



# Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 25 No. 1

Marzo de 2022

## PERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS Y DISPOSICIÓN PARA LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN ESTUDIANTES DE LA FES IZTACALA

Sandra Ivonne Muñoz Maldonado<sup>1</sup>, José Francisco Gómez Clavel, Dante Amato, Marcela Sofía Jiménez Martínez, Juan Pineda Olvera<sup>2</sup>, Ana María Lara Barrón<sup>3, 4</sup>, Xavier de Jesús Novalés Castro<sup>5, 6</sup>, Carmen Alicia Jiménez Martínez<sup>7†</sup>, María de Guadalupe Duhart Hernández<sup>8</sup>,  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Universidad Nacional Autónoma de México

### RESUMEN

La educación interprofesional es una estrategia que permite la integración de grupos colaborativos de distintas profesiones en pro de la eficiencia y mejora de la atención de salud. Para poder implementar acciones de educación interprofesional es necesario evaluar las competencias y la disposición que tienen los estudiantes para colaborar con miembros de otras profesiones. Para estimar la percepción de competencias y disposición para la colaboración interprofesional en estudiantes de la FES Iztacala, UNAM, se realizó un estudio con diseño transversal, en el que se aplicaron en línea dos escalas, una evaluó la percepción de competencias y otra la disposición para el aprendizaje interprofesional en una muestra de 126 estudiantes de seis licenciaturas del área de la salud. La consistencia interna de los dos instrumentos usados fue adecuada, con valores de alfa de Cronbach de 0.932 y 0.748 respectivamente. El puntaje global en el instrumento que indaga la autopercepción de la capacidad en las competencias interprofesionales fue de 43 a 104 puntos, este último valor corresponde a la calificación máxima posible

<sup>1</sup> Carrera de SUAYED Psicología. FES Iztacala, UNAM. [sandra.munoz@iztacala.unam.mx](mailto:sandra.munoz@iztacala.unam.mx)

<sup>2</sup> Carrera de Enfermería. FES Iztacala, UNAM. [juanpineda57@yahoo.com.mx](mailto:juanpineda57@yahoo.com.mx)

<sup>3</sup> Carrera de Enfermería. FES Iztacala, UNAM. [anamaryl@unam.mx](mailto:anamaryl@unam.mx)

<sup>4</sup> Carrera de Médico Cirujano. FES Iztacala, UNAM. [marcelasofia62@gmail.com](mailto:marcelasofia62@gmail.com)

<sup>5</sup> Carrera de Médico Cirujano. FES Iztacala, UNAM. [xnovalés@hotmail.com](mailto:xnovalés@hotmail.com)

<sup>6</sup> Carrera de Cirujano Dentista. FES Iztacala, UNAM. [gomclave@gmail.com](mailto:gomclave@gmail.com)

<sup>7</sup> Carrera de Psicología. FES Iztacala, UNAM.†

<sup>8</sup> Carrera de Optometría. FES Iztacala, UNAM. [duhartlu@yahoo.com.mx](mailto:duhartlu@yahoo.com.mx)

para dicho instrumento; la mediana fue de 84 y el rango intercuartílico de 20. El puntaje global en el instrumento que indaga la disposición para la educación interprofesional fue de 63 a 114 puntos, tan solo son dos puntos abajo del máximo posible; la mediana fue de 85 y el rango intercuartílico de 9. Se hace hincapié en la importancia de medir las actitudes de los estudiantes hacia el aprendizaje interprofesional, con la intención de promover que se lleven a cabo reformas educativas que incorporen la construcción de competencias para la práctica interprofesional en el área de atención a la salud. Los participantes se percibieron con buen dominio de las competencias interprofesionales. La disposición para el aprendizaje interprofesional fue moderada.

