Estas declaraciones encajan en las características de la confianza que describe d'Amour²⁰⁶ en su modelo de estructuración de la colaboración profesional donde la confianza es uno de los componentes de la dimensión Internalización de dicho modelo, pues estas características se refieren al punto de vista de la persona que evaluará la competencia del profesional en quien confiará, su disposición a participar en la relación, y su honestidad.

En cuanto a la relación enfermera-médico, la confianza también es un elemento que, McAllister¹⁹⁵ y Mayer,³⁶⁷ inspirados en la teoría de la atracción, consideran como factor de la colaboración, mientras Gilmore³⁶⁸ habla de la confianza mutua como el medio de vehicular el debate de ideas y la retroalimentación para alcanzar acuerdos saludables entre enfermeras y médicos. Este tipo de relación también ha sido identificada como relación colegiada de confianza por Schmalenberg y Kramer.³⁶⁹

En cuanto al respeto, las enfermeras del grupo de discusión destacan la importancia de mantener el respeto y el cuidado en el trato con las personas. El respeto como profesionales entre enfermeras y médicos y también como enfermeras que respetan el trabajo y aseguran la continuidad de los objetivos planificados. También surge otra acepción de respeto relacionada con la percepción experimentada sobre el conocimiento de la enfermera de UCI frente a la de hospitalización, es decir, que existe un respeto y reconocimiento de la enfermera de hospitalización hacia el conocimiento, el saber de la de UCI. Además, consideran que, el tema del respeto o de cuánto te tienen en cuenta, lleva a planos iguales la experiencia enfermera y la del médico. En este sentido, el estudio de Nielsen³⁷⁰ donde se evalúa la eficacia de una intervención, las

percepciones de las enfermeras, de los médicos y de los terapeutas ocupacionales se basaron en el respeto mutuo y en el reconocimiento de las diferentes perspectivas de los profesionales, sin embargo, en el estudio de Boey,³⁷¹ se exploraron los factores que contribuyen a la colaboración enfermera-médico en cuidados intensivos y, mientras las enfermeras valoraron el respeto, los médicos valoraron la importancia de las relaciones. Para Emich,³⁷² el respeto forma parte de la definición conceptual de colaboración en enfermería, y Schmalenberg y Kramer³⁶⁹ identificaron uno de los tipos de colaboración como: poder, respeto y colaboración. Incluso, el Instituto de Medicina (*Institute of Medicine*, IOM)³⁷³ incluye el respeto mutuo como un efecto de la colaboración. También encontramos estudios coincidentes con nuestros resultados donde, la confianza y el respeto forman parte de la colaboración, es el caso del estudio de Disch y colaboradores,⁹ donde el respeto, la confianza junto con la comunicación abierta, son los elementos que conforman las relaciones de colaboración. En el estudio de Verd-Aulí,³⁶⁵ se exploran las percepciones de las enfermeras y los médicos en la práctica colaborativa de las sesiones clínicas conjuntas de la Unidad de Cuidados Intensivos, y concluyen que el mejor dinamizador del trabajo interprofesional es generar espacios de respeto y confianza.

Para las enfermeras de nuestro estudio, la comunicación es uno de los factores que interviene en la colaboración y garantiza comunicarse de los aspectos importantes con las personas adecuadas en el momento adecuado. Esta valoración coincide con los resultados de diversos estudios de revisión sobre la literatura publicada y donde la comunicación se revela como uno de los hallazgos identificados en Wiechula,³⁷⁴ quien estudia las intervenciones que promueven la comunicación efectiva, o como un factor que influye en la percepción de la colaboración enfermera-médico en House,³⁷⁵ o como los factores que afectan a la comunicación enfermera-médico, y las intervenciones desarrolladas por Tan³⁷⁶ para mejorar esta comunicación.

La forma en que se transmite la información suele ser principalmente oral ya sea asistiendo al pase de guardia o al pase de visita a pie de cama y, en ambas situaciones, las enfermeras dicen no sentirse escuchadas y perciben que sus observaciones no son tenidas en cuenta. Esta manifestación también se

encuentra recogida en una de las categorías resultantes del estudio de Verd-Aulí.³⁵⁵ En otras ocasiones el pase a pie de cama se realiza en ausencia de la enfermera y, el médico informa directamente al paciente con lo que a la enfermera no se le hace partícipe de lo que ocurre, pues el médico no informa a la enfermera de las decisiones sobre el plan terapéutico, muy al contrario, es el paciente quien informa a la enfermera de las decisiones médicas. Además, suele ser la necesidad de transmitir una decisión o consultar una información la que hará que el médico busque a la enfermera o viceversa. En este sentido, el estudio de Kalocsai³⁷⁷ da cuenta de las diferentes contribuciones de enfermeras y médicos a la hora de establecer una relación terapéutica y las dificultades de integración de la información desde la perspectiva de las familias.

Observamos el esfuerzo de las enfermeras en sus declaraciones por estar pendientes de poder estar presentes en el pase a pie de cama, de mirar lo que escriben los médicos a falta de que les llegue la información, porque como también comentan, dependiendo del médico puede ser más complicado obtener la información. En esta línea, el estudio de Kvande,³⁷⁸ defiende el valor esencial de las observaciones enfermeras y su derecho de participar en la toma de decisiones, así como el de los médicos a escuchar e incluir las observaciones y preocupaciones clínicas de las enfermeras. Sin embargo, resulta ilustrativa la solución propuesta por Acal Jiménez³⁴³ donde para facilitar la asistencia de las enfermeras a las rondas, propone que las enfermeras lleven un buscapersonas para que los médicos puedan alertarlas de las rondas, pues pese a los buenos resultados presentados, reproduce el modelo donde la solución recae en el esfuerzo de adaptación de la enfermera a la dinámica del equipo médico. Pero también las organizaciones demandan esfuerzo por parte de la enfermera: una enfermera añade que, incluso ante la iniciativa de su hospital de ofrecer asesoramiento de una psicóloga como soporte en la gestión de casos difíciles, dicha actividad tenía que ser dentro del horario laboral de las enfermeras sin opción a ser substituidas.

La falta de comunicación también se identifica entre las enfermeras, por ejemplo, en los contenidos del traspaso de información, lo que supone un obstáculo en la continuidad de las actividades programadas y de los cuidados. La misma preocupación por evitar la ineficacia de la comunicación entre turnos y evitar las

informaciones paralelas, muestra Santos³⁷⁹ demandando una participación de forma activa de las enfermeras para reducir los “ruidos de entrega”. Sobre los cuidados, es interesante la aportación de Sundberg³⁸⁰ con relación a los significados del cuidado distinguiendo entre la mirada instrumental y la mirada atenta y sintonizada centrada en las necesidades del paciente, pues es con ésta última con la que se produce la transmisión de cuidado. Nos hace pensar en su posible implicación en la importancia del contenido de la información en el cambio de turno.

Las enfermeras nos informan que los médicos residentes y los médicos adjuntos pueden tener diferentes visiones y en consecuencia dar diferentes órdenes médicas evidenciando falta de cohesión y de hablar entre ellos. Entre los estudios que exploran la comunicación entre médicos, el de Ruiz³⁸¹ aboga por un trabajo de integración de varios factores: los marcos teóricos con las fortalezas del proceso de toma de decisiones humanas, los soportes informáticos, la inteligencia artificial y las nuevas formas organizativas para aumentar la autoconciencia de los procesos de toma de decisiones entre los médicos (adjuntos, residentes y becarios) de UCI, sin embargo Parent B,³⁸² ha abordado la falta de comunicación médica implementando un plan de estudios estandarizado en la comunicación Inter clínica y los resultados de los pacientes.

El eje Trabajo en equipo se estructura alrededor de las relaciones jerárquicas entre los diferentes profesionales y el contexto cultural que los define. Las diferencias en las jerarquías profesionales se han reconocido como una de las barreras de la comunicación en los entornos sanitarios, y así lo recoge la revisión de Nguyen³⁸³ y para el trabajo en equipo según el estudio de Mayaki.³⁸⁴ Las enfermeras, coinciden en que su relación con los médicos no es una relación entre iguales e identifican este hecho como el principal problema para lograr una buena comunicación. También identifican factores como el estatus propio de la jerarquía médica que en ocasiones se puede ver potenciado por profesionales que pertenecen a culturas tradicionales y muy jerarquizadas, dando lugar a situaciones donde no está clara la fórmula para dirigirse al médico, o donde las preguntas sobre las actuaciones médicas no son bien recibidas. Estas observaciones coinciden plenamente con otros estudios que identifican la jerarquía de la profesión médica como una de las barreras del trabajo en equipo.

^{383,384} El grado más elevado lo encontramos en el estudio de Mao,³⁸⁵ basado en la Teoría de la identidad Social, donde a la jerarquía de estatus enfermera-médico, se añade la de género, pues el rol de los profesionales de enfermería masculinos fortalece el estereotipo de jerarquía enfermera-médico. En el estudio de Lee,³⁸⁶ las enfermeras encuentran obstáculos para hacer oír su voz en culturas muy jerarquizadas y con un orden social basado en la edad y la antigüedad. También el estudio de Belrhiti³⁸⁷ señala el poder de las jerarquías formales y de las jerarquías profesionales como las estructuras que subyacen en la mala colaboración interprofesional enfermera-médico.

En este contexto de desigualdad que nos presentan las enfermeras de nuestro estudio, se producen las tomas de decisiones no consensuadas. Estas decisiones en ocasiones pueden llegar a producir malestar y estrés moral cuando implican ejecutar órdenes o decisiones médicas con las que no están de acuerdo. El estudio de James,³⁸⁸ demuestra que los profesionales aceptan mejor los cambios cuando participan en la toma de decisiones y tienen la oportunidad de influir en el cambio, y que, para ello, el tipo de liderazgo horizontal es más adecuado que el vertical o jerárquico. En este sentido, el estudio de Van den Bulcke,²⁸³ demuestra la asociación tanto para enfermeras como para médicos entre la intención de abandono y la calidad del clima ético en la UCI (respeto mutuo, reflexión interdisciplinaria abierta, y no evitar las decisiones de final de vida). Consciente de todas estas dificultades en la relación enfermera-médico, el estudio de Caronia,³⁸⁹ aborda la interacción del binomio enfermera-médico desde el desequilibrio epistémico y muestra cómo las enfermeras contribuyen al trabajo en equipo.

Cuando las enfermeras noveles nos hablan de sus relaciones con las enfermeras veteranas o expertas, realizan un reconocimiento hacia éstas en cuanto a que son sus referentes por la experiencia que acumulan, y por ello las consultan y atienden a sus criterios y conocimientos. Podríamos identificar aquí, una jerarquía basada en la experiencia que podríamos definir como informal y que el estudio de Vatn,³⁹⁰ propone como modelo de colaboración interprofesional a desarrollar. También Pettersson,³⁹¹ habla de la jerarquía de conocimientos como sistema de socializar a las enfermeras recién contratadas.

Pero estas enfermeras noveles, también critican la falta de colaboración de las enfermeras más veteranas y manifiestan su malestar. A este respecto, podríamos decir, desde una perspectiva tradicional de las relaciones intraprofesionales, que existe una cierta jerarquía de estatus entre las enfermeras menos experimentadas y las enfermeras expertas al igual que pasa con las jerarquías médicas según los estudios de Buchelt³⁹ y Vance.³⁹²

Conscientes de las implicaciones del contexto de desigualdad para el trabajo en equipo, diversos autores recurren a la educación y formación interprofesional temprana,³⁹³ proponen hablar de jerarquía en la planificación de los estudios, y de jerarquías de poder⁴⁴ o abordar las jerarquías y estructuras tradicionales desde la socialización temprana con otros profesionales.³⁹⁴ Todos parecen estar de acuerdo en la necesidad de cambiar de una jerarquía convencional a una visión compartida y que, para ello es necesario un crecimiento en presencia y responsabilidad de la enfermera guiado por una educación avanzada y la aceptación de la enfermera de práctica avanzada. También a nivel de las jerarquías médicas se propone el diseño de nuevos planes de estudios que contemplen la transición a la práctica con nuevas funciones y flexibilidad de los nuevos médicos.³⁹¹

En cuanto a la satisfacción, las participantes relacionan la satisfacción profesional con aspectos que tienen que ver con su desempeño profesional. Por ejemplo, el hecho consciente de adquirir mayor competencia les hace sentirse más a gusto y seguras al ver que cada vez hacen mejor las cosas, al igual que el estudio de Silva³⁹³ donde las enfermeras identificaron la autonomía como el ítem más importante en la satisfacción laboral y los enfermeros mostraron mejor satisfacción laboral. También relacionan su nivel de satisfacción con el grado de colaboración entre las compañeras del equipo. En esta línea, el trabajo de Pettersson³⁹¹ muestra cómo la forma en que las enfermeras noveles son socializadas en su ámbito de trabajo influye en su satisfacción laboral y rendimiento. Además, cuando el nivel de colaboración con los médicos no es bueno, les causa frustración. Este comentario coincide con el estudio de Arnold³⁹⁴ donde señala las jerarquías, las estructuras y las prácticas

tradicionales de socialización como una de las barreras para la colaboración interprofesional efectiva y una fuente de insatisfacción.

Las participantes valoran su satisfacción en función de los resultados obtenidos con sus pacientes, por ejemplo, tener la certeza de haber hecho todo lo que se ha podido por su paciente, o comprobar cómo las iniciativas realizadas en los cuidados impactan de forma positiva en el paciente. Pero también con el tiempo, las motivaciones para sentirse satisfecho pueden ir cambiando, y encontrado nuevas motivaciones y satisfacción, por ejemplo, la experiencia de abrir los horarios de visita para los familiares de los pacientes. Observamos que estos comentarios comparten iniciativas que requieren de una mayor implicación e interacción con el paciente. En este sentido estudios como los de Feiring³⁹⁵, apoyan que la motivación y satisfacción son elementos presentes y al alza en la ampliación de responsabilidades y nuevos roles de las enfermeras.

Pero también existen otros elementos que producen insatisfacción en los profesionales. Por un lado, las enfermeras participantes más jóvenes, no están satisfechas con las condiciones laborales llegando a plantear, ante la expectativa profesional, si tanto esfuerzo vale la pena. En este sentido, el riesgo de abandono en los primeros años de ejercicio está bien documentado.

El trabajo de Fiske³⁹⁶ sobre los factores estresantes que pueden afectar a la satisfacción de las enfermeras de una UCI neonatal, indica que la retención de enfermeras es el principal problema durante el primer año de trabajo, y que la inadecuada dotación de personal fue el factor de estrés más común. También el estudio de Yarbrough³⁹⁷ concluye que el entorno de la práctica clínica influye en las decisiones de permanecer o no en el puesto de trabajo y, Khowaja-Punjwani³⁹⁸ señala que, la causa de abandono en los primeros años de ejercicio es la mala comunicación enfermera-médico.

Pero los profesionales más experimentados también muestran su descontento con los recortes salariales y la baja remuneración de la profesión, al igual que en el estudio de Abedi³⁹⁹ donde las enfermeras se muestran insatisfechas con su escala salarial. En este sentido, encontramos que, en la literatura publicada, la mejora de los salarios es una constante dentro de las medidas a tomar para aumentar la satisfacción laboral de las enfermeras.⁴⁰⁰⁻⁴⁰² Partiendo de la premisa que, a mayor satisfacción con el salario, menor posibilidad de abandono, el estudio de Hermes⁴⁰³ explora el salario que las enfermeras que son contratadas

a través de agencias, consideran adecuado para cambiar a un empleo permanente. Sin embargo, el estudio de Niskala,⁴⁰⁴ recomienda actuar sobre los factores intrínsecos de las profesionales como la inteligencia espiritual, la identidad profesional y la conciencia, en vez de actuar sobre los factores extrínsecos como los salarios y recompensas. Llama la atención la demanda de aumento de salario para los enfermeros hombres que trabajan en unidades especiales como UCI y urgencias frente al resto de enfermeras mujeres que trabajan en hospitalización.

Con respecto a los estudios sobre la rotación de las enfermeras, la revisión de Halter critica que, aunque los resultados son significativos, sólo se describen en términos económicos y recomienda más investigación entre el resultado de la rotación real y la intención de abandono.

Por otro lado, a los participantes en el GD, les gustaría una mayor implicación de los gestores responsables en la gestión de los cuidados de los pacientes. A este respecto, son numerosos los estudios que recomiendan a los gestores implicar de un modo u otro a las enfermeras en la gestión, planificación y en la toma de decisiones. Así, el estudio de Holmberg⁴⁰¹ recomienda a los gestores promover iniciativas para reconocer y motivar el desarrollo profesional continuado de las enfermeras, además de mayor autonomía clínica e incentivos económicos, o desarrollar estrategias de intervenciones educativas para aumentar la satisfacción laboral y evitar el abandono como propone Niskala.⁴⁰⁴ También Hegney⁴⁰⁵ considera que los gerentes, a propósito de las cargas de trabajo, deben involucrar al personal en la toma de decisiones y adoptar un enfoque de planificación sistemática para evitar el racionamiento implícito de la atención y su repercusión en la seguridad del paciente.

Otros estudios plantean nuevos objetos de estudio que requieren la implicación de los gestores para mejorar la satisfacción laboral de las enfermeras. Ganahl plantea la detección del fenómeno de la segunda víctima en enfermeras de UCI debido a la exposición a situaciones excepcionales que deben afrontar y promover programas efectivos de apoyo psicosocial dentro de los programas de seguridad del paciente. Por su parte, Janatolmakan⁴⁰² propone el estudio de la

atención perdida para mejorar el lugar de trabajo, la reducción de la carga de trabajo, y el empoderamiento de las enfermeras. Finalmente, el estudio de D'Lim⁴⁰⁶ aborda el estudio de la gestión y liderazgo a nivel individual y de equipo en las UCI centrándose en identificar y examinar los procesos cognitivos que subyacen en las percepciones individuales de los profesionales sobre los riesgos y la seguridad de la dotación del personal en UCI, describiendo así cuatro temas: la prestación de cuidado individual, la dinámica del equipo, la dinámica de la unidad y la organización, y concluyendo que, los profesionales presentan diferentes conceptos sobre dónde comienza y termina su responsabilidad personal de minimizar el riesgo, y que estos límites pueden afectar su comportamiento tanto dentro como fuera de la unidad.

Desde la perspectiva de los coordinadores de investigación en cuidados intensivos, en el trabajo de McDonald⁴⁰⁷ el factor mejor valorado fue el entorno de trabajo positivo y el espíritu de trabajo. Mientras que Fast,⁴⁰⁸ se muestra crítico con el concepto de liderazgo transformacional y considera que está idealizado porque las responsabilidades de los gerentes se moldean para ajustarse a los objetivos institucionales.

Otro aspecto que mencionaron las enfermeras participantes en el grupo de discusión fue el interés en conocer la perspectiva de los médicos con respecto a la colaboración enfermera-médico en la UCI. En esta línea, el estudio de Landriault⁴⁰⁹ explora el sistema de rotación de los médicos residentes por las UCI y su relación con el equipo y nos habla, de los factores contextuales de la UCI, de las demandas laborales, la motivación de los residentes, las jerarquías de poder y las percepciones de los residentes “buenos” y “malos”.

Por último, el grupo centra la mirada de futuro en la promoción de un cambio de cultura de trabajo de colaboración empezando por los médicos en formación, y abriendo espacios de intercambio de experiencias y reflexión para las enfermeras como el que acaban de realizar y se reafirman en los aspectos comentados. Mirando al futuro, los participantes coinciden plenamente en la importancia de trabajar por una relación entre iguales dentro del equipo multidisciplinar que atiende al paciente de UCI y basada en una comunicación

abierta, donde todos los miembros se escuchen y se traten bien para decidir un plan de cuidados conjunto.

En este mismo sentido, a las enfermeras también les gustaría que los médicos pidiesen su opinión y visión sobre sus pacientes y que éstas se tuvieran en cuenta, en definitiva, tener una relación de trabajo en equipo. Finalmente, mencionaron mejorar la participación en un pase conjunto cuya asistencia no estuviese supeditada a la carga de trabajo del momento y apunta que esto requeriría disponer de más personal para llevarlo a cabo.

Estas declaraciones, coinciden con la aportación del estudio de Ng,⁴¹⁰ en el que aborda la importancia de mantener un ambiente de seguridad e igualdad en la que los miembros del equipo se sientan seguros al expresar sus opiniones sin vergüenza o temor a ser juzgados independientemente de su posición a hablar. Lograr una comunicación abierta que proteja la seguridad del paciente crítico, centrándose en los factores y valores en lugar de solamente abordar la gestión de conflictos en este contexto.

Podemos afirmar que la percepción de las enfermeras que participaron en el GD sobre la colaboración interprofesional coincide con los resultados de la revisión de Nguyen,³⁸³ sobre los factores que influyen en la colaboración interprofesional (CIP) y que actúan como barreras reconocidas de comunicación: las diferencias en la jerarquía profesional, la formación, los estilos de comunicación y la cultura.

Y, de cara a un futuro, es importante tener en cuenta estudios como el de Gilmartin,⁴¹¹ centrados en nuevas estrategias para apoyar el clima de satisfacción y seguridad a través de los entornos de aprendizaje y del trabajo en prácticas, a la vez que se reduce la intención de abandono, la rotación y el agotamiento. O el de Feiring,³⁹⁵ donde los cambios en los roles en la atención médica especializada, o reasignación de tareas de médicos a enfermeras (cultura orientada al equipo) se vieron motivados por una cuestión de control del gasto sanitario y la voluntad de aumentar el acceso a una atención de calidad. En este estudio, la satisfacción y la motivación fueron dos de los diez factores identificados como influenciados por dicha implementación.

5.1.3. Coherencias e incoherencias entre lo numérico y los discursos

El diseño mixto explicativo y secuencial elegido para el estudio nos ha permitido, en primer lugar, identificar la intensidad de colaboración de los profesionales de UCI y los factores asociados (Fase I) y, en segundo lugar, comprender, en palabras de las propias enfermeras, la experiencia de la colaboración interprofesional (Fase II). Los resultados de estas dos fases han enriquecido y ampliado el conocimiento sobre las características de la intensidad de colaboración interprofesional en UCI. Y su análisis conjunto, ha permitido identificar las coherencias e incoherencias entre lo contestado en el cuestionario y los argumentos explicados en el GD.

Al contrastar nuestros resultados cuantitativos a través del cuestionario INCINS con los resultados del Grupo de Discusión encontramos que los participantes del grupo de discusión realizaron una valoración más positiva de las actividades del equipo que se realizan en común (sesiones, pases de visita) que de las actividades que se realizan sobre un mismo paciente, justo al contrario que en los resultados derivados del cuestionario. No obstante, las responsabilidades entre los equipos sí tiene una valoración positiva. Una primera apreciación de estos resultados sería preguntarnos si los profesionales cuando responden de forma individual valoran mejor las actividades individuales y cuando lo hacen en grupo valoran mejor las actividades comunes, además de este cambio de perspectiva en función del contexto, también debemos tener en cuenta, que los profesionales hablan de lo que les preocupa y aportan una visión crítica.

Las principales coherencias o coincidencias entre las respuestas de los profesionales en el cuestionario (Fase I) y los comentarios y explicaciones del GD (Fase II) según la INCINS recodificada, las encontramos entre la coordinación de las actividades relacionadas con la organización de las tareas que los profesionales realizan sobre el paciente **(ítem 9)** y en la forma en cómo se establece el plan diario de trabajo **(ítem 7)**, pues en ambas, la mayoría de los profesionales consideran que estas actividades están moderadamente coordinadas y fijan las dificultades en la toma de decisiones que realizan los

médicos sin tener presente las actividades enfermeras y dejando poco margen para la planificación. En Serrano,²⁵¹ el ítem 9 es el segundo mejor valorado del factor coordinación.

Respecto a la organización de las actividades sobre el paciente, observamos diferentes percepciones en función de la experiencia, pues las enfermeras más jóvenes consideran que la colaboración con los médicos residentes suele ser más cercana que con los médicos adjuntos, aunque los participantes más veteranos dicen sentirse más escuchados y tener mayor confianza con el médico adjunto a la hora de consensuar decisiones. Esto nos hace pensar en la edad y la experiencia como posibles factores igualadores en la relación enfermera-médico. Sin embargo, cuando hablan sobre el plan diario de trabajo, resulta que no siempre los objetivos, o planes diarios están fijados o comunicados, si no que se pueden ir fijando durante el día. Y, aunque en el pase de información enfermera-enfermera es donde se comunica el plan o estrategia a seguir, también critican que no se respete y no se dé continuidad a la información o a las estrategias comunicadas en el traspaso de información enfermera-enfermera. En este caso podemos apreciar que las enfermeras a la vez que valoran su grado de coordinación son conscientes de los aspectos que han de mejorar.

En cuanto a las actividades compartidas, los profesionales coinciden en considerar que están moderadamente de acuerdo, en que, durante su trabajo diario tienen en cuenta los datos recogidos por otros grupos de profesionales **(ítem 11)**. Las enfermeras explican que, a través de los diferentes sistemas o soportes informáticos de los que disponen en sus hospitales, tanto leen sus registros, como los de los médicos u otros miembros del equipo multidisciplinar. Se confirma que, en ninguno de los hospitales existe un registro conjunto de la historia clínica del paciente. Aquí parte de las críticas se dirigen hacia los médicos porque sólo consultan la parte de la gráfica que corresponde a las variables vitales, escalas de valoración, etc., o porque sólo acuden a leer lo que escriben cuando necesitan un dato concreto. Y también se muestran críticos con la calidad de los registros enfermeros, pues creen que son ampliamente mejorables. Plantean que, quizás porque los médicos no dan importancia a estos registros, las enfermeras tampoco se la dan.

Encontramos coincidencias totales también en las actividades comunes, donde se muestran moderadamente tolerantes con las actividades que no tiene bien definidas los responsables que las han de realizar **(ítem 12)**. Los profesionales distinguen entre la definición de responsabilidades sobre la administración de ciertos fármacos comunes en el tratamiento del paciente crítico, la instauración de vías, algún procedimiento, y las nuevas indefiniciones de responsabilidad referidas a las nuevas tecnologías como por ejemplo modificar las revoluciones de una asistencia ventricular. Observamos que la indefinición de estas responsabilidades se adecúa a las propuestas de los nuevos roles emergentes.

Respecto a la opinión de la percepción de los pacientes, la mayoría de los profesionales coinciden en valorar que los pacientes califican de muy buena, la colaboración entre los profesionales del equipo que les atiende **(ítem 5)**. Los profesionales consideran con unanimidad que, tanto paciente como familia valoran de forma muy positiva el trabajo de todo el equipo, aunque en ocasiones, las contradicciones o falta de sincronización en la información, haga que se pueda dar una imagen diferente.

Encontramos coherencia o coincidencias algo más difusas cuando los profesionales valoran la colaboración entre ellos para elaborar un plan común de intervención (ítem 13), mientras en el cuestionario, el mismo porcentaje de profesionales valoran estar moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo, en el GD la mayoría de los profesionales sólo se muestran moderadamente de acuerdo con esta afirmación. Las explicaciones de las enfermeras versan sobre sus dificultades para consensuar decisiones con los médicos residentes porque éstos obedecen las indicaciones del adjunto. Sin embargo, cuando se trata de valorar la cooperación de los profesionales para asegurar el seguimiento del paciente **(ítem 16)**, la valoración del GD demuestra ser muy consciente de la importancia y necesidad de garantizar la continuidad de los cuidados del paciente y se muestran totalmente de acuerdo con esta afirmación. Las enfermeras explican los esfuerzos que han de realizar para salvar las limitaciones con las que se encuentran a diario como la rotación, los soportes informáticos y el acceso a la información que tienen los familiares.

Cuando las enfermeras valoran si los profesionales del equipo tienen una visión holística de las necesidades de los pacientes (**ítem 10**), es en el GD donde encontramos que, el mismo porcentaje de profesionales valoran estar moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo, mientras que, en el cuestionario, la mayoría de los profesionales se muestran moderadamente de acuerdo. Las enfermeras comparten que en la UCI se atiende más a las necesidades biológicas del paciente, aunque reconocen avances respecto a la inclusión de las familias en el proceso del paciente, por ejemplo, con la ampliación de horarios las 24 horas, más sensibilidad por parte de los médicos a la hora de esperar que llegue un familiar ante una situación crítica de final vida, o de las enfermeras a trabajar en presencia de familiares. Aquí las enfermeras apuntan dos de las dificultades recogidas en otros estudios: la sensibilización de los médicos con las necesidades del paciente y de las familias, y las objeciones de las enfermeras a trabajar en presencia de familiares o acompañantes.

Menor coincidencia encontramos cuando los profesionales valoran cómo se comparten las responsabilidades entre los profesionales del equipo (**ítem 6**), en este caso, en el cuestionario, la mayoría de los profesionales consideran que están medianamente compartidas, y el GD, consideran que están muy compartidas, no obstante las enfermeras del GD señalan algunas líneas de indefinición respecto a la responsabilidad de administración del tratamiento médico de la prevención de úlceras por presión, o administrar medicación habitual no prescrita en el momento de ser administrada.

Igual situación encontramos ante la valoración de la integración de las actividades de colaboración entre los profesionales del equipo (**ítem 8**), en el cuestionario, el mayor porcentaje de profesionales valoran que están medianamente compartidas, y en el GD, la mayoría consideran que están muy compartidas. Las enfermeras del GD centran sus comentarios en explicar las características de los pases de visita donde lo común es la asistencia del equipo médico y enfermero, aunque en ocasiones la carga de trabajo hace que las enfermeras no puedan asistir.

Respecto a la disposición de los profesionales del equipo para pedirse apoyo profesional cuando es necesario (**ítem 14**), en el cuestionario la mayoría de los

profesionales se muestran totalmente de acuerdo mientras que, en el GD, sólo están moderadamente de acuerdo. Las enfermeras del GD se muestran críticas con la actitud de los médicos porque no les piden o no tienen en cuenta su opinión a la hora de tomar decisiones sobre sus pacientes. Consideran que los médicos preguntan porque queda bien preguntar, pero que tienen asumido lo que harán de antemano. Otro aspecto que destacan es relación de conocimiento mutuo y confianza entre enfermera y médico a la hora de pedir este apoyo profesional.

Cuando los profesionales valoran en qué medida las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo están jerarquizadas o no (**ítem 1**), en el cuestionario, la mayoría de los profesionales valoran que están moderadamente jerarquizadas, mientras que en el GD el mayor porcentaje de profesionales consideran que están muy jerarquizadas. Las enfermeras del GD explican que pueden tener una buena relación tanto a nivel profesional como a nivel personal, sobre todo dependiendo del tiempo que lleven trabajando juntos, pero, siempre subyace la relación de superioridad. En ocasiones la percepción es que el médico es el que manda y no escucha, lo que dificulta la comunicación y revela que no es una relación entre iguales. También explican que, a nivel personal, optar por la diferenciación de los espacios de descanso, pone de relevancia esta relación de jerarquía. Existen trabajos que relacionan la autonomía de las enfermeras con el mayor nivel de estrés, y la mejora de la colaboración enfermera – médico,³⁹¹ creemos interesante explorar el grado de jerarquización en estas situaciones.

Al valorar el grado de colaboración entre los profesionales del equipo (**ítem 3**), en el cuestionario, la mayoría de los profesionales considera que existe un alto grado de colaboración, y en el GD el mayor porcentaje de los participantes declara que existe un grado medio de colaboración entre los profesionales del equipo. Las enfermeras del GD se centran en definir cómo es la colaboración entre los profesionales del equipo: si enfermera y médico trabajan con un objetivo común o cada uno tiene los suyos, o qué entiende el médico que la enfermera ha de ofrecer como colaboración y viceversa.

Pero también hemos encontrado incoherencias, valoraciones completamente opuestas para un mismo ítem entre el cuestionario y el GD.

Al valorar en qué medida los distintos grupos de profesionales del equipo se esfuerzan en evitar conflictos relacionados con el reparto de actividades y de responsabilidades (ítem 4), en el cuestionario, el mayor porcentaje de profesionales valoran que se esfuerzan mucho, mientras que, en el GD, la mayoría de los profesionales consideran que existe poco esfuerzo. Las enfermeras del GD enfocan sus comentarios hacia cómo se gestionan los conflictos más que al esfuerzo que realizan para evitarlos. El GD comenta que, cuando ha presenciado algún conflicto, ha sido la supervisora quien ha intervenido para resolverlo, aunque cree que en general no se tratan. Y reconocen que, a veces, ante el conflicto, prefieren inhibirse y esperar a que pase.

También al valorar si los profesionales del equipo intercambian entre ellos información relativa a un mismo paciente (ítem 15), en el cuestionario, la mayor parte de los profesionales dicen estar totalmente de acuerdo, y en el GD la gran mayoría está en total desacuerdo con esta afirmación. Las enfermeras del GD orientan sus comentarios hacia el intercambio de información con el médico, y explican que, en la mayoría de las ocasiones el intercambio de información se produce si la enfermera está presente en el pase de visita a pie de cama, por el contrario, los médicos sólo se dirigen a ellas si existe una nueva información o decisión y ésta requiere de atención enfermera. Además, comentan que el hecho de no disponer de toda la información relativa al paciente, les hacer sentir inseguridad, incluso miedo cuando hablan con las familias.

Igual ocurre al valorar si los pacientes consideran que los profesionales que les atienden realizan su trabajo de forma adecuada y sin perjudicarse mutuamente (ítem 17), en el cuestionario, el mayor porcentaje de profesionales dice estar totalmente de acuerdo, mientras que, en el GD, la mayoría de los participantes dicen estar en total desacuerdo. Esto puede deberse a que, en la discusión grupal, los profesionales aportan experiencias que dan cuenta de que se han producido estos perjuicios. En esta ocasión, las enfermeras del GD orientan sus comentarios hacia la variabilidad de médicos que llegan a informar a las familias, comentando que en una ocasión la familia manifestó que no quería hablar con ningún médico más. También destacan el carácter multidisciplinar de los equipos

que hace que varios especialistas tengan que informar sobre un mismo paciente y que no se da una información conjunta de equipo. La percepción es que estas situaciones son percibidas por el paciente y familia y temen que puedan crear inseguridad en ellos ante la posibilidad de recibir la información de forma parcial y distinta a la de su médico de referencia.

5.2. Limitaciones del estudio

Los resultados derivados de esta tesis deben interpretarse teniendo en cuenta las siguientes limitaciones:

En primer lugar, la utilización de una metodología mixta requirió de una mayor inversión de tiempo y de recursos. El tamaño de la muestra se vio afectado por el bajo número de médicos participantes provocado en parte por el criterio de inclusión de tener al menos un año de experiencia en la unidad. En consecuencia, fue difícil establecer relaciones entre las características sociodemográficas y las dimensiones de la colaboración.

En segundo lugar, al haber utilizado una técnica de muestreo por conveniencia, y no haber utilizado un muestreo probabilístico, cabe la posibilidad de que los resultados fuesen sesgados disminuyendo la validez externa del estudio. No se pudo obtener la opinión de los profesionales que decidieron no participar o devolvieron los cuestionarios en blanco. No obstante, la tasa de respuesta (75%) fue elevada.

En tercer lugar, los sesgos del GD se centraron en el hecho de que el reclutamiento de los participantes buscaba dos perfiles (al menos 1 año de experiencia y más de 10 años de experiencia) a través de las coordinadoras o supervisoras de las UCI, esto facilitó que, además las personas reclutadas fuesen las que habían demostrado mayor motivación y disponibilidad a participar en el estudio. De esta forma se ha dejado de conocer lo que opinan las enfermeras menos motivadas.

En cuarto lugar, respecto a la generalización y representatividad de los resultados, el estudio cuantitativo se realizó en las 6 UCI de un solo hospital de tercer nivel, y el cualitativo se formó con los representantes de 4 UCI de los hospitales de tercer nivel de una misma ciudad. Todos los hospitales fueron públicos. Por lo tanto, no podemos afirmar que sea representativo de todas las comunidades, de todas las UCI o de todos los hospitales del Estado. Aunque hemos podido contrastar resultados con los trabajos de Bengoechea²⁵⁰ y Serrano,²⁵¹ se sugiere la realización de estudios multicéntricos más amplios con mayor representatividad de zonas geográficas, de tipos de UCI y de hospitales públicos

En quinto lugar, el resto de los resultados obtenidos deben ser interpretados con cautela debido por falta de potencia estadística no pudiendo realizar afirmaciones de manera robusta. Sin embargo, nos orienta sobre la importancia que para ambos colectivos tiene la percepción de la colaboración interdisciplinar, la actitud colaborativa de las nuevas generaciones, la satisfacción en el trabajo y la actividad científica.

En sexto lugar, en el análisis psicométrico para las pruebas de validación del cuestionario INCINS, observamos que, en comparación con los resultados de San Martín Rodríguez,⁴² las dimensiones Opinión sobre la percepción de los pacientes y Apreciación global presentaron mayor consistencia interna. Desde nuestra perspectiva y conocimiento podríamos sugerir que el hecho de que nuestro estudio se realizase dentro de un contexto de UCI de un mismo hospital pudo influir en una concepción e interpretación más unificada de cada uno de los ítems que se midieron.

Por último, observamos que en las pruebas de validación del cuestionario INCINS, los 4 factores explican el 61,5% de la varianza total. Los resultados del grupo de discusión ayudaron a través de las experiencias explicadas, a comprender mejor los resultados de la INCINS, aunque las incoherencias encontradas nos advierten sobre la generalización de los resultados.