**Palabras clave:** educación interprofesional, competencias, disposición al aprendizaje, estudiantes universitarios.

## COMPETENCIES PERCEPTION AND READINESS FOR INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN STUDENTS FROM THE FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA

### ABSTRACT

Interprofessional education is a strategy that allows integrating collaborative teams from different professions with the aim of improving efficiency and healthcare enhancement. To implement interprofessional education actions it is necessary to evaluate the students' competencies and their readiness to collaborate with members of other professions. To assess competencies self-perception and readiness for interprofessional collaboration in students from the Facultad de Estudios Profesionales Iztacala, a cross-sectional study was performed with on-line application of two scales. The first one assessed competencies self-perception, and the second one, readiness for interprofessional learning in a sample of 126 students from six healthcare professions. Internal consistency of both instruments used was adequate, with Cronbach's alpha values of 0.932 and 0.748 respectively. The global score for the instrument to evaluate proficiency in interprofessional competencies self-perception ranged from 43 to 104, this last value corresponding to the maximum possible score for this instrument; median score was 84 and interquartile range was 20. The global score for the instrument to assess readiness for interprofessional education ranged from 63 to 114, only two points below the maximum possible score for the instrument; median score was 85 and interquartile range was 9. The relevance of measuring students' attitudes about interprofessional learning to implement educative reforms that include competencies construction for interprofessional practice in the healthcare area is highlighted. The participants perceived themselves with a good management of the interprofessional competencies. Their readiness for interprofessional learning was classified as moderate.

**Keywords:** interprofessional education, competencies, readiness for learning, university students.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la educación interprofesional como la experiencia de aprendizaje que ocurre "cuando los estudiantes de dos o más profesiones aprenden de, acerca de y con los otros para permitir una colaboración eficaz para mejorar la salud" (OMS, 2010). Dicho organismo ha destacado la importancia de que en los planes de estudios de las profesiones de atención a la salud se promueva la formación de equipos interprofesionales.

Entre las metas principales de la educación interprofesional están mejorar la conciencia de los roles y deberes de diferentes grupos profesionales, así como promover el trabajo en equipo y las competencias colaborativas (Patel Gunaldo et. al., 2020; Arbea Moreno et. al., 2020; Nørgaard et. al., 2016). También puede promover una mejor calidad de vida en el trabajo, mayor satisfacción y reconocimiento de las profesiones (Pérez-Etchetto, 2019).

En 2011 se publicaron las *Competencias Centrales para la Práctica Colaborativa Interprofesional* como resultado del trabajo de un panel de expertos pertenecientes a 7 asociaciones profesionales de los Estados Unidos de América. En particular, la educación interprofesional comprende cuatro competencias bien delimitadas. La primera está asociada con los valores y creencias de las personas, actitudes que permiten colaborar de manera respetuosa, cordial, empática y apegada a un código deontológico. La segunda dimensión está relacionada con la colaboración y trabajo en equipo, en ella se consideran los conocimientos y habilidades necesarios para trabajar interprofesionalmente. La tercera dimensión considera los roles y responsabilidades, esto es el reconocimiento de las responsabilidades y actividades propias de su profesión y de los otros profesionales. La cuarta dimensión pone énfasis en lograr una mayor eficiencia a través de una mejor comunicación con el paciente y otros profesionistas con los que se colabora en la atención (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

Una revisión sistemática muestra que las experiencias de EIP mejoran el conocimiento y las actitudes de los estudiantes hacia la atención interprofesional, las habilidades de comunicación, la capacidad de resolución de problemas y las interacciones apropiadas (Berger-Estilita et. al., 2020; Remington et. al., 2006). Otra revisión sistemática muestra que la EIP está asociada con una variedad de

resultados positivos en la atención a la salud, como disminución de errores clínicos, mejor atención al paciente, gestión, satisfacción del paciente y trabajo en equipo. Sin embargo, algunos otros estudios mostraron que las experiencias de la EIP no afectaron la atención del paciente (Reeves et. al., 2013). Se informó que la EIP mejora el trabajo en equipo, el liderazgo, las competencias y los resultados del aprendizaje; sin embargo, también se destacaron algunas barreras de la EIP, como problemas logísticos y de recursos (Buring et. al., 2009).

Dada la importancia que la EIP ha dado a la calidad general de la atención al paciente, los educadores médicos han tratado de construir escalas para evaluar la EIP en diferentes países (Reeves et. al., 2013; Riskiyana et. al., 2018).

Algunos parámetros que se han explorado para tratar de medir la eficacia de la EIP son la evaluación de las competencias (Bainbridge et. al., 2010), de la autoeficacia para llevar a cabo la atención interprofesional (Mann et. al., 2012), de las actitudes de los estudiantes hacia el trabajo interprofesional y la percepción de su formación en esta área (Parsell et. al., 1999). La escala de disposición para el aprendizaje interprofesional (EDAI) se ha usado desde 1999, mide las actitudes de los profesionales de la salud hacia el aprendizaje interprofesional. Los resultados de la aplicación del EDAI muestran que las versiones persa, francesa, saudí, alemana, sueca, danesa, japonesa y portuguesa, con algunas diferencias pueden medir válidamente —con un alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.94— la disposición para el trabajo interprofesional (Al-Qahtani, 2016; Ataollahi et. al., 2019; Cloutier et. al., 2015; Lauffs et. al., 2008; Oishi et. al., 2017; Peduzzi y Col., 2015). Las características psicométricas del instrumento fuente (Arbea Moreno et. al., 2020), generadas por la aplicación a 570 participantes, están descritas: los autores consideraron que la consistencia interna y la confiabilidad (prueba-reprueba) fueron fuertes y estables. La consistencia interna, estimada mediante alfa de Cronbach, en trabajo en equipo y colaboración fue de 0.91, en identidad profesional negativa de 0.84, en identidad profesional positiva de 0.84 y en roles-responsabilidades de 0.61. La confiabilidad (identidad entre prueba y re-prueba para cada uno de los ítems) estimada mediante kappa ponderada varió de 0.27 a 0.70 (Arbea Moreno et. al., 2020).

Además de la evaluación de la disposición al aprendizaje, la estimación de la autoeficacia ha sido un buen indicador para identificar si un individuo puede desarrollar una habilidad o competencia. La autoeficacia es el conjunto de creencias sobre las propias capacidades que pueden desencadenar determinados niveles de ejecución de una conducta, es así como, una alta percepción de autoeficacia permite lograr retos o cumplir metas. La autoeficacia es diferencial, es decir que puede evaluarse en diferentes dominios, por lo que se puede tener mayor autoeficacia en unos que en otros (Bandura, 2010). Se ha propuesto una escala de autoeficacia para profesionales de la salud en el contexto de la EIP. También se han hecho intentos para evaluar la autoeficacia en el ámbito interprofesional antes y después de un entrenamiento en simulación cardiopulmonar, y se observó que la autoeficacia se fortalece tras el entrenamiento (Villegas et. al., 2020).

La EIP puede tener un impacto benéfico en las actitudes, conocimientos, habilidades y comportamientos de los estudiantes, así como afectar positivamente la práctica profesional y los resultados de los pacientes. La EIP puede mejorar las actitudes hacia el trabajo en equipo y la colaboración, lo que lleva a una mejor atención al paciente (Berger-Estilita et. al., 2020).

Se espera que los graduados universitarios del área de la salud tengan la capacidad de trabajar como parte de equipos interprofesionales o incluso liderarlos poco después de empezar a trabajar en el sistema de salud, pero hasta ahora el aprendizaje interprofesional no se ha incorporado a los planes de estudios de la mayor parte de las universidades mexicanas. La evaluación de las actitudes respecto de la EIP y de la percepción de dominio de las competencias interprofesionales puede favorecer la identificación de algunos aspectos a mejorar o reforzar en ella. En México existe escasa investigación al respecto, por lo que el principal objetivo de este estudio fue estimar la percepción de competencias y disposición para la colaboración interprofesional en estudiantes de profesiones de atención a la salud de la FES Iztacala, UNAM.

## MÉTODO

### Descripción general del estudio

Se desarrolló un estudio transversal descriptivo observacional para determinar la percepción de competencias interprofesionales y la disposición para el aprendizaje interprofesional en la población estudiada. Se invitó a participar a los estudiantes inscritos en un curso de educación interprofesional. La aplicación de los instrumentos se realizó en línea en junio de 2020, antes de la primera sesión del curso.

### Contexto y población

Se empleó una muestra de conveniencia de 126 estudiantes de seis licenciaturas impartidas en la FES Iztacala: 24 estudiantes de enfermería, 39 estudiantes de medicina, 45 estudiantes de Psicología, 7 estudiantes de odontología y 11 estudiantes de optometría con edad entre 18 y 50 años (media 22.56, DE 5.96 años).

### Criterios de selección

Se incluyeron estudiantes activos inscritos en cualquier semestre, ciclo o año escolar de alguna de las cinco licenciaturas del área de atención de la salud de la FES Iztacala, que aceptaron participar en el estudio. No hubo restricciones por edad o género. Se eliminaron los participantes que no completaron los cuestionarios.