5.3. Implicaciones del estudio

A continuación, se comunican las implicaciones prácticas del estudio y las futuras líneas de investigación que se derivan.

Implicaciones para la práctica asistencial

Mejorar la colaboración interprofesional de enfermeras y médicos en el contexto de UCI requiere la aplicación de estrategias que favorezcan la comunicación abierta y segura entre los equipos tal como propone Ng.⁴¹⁰ También, cuidar el clima de satisfacción y seguridad en los entornos de aprendizaje y del trabajo en prácticas como plantea Gilmartin⁴¹¹ y abrirse a nuevos escenarios donde la cultura orientada al trabajo plantea cambios en los roles de atención especializada o reasignación de tareas de médicos a enfermeras. Otro ámbito de intervención propuesto por Holmber⁴⁰¹ es la implicación de las enfermeras en la gestión, planificación y toma de decisiones. El desarrollo de estrategias de intervención educativas aumenta la satisfacción laboral y evitan el abandono (Niskala).⁴⁰⁴

En este sentido, los programas y proyectos para mejorar la colaboración interprofesional en las UCI deberían contemplar:

- La formación y educación a los profesionales en la mejora de las habilidades de comunicación.
- La participación conjunta de enfermeras y médicos en el diseño de protocolos y procedimientos de la UCI para ayudar a definir roles y responsabilidades.
- Mayor compromiso de las enfermeras coordinadoras para implicar a las enfermeras en la gestión y la toma de decisiones que les afectan y a su vez mejorar la satisfacción laboral de éstas.

Implicaciones para la docencia

En nuestro estudio, las áreas de mejoras identificadas correspondían a la formación continuada y a la actividad científica. Esto pone de manifiesto la necesidad de promover desde las organizaciones de trabajo políticas de formación continuada, actividades científicas que incentiven la participación de las enfermeras.

El hecho de que en nuestro estudio las enfermeras más jóvenes presenten mayor actitud de colaboración y distingan entre el rol autónomo y el rol de colaboración, indica el impacto de la estrategia académica de formación en la práctica asistencial. Por ello, los programas de grado, de máster y los cursos de especialización han de incluir actividades que promuevan el desarrollo de los elementos facilitadores de la colaboración. En el ámbito académico cada vez son más los estudios que optan por programar en los diseños curriculares, formaciones conjuntas de enfermeras en prácticas y residentes (Landriault)⁴⁰⁹ indicando la necesidad que desde la formación de grado, las futuras enfermeras y médicos trabajen conjuntamente a través de estrategias formativas como la simulación.

Implicaciones para la investigación

El estudio de la medición de la Intensidad de Colaboración es prácticamente inexistente en nuestro entorno, además no disponemos de instrumentos originales en castellano y adaptados al contexto de UCI. Este estudio utiliza un instrumento ya traducido y validado al castellano y lo aplica en un contexto de UCI.

Para poder seguir realizando el estudio de la colaboración interprofesional en las UCI, necesitamos que se realicen más estudios sobre poblaciones más amplias en este mismo contexto de UCI y sobre los mismos grupos de profesionales. Por este motivo hemos encontrado de interés los estudios de Bengoeche²⁵⁰ y Serrano²⁵¹ porque nos han permitido comparar resultados y ampliar conocimientos en el ámbito de estudio de la colaboración en UCI. Este hecho nos da razones para sugerir la realización de estudios multicéntricos más amplios con mayor representatividad de zonas geográficas, de tipos de UCI y de hospitales públicos

La reflexión colectiva de los miembros del grupo de discusión nos ha permitido identificar incoherencias entre los resultados de la INCINS y los discursos y ha contribuido a la toma de conciencia de otras necesidades. Por este motivo se

necesitan más estudios que permitan proponer nueva información que ayude a extraer más conocimiento.

Por último, a partir de los resultados poco generalizables de este estudio, se sugieren líneas de investigación sobre la colaboración interprofesional en UCI, orientadas al estudio de la complejidad de los equipos de trabajo, las habilidades de comunicación de todos los profesionales y la rotación de enfermeras.

6. CONCLUSIONES

Las conclusiones de este estudio son:

Fase I

1. La Intensidad de Colaboración (IdC) de los profesionales de las unidades de cuidados intensivos es de 50,9 (DE 9,1). Factor Coordinación 15,1 (DE 3,5) puntos, factor Opinión sobre la percepción de los pacientes 7,3 (DE 1,7) puntos, factor Actividades compartidas 19,4 (DE: 43) puntos, factor Apreciación global 8,8 (DE: 1,8) puntos.
2. La Intensidad de Colaboración (IdC) global es mayor en los médicos que en las enfermeras, concretamente en los factores coordinación, actividades compartidas y apreciación global.
3. Los profesionales de las unidades de cuidados intensivos menores de 30 años puntúan significativamente valores más elevados en el factor Actividades Compartidas.
4. Los profesionales hombres de las unidades de cuidados intensivos muestran valores más elevados en todos los factores excepto en el factor AACC.
5. Los profesionales de las unidades de cuidados intensivos con menos de 10 años de experiencia puntúan valores más elevados en la IdC global.
6. Los profesionales de cuidados intensivos con una actividad investigadora activa (participación en proyectos, publicaciones científicas y otras actividades relacionadas) presentan de forma estadísticamente significativa mayores puntuaciones de IdC.
7. Los profesionales de cuidados intensivos que dicen sentirse muy satisfechos puntúan valores más elevados en la IdC.
8. El resultado de las pruebas de validación del cuestionario INCINS en nuestro estudio contribuye a sustentar la validez del cuestionario validado por San

Martín-Rodríguez y colaboradores⁴² y nos permite afirmar que el grado de consistencia es similar en los dos estudios en la dimensión Coordinación y en la dimensión Actividades compartidas. Presentando mayor consistencia interna en nuestro estudio en la dimensión Opinión percibida y en la dimensión Apreciación global. Estos 4 factores explican la varianza total según el análisis factorial en componentes principales y con rotación Varimax. Este análisis garantiza el uso de este instrumento en las UCI.

9. Desde nuestra perspectiva y conocimiento podríamos sugerir que el hecho de que nuestro estudio se realice dentro de un contexto de UCI puede influir en una concepción e interpretación más unificada de cada uno de los ítems que se han medido.

Fase II

10. Las enfermeras de UCI explican que, la comunicación y el trabajo en equipo son los dos ejes sobre los que sustenta la colaboración interprofesional. A su vez, identifican la confianza y el respeto como la base para una buena comunicación.
11. Las enfermeras de UCI jóvenes consideran que la colaboración interprofesional forma parte de su trabajo, demostrando así una posición académica al distinguir entre el rol autónomo y el de colaboración. Sin embargo, las enfermeras veteranas hacen una distinción entre la perspectiva enfermera y la perspectiva médica cuando explican la colaboración interprofesional. Todas las enfermeras comparten contribuir con sus conocimientos y habilidades y trabajar por un objetivo común, que es el paciente.
12. Las enfermeras identifican como elementos facilitadores de la colaboración interprofesional entre médicos-enfermeras, la relación entre iguales, la comunicación abierta, participar en la toma de decisiones y la formación conjunta de enfermeras y médicos.

13. Las enfermeras identifican como barreras para la colaboración interprofesional entre médicos-enfermeras, las relaciones de jerarquía, estatus o poder, las diferencias culturales, generacionales y la indefinición de objetivos.
14. Las enfermeras de UCI consideran que las actividades de coordinación entre el equipo de trabajo están muy bien coordinadas y las responsabilidades están muy bien compartidas, aunque perciben relaciones de trabajo entre las profesionales muy jerarquizadas y con un grado de colaboración moderado.
15. Las enfermeras de UCI están totalmente de acuerdo en que los profesionales cooperan entre ellos para asegurar el seguimiento de un mismo paciente y consultan los datos recogidos por otros profesionales. Sin embargo, no consideran que los profesionales intercambien información relativa a un mismo paciente.
16. Las enfermeras de UCI opinan que la percepción de los pacientes sobre la colaboración del equipo que les atiende es muy buena, y que los pacientes perciben si se produce algún conflicto entre los profesionales.

Comparación Fase I y Fase II

17. Los resultados comparados de la Fase I y II muestran algunas valoraciones diferentes incluso opuestas. Este hecho nos advierte de las posibles perspectivas adoptadas por los profesionales en función del contexto individual (Fase I) o de grupo (Fase II) en el momento de dar respuesta.
18. Las enfermeras jóvenes demuestran mayor Intensidad de Colaboración en la Fase I y en la Fase II manifiestan mayor actitud colaborativa que las enfermeras veteranas.
19. Las enfermeras con menor experiencia presentan mayor Intensidad de Colaboración en la Fase I, y en la Fase II señalan mayor apreciación global.

20. Los profesionales que se declaran muy satisfechos con su profesión presentan mayor Intensidad de Colaboración en la Fase I, y en la Fase II demuestran mayor actitud colaborativa.
21. Las coincidencias de las valoraciones de los profesionales en ambas fases las encontramos entre: la coordinación de las actividades realizadas sobre un mismo paciente; en la forma en cómo se establece el plan diario de trabajo; en tener en cuenta los datos recogidos por otros grupos de profesionales; en tolerar las actividades que no tienen bien definidas las responsables que las han de realizar; en considerar que los pacientes califican de muy buena la colaboración entre los profesionales que les atienden.
22. Las enfermeras de la Fase II realizan valoraciones más positivas que el grupo de profesionales de la Fase I. cuando hablan de compartir responsabilidades entre los profesionales, de cómo se integran las actividades de colaboración compartidas, o del grado de jerarquización de las relaciones,
23. Los profesionales de la Fase I realizan valoraciones más positivas que las enfermeras de la Fase II cuando hablan de pedirse apoyo profesional y del grado de colaboración. Cuando las enfermeras hablan de colaborar entre los profesionales para elaborar un plan conjunto de actuación, para asegurar el seguimiento de un paciente, o la visión holística del paciente, existe alguna coincidencia en las valoraciones, pero no llega a ser la más representativa.
24. Los profesionales de la Fase I realizan las valoraciones más positivas y las enfermeras de la Fase II las más negativas, cuando hablan del esfuerzo para evitar conflictos, de intercambiar información relativa a un paciente, o de la percepción de los pacientes sobre su capacidad de trabajar sin perjudicarse mutuamente.

BIBLIOGRAFIA

1. Oandasan I, Baker G, Barker K. et al. Teamwork in Healthcare: Promoting Effective Teamwork in Healthcare in Canada. Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa; 2006.
2. Zwarenstein M y Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. Cochrane Database of Systematic Reviews. 1998; 2
3. Weiss, SJ, y Davis, HP. Validity and reliability of the collaborative practice scale. Journal of Nursing Research. 1985;34(5):299-305.
4. Gilbert JH, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. J Allied Health. 2010 Fall;39(1):196-7. PMID: 21174039.
5. D'Amour Danièle, Sicotte Claude, Lévy Ron. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. In: Sciences sociales et santé. 1999;17(3):67-94.
6. American Association of Critical Care Nurses. AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. Am J Crit Care. 2005;14:187-97.
7. Baggs J, Schmitt M, Mushlin A, Mitchell P, Eldredge D, Oakes D, et al. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. Critical Care Medicine. 1999;27(9):1991-1998.
8. Lockhart-Wood K. Collaboration between nurses and doctors in clinical practice. Br J Nurs. 2000;9(5):276-280.
9. Disch J, Beilman G, Ingbar D. Medical directors as partners in creating healthy work environments. AACN Clin Issues. Aug 2001;12(3):366-77. doi: 10.1097/00044067-200108000-00005. PMID: 11759355.
10. Henneman EA, Lee JL, Cohen JI. Collaboration: a concept analysis. J Adv Nurs. 1995; 21:103-109.
11. Follett MP, Constrictive conflict. In C.H. Summer, J.J, O'Connell, y N.S, Peery, Jr. (Eds.), The managerial mind (4th ed., pp. 245-248). Homewood, IL: Richard D. Irwin.1977.
12. Sicotte C, D'Amour D, Moreault M. Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. Soc Sci Med. 2002; 55:991-1003.

13. Rossen EK, Bartlett R, Herrick CA. Interdisciplinary collaboration: the need to revisit. DOI:10.1080/01612840801904449
14. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005 May;19 Suppl 1:116-31.
15. Kramer M y Schmalenberg C. Magnet hospital nurses describe control over practice. *Western Journal of Nursing Research*. 2003;25(4):434-452.
16. Gardner, D. "Ten Lessons in Collaboration". *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. January 31. 2005;10(1): 10.3912/OJIN.Vol10No01Man01
17. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. Jul 2009;(3): CD000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 22;6:CD000072. PMID: 19588316.
18. Rosenstein AH. Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 2002;102(6):26-34.
19. Flodén A, Berg M, Forsberg A. CU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation. A phenomenographic study. *Critical Care Nursing* 2011;27(6):305-316.
20. Friganović A, Selič P. Levels of Burnout Syndrome in Croatian Critical Care Nurses: A Cross-Sectional Study. *Psychiatr Danub*. Nov 2020;32(4):478-483. PMID: 33212452.
21. Rosenstein AH, Naylor B. Incidence and impact of physician and nurse disruptive behaviors in the emergency department. *J Emerg Med*. Jul 2012;43(1):139-48. doi: 10.1016/j.jemermed.2011.01.019. Epub 2011 Mar 21. PMID: 21421291. Corser WD. The contemporary nurse-physician relationship: Insights from scholars outside the two professions. *Nursing Outlook*, 2000;48:263-268.
22. Baggs JG. Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 1994; 20: 176-182.
23. Dougherty MB, Larson E.A. Review of instruments measuring nurse-physician collaboration. *Journal of Nursing Administration*. May 2005;35(5):244-53. doi:

10.1097/00005110-200505000-00008. PMID: 15891488.

24. Taylor J. Collaborative practice within the intensive care unit: a deconstruction. *Intensive and Critical Care Nursing* Apr 1996;12(2):64.
25. Rosenstein AH, O'Daniel M. A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* Aug 2008 ;34(8):464-71. doi: 10.1016/s1553-7250(08)34058-6. PMID: 18714748.
26. Sirota Survey Intelligence. Employer Commitment to Corporate Social Responsibility Linked To Employee Attitudes 08 May 2007;(2):18.
27. Vittolino S. Corporate Social Responsibility Contributes to Bottom Line, Improves Worker Engagement And Customer Loyalty. *Says Sirota Survey; 2007.* p. 610.
28. Saslaw M, Sirota DR, Jones DP, Rosenbaum M, Kaplan S. Effects of a hospital-wide physician communication skills training workshop on self-efficacy, attitudes and behavior. *Patient Experience Journal.* 2017;4(3):48-54.
29. Sharma S, Sharma J, Devi A. Corporate social responsibility: the key role of human resource management. *Business intelligence journal,* 2009;2(1):205-213.
30. Aiken LH. Evidence-based management: key to hospital workforce stability. *J Health Adm Educ.* 2001;(1):117-24. PMID: 11805972.
31. Wilson R, Godfrey CM, Sears K, Medves J, Ross-White A, Lambert N. Exploring conceptual and theoretical frameworks for nurse practitioner education: a scoping review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep.* Oct 2015;13(10):146-55. doi: 10.11124/jbisrir-2015-2150. PMID: 26571290.
32. Berduzco-Torres, Nancy et al. Factors Related to the Differential Development of Inter-Professional Collaboration Abilities in Medicine and Nursing Students. *Frontiers in psychology.* Mar 2020;(11):432. doi:10.3389/fpsyg.
33. Hossain P, Das Gupta R, YarZar P, Salieu Jalloh M, Tasnim N, Afrin A, Naher N, Hossain MT, Joarder T, Ahmed SM. 'Feminization' of physician workforce in Bangladesh, underlying factors and implications for health system: Insights from a mixed-methods study. *PLoS One.* Jan 2019; 14(1): doi: 10.1371/journal.pone.0210820. PMID: 30633775; PMCID: PMC6329528.
34. Jeong D, Presseau J, ElChamaa R, Naumann DN, Mascaro C, Luconi F, Smith KM, Kitto S. Barriers and Facilitators to Self-Directed Learning in Continuing Professional

- Development for Physicians in Canada: A Scoping Review. *Acad Med.* Aug 2018;93(8):1245-1254. doi: 10.1097/ACM.0000000000002237. PMID: 29642101; PMCID: PMC6092094.
35. Ten Have EC, Hagedoorn M, Holman ND, Nap RE, Sanderman R, Tulleken JE. Assessing the quality of interdisciplinary rounds in the intensive care unit. *J Crit Care.* Aug 2013;28(4):476-82. doi: 10.1016/j.jcrc.2012.12.007. Epub 2013 Feb 18. PMID: 23428713.
 36. Ten H, Nap R, Tulleken J. Well performed interdisciplinary rounds as a strategy to increase quality of care in the intensive care unit *Surveys T, Measured T, [...] Safety OA Critical Care.* 2014;1(2):27-30.
 37. Del Barrio Linares M, Reverte Sánchez M. Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. *Enfermería Intensiva.* 2010;21(4):150-160.
 38. Moola S, Lockwood C. Effectiveness of strategies for the management and/or prevention of hypothermia within the adult perioperative environment. *Int J Evid Based Healthc.* Dec 2011;9(4):337-45. doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00227. x. PMID: 22093385.
 39. Buchelt B, Ziębicki B, Jończyk J, Dzieńdziora J. The enhancement of the employer branding strategies of Polish hospitals through the detection of features which determine employer attractiveness: a multidimensional perspective. *Hum Resour Health.* Jun 2021;19(1):77. doi: 10.1186/s12960-021-00620-0. PMID: 34183034; PMCID: PMC8237769.
 40. Ward J, Schaal M, Sullivan J, Bowen ME, Erdmann JB, Hojat M. Reliability and validity of the Jefferson Scale of Empathy in undergraduate nursing students. *J Nurs Meas.* 2009;17(1):73-88. doi: 10.1891/1061-3749.17.1.73. PMID: 19902660.
 41. Ersson A, Beckman A, Jarl J, Borell J. Effects of a multifaceted intervention QI program to improve ICU performance. *BMC Health Serv Res.* Nov 2018 7;18(1):838. doi: 10.1186/s12913-018-3648-y. PMID: 30404646; PMCID: PMC6223055.
 42. San Martín-Rodríguez L, D'Amour D, Leduc N. Validación de un instrumento de medida de la intensidad de la colaboración entre los profesionales de la salud traducido al español. *Enferm Clin.* 2007;17(1): 24-31.
 43. Hojat M, Fields S, Veloski J, Griffiths M, Cohen M, Plumb J. Psychometric properties

- of an attitude scale measuring physician nurse collaboration. *Eval Health Prof.* 1999;22(2):208- 220.
44. Blake RR, Mouton JS, The fifth achievement. *J Behav Sci.* 1970; 6:414-426.
 45. Kelly D, Kutney-Lee A, The critical care work environment and nurse-reported health care-associated infections ...] Aiken L *American Journal of Critical Care* 2013;22(6):482-488.
 46. Kramer M, Schmalenberg C. Development and evaluation of essentials of magnetism tool. *Journal of Nursing Administration.* 2004;34(7/8):1-14.
 47. Hossny EK, Sabra HE. The attitudes of healthcare professionals towards nurse-physician collaboration. *Nurs Open.* May 2021;8(3):1406-1416. doi: 10.1002/nop2.756. Epub 2020 Dec 30. PMID: 33378598; PMCID: PMC8046133.
 48. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med.* Mar 2003;31(3):956-9. doi: 10.1097/01.CCM.0000056183.89175.76. PMID: 12627011.
 49. Wang Y, Liu YF, Li H, Li T. Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration in Pediatric Workers and Undergraduate Medical/Nursing Students. *Behav Neurol.* 2015; 2015:846498. doi: 10.1155/2015/846498. Epub 2015 Jul 26. PMID: 26273131; PMCID: PMC4529947.
 50. Garber JS, Madigan EA, Click ER, Fitzpatrick JJ. Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents. *J Interprof Care.* Jul 2009;23(4):331-340. doi: 10.1080/13561820902886253. PMID: 19517285.
 51. Yildirim A, Ates M, Akinci F, Ross T, Selimen D, Issever H, Erdim A, Akgün M. Physician-nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals. *Int J Nurs Stud.* May 2005;42(4):429-437. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.07.007. PMID: 15847905.
 52. Dechairo-Marino AE, Jordan-Marsh M, Traiger G, Saulo M. Nurse/physician collaboration: action research and the lessons learned. *J Nurs Adm.* May 2001 ;31(5):223-32. doi: 10.1097/00005110-200105000-00002. PMID: 11388158.
 53. Sterchi LS. Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN J.* Jul 2007;86(1):45-57. doi: 10.1016/j.aorn.2007.06.009. PMID: 17621446.

54. Kross EK, Curtis JR. ICU clinicians' perceptions of appropriateness of care and the importance of nurse-physician collaboration. *Arch Intern Med.* Jun 2012;172(11):889-890. doi: 10.1001/archinternmed.2012.1671. PMID: 22688994; PMCID: PMC4484760.
55. Dougherty MB, Larson EL. La escala de colaboración enfermera-enfermera. *J Nurs Adm.* 2010;14:17-25. doi: 10.1097 / NNA.0b013e3181c47cd6.
56. D' Amour D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première 1998;2(2):349-352.
57. Ferdinande P. Recommendations on minimal requirements for Intensive Care Departments. Members of the Task Force of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.* 1997;23:226-32.
58. Falcón A, Iraola MD, Valladares FJ, Ordóñez PO. Impacto del inicio de un nuevo servicio para la asistencia de enfermedades cardiovasculares agudas en la estancia y mortalidad hospitalaria 4th International Congress of Cardiology by the Internet. 2008.
59. Lassen HC. A preliminary report on the 1952 epidemic of poliomyelitis in Copenhagen with special reference to the treatment of acute respiratory insufficiency. *Lancet* 1953 Jan;1(6749):37-41.
60. Reisner-Senelar L. The birth of intensive care medicine: Bjorn Ibsen's records. *Intensive Care Med.* 2011 Jul;37(7): pp.1084-6.
61. Drinker P, Shaughnessy TJ, Murphy DP. The Drinker respirator. Analysis of case reports of patients with respiratory failure treated from October, 1928, to June, 1930. *Am Med Assoc.* Oct 1930;95:1249-1253.
62. Drinker P, Charles F. The Use of a New Apparatus for the Prolonged Administration of Artificial Respiration: I. A Fatal Case of Poliomyelitis. *JAMA.* 1929; 92(20):1658-1660.
63. Ibsen B. The beginning of intensive care in Denmark. *Ugeskr Laeger.* 1996;158(51):7423-24.
64. Engstrom CG. Treatment of severe cases of respiratory paralysis by the Engström universal respirator. *B Med J.* 1954;2(4889): 666-9.
65. Bjork VO, Engstrom CG. The treatment of ventilatory insufficiency after pulmonary

- resection with tracheostomy and prolonged artificial ventilation. *J Thorac Surg.* 1955;30(3):356-67.
66. Ibsen B. Intensive therapy: background and development 1966. *Int. Anesthesiol Clin.* 1999;37(1):1-14.
 67. Safar P, Dekornfeld TJ, Pearson JW, Redding JS. The intensive care unit. A three year experience at Baltimore city hospitals, *Anaesthesia.* 1961;16:275-84.
 68. Berthelsen PG, Cronqvist M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. *Acta Anaesthesiol Scand.* Nov 2003;47(10):1190-1195. doi: 10.1046/j.1399-6576.2003.00256.x. PMID: 14616314.
 69. Long-Don M. The founding philosophy of neurosurgery. In: Nedham JB, editor. *Philosophy of neurological surgery.* Park Ridge, Illinois: Ed. American Association of Neurological Surgeons; 1995. pp. 1-11.
 70. Weil MH. Introduction: history and destiny of critical care medicine. In: Carlson RW, Geheb MA, editors. *Principles and practice of medical intensive care.* Philadelphia, PA: WB Sanders; 1993. pp. 1-7.
 71. Fairley HB. The Toronto General Hospital Respiratory Unit. *Anaesthesia* 1961;16: 267-74.
 72. Perdomo-Cruz RG. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista médica Hondureña.* 1992;60:
 73. Rubio Rico L, Cosi Marsans M, Velasco Blasco C. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* 2009;17(4):141-153.
 74. Ruvia Vila FJ. *Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español.* Ed Academia Europea de Ciencias y Artes. España. Madrid 2011.
 75. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Instituto de Información Sanitaria. AC-SNS.MSPS. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/Evolutivo_2000-2008.pdf
 76. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. Disponible en: <http://www.msp.es>

77. Department of Health. Critical Care Information Advisory Group. Levels of Care: (summarised from: Levels of Critical Care for Adult Patients, Intensive Care Society, 2002). January 2006.
78. Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T, et al. Physician Staffing Patterns and Clinical Outcomes in Critically Ill Patients: A Systematic Review. *JAMA* 2002;288(17):2151-2162.
79. Treggiari MM, Martin DP, Yanez ND, Caldwell E, Hudson LD, Rubenfeld GD. Effect of intensive care unit organizational model and structure on outcomes in patients with acute lung injury. *Am J Respir Crit Care Med*. Oct 2007;176(7):685-90. doi: 10.1164/rccm.200701-165OC. Epub Jun 2007 Jun 7. PMID: 17556721; PMCID: PMC1994237.
80. Goldhill D. Levels of critical care for adult patients. Intensive Care Society. 2002
81. National Patient Safety Agency. The National Specifications for Cleanliness in the NHS: a Framework for Setting and Measuring Performance Outcomes. April 2007.
82. Garland A. Improving the ICU. *Chest*. 2005; 127:2165-2179. DOI 10.1378/chest.127.6.2165
83. Thijs LG. Members of the Task Force European Society of Intensive Care Medicine. Continuous quality improvement in the ICU: general guidelines. *Intensive Care Med*. 1997; 23:125-7.
84. DH and Modernisation Agency. The National Outreach Report 2003. NHS Modernisation Agency. Department of Health. 2003. Disponible en: www.modernnhs.uk/criticalcare
85. Harper S, Shepherd S, Brookfield S. Beyond comprehensive critical care - To quality. *British Journal of Healthcare Management*. Sep 2007; 13:327-332 DO: 10.12968/bjhc.2007.13.9.24558
86. Guidelines for the utilisation of intensive care units. European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med*. 1994;20(2):163-164. doi: 10.1007/BF01707674. PMID: 8201098.
87. Bohigas L, Campinera A, Jover C, Blanch L, Cabré L, Mancebo J, Peláez JC. Estándares de acreditación. *Servicios de Medicina Intensiva*. Fundación Avedis

- Donabedian. Academie de Ciencies Mediques de Catalunya i Balears. Junio de 1997.
88. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017 [acceso 5 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>
 89. Aitkenhead AR, Booij LH, Dhainaut JE, France; Geiger K, Haljam/ie H, Lumb PD, Runciman WB, Suter PM, Vincent JL. International standards for safety in the intensive care unit. Developed by the International Task Force on Safety in the Intensive Care Unit. *Intensive Care Med* 1993;19:178-181.
 90. National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare–2009 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF; 2009. ISBN 978-1-933875-23-1. Disponible en: www.qualityforum.org
 91. Cabré L, Solsona JF, y Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensive. *Med Intensiva* 2002;26:304-11.
 92. Sociedad Española de Medicina Crítica Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Indicadores de calidad en el enfermo crítico. SEMICYUC. 2017. ISBN: 978-84-941142-4-3 Disponible en: https://seeiuc.org/wp-content/uploads/2017/10/INDICADORESDECALIDAD2017_SEMICYUC.pdf
 93. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. World Health Organization 2004. ISBN 9241592443 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 94. European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient safety- Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety. 5 April de 2005. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf
 95. Perneger T. The Council of Europe recommendation Rec (2006) 7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. *Int J Qual Health Care*. Oct 2008;20(5):305-7. doi: 10.1093/intqhc/mzn034. Epub 2008 Aug 20. PMID: 18718952.

96. Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de EA (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
97. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe mayo 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
98. Coleman E. The Care Transitions Program. Checklist for patients. Disponible a:
<https://caretransitions.org/#tools>
99. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) and National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital. December 2007. Disponible en:
<https://www.nice.org.uk/guidance/psg1>
100. Lyder CH, Ayello EA. Pressure Ulcers: A Patient Safety Issue. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Apr 2008;12: Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2650/>
101. The Joint Commission (JCAHO). Strategies for preventing Pressure Ulcers. The Joint Commission Perspectives on Patient Safety. Jan 2008;1: Disponible en:
<https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/newsletters/newsletters/quick-safety/quick-safety-issue-25-preventing-pressure-injuries/>
102. Solsona JF, Cabré L, Abizanda R., Campos JM, Sainz A, Martín JM, Bouza C y Grupo de Bioética de la SEMCYUC. Recomendaciones del grupo de bioética de la SEMICYUC sobre el consentimiento informado en UCI. Med Intensiva. 2002;26:253-4.
103. The National Council for Palliative Care. Advance Decisions to Refuse Treatment. A Guide for Health and Social Care Professionals. Department of Health; September 2008.
104. American Association of Critical Care Nurses. AACN Scope and Standards for Acute and Critical Care Nursing Practice. Columbia 101 Aliso Viejo, CA 92656: American Association of Critical-Care Nurses; 2015. ISBN 1-929209-22-3

105. AACN Certification Corporation. The AACN Synergy Model for Patient Care. Available at: <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synmodel.pcms?menu=certification>. Accessed April 2015.
106. Bray K, Wren I, Baldwin A, St Ledger U, Gibson V, Goodman S, Walsh D. Standards for nurse staffing in critical care units determined by: The British Association of Critical Care Nurses, The Critical Care Networks National Nurse Leads, Royal College of Nursing Critical Care and In-flight Forum. *Nurs Crit Care*. May-Jun 2010;15(3):109-11. doi: 10.1111/j.1478-5153.2010.00392.x. PMID: 20500648.
107. Galley J, O'Riordan B. Guidance for nurse staffing in critical care. *Royal College of Nursing. Intensive Crit Care Nurs*. Oct 2003;19(5):257-260. doi: 10.1016/s0964-3397(03)00077-6. PMID: 14584502.
108. Navarro JM, Orgiler PR, de Haro S. Guía práctica de enfermería en el paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2005;16:15-22.
109. Arango LZ. Estudio exploratorio, un viaje por descubrir. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2010;28:485-93.
110. Mills, CW. *The Sociological Imagination*. Oxford University. Nueva York, Press. 1959.
111. Katzenbach JR y Smith DK. The discipline of teams. *Harvard Business review*. 1993;(71):111-120.
112. Katzenbach JR, Smith DK. The Discipline of Teams. *Harvard Business Review*. 2005;(83)7:162-172.
113. Mucchielli R. *Le travail en équipe; Connaissances du problème, applications pratiques*. Paris: Entreprise moderne d'édition; 1975.
114. Orasanu J y Salas E. Team decision-making in complex environments. Klein GA, Orasanu J, Calderwood R, Zsombok CE. Eds. *Decision making in action: Models and methods*. Norwood, NJ: Ablex; 1993. p. 327-345.
115. Cohen SG, Bailey DE. What Makes Teams Work: Group Effectiveness Research from the Shop Floor to the Executive Suite. *Journal of Management*. 1997;23(3):139-290.

116. Guzzo RA y Dickson MW. Teams in organizations: Recent research on performance and effectiveness. *Annual Review of Psychology*, 1996;47:307-338.
117. Sundstrom E, De Meuse KP y Futreil D. Work teams. Applications and effectiveness. *American Psychologist*. 1990;45:120-133.
118. St-Arnaud Y. Les petits groupes. Participation et communication 2^a ed. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal. 1989.
119. Shaw ME. Group dynamics. The psychology of small group behavior. 3^a ed. New York: McGraw-Hill; 1981.
120. Hackman JR. Work teams in organization: An orienting framework. JR Hackman. Ed. Groups that work (and those that don't). Creating conditions for effective teamwork San Francisco: Jossey-Bass. 1990; p.1-14.
121. Mohrman SA, Cohen SG, Mohrman AM. Designing team-based organizations. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1995.
122. Appelbaum E y Batt R. The new American workplace. Transforming systems in the United States. New York: ILR Press. 1994.
123. Shea GP y Guzzo RR. Groups as human resources. KM Rowland y GR Ferris. Ed. Research in Personnel and Human Resources Management Greenwich, CT: JAI Press. 1998;5: pp323-356.
124. Margerison C y McCann D. Team management. Practical new approaches. Chalford: Mercury Books. 1995.
125. Srinith-Blancett S. Self-managed teams: The reality and the promise. *Health Care Supervision*. 1997;12(4):48-55.
126. Droler M. Le coaching d'une équipe de travail. Montréal: Les Éditions Transcontinental Inc. 1999.
127. Solar C. Équipes de travail efficaces. Savoirs et temps d'action. Québec: Les Éditions Logiques. 2001.
128. West MA. Introducing work groups psychology. MA West ed. Handbook of work group psychology. West Sussex, England: John Wiley y Sons Ltd. 1996; p. 25-34.
129. Blumberg HH. Cooperation, competition and conflict resolution. AP Hare, HH Blumberg, MF Davies y M. V. Kent. Ed. Small group research. A handbook

Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation. 1994; p. 2 13-236.

130. Dailey, R.C. The effects of cohesiveness and collaboration on work groups: A theoretical model. *Group and Organization Studies*. 1977;2(46):1-469.
131. Deutsch M. A theory of co-operation and competition. *Human Relations*, 1949; 2:129-152. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/001872674900200204>
132. Johnson DW, Maruyama G, Johnson R, Nelson D y Skon L. Effects of cooperative, competitive, and individualistic goal structures on achievement: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 1998;89:47-62
133. World Health Organization. Entornos laborales saludables. Fundamentos y modelo de la OMS. 2010.
134. Kozlowski SW, Ilgen DR. Enhancing the Effectiveness of Work Groups and Teams. Psychol Sci Public Interest. Dec 2006;7(3):77-124.
135. Ivey S, Brown KS, Teske Y, Silverman D. A Model for Teaching About Interdisciplinary Practice in Health Care Settings. *Journal of Allied Health*. 1988; p.189-195.
136. Reeves S, McMillan SE y colaboradores. Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: Emerging themes from a multi-sited ethnography. *Journal of interprofessional Care*. Oct 2014.
137. Schofield RF, Amodeo M. Interdisciplinary teams in health care and human services settings: are they effective? *Health Soc Work*. Aug 1999;24(3):210-219.
138. Farrell MP, Schmitt MH, Heinemann GD. Informal roles and the stages of interdisciplinary team development. Ed. *J Interprof Care*. Aug 2001;15(3):281-95.
139. Klein JT. *Interdisciplinary: History: Theory and Practice*. Detroit: Wayne State University Press. 1990.
140. Drinka TJ, K y Clark PG. *Health care teamwork: interdisciplinary practice and teaching*. Wesport: Auburn House. 2000.
141. Nelson EC, Batalden PB, Huber TP, Moht JJ Godfrey, LA et al. Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing front-line clinical unit. *Joint Commission Journal in Quality Improvement*. 2002;28(9):472-493.

142. Horder J. Interprofessional collaboration and interprofessional education. Br J Gen Pract. Apr 2004;54(501):243-5.
143. Baggs J, Schmitt M. Collaboration Between Nurses and Physicians. *Image Journal of Nursing Scholarship*. 1988;10(3):145-149.
144. Lamb G, Napadano R. Physician-Nurse Practitioner Interaction Patterns in Primary Care Practices. *American Journal of Public Health*. 1984;(74):26-29.
145. Kilmann R, Thomas K. Developing a Forced-Choice Measure of Conflict-Handling Behavior: The "MODE" Instrument. *Educational and Psychological Measurement*. 1977;37:309-325
146. O'Toole. M. The Interdisciplinary Team: Research and Education. *Holistic Nurse Practitioner*. 1992;6(2):76-83.
147. Ducanis AJ, Golin AK. The interdisciplinary health care team. A handbook. Germantown: Aspen Systems Corporation. 1979.
148. D'Amour D, y I Oandasan. Interprofessionality as the field of interprofessional education and interprofessional practice: An emerging concept". *Journal of Interprofessional Care*. 2005;19(1):8-20.
149. Golin AK, Ducanis AJ. The interdisciplinary team. A handbook for the education of exceptional children. Gernnantown: Aspen Systems Corporation. 1981.
150. Schmitt M. Working Together in Health Care Teams. E. Janosik and E Phipps. ed. *Life Cycle Group Work in Nursing*. Monterey: Wadsworth Health Sciences Division. 1982.
151. Van Hodt S, Heyman J, Vanaecht K, Sermeus W. De Lepeleire J. An in-deph analysis of theoretical frameworks for the study of care coordination *Int J Integr Care*. Jun 2013;13:
152. Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract*. Jul 2016;17:83. doi: 10.1186/s12875-016-0492-1. PMID: 27440181; PMCID: PMC4955241.
153. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;6: CD000072. DOI:

154. Diccionario de la lengua española. 21ª ed. España: 1992;1: p. 504.
155. Argyle. M. Cooperation: The Basis of Sociability. Londres. Routledge October 1991. ISBN 9780415838191 Disponible en: <https://doi.org/10.4324/9780203786758>
156. McClelland M, R Sands R. The Missing Voice in Interdisciplinary Communication. Qualitative Health Research. 1993;3(1):74-79.
157. Jansky S. The nurse-physician relationship: Is collaboration the answer? The Journal of Practical Nursing, 2004; 54: 28-30.
158. Liedtka JM, Whitten E. Enhancing care delivery through cross disciplinary collaboration: A case study. Journal of Healthcare Management. 1998;(43)185-205.
159. Tjosvold D, Tjosvold M. Cross-Functional Teamwork: The Challenge of Involving Professionals. Advances in Interdisciplinary Studies on Work Teams. 1995;1(2):1-34.
160. Baggs JG, Ryan S, Phelps C, Richeson F y Johnson J. The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. Heart y Lung. 1992;21(1):18-25.
161. Orchard CA, Bainbridge L: *Un marco nacional de competencias interprofesional. Medicine Psychology Education. 2010;36*
162. Fagin, C. M. Collaboration between nurses and physicians: No longer a choice. Academic Medicine, 1992;67:295-303.
163. American Association of Critical Care Nurses. (2015a). National practice analysis of critical care nurses. 2013. Retrieved from <https://www.aacn.org/certification/get-certified/2013-national-practice-analysis-of-critical-care-nurses>.
164. Ulrich BT, Lavandero R, Woods D, Early S. Critical care nurse work environments 2013: a status report. Crit Care Nurse. Aug 2014;34(4):64-79. doi: 10.4037/ccn2014731. Epub 2014 May 8. PMID: 24811972.
165. Kraus S y Zlotkin G. Resource allocation among agents with incomplete information: An on-line negotiation approach. In AI Track of the Ninth Symposium

on Artificial intelligence, Tel-Aviv. Israel; 1992.

166. Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. Ann Page, Editor, Washington, D.C.: The National Academies Press; 2004.
167. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Disruptive Physician Behavior; 2008
168. McCallin BA. Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integred literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2001;10(4)
169. Gilmore Group. NY: LLC [consultado 10 Diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.gilmoregroup.com/about/>
170. Schmalenberg C, Kramer M. Nurse-physician relationships in hospitals: 20,000 nurses tell their story. *Crit Care Nurse*. Feb 2009;29(1):74-83. doi: 10.4037/ccn2009436. PMID: 19182283.
171. Schmalenberg C, Kramer M, King C, Krugman M, Lund C, Poduska D, et al. Excellence through evidence: Securing collegial/collaboration nurse-physician relationships, Part 1. *Journal of Nursing Administration*, 2005;35(10):450-458
172. Smith KG, SJ Carroll, et S.J. Ashford. Intra-And Interorganizational Cooperation: Toward a Research Agenda. *Academy of Management Journal*. 1995;38(1):7-23.
173. Heinemann GD. Teams in health care settings. GD Heinemann y AM Zeiss. *Team performance in health care*. ed. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2002;3-18.
174. Drotar D. Reflections on interdisciplinary collaboration in the new millennium: perspectives and challenges. *J Dev Behav Pediatr*. 2002 Jun;23(3):175-80. doi: 10.1097/00004703-200206000-00012. PMID: 12055502.
175. Evans JA. The role of the nurse manager in creating an environment for collaborative practice. *Holistic Nursing Practice*. 1994;8(3):22-31.
176. Hanson C M, Spross A y Carr DB. Collaboration. AB Hamric, JA Spross, y CM Hanson ed. *Advanced nursing practice. An integrative approach*. 2ªed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2000. p. 315-347

177. Lappe DG. Managing the intensive care unit: Nurse/physician collaboration. *Critical Care Medicine*. 1993;21(9):388.
178. Pike AW, McHugh M, Canney KC, Miller NE, Reiley P y \$eibert C P. A new architecture for quality assurance: Nurse-physician collaboration. *Journal of Nursing Care Quality*. 1993;7(3):1-8.
179. Miller PA. Nurse-physician collaboration in an intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2001;10(5):341-350
180. Robinson D y Kish CP. Core concepts in advanced practice nursing. St. Louis: Mosby; 2001.
181. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Ann Intern Med*. Mar 1986;104(3):410-418. doi: 10.7326/0003-4819-104-3-410. PMID: 3946981.
182. Boyle DK, Kochinda C. Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. *J Nurs Adm*. Feb 2004;34(2):60-70. doi: 10.1097/00005110-200402000-00003. PMID: 14770064.
183. Cheng D. Re: Hill-Rodriguez, D., Messmer, P. R., Williams, P. D., Zeller, R. A., Williams, A. R., Wood, M., & Henry, M. The Humpty Dumpty Falls Scale: A case-control study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, Jan 2009;14(1):22-32. doi: 10.1111/j.1744-6155.2008.00166.x. *J Spec Pediatr Nurs*. 2010 Oct;15(4):261-2; author reply 262-3. doi: 10.1111/j.1744-6155.2010.00258.x. PMID: 20880272.
184. Cowan MJ, Shapiro M, Hays RD, Afifi A, Vazirani S, Ward CR, Ettner SL. The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. *J Nurs Adm*. Feb 2006;36(2):79-85. doi: 10.1097/00005110-200602000-00006. PMID: 16528149.
185. Mohr DC, Burgess JF Jr, Young GJ. The influence of teamwork culture on physician and nurse resignation rates in hospitals. *Health Serv Manage Res*. Feb 2008;21(1):23-31. doi: 10.1258/hsmr.2007.007011. PMID: 18275662.
186. Shine, Kenneth I. MD. Health Care Quality and How to Achieve It. *Academic Medicine*: Jan 2002;77(1):91-99

187. Roberts KH, Rousseau DM, La Porte T. The cultures of high reliability: Quantitative and qualitative assessment aboard nuclear powered aircraft carriers. *J High Technol Manag.* 1994;5:141-161.
188. Havens DS, Vasey J, Gittel JH, Lin WT. Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *J Nurs Manag.* Nov 2010;18(8):926-37. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01138.x. Epub 2010 Oct 21. PMID: 21073566.
189. Kenward L, Kenward L. Promoting interprofessional care in the peri-operative environment. *Nurs Stand.* Jun 2011;25(41):35-9. doi: 10.7748/ns2011.06.25.41.35.c8571. PMID: 21815515
190. Hauck S, Winsett RP, Kuric J. Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital. *J Adv Nurs.* Mar 2013;69(3):664-674. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06053.x. Epub 2012 Jun 15. PMID: 22697406.
191. Kilpatrick K, Lavoie-Tremblay M, Ritchie JA, Lamothe L, Doran D, Rochefort C. How are acute care nurse practitioners enacting their roles in healthcare teams? A descriptive multiple-case study. *Int J Nurs Stud.* Jul 2012;49(7):850-862. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.01.011. Epub 2012 Mar 16. PMID: 22424700.
192. Weller JM, Barrow M, Gasquoine S. Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Med Educ.* May 2011;45(5):478-487. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03919.x. Epub 2011 Mar 17. PMID: 21414024.
193. Crozier M y E Friedberg. Organizations and Collective Action: Our Contribution to Organizational Analysis. *Research in the Sociology of Organizations.* 1995;13:71-92.
194. Mayer, Roger C., James H. Davis, and F. David Schoorman. "An Integrative Model of Organizational Trust." *The Academy of Management Review* 1995;20(3):709-734. <https://doi.org/10.2307/258792>.
195. McAllister DJ. Affect- and Cognition- Based Trust as Foundations for Interpersonal Cooperation in Organizations. *Academy of Management Journal.* 1995;38(1):24-59.
196. Pfeffer J y GR Salancik. *The External Control of Organizations.* New York: Harper and Row; 1978.

197. Montbrun, A. Notas para una revisión crítica del concepto de "poder". Polis Santiago, 2010;9(25):367-389.
198. French. J.R. et B. Raven. Les bases du pouvoir social. Dans A. Lévy. Psychologie sociale: textes fondamentaux anglais et américains. Paris: Dunod; 1959. p. 359-375.
199. Barker JR. Tightening the Iron Cage: Concertive Control in Self-Managing Team. Administrative Science Quarterly. Set 1993;38:408-437.
200. Peters TJ. Thriving on Chaos. New York: Knopf; 1988.
201. Giddens A. La constitution de la société: éléments de la théorie de la structuration. Paris: Presses Universitaires de France; 1987.
202. Strauss AS, Fagerhaugh B, Suczek y C Wiener. Social Organization of Medical Work Chicago: University of Chicago Press; 1985.
203. Forbes EJ y V Fitzsimons. Education: The Key for Holistic Interdisciplinary Collaboration. Holistic Nurse Practitioner. 1993;7(4):1-10.
204. Strauss. A. La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis et présentés par Isabelle Bazinger. Paris: Éditions de L'Harmattan; 1992.
205. West M. C. A., Unsworth K.L. Team effectiveness in organizations. In Cooper CL, Roberstson I, editors, International review of industrial and organizational psychology. Cgichester: John Wiley. 1998;13:1-48
206. D'Amour D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. Thèse de doctorat em santé, Université de Montreal; 1997.
207. Georgopoulos Bs, Mann FC. The community general hospital. New York: The Macmillan Company; 1962.
208. Hetherington RW. The effects of formalization on departments of a multihospital system. J Manage Stud. 1991;28:103-41.
209. Abbot. A. The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor. Chicago: University of Chicago Press; 1988.

210. Bozzini G, Berti L, Maltagliati M, Sciorio C, Sighinolfi MC, Micali S, Otero JR, Buizza C, Rocco B. Current evidence of ThuLEP for BPH: A review of literature. *Turk J Urol*. Nov 2021;47(6):461-469. doi: 10.5152/tud.2021.21170. PMID: 35118964; PMCID: PMC9612748.
211. Brunet M. y A Vinet. Les équipes multidisciplinaires dans les CLSC: 1973-1976. Rapport de recherche. Québec: Univerité Laval; 1978.
212. Jehn K.A. Multimethod Examination of the Benefits and Detriments of Intragroup Conflict. *Administrative Science Quarterly*. P. Sage Publications, Inc. 1995;40(2):256-287.
<https://doi.org/10.2307/2393638> – <https://www.jstor.org/stable/2393638>
213. Collins P. The oncology team coordinator in a general hospital. *Nursing Management*. 1990;21(2):17-18.
214. Paicheler G. Présentation. Les professions de soins : territoires et empiétements. In: *Sciences sociales et santé*. Les professions de soins: infirmières et aides-soignantes, sous la direction de Geneviève 1995;13(3):5-10.
www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1995_num_13_3_1334
215. Sarfatti-Larson M. À propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d'essayer de tout dire. *Sociologie et Sociétés*. 1988;20(2)23-40.
216. Ferroni I, A Kober. L'autonomie des infirmières: une comparaison France/Grande-Bretagne. *Sciences sociales et santé*. 1995;13(3):35-67.
217. Kutty O. Les problématiques de la création des valeurs dans la sociologie contemporaine des professions. Le cas des professionnels de première ligne. *Sciences Sociales et Santé*. Jun1991;9(2):5-30.
218. Chauvenet A. Les professions de santé publique de l'enfance: entre police administrative et éthique communicationnelle. *Sociologie et Sociétés*. 1988;20(2):41-54.
219. Freidson E. *A Professional Dominance*. New York: Atherton Press; 1970.
220. Mitchell G. *Nursing Diagnosis: An Obstacle of Caring Ways*. A. Boykin. ed. *Power, Politics y Public Policy: A Matter of Caring*. New York: National League for Nursing. 1995; p.11-23.

221. Lalande A. Vocabulaire technique et critique de Zn philosophie. Paris: Quadrige / Presses Universitaires de France. 1992;1:
222. Godbout P, Jean Brunelle J, Tousignant M. Academic Learning Time in Elementary and Secondary Physical Education Classes, *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 1983;54(1):11-19. DOI: 10.1080/02701367.1983.10605266
223. Gusdorf G. Réflexions sur l'interdisciplinarité. *Bulletins de psychologie*. 1990 ;43(397):869-885.
224. Nagi S. Teamwork in the Health Care in the U.S: A Sociological Perspective. *Milbank Memorial Fund Quarterly*; 1975(53):75-91.
225. Morin E, Piatelli P. La unidad del hombre como fundamento y aproximación interdisciplinaria. En L. Apostel. *Interdisciplinariedad y Ciencias Humanas*. Madrid: Tecnos-Unesco; 1983.
226. Campbell D. Ethnocentrism of Disciplines and the Fish-Scale Model of Omniscience. *Interdisciplinary Relationships in the Social Sciences*. ed. In Muzfer and Sherif. Chicago: Aldine; 1969.
227. Kockelmans J. *Interdisciplinarity and Higher Education*. University Park: Pennsylvania State University Press; 1979.
228. Apostel L. et al. *Interdisciplinaire' et sciences humaines*. UNESCO. Paris: Presses Universitaires de France; 1983;1
229. Fourez G. *La construction des sciences*. ed12. Bruxelles: ERPI Science; 1992.
230. Baggs J y Schmitt M. Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in a MICU. *Research in Nursing and Health*. 1998;20(1):71-80.
231. Shortell SM, O'Brien JL, Carman JM, Foster RW, Hughes EF, Boerstler H, O'Connor EJ. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. *Health Serv Res*. 1995 Jun;30(2):377-401. PMID: 7782222; PMCID: PMC1070069.
232. Manias E, Street A: interacciones enfermera-médico durante las rondas de cuidados críticos del barrio. *J Clin Nurs*. 2001;10:442-450.

233. Orchard CA, King GA, Khalili H, Bezzina MB. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): development and testing of the instrument. *J Contin Educ Health Prof.* 2012;32(1):58-67. doi: 10.1002/chp.21123.
234. Copnell B, Johnston L, Harrison D, Wilson A, Robson A, Mulcahy C, Ramudu L, McDonnell G, Best C. *Doctors' and nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice.* *J Clin Nurs.* 2004;13(1):105-13.
235. Minvielle E, Dervaux B, Retbi A, Aegerter P, Boumendil A, Jars-Guinestre MC, Tenailon A, Guidet B. Culture, organization, and management in intensive care: construction and validation of a multidimensional questionnaire. *J Crit Care.* Jun 2005;20(2):126-38. doi: 10.1016/j.jcrc.2004.12.003. PMID: 16139153.
236. Shortell SM, Rousseau DM, Gillies RR, Devers KJ, Simons TL. Organizational assessment in intensive care units (ICUs): construct development, reliability, and validity of the ICU nurse-physician questionnaire. *Med Care.* Aug 1991;29(8):709-26. doi: 10.1097/00005650-199108000-00004. PMID: 1875739.
237. Hojat M, Herman MW. Developing an instrument to measure attitudes toward nurses: preliminary psychometric findings. *Psychol Rep.* Apr 1985;56(2):571-9. doi: 10.2466/pr0.1985.56.2.571. PMID: 4001262.
238. Kenaszchuk C, Reeves S, Nicholas D, Zwarenstein M. Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. *BMC Health Serv Res.* Mar 2010;10:83. doi: 10.1186/1472-6963-10-83
239. Adams A, Bond S, Arber A. Development and validation of scales to measure organizational features of acute hospital wards. *Int J Nurs Stud.* 1995;32(6):612-627.
240. Sasaki H, Yonemoto N, Mori R, Nishida T, Kusuda S, Nakayama T. Use of the ICU Nurse-Physician Questionnaire (ICU N-P-Q): testing reliability and validity in neonatal intensive care units in Japan. *BMJ Open.* May 2016;6(5): doi: 10.1136/bmjopen-2015-010105. PMID: 27160841; PMCID: PMC4874164.
241. Ushiro R. Escala de colaboración enfermera-médico: desarrollo y pruebas psicométricas. *J Adv Nurs.* 2009;14:1497-1508. doi: 10.1111 / j.1365-2648.2009.05011.x.

242. Thomas K, Kilmann R. Comparison of four instruments measuring conflict behavior. *Psychol Rep.* 1978;42:1139-1145.
243. Thomas K. Organizational conflict. In: Nadler D, Tushman M, Hatvany N. *Managing Organizations*. Boston: Little Brown & Co; 1982. p. 268-285.
244. Thompson JD. *Organizations in Action*. New York: McGraw-Hill; 1967.
245. Stamps PL, Piedmonte EB. *Nurse and Work Satisfaction*. Ann Arbor, Mich : Health Administration Press; 1986.
246. Gittel J, Shortell S. *Building Relational Coordination At Multiple Levels. The Challenges of Accountable Care*; 2013.
247. Cooke RA, Rousseau DM. Behavioral norms and expectations : a quantitative approach to the assessment of organizational culture. *Group Organ Stud.* 1988;13:113-245.
248. Rousseau DM. Assessing organizational culture: the case for multiple measures. In: Schneider B, ed. *Frontiers in Industrial and Organizational Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass; 1991.
249. Excerpted from *The Organization and Management of Intensive Care Units*. Copyright. Shortell and Rousseau; 1989.
250. Bengoechea Calpe L, et al. Análisis de la intensidad de colaboración profesional entre enfermeras en un área de críticos. *Enfer. Intensiva.* 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2015.12.001>
251. Serrano-Gemes G, Rich-Ruiz M. Intensidad de colaboración interprofesional entre enfermeras de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel *Enfermeria Intensiva* 2017;28:(2)48-56.
252. Ivankova N, Creswell J. Using Mixed-Methods Sequential Explanatory Design: From Theory to Practice. *Field. Sheldon L. Stick.* 2006;18(1) <https://doi.org/10.1177/1525822X05282260>
253. Plano Clark V, Ivankova, N. *Mixed methods research. A guide to the field*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2016.

254. Creswell J, Plano Clark V, Gutmann M. Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research. En: Tashakkori &. CT, editor. Advanced Mixed Methods Research Designs. Thousand Oaks, CA, Estados Unidos de América: SAGE Publications; 2003. p. 209-240.
255. Greene JC, Caradelli VJ. Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. 1989;11(3) <https://doi.org/10.3102/01623737011003255>
256. Morgan D. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. Qualitative Health Researc. 1998;8:362-376.
257. Morse J. Evaluating Qualitative Research. 1991;1(8) <https://doi.org/10.1177/104973239100100301>
258. *Tashakkori A, Teddlie C. Mixed methodology: Combining Mixed methodology: Combinig qualitative and quantitative approaches. Sage. 1998;46:*
259. Creswell,J, Plano Clark, V Designing and Conducting Mixed Methods Research. Thousand Oaks, CA: Sage; 2007.
260. Hanson W, Creswell J. Mixed method design in counselling psychology. J Couns Psychol. 2005;52:224-235.
261. World Health Organization. Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis. edited by T. Tan-Torres Edejer ... [et al.]; 2003
- Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2004 Jun [citado 2023 Ene 01] ; 78(3): 409-410. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000300012&lng=es.
262. Adler PA., Adler P. Observational Techniques. In NK Denzin y YS Lincoln. London: Collecting and interpreting Qualitative Materials; 1998.
263. Calderón C. Introducción: de las estrategias a los procedimientos. En Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética. México: Universidad de Guadalajara; 2002.
264. Gutiérrez Brito, J. Dinámica del grupo de discusión. CIS Centro de investigaciones sociológicas. Madrid: Colección cuadernos metodológicos. 2008;41:

265. Vallés MS. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 2003.
266. Callejo J. El grupo de discusión: Introducción a una práctica de investigación. Barcelona: Ariel; 2001.
267. Morgan D L. y Krueger R.A. When to Use Focus groups and why. In: Successful Focus Groups: Advancing the State of the art. 1993;1:
268. Krueger R. A.: El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide; 1991.
269. Coffey A., Atkinson P. Narratives and stories. In Making sense of qualitative data: Complementary research strategies. Thousand Oaks, CA, Estados Unidos de América: SAGE Publications; 1996. p. 54-82.
270. Manson J. Qualitative Researching. London: Sage Publications; 2002.
271. Flick, U. El diseño de investigación cualitativa. Grupos de Discusión en Investigación Cualitativa, Madrid: Morata. 2007;4: ISBN papel: 978-84-7112-806-5 ISBN e-book: 978-84-7112-807-2
272. Calderón Carlos. Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2002 Oct [citado 2023 Ene 01];76(5): 473-482. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500009&lng=es.
273. Calderón Gómez C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura [49 párrafos]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 2009;10(2), Art. 17. ISBN: 978-84-616 Disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902178-4124-6>
274. Morse M, Field A. Qualitative Research Methods for Health Professionals. Sage Publications, Thousand Oaks. Gil, J. Análisis de datos cualitativos. Aplicaciones a la investigación educativa. Barcelona: PPU; 1994.