### Mediciones

Se utilizaron dos escalas, una para estimar la percepción de competencias y otra para estimar la disposición para el aprendizaje interprofesional. Para evaluar las competencias interprofesionales se diseñó el Cuestionario de Percepción de Competencias para la Práctica Interprofesional (CPCPI), que evalúa la percepción de dominio en las competencias básicas para el trabajo colaborativo interprofesional<sup>3</sup>, el cual consta de 26 ítems con escala de respuesta Likert de 5 puntos que van de no dominio a dominio completo. Las cuatro dimensiones que evalúa son: valores y ética que incluye 7 ítems, con un puntaje mínimo de 0 y máximo de 28; roles y responsabilidades conformado por 5 ítems con puntajes que van de 0 a 20; comunicación interprofesional tiene 5 ítems con un puntaje mínimo de 0 y máximo de 20 y trabajo en equipo que conjunta 9 ítems con puntajes que van de 0 a 36.

También se empleó la Escala de Disposición para el Aprendizaje Interprofesional (EDAI) (Nørgaard y Col., 2016; Parsell y Col., 1999; McFadyen et. al., 2005), que

consta de 29 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo, conformada por cuatro subescalas que evalúan trabajo en equipo y colaboración con nueve ítems, identidad profesional negativa con tres ítems, identidad profesional positiva con 4 ítems y finalmente roles y responsabilidades con 13 ítems. La EDAI usada en este estudio se tradujo directamente, mediante el método de traducción re-traducción, de la versión en inglés publicada por Nørgaard y Col., 2016. Dos de los coautores del presente trabajo hicieron la traducción inglés-español. Dos profesores de idiomas de la FES Iztacala cuya lengua materna es el inglés hicieron la re-traducción español-inglés. Las escasas discrepancias se corrigieron.

#### Definiciones

Percepción de competencias interprofesionales: es la valoración de los estudiantes sobre las competencias que les permiten reconocer los roles compartidos, las habilidades comunicativas, de trabajo en equipo y los valores para la práctica interprofesional (Macías et. al., 2020). Operacionalmente es el resultado de la sumatoria de los ítems que conforman el CPCCPI, con puntaje mínimo de 0 y máximo de 104.

Disposición para el aprendizaje interprofesional: es la valoración de la disposición para aprender de, acerca de y con otros estudiantes o profesionales de la salud para mejorar la atención centrada en el paciente (Bainbridge et. al., 2010). Operacionalmente es el resultado de la sumatoria de los ítems que conforman la EDAI con puntaje mínimo de 0 y máximo de 116.

#### Análisis estadístico

Los datos obtenidos se tabularon y analizaron con el programa SPSS versión 24. Se hizo análisis descriptivo de los datos. Se calculó el alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de los instrumentos y se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar si la distribución de los datos se acercaba a la normal. Se registraron los puntajes mínimo, máximo, mediana, cuartiles y el rango intercuartílico para cada una de las dimensiones y también para el puntaje total de cada

instrumento. Se realizó un análisis de frecuencias y se obtuvieron los porcentajes de respuesta para cada ítem en cada cuestionario. Se usó la prueba de ji cuadrado para buscar diferencias de los resultados en las respuestas a los instrumentos entre los estudiantes de las diferentes carreras mediante el análisis la distribución de frecuencias de los puntajes superiores e inferiores a la mediana de los estudiantes de cada una de las carreras.

### Aspectos éticos

La intervención se consideró como de riesgo menor al mínimo. Se invitó a los estudiantes a participar en el estudio de manera libre y voluntaria. Se les explicó que declinar la invitación no tendría ningún efecto en sus calificaciones o en su relación con los profesores. Se les comunicó que las respuestas serían anónimas y que no habría manera de identificarlos en eventuales publicaciones. Se asignó un identificador numérico a los datos para asegurar el anonimato. Los archivos permanecerán bajo resguardo de los investigadores por dos años y transcurrido ese periodo serán destruidos.

## RESULTADOS

### Sección I. Consistencia interna de los instrumentos:

El alfa de Cronbach del CPCCPI fue de 0.932 y el de la EDAI de 0.748.

### Sección II. Distribución de los datos de CPCCPI y EDAI:

Los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov mostraron que los datos no tuvieron distribución normal.

### Sección III. Análisis descriptivo de los resultados del CPCCPI:

El puntaje global en el CPCCPI, instrumento que indaga la autopercepción de la capacidad en las competencias interprofesionales, fue de 43 a 104 puntos. Este último puntaje corresponde a la calificación máxima posible para dicho instrumento.

Tabla 1. Descriptivos de los totales y sus dimensiones del CCI y EDA

	<b>Mínimo Máximo muestral</b>	<b>Mediana</b>	<b>Rango intercuartil</b>
<b>Total del cuestionario de competencias</b>	42-100	84	20
<b>Valores y ética</b>	1-28	21	4

<b>Roles y responsabilidades</b>	7-20	17	4
<b>Comunicación</b>	0-20	17	5
<b>Trabajo en equipo</b>	10-36	31	8
<b>Total de la Escala de Disposición</b>	63-114	85	9
<b>Trabajo en equipo y colaboración</b>	4-36	35	5
<b>Identidad profesional negativa</b>	0-12	1	3
<b>Identidad profesional positiva</b>	6-16	15	3
<b>Roles y responsabilidades</b>	20-50	35	6

Las medianas en las dimensiones del CPCCPI fueron muy cercanas al puntaje máximo posible, por lo que la autopercepción de dominio en cada una de ellas es alta.

En el primer cuartil de la distribución (clasificado como “percepción de nulo dominio de las competencias interprofesionales”) estuvo el 27.78% de los participantes; en el segundo cuartil (clasificado como “percepción de bajo dominio de las competencias interprofesionales”) 22.22%; en el tercer cuartil (clasificado como “percepción de moderado dominio de las competencias interprofesionales”) 27.78% y en el cuarto cuartil (clasificado como “percepción de alto dominio de las competencias interprofesionales”) 22.22%.

Sección IV. Análisis descriptivo de los resultados de la EDAI:

El puntaje mínimo en la EDAI fue de 63 y el más alto de 114, tan solo dos puntos abajo del máximo posible. La mediana fue de 85 y el rango intercuartílico de 9. La disposición para el aprendizaje interprofesional se consideró como moderada (Tabla 1).

En el primer cuartil de la distribución (clasificado como “muy baja disposición para la educación interprofesional”) estuvo el 30.1% de los participantes; en el segundo cuartil (“baja disposición para la educación interprofesional”) 26.9%; en el tercer cuartil (“moderada disposición para la educación interprofesional”) 19.8% y en el cuarto cuartil (“alta disposición para la educación interprofesional”) 23.0%.

En la EDAI la mediana de la dimensión de trabajo en equipo fue de 35 puntos, la de la dimensión de Identidad profesional negativa fue de 1, la de la dimensión de Identidad profesional positiva fue de 15 y la de la dimensión de roles y responsabilidades fue de 35.

Sección V. Análisis de la frecuencia de respuestas por ítem:

Cuatro de los ítems de la dimensión de valores y ética del CPCCPI se ubicaron en “dominio alto”. Sólo dos de los ítems de la dimensión de roles y responsabilidades alcanzaron porcentajes por encima de 50% en el dominio alto. De igual forma sólo dos ítems de la dimensión de comunicación interprofesional y trabajo en equipo obtuvieron porcentajes por encima de 50% en el dominio alto (Tabla 2).

Tabla 2. Porcentajes de respuesta del Cuestionario de competencias

Ítems	Porcentajes					Total	
	No sé	Dominio nulo	Dominio bajo	Dominio medio	Dominio alto		
<b>Valores y ética</b>							
1	Trabajar con personas de otras profesiones, manteniendo un clima de respeto mutuo y valores compartidos	8.7	31	35.7	19	5.6	100
2	Participar como profesional de la salud colocando al centro los intereses de los pacientes, familias o comunidades	7.1	2.4	4	23.8	62.7	100
3	Reconocer la importancia de respetar las culturas, valores, roles y responsabilidades, así como la experiencia de otros profesionales de la salud	7.1	1.6	6.3	31	54	100
4	Reconocer las limitaciones personales en habilidades y conocimientos para el trabajo en equipos interprofesionales para la atención a la salud	1.6	0	2.4	21.4	74.6	100
5	Capacidad para ponerme en el lugar del otro, ya sea el paciente, familia o grupo de trabajo	3.2	0	4.8	46.8	45.2	100
6	Capacidad para controlar mi participación en situaciones de conflicto y/o crisis	.8	0	4.8	24.6	69.8	100
7	Considerar los aspectos éticos y deontológicos en la atención brindada a individuos, familias y comunidades	4	1.6	14.3	41.3	38.9	100
<b>Roles y responsabilidades</b>							
8	Utilizar el conocimiento propio de mi rol profesional y el de las otras profesiones para evaluar de manera apropiada las necesidades de atención de los pacientes, familias o comunidades	4.8	1.6	8.7	42.1	42.9	100
9	Valorar la importancia de la especificación clara de los roles y responsabilidades de cada uno	4	1.6	12.7	41.3	40.5	100