275. Guba EG., Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. En NY. Denzin, YS Lincoln. The Landscape of Qualitative Research. Thousand Oaks. California: Sage; 1998.
276. Denzin N.K. The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods. NY: Routledge: 2009;1: <https://doi.org/10.4324/9781315134543>
277. Jick, T.D. Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. Administrative Science Quarterly; 1979;24:602-611. <https://doi.org/10.2307/2392366>
278. Council for International Organizations of Medical Sciences. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. Bull Med Ethics. Oct 2002;182:17-23. PMID: 14983848.
279. Código de buenas prácticas en investigación. Universitat de Barcelona. Agència de Polítiques i de Qualitat. Educació superior. Investigació. Investigadors. Ètica professional. Normatives i documents UB. P: Agència de Polítiques i de Qualitat UB. Normatives i documents; 2010. <http://hdl.handle.net/2445/28543>
280. San-martín, Montserrat et al. Professionalism and Occupational Well-Being: Similarities and Differences Among Latin American Health Professionals. Frontiers in psychology. Jan 2017;8(63). doi:10.3389/fpsyg.2017.00063
281. Piers, Ruth D et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. JAMA. 2011;306(24): 2694-2703. doi:10.1001/jama.2011.1888
282. Hartog, Christiane S et al. Übertherapie und emotionale Erschöpfung in der „end-of-life care: Ergebnisse einer Mitarbeiterumfrage auf der Intensivstation [Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in end-of-life care: Results of a survey among intensive care unit personnel]. Der Anaesthetist. 2018;67(11):850-858. doi:10.1007/s00101-018-0485-7
283. Van den Bulcke, Bo et al. Ethical climate and intention to leave among critical care clinicians: an observational study in 68 intensive care units across Europe and the United States. Intensive care medicine. 2020;46(1):46-56. doi:10.1007/s00134-019-05829-1

284. Bedoya-Vaca R, Derose KP, Romero-Sandoval N. Gender and physician specialization and practice settings in Ecuador: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. Nov 2016;16(1):662. doi: 10.1186/s12913-016-1917-1. PMID: 27855673; PMCID: PMC5114743.
285. Liberatore F, Schätzle J, Rärer H, Homayounfar K, Lindenmeier J. The impact of preferences for clinical and managerial leadership roles on the willingness to apply for a medical leadership position: Analysis of gender differences among a sample of German senior physicians. *Health Serv Manage Res*. Feb 2022;35(1):27-36. doi: 10.1177/09514848211010258. Epub 2021 Apr 19. PMID: 33874770.
286. Arrizabalaga P, Abellana R, Viñas O, Merino A, Ascaso C. Women doctors and their careers in a large university hospital in Spain at the beginning of the 21st century. *Hum Resour Health*. Mar 2015;13(15). doi: 10.1186/s12960-015-0008-4. PMID: 25890026; PMCID: PMC4415310.
287. Mohamed NA, Abdulhadi NN, Al-Maniri AA, Al-Lawati NR, Al-Qasmi AM. The trend of feminization of doctors' workforce in Oman: is it a phenomenon that could rouse the health system? *Hum Resour Health*. Apr 2018;16(1):19. doi: 10.1186/s12960-018-0283-y. PMID: 29699562; PMCID: PMC5921264.
288. Hossain P, Das Gupta R, YarZar P, Salieu Jalloh M, Tasnim N, Afrin A, Naher N, Hossain MT, Joarder T, Ahmed SM. 'Feminization' of physician workforce in Bangladesh, underlying factors and implications for health system: Insights from a mixed-methods study. *PLoS One*. Jan 2019;14(1): e0210820. doi: 10.1371/journal.pone.0210820. PMID: 30633775; PMCID: PMC6329528.
289. Van Wyk JM, Naidoo SS, Moodley K, Higgins-Opitz SB. Perceptions of final-year medical students towards the impact of gender on their training and future practice. *Adv Med Educ Pract*. Sep 2016;7:541-550. doi: 10.2147/AMEP.S107304. PMID: 27729822; PMCID: PMC5042188.
290. van Doorne-Huiskes A. Vrouwen en werk, met een speciale blik naar artsen en tandartsen [Women and work, with a specific focus on doctors and dentists]. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. Nov 2017;124(11):549-554. doi: 10.5177/ntvt.2017.11.17143. PMID: 29136044.

291. La conciliació de la vida laboral, familiar i personal de metges i metgesses. Propostes i Pla d'Acció. Col·legi de Metges de Barcelona; 2017. Disponible en: <https://www.comb.cat/Upload/Documents/7/2/7281.PDF>
292. Achury Saldaña, Diana Marcela et al. Professional profile and work conditions of nurses working in intensive care units: A multicentre study. *Journal of clinical nursing*. 2022;31(11-12):1697-1708. 10.1111/jocn.16026. Oct. 2021. doi:10.1111/jocn.16026
293. Dwyer T, Jamieson L, Moxham L, Austen D, Smith K. Evaluation of the 12-hour shift trial in a regional intensive care unit. *J Nurs Manag*. Oct 2007;15(7):711-720. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00737.x. PMID: 17897148
294. Ose SO, Tjønnås MS, Kaspersen SL, Færevik H. One-year trial of 12-hour shifts in a non-intensive care unit and an intensive care unit in a public hospital: a qualitative study of 24 nurses' experiences. *BMJ Open*. Jul 2019;9(7): e024292. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024292. PMID: 31289050; PMCID: PMC6629459.
295. Jin Z, Jovaisa T, Thomas B, Phull M. Intensive care unit staffing during the periods of fluctuating bed occupancy: An alternative dynamic model. *Intensive Crit Care Nurs*. Oct 2021;66:103063. doi: 10.1016/j.iccn.2021.103063. Epub 2021 Jun 4. PMID: 34092453.
296. Vedaa Ø, Pallesen S, Erevik EK, Svensen E, Waage S, Bjorvatn B, Sivertsen B, Harris A. Long working hours are inversely related to sick leave in the following 3 months: a 4-year registry study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2019 May;92(4):457-466. doi: 10.1007/s00420-018-1372-x. Epub 2018 Nov 7. PMID: 30406330.
297. Battle C, Temblett P. 12-Hour nursing shifts in critical care: A service evaluation. *J Intensive Care Soc*. Aug 2018;19(3):214-218. doi: 10.1177/1751143717748094. Epub 2018 Jan 15. PMID: 30159013; PMCID: PMC6110020.
298. Griffiths P, Dall'Ora C, Simon M, Ball J, Lindqvist R, Rafferty AM, Schoonhoven L, Tishelman C, Aiken LH; RN4CAST Consortium. Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Med Care*. Nov 2014;52(11):975-981. doi:10.1097/MLR.000000000000233. PMID: 25226543; PMCID: PMC4196798

299. Imes CC, Chasens ER. Rotating Shifts Negatively Impacts Health and Wellness Among Intensive Care Nurses. *Workplace Health Saf.* May 2019;67(5):241-249. doi: 10.1177/2165079918820866. Epub 2019 Mar 2. PMID: 30827198.
300. Shamali M, Shahriari M, Babaii A, Abbasinia M. Comparative Study of Job Burnout Among Critical Care Nurses With Fixed and Rotating Shift Schedules. *Nurs Midwifery Stud.* Sep 2015;4(3): e27766. doi: 10.17795/nmsjournal27766. Epub 2015 Sep 23. PMID: 26576442; PMCID: PMC4644604.
301. Fratissier A, Gauberti P, Morello R, Clin B. Impact of 12-hr shifts in general hospitals: Study conducted in two intensive care units. *Nurs Open.* Mar 2021;8(2):656-663. doi: 10.1002/nop2.670. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33433955; PMCID: PMC7877150.
302. Federación Europea de Asociaciones de Enfermería de Cuidados Intensivos. Competencias enfermeras según la EfCCN para las enfermeras de cuidados intensivos en Europa. 2013. P.O. Box 15615 1001Amsterdam Países Bajos Email: info@efccna.org Sitio web: ww.efccna.org
303. Canadian Association of School of Nursing. Nurse practitioner education in Canada: National framework of guiding principles & essential components; 2012.
304. Wei W, Niu Y, Ge X. Core competencies for nurses in Chinese intensive care units: a cross-sectional study. *Nurs Crit Care.* Sep 2019;24(5):276-282. doi: 10.1111/nicc.12398. Epub 2018 Dec 19. PMID: 30569548.
305. Carbone R, Ferrari S, Belperio S, Bravi S, Mancinelli C, Soave E, Di Bartolomeo M, Andreassi L, Perondi L, Tamba M, Astolfi M, Ossola C, Artioli G, Sarli L. Advanced competence in intensive care unit: expectations, role ambiguity between physicians and nurses in intensive care units. Multi - method survey. *Acta Biomed.* Jan 2022;92(2): e2021332. doi: 10.23750/abm.v92iS2.12670. PMID: 35037632
306. Lakanmaa RL, Suominen T, Ritmala-Castrén M, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study. *Biomed Res Int.* 2015;2015:536724. doi: 10.1155/2015/536724. Epub 2015 Oct 18. PMID: 26557676; PMCID: PMC4628747.
307. Conley P. Certified and Advanced Degree Critical Care Nurses Improve Patient Outcomes. *Dimens Crit Care Nurs.* Mar/Apr 2019;38(2):108-112. doi: 10.1097/DCC.0000000000000342. PMID: 30702481.

308. Mendes IAC, Ventura CAA, Silva ÍR, Gir E, de Almeida EWS, Queiroz AAFLN, Carrara BS, Fernandes RHH, da Silva TP, de Sousa ÁFL. Alignment and contribution of nursing doctoral programs to achieve the sustainable development goals. *Hum Resour Health*. Nov 2020;18(1):86. doi: 10.1186/s12960-020-00530-7. PMID: 33160380; PMCID: PMC7648269.
309. Morgan D, Somera P. The future shortage of doctoral prepared nurses and the impact on the nursing shortage. *Nurs Adm Q*. 2014;38(1):22-6. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000001. PMID: 24317029.
310. Hawkes D, Sridevi Y. A systematic review of research on professional doctorates. London: Review of Education; 2018;16(1):10-27.
311. Gaines K. Top PhD in Nursing Programs. Nurse.org Staff. Jul 2022. Disponible en: <https://nurse.org/education/phd-in-nursing-degree/>
312. Subdirecció General de Actividad Universitaria Investigadora de la Secretaría de Universidades. Datos y Cifras del Sistema Sanitario Español. Secretaría General Técnica del Ministerio de Universidades. 2020-2021. Ministerio de Universidades. 2021. Disponible en: https://www.universidades.gob.es/wpcontent/uploads/2022/11/Datos_y_Cifras_2020_21.pdf
313. Institut d'Estadística de Catalunya. Ensenyament universitari. Doctorat. Alumnes matriculats a estudis de doctorat EEES. Per branques d'estudi i universitats. Catalunya 2021. Darrera actualització: Jun 2022. Disponible en: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=1020>
314. Lucía Baranda. Estudi sobre la salut, estils de vida i condicions de treball de les infermeres i infermers de Catalunya. La salut dels infermers/es. Informe de resultats. Fundació Galatea. Abrid de 2017. Disponible en: <https://www.fgalatea.org/Upload/Documents/9/2/9214.PDF>
315. Watson R, Thompson DR, Amella E. Doctorates and nurses. *Contemp Nurse*. Apr-Jun 2011;38(1-2):151-9. doi: 10.5172/conu.2011.38.1-2.151. PMID: 21854246
316. Rees S, Ousey K, Koo K, Ahmad N, Bowling FL. Higher degrees in nursing: traditional research PhD or professional doctorate? *Br J Nurs*. Jul 2019;28(14):940-945. doi: 10.12968/bjon.2019.28.14.940. PMID: 31348695.

317. McCauley LA, Broome ME, Frazier L, Hayes R, Kurth A, Musil CM, Norman LD, Rideout KH, Villarruel AM. Doctor of nursing practice (DNP) degree in the United States: Reflecting, readjusting, and getting back on track. *Nurs Outlook*. Jul-Aug 2020;68(4):494-503. doi: 10.1016/j.outlook.2020.03.008. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32561157; PMCID: PMC7161484.
318. Fullerton JT, Schuiling KD, Sipe TA. El doctorado en la práctica de enfermería y la entrada en la práctica de la obstetricia: temas para su consideración y debate. *Práctica de enfermería educativa*. Mar 2019;36:97-100. doi: 10.1016/j.nepr.2019.02.001. Epub 2019 Feb 8. PMID: 30897461.
319. Organización Mundial de la Salud. Informe de Enfermería sobre el Estado del Mundo. 2020. Ginebra, Suiza: OMS; 2020.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. Consultado el 25 de febrero de 2021.
320. Vatani J, Javadifar S, Rabori MAS, Khanikosarkhizi Z, Bardsirii TI, Mazloumi E, Dehghan N, Moghaddam AS, Khammar A, Raei M. Training needs assessment of intensive care nurses in Zabol University of Medical Sciences' Hospitals. *J Educ Health Promot*. Mar 2021;10:85. doi: 10.4103/jehp.jehp_60_20. PMID: 34084832; PMCID: PMC8150074.
321. Xie Y, Xiao Y, Zhou J, Li L. Demands of experiential training for ICU nurses in Hunan of China. *Int J Nurs Sci*. Sep 2020;7(4):427-432. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.09.010. PMID: 33195755; PMCID: PMC7644555.
322. Macedo APMC, Padilha KG, Püschel VAA. Professional practices of education/training of nurses in an intensive care unit. *Rev Bras Enferm*. Mar-Apr 2019;72(2):321-328. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0793. Epub 2019 Apr 18. PMID: 31017192.
323. Alastalo M, Salminen L, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Knowledge of patient observation among critical care nurses. *Nurs Crit Care*. Sep 2021;26(5):341-351. doi: 10.1111/nicc.12573. Epub 2020 Nov 4. PMID: 33150722.
324. Boudiche S, Zelfani S, Ben Hammamia M, Mghaieth Zghal F, Ouaghlani K, Ben Halima M, Manai H, Ziadi J, Rekik B, Rajhi M, Gharsallaoui O, Farhati A, Ouali S, Larbi N, Denguir R, Daghfous M, Mourali MS. Simulation training for continuing

professional development of nurses in cardiology and cardiovascular surgery. *Tunis Med.* Feb 2020;98(2):116-122. PMID: 32395800.

325. Deldar K, Froutan R, Sedaghat A, Mazlom SR. Continuing nursing education: use of observational pain assessment tool for diagnosis and management of pain in critically ill patients following training through a social networking app versus lectures. *BMC Med Educ.* Aug 2020;20(1):247. doi: 10.1186/s12909-020-02159-5. PMID: 32746903; PMCID: PMC7396891.
326. Santana-Padilla YG, Santana-Cabrera L, Bernat-Adell MD, Linares-Pérez T, Alemán-González J, Acosta-Rodríguez RF. Training needs detected by nurses in an intensive care unit: a phenomenological study. *Enferm Intensiva (Engl Ed).* Oct-Dec 2019;30(4):181-191. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfi.2019.05.001. Epub 2019 Sep 3. PMID: 31492569.
327. Espinoza P, Troncoso B, Jacobson L, Schober M. Advanced Practice Nursing in Chile and the Role of the Registered Nurse: Integrating 2 Realities Through Continuous Education. *Clin Nurse Spec.* Sep-Oct 2021;35(5):264-270. doi: 10.1097/NUR.0000000000000622. PMID: 34398548.
328. Salah MA, Abu-Moghli FA. Perceived Knowledge, Attitudes, and Implementation of Evidence-Based Practice Among Jordanian Nurses in Critical Care Units. *Dimens Crit Care Nurs.* Sep-Oct 2020;39(5):278-286. doi: 10.1097/DCC.0000000000000431. PMID: 32740199.
329. Sibandze BT, Scafide KN. Among nurses, how does education level impact professional values? A systematic review. *Int Nurs Rev.* Mar 2018;65(1):65-77. doi: 10.1111/inr.12390. Epub 2017 Jun 28. PMID: 28657173.
330. Yanbing S, Hua L, Chao L, Fenglan W, Zhiguang D. The state of nursing research from 2000 to 2019: A global analysis. *J Adv Nurs.* Jan 2021;77(1):162-175. doi: 10.1111/jan.14564. Epub 2020 Oct 21. PMID: 33089521.
331. SmithBattle L, Lorenz R, Reangsing C, Palmer JL, Pitroff G. A methodological review of qualitative longitudinal research in nursing. *Nurs Inq.* Oct 2018;25(4):e12248. doi: 10.1111/nin.12248. Epub 2018 Jun 21. PMID: 29926526.
332. Kippenbrock T, Emory J. National Institute of Nursing Research Grant Funding Recipients: Hispanic and Nurses of Color Are Lagging. *Hisp Health Care Int.* Sep

2021;19(3):203-206. doi: 10.1177/1540415321998722. Epub 2021 Mar 15. PMID: 33719652.