	de los integrantes de un equipo de trabajo						
10	Capacidad para despertar, en los diferentes actores, el interés por su tratamiento y/o por su formación, y actualización en su área de competencia	.8	.8	6.3	32.5	59.5	100
11	Respetar los roles y responsabilidades definidas en un equipo de trabajo en pro de la salud	5.6	2.4	12.7	52.4	27	100
12	Determinar los procesos que permiten favorecer la relación entre la población, organizaciones y las instituciones de salud	.8	0	5.6	24.6	69	100
<b>Comunicación interprofesional</b>							
13	Comunicarme con pacientes, familias, comunidades y profesionales, de manera receptiva y responsable, empleando un lenguaje apropiado en cada caso	6.3	.8	15.1	42.1	35.7	100
14	Establecer una comunicación apropiada con otros profesionales de la salud y de otros campos, bajo un enfoque de equipo que busca la promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud.	6.3	.8	5.6	32.5	54.8	100
15	Escuchar de manera activa, para atender de manera integral las necesidades de los pacientes (usuarios), familias y comunidades	3.2	1.6	14.3	34.1	46.8	100
16	Participar en la redacción y presentación de un informe de actividades y/o resultados del trabajo interdisciplinario o interprofesional	2.4	0	7.9	25.4	64.3	100
17	Escuchar y ofrecer retroalimentación oportuna, sensible e instructiva a los integrantes del equipo interprofesional	6.3	2.4	15.9	50	25.4	100
<b>Trabajo en equipo</b>							
18	Aplicar los valores apropiados para la construcción de relaciones y principios de la dinámica de equipo que contribuya a un desempeño eficaz	2.4	1.6	12.7	46.8	36.5	100
19	Identificar claramente el proceso de desarrollo de un equipo de trabajo efectivo en beneficio de la salud de los pacientes, familias y/o comunidades	1.6	0	9.5	34.9	54	100

<b>20</b>	Involucrar a los demás profesionales de la salud con los que participo, y otros profesionales, en la solución de problemas relacionados con el enfoque de atención centrada en el paciente, familia o comunidad.	4	1.6	7.1	43.7	43.7	100	
<b>21</b>	Conducir o coordinar adecuadamente a un grupo de trabajo que participa en pro de la salud de las personas, familias o comunidades	5.6	3.2	11.9	34.9	44.4	100	
<b>22</b>	Desarrollar consenso con los integrantes de un equipo de trabajo para el mejor desempeño de sus funciones	6.3	3.2	20.6	42.9	27	100	
<b>23</b>	Reflexionar sobre mi desempeño y el de los integrantes del equipo de trabajo, en pro de la mejora del rendimiento individual y del equipo	6.3	1.6	15.1	42.9	34.1	100	
<b>24</b>	Compartir la responsabilidad con otros profesionales de la salud, pacientes y/o comunidades por los resultados relevantes para el bienestar de las personas, familias y/o comunidades	.8	.8	7.9	36.5	54	100	
<b>25</b>	Escuchar comentarios y sugerencias de los integrantes del equipo, que permitan mejorar mi desempeño en el cumplimiento de mis funciones	6	0		7.9	27.8	57.9	100
<b>26</b>	Tomar decisiones responsables y asertivas sobre mi campo disciplinar dentro del equipo interprofesional de salud	0	0		6	21.4	72.2	100

En la EDAI los ítems 2,3, 7, 8, 13, 16, 26, 28 y 29 obtuvieron porcentajes de respuesta iguales o mayores al 70% en la categoría muy de acuerdo. Sólo en el ítem 10 hubo un porcentaje de respuesta de 72% en la categoría muy en desacuerdo (Tabla 3).