333. Kokol P, Železnik D, Završnik J, Blažun Vošner H. Nursing Research Literature Production in Terms of the Scope of Country and Health Determinants: A Bibliometric Study. *J Nurs Scholarsh.* Sep 2019;51(5):590-598. doi: 10.1111/jnu.12500. Epub 2019 Jul 4. PMID: 31273926.
334. Zhu R, Liu M, Su Y, Meng X, Han S, Duan Z. A bibliometric analysis of publication of funded studies in nursing research from Web of Science, 2008-2018. *J Adv Nurs.* Jan 2021;77(1):176-188. doi: 10.1111/jan.14578. Epub 2020 Oct 29. PMID: 33119957.
335. Morales Asencio JM, Hueso Montoro C, de Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M. 1977-2017: Investigación de enfermería en España después de 40 años en la Universidad. *Enferm Clin.* Sep-Oct 2017;27(5):314-326. Inglés, español. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.08.003. Epub 2017 25 de agosto. PMID: 28847695.
336. Mrayyan MT, Al-Atiyyat N, Al-Rawashdeh S, Algunmeeyn A, Abunab HY. Nurses' authentic leadership and their perceptions of safety climate: differences across areas of work and hospitals. *Leadersh Health Serv (Bradf Engl).* Mar 2022;ahead-of-print(ahead-of-print). doi: 10.1108/LHS-05-2021-0040. PMID: 35266654.
337. Bowles D, McIntosh G, Hemrajani R, Yen MS, Phillips A, Schwartz N, Tu SP, Dow AW. Nurse-physician collaboration in an academic medical centre: The influence of organizational and individual factors. *J Interprof Care.* Sep 2016;30(5):655-660. doi: 10.1080/13561820.2016.1201464. Epub 2016 Jul 7. PMID: 27388560.
338. Collette AE, Wann K, Nevin ML, Rique K, Tarrant G, Hickey LA, Stichler JF, Toole BM, Thomason T. An exploration of nurse-physician perceptions of collaborative behaviour. *J Interprof Care.* Jul 2017;31(4):470-478. doi: 10.1080/13561820.2017.1301411. Epub 2017 Apr 10. PMID: 28394664.
339. Folorunso TR, Folorunso AE. Nurse-Physician Collaboration: A Comparison of Attitudes of Nurses and Physicians in Nigerian Tertiary Hospital Care Settings. *West Afr J Med.* Dec 2020;37(7):776-782. PMID: 33296487.
340. Cheng Q, Duan Y, Wang Y, Zhang Q, Chen Y. The physician-nurse collaboration in truth disclosure: from nurses' perspective. *BMC Nurs.* Mar 2021;20(1):38. doi: 10.1186/s12912-021-00557-8. PMID: 33676508; PMCID: PMC7937200.

341. Kempner S, Brackmann M, Kobernik E, Skinner B, Bollinger M, Hammoud M, Morgan H. The decline in attitudes toward physician-nurse collaboration from medical school to residency. *J Interprof Care*. May-Jun 2020;34(3):373-379. doi: 10.1080/13561820.2019.1681947. Epub 2019 Nov 21. PMID: 31752567.
342. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Fields SK, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Amicosante AM, Macinati M, Tangucci M, Liva C, Ricciardi G, Eidelman S, Admi H, Geva H, Mashiach T, Alroy G, Alcorta-Gonzalez A, Ibarra D, Torres-Ruiz A. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. *Int J Nurs Stud*. May 2003;40(4):427-35. doi: 10.1016/s0020-7489(02)00108-6. PMID: 12667519.
343. Acal Jiménez R, Swartz M, McCorkle R. Improving Quality Through Nursing Participation at Bedside Rounds in a Pediatric Acute Care Unit: A Pilot Project. *J Pediatr Nurs*. Nov-Dec 2018;43:45-55. doi: 10.1016/j.pedn.2018.08.010. Epub 2018 Aug 28. PMID: 30473156.
344. Waugh SM, Bergquist-Beringer S. Inter-Rater Agreement of Pressure Ulcer Risk and Prevention Measures in the National Database of Nursing Quality Indicators(®) (NDNQI). *Res Nurs Health*. Jun 2016;39(3):164-174. doi: 10.1002/nur.21717. Epub 2016 Mar 31. PMID: 27038340.
345. Masten M, Sommerfeldt S, Gordan S, Greubel E, Canning C, Lioy J, Chuo J. Evaluating Teamwork in the Neonatal Intensive Care Unit: A Survey of Providers and Parents. *Adv Neonatal Care*. Aug 2019;19(4):285-293. doi: 10.1097/ANC.0000000000000604. PMID: 30893093.
346. Hirschfeld RS, Barone S, Johnson E, Boss RD. Pediatric Chronic Critical Illness: Gaps in Inpatient Intrateam Communication. *Pediatr Crit Care Med*. Dec 2019;20(12):546-555. doi: 10.1097/PCC.0000000000002150. PMID: 31634307.
347. Thomas S, Quirk L, Blevins C, Quatrara B, Letzkus L. Incongruence in Perceptions: Identifying Barriers to Patient Satisfaction in the Intensive Care Unit. *Dimens Crit Care Nurs*. Nov-Dec 2017;36(6):349-354. doi: 10.1097/DCC.0000000000000267. PMID: 28976485.

348. Fortuno A.F., Oco D.B., Clores M.A. Influential components of caring nurse-patient interaction (cnpi) in a tertiary hospital in the Philippines: Towards improving health outcomes of patients. *International Journal of Nursing Science*. 2017;7(4):84-90. p-ISSN: 2167-7441 e-ISSN: 2167-745X doi:10.5923/j.nursing.20170704.02
349. Thomas D, Newcomb P, Fusco P. Perception of Caring Among Patients and Nurses. *J Patient Exp*. Sep 2019;6(3):194-200. doi: 10.1177/2374373518795713. Epub 2018 Aug 21. PMID: 31535007; PMCID: PMC6739676
350. Delmas P., Antonini M., Berthoud L., O'Reilly L., Cara C., Brousseau S., Bellier-Teichmann T., Weidmann J., Roulet-Schwab D., Ledoux I., et al. A comparative descriptive analysis of perceived quality of caring attitudes and behaviours between haemodialysis patients and their nurses. *Nurs. Open*. 2019;7:563–570. doi: 10.1002/nop2.421
351. Nasim A., Chrysoula D. Investigating the perceptions of nurses and patients for the nursing care provided and received in a hospital setting. *J. Nurs. Healthc. Res* 2020;9:8-15. doi: 10.9790/1959-0905080815.
352. Haryani A. Predictors of Nurse's Caring Behavior towards Patients with Critical Illness. *Kne Life Sci*. 2019:12-22. doi: 10.18502/kls.v4i13.5221
353. Polat H, Turan GB, Tan M. Determination of the relationship of the spiritual orientation of nurses with compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction. *Perspect Psychiatr Care*. Oct 2020;56(4):920-925. doi: 10.1111/ppc.12513. Epub 2020 Apr 14. PMID: 32291788.
354. Winstanley J, White E. The MCSS-26: revision of the Manchester Clinical Supervision Scale using the Rasch Measurement Model. *J Nurs Meas*. 2011;19(3):160-78. doi: 10.1891/1061-3749.19.3.160. PMID: 22372092.
355. Zavagli V, Miglietta E, Varani S, Pannuti R, Brighetti G, Pannuti F. Associations between caregiving worries and psychophysical well-being. An investigation on home-cared cancer patients family caregivers. *Support Care Cancer*. Feb 2016;24(2):857-863. doi: 10.1007/s00520-015-2854-y. Epub 2015 Jul 24. PMID: 26201751.
356. Eggenberger TL, Keller KB, Chase SK, Payne L. A quantitative approach to evaluating caring in nursing simulation. *Nurs Educ Perspect*. Nov-Dec 2012;33(6):406-9. doi: 10.5480/1536-5026-33.6.406. PMID: 23346791.

357. Frantz A, Holmgren K. The Work Stress Questionnaire (WSQ) - reliability and face validity among male workers. *BMC Public Health*. Nov 2019;19(1):1580. doi: 10.1186/s12889-019-7940-5. PMID: 31775694; PMCID: PMC6882173.
358. Wang Y, Wan Q, Guo J, Jin X, Zhou W, Feng X, Shang S. The influence of effective communication, perceived respect and willingness to collaborate on nurses' perceptions of nurse-physician collaboration in China. *Appl Nurs Res*. Jun 2018;41:73-79. doi: 10.1016/j.apnr.2018.04.005. Epub 2018 Apr 22. PMID: 29853219.
359. Parizad N, Lopez V, Jasemi M, Gharaaghaji Asl R, Taylor A, Taghinejad R. Job stress and its relationship with nurses' autonomy and nurse-physician collaboration in intensive care unit. *J Nurs Manag*. Oct 2021;29(7):2084-2091. doi: 10.1111/jonm.13343. Epub 2021 May 17. PMID: 33894092.
360. Georgiou E, Papathanassoglou E, Pavlakis A. Nurse-physician collaboration and associations with perceived autonomy in Cypriot critical care nurses. *Nurs Crit Care*. Jan 2017;22(1):29-39. doi: 10.1111/nicc.12126. Epub 2015 Jan 16. PMID: 25598391
361. Vujanić J, Mikšić Š, Barać I, Včev A, Lovrić R. Patients' and Nurses' Perceptions of Importance of Caring Nurse-Patient Interactions: Do They Differ? *Healthcare (Basel)*. Mar 2022;10(3):554. doi: 10.3390/healthcare10030554. PMID: 35327032; PMCID: PMC8956000.
362. Vujanić J., Prlić N., Lovrić R. Nurses' Self-Assessment of Caring Behaviors in Nurse-Patient Interactions: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17:5255. doi: 10.3390/ijerph17145255
363. Jover-Sancho C, Romero-García M, Delgado-Hito P, de la Cueva-Ariza L, Solà-Solé N, Acosta-Mejuto B, Ricart-Basagaña MT, Solà-Ribó M, Juandó-Prats CL. Percepción de las enfermeras de UCI en relación con el cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. Enero-Marzo 2015;26(1):3-14. Español. doi: 10.1016/j.enfi.2014.12.002. Epub 2015 20 de enero. PMID: 25616997.
364. Brown SS, Lindell DF, Dolansky MA, Garber JS. Valores profesionales de las enfermeras y actitudes hacia la colaboración con los médicos. *Ética de Nurs*.

Marzo 2015;22(2):205-16. doi: 10.1177/0969733014533233. Epub 2014 30 de mayo. PMID: 24878573

365. Verd-Aulí X, Maqueda-Palau M, Miró-Bonet M. Interprofessional collaboration in joint clinical sessions in an intensive care unit: Perceptions of nurses and physicians. *Enferm Intensiva (Engl Ed)*. Jan-Mar 2021;32(1):3-10. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfi.2020.02.004. Epub 2020 May 7. PMID: 32389439.
366. Rollan Oliveira Susana, Siles González José. Incidencia de planes de estudio en las diferencias intergeneracionales de enfermeros durante el Siglo XX. *Ene*. [Internet]. 2021 [citado 2023 Ene 01];15(3): 1286. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000300005&lng=es. Epub 04-Abr-2022.
367. Mayer R.C., Davis J., Schoorman F. An integrative model of organizational trust. *The Academy of Management Review*. 1995;20(3):709-734.
368. Gilmore C. Compassion fatigue, what it is and how to avoid it. *Nursing N.Z.* 2012; 18(5):32.
369. Schmalenberg C, Kramer M. Types of intensive care units with the healthiest, most productive work environments. *Am J Crit Care*. Sep 2007;16(5):458-68; quiz 469. PMID: 1772424
370. Nielsen AH, Kaldan G, Nielsen BH, Kristensen GJ, Shiv L, Egerod I. Intensive care professionals' perspectives on dysphagia management: A focus group study. *Aust Crit Care*. May 2022;1036-7314(22):00060-1. doi: 10.1016/j.aucc.2022.04.004. Epub ahead of print. PMID: 35610091.
371. Boev C, Tydings D, Critchlow C. A qualitative exploration of nurse-physician collaboration in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs*. Jun 2022;70:103218. doi: 10.1016/j.iccn.2022.103218. Epub 2022 Feb 16. PMID: 35181181.
372. Emich C. Conceptualizing collaboration in nursing. *Nurs Forum*. Oct 2018;53(4):567-573. doi: 10.1111/nuf.12287. Epub 2018 Aug 21. PMID: 30132905.
373. Institute of Medicine (US) Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, at the Institute of Medicine. *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington (DC): National

Academies Press (US); 2011. 1, Key Messages of the Report. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209881/>

374. Wiechula R., Conroy T., Kitson A., Marshall R.J., Whitaker N., Rasmussen P. Umbrella review of the evidence: What factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *J. Adv. Nurs.* 2015;72:723-734. doi: 10.1111/jan.12862.
375. House S, Havens D. Nurses' and Physicians' Perceptions of Nurse-Physician Collaboration: A Systematic Review. *J Nurs Adm.* Mar 2017;47(3):165-171. doi: 10.1097/NNA.0000000000000460. PMID: 28157818.
376. Tan TC, Zhou H, Kelly M. Nurse-physician communication - An integrated review. *J Clin Nurs.* Dec 2017;26(23-24):3974-3989. doi: 10.1111/jocn.13832. Epub 2017 May 18. PMID: 28370533.
377. Kalocsai C, Amaral A, Piquette D, Walter G, Dev SP, Taylor P, Downar J, Gotlib Conn L. "Es mejor tener tres cerebros funcionando en lugar de uno": un estudio cualitativo de la construcción de una alianza terapéutica con los miembros de la familia de pacientes gravemente enfermos. *BMC Health Serv Res.* Jul 2018;18(1):533. doi: 10.1186/s12913-018-3341-1. PMID: 29986722; PMCID: PMC6038351.
378. Kvande M, Lykkeslet E, Storli SL. ICU nurses and physicians dialogue regarding patients clinical status and care options-a focus group study. *Int J Qual Stud Health Well-being.* Dec 2017;12(1):1267346. doi: 10.1080/17482631.2016.1267346. PMID: 28452605; PMCID: PMC5328360.
379. Santos GRDSD, Barros FM, Silva RCD. Handover communication in intensive therapy: nursing team meanings and practices. *Rev Gaucha Enferm.* Apr 2020;41: e20180436. English, Portuguese. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20180436. PMID: 32294722.
380. Sundberg F, Fridh I, Olausson S, Lindahl B. Room Design-A Phenomenological-Hermeneutical Study: A Factor in Creating a Caring Environment. *Crit Care Nurs Q.* Jul-Sep 2019;42(3):265-277. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000267. PMID: 31135477.

381. Alexis Ruiz A, Wyszynska PK, Laudanski K. Narrative Review of Decision-Making Processes in Critical Care. *Anesth Analg*. May 2019;128(5):962-970. doi: 10.1213/ANE.0000000000003683. PMID: 30096084.
382. Parent B, LaGrone LN, Albirair MT, Serina PT, Keller JM, Cuschieri J, Addison EJ, Choe L, Delossantos GB, Gaskill CE, Moon SD, MacDonald JT, Stolzberg MJ, Van Eaton EG, Zech JM, Kritek PA. Effect of Standardized Handoff Curriculum on Improved Clinician Preparedness in the Intensive Care Unit: A Stepped-Wedge Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg*. May 2018;153(5):464-470. doi: 10.1001/jamasurg.2017.5440. PMID: 29299602; PMCID: PMC5875375.
383. Nguyen J, Smith L, Hunter J, Harnett JE. Conventional and Complementary Medicine Health Care Practitioners' Perspectives on Interprofessional Communication: A Qualitative Rapid Review. *Medicina (Kaunas)*. Sep 2019;55(10):650. doi: 10.3390/medicina55100650. PMID: 31569742; PMCID: PMC6843134.
384. Mayaki S, Stewart M. Teamwork, Professional Identities, Conflict, and Industrial Action in Nigerian Healthcare. *J Multidiscip Healthc*. Oct 2020;13:1223-1234. doi: 10.2147/JMDH.S267116. PMID: 33116567; PMCID: PMC7588268.
385. Mao A, Wang J, Zhang Y, Cheong PL, Van IK, Tam HL. Male Nurses' Dealing with Tensions and Conflicts with Patients and Physicians: A Theoretically Framed Analysis. *J Multidiscip Healthc*. Sep 2020;13:1035-1045. doi: 10.2147/JMDH.S270113. PMID: 33061409; PMCID: PMC7532905.
386. Lee SE, Dahinten VS, Ji H, Kim E, Lee H. Motivators and inhibitors of nurses' speaking up behaviours: A descriptive qualitative study. *J Adv Nurs*. Jun 2022. doi: 10.1111/jan.15343. Epub ahead of print. PMID: 35765723.
387. Belrhiti Z, Van Belle S, Criel B. How medical dominance and interprofessional conflicts undermine patient-centred care in hospitals: historical analysis and multiple embedded case study in Morocco. *BMJ Glob Health*. Jul 2021;6(7): e006140. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006140. PMID: 34261759; PMCID: PMC8280911.
388. James S, Subedi P, Indrasena BSH, Aylott J. Review Debrief: A collaborative distributed leadership approach to "hot debrief" after cardiac arrest in the emergency department - a quality improvement project. *Leadersh Health Serv*

(Bradf Engl). Mar 2022; ahead-of-print(ahead-of-print). doi: 10.1108/LHS-06-2021-0050. PMID: 35274508.

389. Caronia L, Saglietti M, Chierigato A. Challenging the interprofessional epistemic boundaries: The practices of informing in nurse-physician interaction. *Soc Sci Med*. Feb 2020;246:112732. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112732. Epub 2019 Dec 18. PMID: 31884237.
390. Vatn L, Dahl BM. Interprofessional collaboration between nurses and doctors for treating patients in surgical wards. *J Interprof Care*. Mar-Apr 2022;36(2):186-194. doi: 10.1080/13561820.2021.1890703. Epub 2021 May 13. PMID: 33980107.
391. Pettersson A, Glasdam S. Becoming a good nurse - Socialisation of newly employed nurses into the oncological clinic. *J Clin Nurs*. Jul 2020;29(13-14):2495-2507. doi: 10.1111/jocn.15265. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32243001.
392. Vance G, Jandial S, Scott J, Burford B. What are junior doctors for? The work of Foundation doctors in the UK: a mixed methods study. *BMJ Open*. Apr 2019;9(4):e027522. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027522. PMID: 30962239; PMCID: PMC6500191.
393. Silva VRD, Velasque LS, Tonini T. Job satisfaction in an oncology nursing team. *Rev Bras Enferm*. Sep-Oct 2017;70(5):988-995. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0422. PMID: 28977225.
394. Arnold C, Berger S, Gronewold N, Schwabe D, Götsch B, Mahler C, Schultz JH. Exploring early interprofessional socialization: a pilot study of student's experiences in medical history taking. *J Interprof Care*. Jan 2020;13:1-8. doi: 10.1080/13561820.2019.1708872. Epub ahead of print. PMID: 31928468.
395. Feiring E, Lie AE. Factors perceived to influence implementation of task shifting in highly specialised healthcare: a theory-based qualitative approach. *BMC Health Serv Res*. Nov 2018;18(1):899. doi: 10.1186/s12913-018-3719-0. PMID: 30482195; PMCID: PMC6260581.
396. Fiske E. Nurse Stressors and Satisfiers in the NICU. *Adv Neonatal Care*. Aug 2018;18(4):276-284. doi: 10.1097/ANC.0000000000000514. PMID: 29933342.