Tabla 3. Porcentajes de respuesta de la Escala de Disposición al Aprendizaje Interprofesional

Ítems	Muy en desacu erdo	En desacu erdo	No acuerdo ni desacu erdo	De acuer do	Muy de acuerdo
-------	--------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	----------------

<b>1. Aprender con otros estudiantes me ayudará a convertirme en un miembro más eficaz de un equipo de atención a la salud.</b>	.8	0	0	22.2	77
<b>2. Los pacientes se beneficiarían finalmente si los estudiantes de las profesiones de atención a la salud trabajaran juntos para resolver problemas</b>	.8	0	0	14.3	84.9
<b>3. El aprendizaje compartido con otros estudiantes de las profesiones de atención a la salud aumentará mi capacidad para entender problemas clínicos</b>	.8	.8	.8	20.6	77
<b>4. Aprender con otros estudiantes de las profesiones de atención a la salud en el pregrado mejoraría las relaciones después de la graduación</b>	.8	0	5.6	29.4	64.3
<b>5. Las habilidades de comunicación deberían aprenderse con otros estudiantes de las profesiones de atención a la salud</b>	.8	.8	4.8	35.7	57.9
<b>6. El aprendizaje compartido me ayudará a pensar positivamente acerca de los otros profesionales</b>	.8	0	3.2	25.4	70.6
<b>7. Para aprender a trabajar en grupos pequeños, los estudiantes necesitan confiar en y respetar a todos los demás</b>	1.6	0	.8	15.9	81.7
<b>8. Es esencial que todos los estudiantes de las profesiones de atención a la salud aprendan habilidades para el trabajo en equipo</b>	.8	0	.8	15.9	82.5
<b>9. El aprendizaje compartido me ayudará a entender mis propias limitaciones</b>	.8	.8	4.8	28.6	65.1
<b>10. No quiero perder mi tiempo aprendiendo con estudiantes de otras profesiones de atención a la salud</b>	72.2	22.2	.8	.8	4
<b>11. No es necesario que los estudiantes de pregrado de las profesiones de atención a la salud aprendan juntos</b>	56.3	32.5	6.3	1.6	3.2
<b>12. Debería aprender las habilidades para resolver problemas clínicos solo con estudiantes de mi propia profesión</b>	47.6	38.9	4.8	1.6	7.1
<b>13. El aprendizaje compartido con otros estudiantes de las profesiones de atención a la salud me ayudará a comunicarme mejor con los pacientes y otros profesionales</b>	.8	.8	.8	27	70.6
<b>14. Me gustaría tener la oportunidad de trabajar en proyectos de grupos pequeños con otros estudiantes de las profesiones de atención a la salud</b>	.8	.8	3.2	29.4	65.9
<b>15. El aprendizaje compartido ayudará a aclarar la naturaleza de los problemas de los pacientes</b>	0	0	1.6	34.1	64.3
<b>16. El aprendizaje compartido durante mi educación de pregrado me ayudará a realizar un mejor trabajo en equipo</b>	0	0	.8	28.6	70.6

<b>17. La función de las enfermeras, los optometristas y los psicólogos es principalmente apoyar a los médicos</b>	41.3	20.6	19	11.1	7.9
<b>18. No estoy muy seguro(a) de cual será mi rol profesional</b>	20.6	47.6	25.4	3.2	3.2
<b>19. Tengo que adquirir mucho más conocimientos y habilidades que otros estudiantes de las profesiones de atención a la salud</b>	8.7	16.7	41.3	22.2	11.1
<b>20. Hay poca sobreposición entre mi futuro rol y el de otras profesiones de atención a la salud</b>	14.3	27.8	42.9	7.9	7.1
<b>21. Me sentiría incómodo(a) si los estudiantes de las otras profesiones de atención a la salud supieran más que yo acerca de algún tema</b>	29.4	34.9	19.8	12.7	3.2
<b>22. Seré capaz de usar mucho mi propio juicio en mi rol profesional</b>	3.2	5.6	13.5	53.2	24.6
<b>23. La función principal de mi rol será alcanzar un diagnóstico</b>	6.3	8.7	27.8	38.9	18.3
<b>24. Mi primera responsabilidad como profesional será tratar a mi paciente</b>	0	.8	9.5	38.9	50.8
<b>25. Me gustaría entender el problema desde el punto de vista del paciente</b>	0	0	5.6	47.6	46.8
<b>26. Establecer confianza con mis pacientes es importante para mi</b>	0	0	.8	15.1	84.1
<b>27. Trato de comunicar empatía a mis pacientes</b>	0	0	0	23	77
<b>28. Pensar en el paciente como una persona es importante para lograr un tratamiento correcto</b>	0	0	1.6	18.3	80.2
<b>29. En mi profesión necesitas habilidades para interactuar y cooperar con los pacientes</b>	0	0	0	15.1	84.9