397. Yarbrough S, Martin P, Alfred D, McNeill C. Professional values, job satisfaction, career development, and intent to stay. *Nurs Ethics*. Sep 2017;24(6):675-685. doi: 10.1177/0969733015623098. Epub 2016 Jan 24. PMID: 26811397.
398. Khowaja-Punjwani S, Smardo C, Hendricks MR, Lantos JD. Physician-Nurse Interactions in Critical Care. *Pediatrics*. Sep 2017;140(3): e20170670. doi: 10.1542/peds.2017-0670. Epub 2017 Aug 16. PMID: 28814577.
399. Abedi AA, Ogwal DS, Pintye J, Nabirye RC, Hagopian A. Baccalaureate prepared nurses as the new entry-level nursing cadre in Uganda: A qualitative study of BSN student and faculty perspectives in two universities. *Nurse Educ Today*. May 2019;76:131-136. doi: 10.1016/j.nedt.2019.01.023. Epub 2019 Feb 5. PMID: 30784841.
400. Head B, Middleton A, Zeigler C. Work Satisfaction Among Hospice and Palliative Nurses. *J Hosp Palliat Nurs*. Oct 2019;21(5):1-11. doi: 10.1097/NJH.0000000000000562. PMID: 30964830.
401. Holmberg C, Caro J, Sobis I. Job satisfaction among Swedish mental health nursing personnel: Revisiting the two-factor theory. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(2):581-592. doi: 10.1111/inm.12339. Epub 2017 Apr 10. PMID: 28394078.
402. Janatolmakan M, Khatony A. Explaining the experiences of nurses regarding strategies to prevent missed nursing care: A qualitative study. *J Nurs Manag*. May 2022. doi: 10.1111/jonm.13662. Epub ahead of print. PMID: 35510342.
403. Hermes C, Blanck-Köster K, Gaidys U, Rost E, Petersen-Ewert C. Einfluss der Arbeitsbedingungen und des Gehalts auf die Leiharbeit für Intermediate-Care- und Intensivstationen: Teilergebnisse einer bundesweiten Umfrage [Influence of working conditions and salary on temporary agency work for intermediate care and intensive care units: Partial results of a nationwide survey]. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. Jun 2022;10:1-11. German. doi: 10.1007/s00063-022-00929-1. Epub ahead of print. PMID: 35687181; PMCID: PMC9186272.
404. Niskala J, Kanste O, Tomietto M, Miettunen J, Tuomikoski AM, Kyngäs H, Mikkonen K. Interventions to improve nurses' job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. Jul 2020;76(7):1498-1508. doi: 10.1111/jan.14342. Epub 2020 Mar 29. PMID: 32128864.

405. Hegney DG, Rees CS, Osseiran-Moisson R, Breen L, Eley R, Windsor C, Harvey C. Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: A Queensland, Australia study. *J Nurs Manag.* Mar 2019;27(2):371-380. doi: 10.1111/jonm.12693. Epub 2018 Sep 17. PMID: 30221436.
406. D'Lima DM, Murray EJ, Brett SJ. Perceptions of Risk and Safety in the ICU: A Qualitative Study of Cognitive Processes Relating to Staffing. *Crit Care Med.* Jan 2018;46(1):60-70. doi: 10.1097/CCM.0000000000002773. PMID: 29077619; PMCID: PMC5737462.
407. McDonald E, Zytaruk N, Heels-Ansdell D, Smith O, Borges D, Hand L, Clarke F, Nassar A, Bennardo M, Cook D. Canadian Critical Care Research Coordinators' Group. Motivators and Stressors for Canadian Research Coordinators in Critical Care: The MOTIVATE Survey. *Am J Crit Care.* Jan 2020;29(1):41-48. doi: 10.4037/ajcc2020627. PMID: 31968081.
408. Fast O, Rankin J. Rationing nurses: Realities, practicalities, and nursing leadership theories. *Nurs Inq.* Apr 2018;25(2):12227. doi: 10.1111/nin.12227. Epub 2017 Dec 25. PMID: 29277951.
409. Landriault A, McMurtry A. The perceived contributions of non-physician team members to residents' interprofessional education during a critical care rotation. *Can Med Educ J.* Feb 2021;12(1):76-80. doi: 10.36834/cmej.68905. PMID: 33680233; PMCID: PMC7931475
410. Ng GWY, Pun JKH, So EHK, Chiu WWH, Leung ASH, Stone YH, Lam CL, Lai SPW, Leung RPW, Luk HW, Leung AKH, Au Yeung KW, Lai KY, Slade D, Chan EA. Speak-up culture in an intensive care unit in Hong Kong: a cross-sectional survey exploring the communication openness perceptions of Chinese doctors and nurses. *BMJ Open.* Aug 2017;7(8): e015721. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015721. PMID: 28801406; PMCID: PMC5724079.
411. Gilmartin HM, Hess E, Mueller C, Connelly B, Plomondon ME, Waldo SW, Battaglia C. Learning environments, reliability enhancing work practices, employee engagement, and safety climate in VA cardiac catheterization laboratories. *Health Serv Res.* Apr 2022;57(2):385-391. doi: 10.1111/1475-6773.13907. PMID: 35297037; PMCID: PMC8928023.

DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

**Sra. M^a Mercedes González López; Sra. Cristina Esquinas López;
Sra. Marta Romero García; Sra. M^a Antonia Martínez Momblán;
Sra. Llúcia Benito Aracil; Sra. Pilar Delgado Hito**

Barcelona, 30 de diciembre de 2022

Apreciadas autoras:

Nos es grato informarles que el artículo registrado con el número 4590: **“LA COLABORACIÓN INTERDISCIPLINAR EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE LA VIVENCIA DE LAS ENFERMERAS”** ha sido considerado **publicable** por nuestro Comité Editorial.

En cuanto dicho artículo sea publicado, les enviaremos seis ejemplares de la Revista.

Un artículo considerado **publicable** en Revista ROL de Enfermería, no puede ser enviado ni publicado en ningún otro medio, ya que Ediciones ROL S.L. pasa a ser titular del Copyright exclusivo del mismo, a todos los efectos de la comunidad científica. Revista ROL de Enfermería está indexada en los siguientes índices nacionales e internacionales: ESCI JOURNAL CITATION REPORTS®, CINAHL®, CUIDEN®, LATINDEX, IBECS, DIALNET, WORLDCAT, MEDES, ENFISPO e IME. Publicar en Revista ROL de Enfermería implica estar reseñado en los índices bibliográficos mencionados.

Los trabajos publicables tienen un coste único de 350 euros. El pago debe realizarse a:

Ediciones ROL S.L.
CAIXABANK
IBAN: ES96 2100 0814 06 0200404281
SWIFT: CAIXESBBXXX

Agradecemos su confianza y el esfuerzo personal que cada una de ustedes ha aportado a este proyecto y esperamos seguir contando con su colaboración.

Aprovechamos la ocasión para saludarles muy cordialmente y quedar a su disposición para cualquier aclaración complementaria que pudiesen precisar.

37693125N
JULIA MARTINEZ
(R: B08499469)
(R: B08499469)

Firmado digitalmente por
37693125N JULIA MARTINEZ
(R: B08499469)
Fecha: 2022.12.30 14:43:04
+01'00'

Rogamos que, una vez firmada por todas las autoras, nos remitan copia de esta carta y comprobante de pago a: redaccion@e-rol.es

Leído y conformes,

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario: Variables Sociodemográficas, Económicas y Profesionales de Motivación y Satisfacción Profesional.

Marque con una X la respuesta correspondiente

NOMBRE DEL CENTRO:

Nombre/especialidad de la UCI:

A.

1. SEXO: Mujer Hombre

2. EDAD:

3. ESTADO CIVIL:

Soltero/a Casado/a Separado/a – Divorciado/a Otros

B.

4. ¿PROFESIÓN? Enfermera Médico

5. ¿EN QUÉ PAÍS ESTUDIÓ LA CARRERA?.....

6. ¿EN QUÉ AÑO FINALIZÓ LA CARRERA?.....

7. ¿A QUÉ EDAD COMENZÓ A EJERCER DE ENFERMERA/MÉDICO?.....

PUESTO DE TRABAJO:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 8. Director/a Centro | <input type="checkbox"/> |
| 9. Adjunto/a Enfermería | <input type="checkbox"/> |
| 10. Supervisor/a / Coordinador/a | <input type="checkbox"/> |
| 11. Enfermero/a Asistencia | <input type="checkbox"/> |
| 12. Jefe de Servicio | <input type="checkbox"/> |
| 13. Médico Adjunto 1 | <input type="checkbox"/> |
| 14. Contrato Guardias | <input type="checkbox"/> |

HOARIO:

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 15. Fijo | <input type="checkbox"/> |
| 16. Rotatorio | <input type="checkbox"/> |
| 17. Otros | <input type="checkbox"/> |

TURNO:

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 18. Mañana | <input type="checkbox"/> |
| 19. Tarde | <input type="checkbox"/> |
| 20. Fin de Semana | <input type="checkbox"/> |
| 21. Noche | <input type="checkbox"/> |
| 22. Otros | <input type="checkbox"/> |

SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:

23. Plaza en propiedad []
24. Interino []
25. Contrato Temporal []

SEGÚN SU NÓMINA, SU SALARIO ES:

26. inferior a 1500 € []
27. 1500-2000 € []
28. 2000-2500 € []
29. 2500-3000 € []
30. 3500-4000 € []
31. más de 4000 € []

I

32. ¿CUANTO TIEMPO LLEVA EN SU PUESTO DE TRABAJO ACTUAL?:
[] Años

33. ¿CUANTO TIEMPO LLEVA TRABAJANDO
COMO ENFERMERA/MÉDICO?:
[] Años

C.

**SU MÁXIMO GRADO ACADÉMICO ADEMÁS DE LA DIPLOMATURA EN
ENFERMERÍA/LICENCIATURA EN MEDICINA ES:**

34. Otro Grado / Licenciatura []
35. Posgrado []
36. Máster Oficial o Especialidad []
37. Doctor []

EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

NÚMERO DE CURSOS DE FORMACION REALIZADOS:

38. Ninguno []
39. 1-2 []
40. 3-4 []
41. más de 4 []

NÚMERO DE ARTÍCULOS PUBLICADOS:

42. Ninguno []
43. 1-2 []
44. 3-4 []
45. más de 4 []

NÚMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DESARROLLADOS:

46. Ninguno []
47. 1-2 []
48. 3-4 []

49. más de 4 []

**NÚMERO DE REUNIONES CIENTÍFICAS (CONGRESOS, JORNADAS, ETC.)
A LAS QUE HA ASISTIDO:**

50. Ninguno []
51. 1-2 []
52. 3-4 []
53. más de 4 []

**NÚMERO DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN REUNIONES
CIENTÍFICAS:**

54. Ninguno []
55. 1-2 []
56. 3-4 []
57. más de 4 []

D.

**MOTIVOS POR EL QUE ELEGIÓ LA PROFESIÓN DE
ENFERMERÍA/MEDICINA: elija UNO**

58. Salario []
59. Influencia familia []
60. Reconocimiento profesional []
61. Corta duración de los estudios []
62. Vocación []
63. Por seguir la tradición familiar []
64. Facilidad para encontrar trabajo []
65. Imposibilidad de acceder a la carrera deseada []

**MOTIVOS, POR QUÉ SE MANTIENE EN LA PROFESIÓN DE
ENFERMERÍA/MEDICINA**

66. Salario []
67. Reconocimiento profesional []
68. Me gusta/ me satisface []
69. Por seguir la tradición familia []
70. Facilidad para encontrar trabajo []
71. Imposibilidad de acceder a otro trabajo []

GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA ELECCIÓN DE LA CARRERA

72. Muy satisfecho []
73. Moderadamente satisfecha []
74. Algo insatisfecha []
75. Muy satisfecha []

Anexo 2: Cuestionario: Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en Salud (INCINS) de San Martín-Rodríguez L et al.

Escala de la Intensidad de la Colaboración Interprofesional en Salud (INCINS)

1. Indique en qué medida las relaciones de trabajo entre los profesionales del equipo están muy jerarquizadas o muy igualadas	Muy jerarquizadas				Muy igualadas
	1	2	3	4	5
3. Indique el grado de colaboración que hay entre los profesionales del equipo	Escaso				Alto
	1	2	3	4	5
4. ¿En qué medida los distintos grupos de profesionales del equipo se esfuerzan en evitar conflictos en cuanto al reparto de actividades y de responsabilidades?	Poco				Mucho
	1	2	3	4	5
5. ¿Cómo cree usted que los pacientes califican la colaboración entre los diferentes profesionales del equipo que les atiende?	Muy Mala				Muy buena
	1	2	3	4	5
6. ¿Cómo se comparten las responsabilidades entre los distintos profesionales que forman el equipo?	Muy mal				Muy bien
	1	2	3	4	5
7. En general, ¿cómo se establece el plan diario de trabajo en común de los profesionales del equipo?	1	2	3	4	5
8. En el funcionamiento diario del equipo, ¿cómo se integran las actividades de colaboración entre los distintos profesionales del equipo? (p. ej., sesiones comunes, pases de visita comunes, etc.)	1	2	3	4	5
9. ¿Cómo se coordinan las distintas actividades que realizan los profesionales del equipo sobre un mismo paciente?	1	2	3	4	5
10. Los profesionales del equipo tienen en cuenta el conjunto de necesidades de los pacientes, es decir las necesidades físicas, psicológicas, sociales, etc.	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
11. Los profesionales del equipo tienen en cuenta los datos recogidos por los otros grupos profesionales	1	2	3	4	5
12. Los profesionales del equipo toleran fácilmente la existencia de actividades cuya responsabilidad de llevarlas a cabo no está definida claramente	1	2	3	4	5
13. Los profesionales del equipo colaboran entre ellos para elaborar un plan común de intervención	1	2	3	4	5
14. Cuando es necesario, los distintos grupos de profesionales del equipo se piden apoyo profesional (consejo, opinión, etc.) entre ellos	1	2	3	4	5
15. Los profesionales del equipo intercambian entre ellos información relativa a un mismo paciente	1	2	3	4	5
16. Los profesionales del equipo cooperan entre ellos para asegurar el seguimiento del paciente	1	2	3	4	5
17. ¿Cree usted que los pacientes consideran que los profesionales que les atienden realizan su trabajo de forma adecuada, sin perjudicarse mutuamente?	1	2	3	4	5

Anexo 3. Carta de presentación a los participantes.

Mercedes González López
mgonzalez@ub.edu

Barcelona, Junio de 2011

Estimado/a compañero/a:

Soy Mercè González, Diplomada en Enfermería y Licenciada en Antropología Social y Cultural. En la actualidad ocupo una plaza fija en la UCI Quirúrgica del Hospital Clínic de Barcelona, y tengo un contrato como Profesora Asociada en el "Pràcticum Hospitalari", Departament Infermeria Medico Quirúrgica de la Universitat de Barcelona.

Me dirijo a usted en calidad de alumna del Máster "*Lideratge i Gestió en Serveis Infermers*" que imparte la Universidad de Barcelona, y el motivo que me lleva a solicitar su colaboración es la realización de la Tesina.

El objetivo que me he planteado en la tesina es medir la intensidad de colaboración enfermera-médico en las Unidades de Cuidados Intensivos con el fin de identificar las características de dicha colaboración y extraer conocimiento que nos ayude a mejorar la calidad del trabajo en equipo, la calidad asistencial, reducir costes, estancias y aumentar el nivel de satisfacción del profesional de enfermería. El tiempo estimado para rellenar el cuestionario no es superior a 20 minutos.

La cumplimentación del cuestionario que adjunto y la sinceridad de las respuestas, son necesarias para conseguir los objetivos planteados y en consecuencia la calidad científica de la tesina, por lo que ruego encarecidamente un pequeño esfuerzo en complimentarlo, **contestando a todas las preguntas**.

La información **recogida en el cuestionario** será de **absoluta confidencialidad**. Los resultados de la investigación estarán a disposición de todas aquellas personas que quieran consultarlos.

Junto con el cuestionario, adjunto una hoja de instrucciones, la cual agradecería leyera con atención, también incluyo un sobre para que una vez cumplimentado el cuestionario se entregue o deposite en el lugar convenido con la Supervisor/a o Adjunto/a del Centro.

Agradezco de antemano su interés y colaboración, atentamente.

Fdo.: Mercè González López

Si desea contactar conmigo para cualquier aclaración o tema relacionado con la tesina:
93 312 04 79 / 605 320 401

Anexo 4: Hoja informativa a los participantes e instrucciones para rellenar los cuestionarios.

INSTRUCCIONES

Los cuestionarios van dirigidos a las enfermeras y médicos que trabajen en Unidades de Cuidados Intensivos. Los participantes deberán ser las enfermeras de plantilla, la enfermera jefe, adjunta o supervisora de la UCI, y la plantilla de enfermeras suplentes de la UCI con más de 1 año de experiencia en la unidad. Los médicos, incluido el Jefe de Servicio, adjuntos y contratados de guardias, con más de un año de experiencia en la unidad.

Quedarán excluidos todos los profesionales que no hayan trabajado en la unidad en el último año (bajas por enfermedad, permisos, excedencias, nuevas incorporaciones al equipo, etc.).

Una vez cumplimentados, los cuestionarios deberán ser depositados en las cajas/urnas que a modo de buzón se dejarán en cada unidad.

El Cuestionario consta de dos partes:

El primer cuestionario recoge la información sociodemográfica, económica y, profesional.

El segundo cuestionario mide, a través del cuestionario "*Intensidad de la Colaboración Interprofesional en la Salud*" (INCINS) (2007), la colaboración enfermera-médico

**POR FAVOR,
LEA DETENIDAMENTE CADA ITEM Y RESPONDA CON
SINCERIDAD.**

NO OLVIDE CONTESTAR TODOS LAS PREGUNTAS

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 5: Informe de aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)

Dña. Neus Riba, del Servicio de Farmacología Clínica del Hospital
Clínic de Barcelona y Secretaria del Comité Ético de Investigación
Clínica (CEIC)

CERTIFICA:

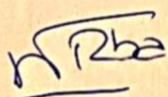
Que el Comité Ético de Investigación Clínica, según consta en el acta
de la reunión celebrada en el día de hoy, ha analizado el proyecto de
investigación titulado:

*La intensidad de la colaboración enfermera-médico en el contexto de
UCI.*

cuyo investigador principal es la Sra. **González López, Mercedes**
del Servicio de **UCI-Q**

entendiendo que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales
y criterios deontológicos que rigen en este Centro, y, por tanto, ha
decidido su aprobación.

Lo que firmo en Barcelona, a 24/05/2012



CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari
COMITÉ ÈTIC
INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Registro: 2012 / 7653

HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA
Villarroel, 170 - 08036 Barcelona (España)
Tel. 93 227 54 00 Fax 93 227 54 54
www.hospitalclinic.org