Sección VI. Diferencias en los resultados de los instrumentos entre carreras:

La prueba de ji cuadrado no mostró diferencias entre carreras en las respuestas del CPCCPI ( $\chi^2 = 6.875$ ,  $p = 0.143$ ) ni de la EDAI ( $\chi^2 = 6.945$ ,  $p = 0.139$ ).

## DISCUSIÓN

Los resultados principales de este estudio pueden resumirse en dos ejes, el primero respecto a la percepción de dominio de las competencias de educación interprofesional, en donde los participantes de esta muestra se percibieron con buen dominio de las cuatro competencias con mejor dominio en las subcompetencias de valores-ética y en trabajo en equipo. En el segundo eje, la disposición para el aprendizaje interprofesional fue moderada. Los participantes identificaron que el

aprendizaje interprofesional puede beneficiar a los pacientes, favorece una relación de confianza y cooperación con ellos, que el aprendizaje compartido y el trabajo en equipo son aspectos que pueden beneficiar su propio aprendizaje y también pueden impactar en una mejor atención.

Con respecto a la percepción de dominio de las competencias interprofesionales, los estudiantes se percibieron capaces de poner al paciente al centro de la atención, de reconocer la importancia de respetar la cultura, valores, roles de otros y de identificar las limitaciones en sus habilidades. También se percibieron capaces de despertar el interés de otros por su profesión, de determinar que procesos pueden favorecer la relación con la comunidad, de redactar un informe de resultados, identificar el desarrollo de un equipo de trabajo efectivo, compartir las responsabilidades con otros profesionales, escuchar comentarios de otros y tomar decisiones responsables y asertivas sobre su campo disciplinar. En contraste, se percibieron con bajo dominio en el ítem de trabajar con personas de otras profesiones, manteniendo un clima de respeto mutuo y valores compartidos.

La autovaloración de la percepción de dominio de competencias es un tema complejo ya que siempre será una aproximación al grado de dominio alcanzado en un momento determinado y de ninguna manera es una medición exacta de su consecución por parte de los estudiantes (Moreno, 2012), sin embargo una alta percepción de autoeficacia se relaciona con un desempeño favorable (Bandura, 2010).

El instrumento que se usó en este estudio no midió las conductas para el trabajo colaborativo interprofesional, sino la percepción de las mismas, que es en sí el primer acercamiento a la competencia (Bode et. al., 2016). Otros estudios que han evaluado las competencias interprofesionales han empleado instrumentos como la Encuesta de logro de competencias colaborativas interprofesionales (Shaikh et. al., 2020) y la Encuesta de competencias basada en el IPEC (Sevin et. al., 2016) se han aplicado en estudiantes del área de la salud.

El marco de construcción del cuestionario de competencias se basó en las competencias centrales para la práctica colaborativa interprofesional desarrollado en Estados Unidos por un panel de expertos con miembros que representan

profesiones de la salud, instituciones de educación superior y asociaciones profesionales; sin embargo, existen otros marcos de construcción o declaración de competencias para el trabajo interprofesional que se han desarrollado en otros países como Australia, Inglaterra y Canadá (Thistlethwait et. al., 2014).

Los valores obtenidos en la EDAI muestran que los participantes estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo con la mayoría de los ítems, resultados similares a los obtenidos por Nørgaard y Cols. al aplicar la versión danesa de la EDAI (Nørgaard et. al., 2016). El valor del alfa de Cronbach que se obtuvo es similar al informado por Oishi et. al., 2017, que es mayor a 0.7 y menor que el obtenido en la aplicación original en el Reino Unido por Parsell, 1999 y en Canadá por Cloutier et. al., 2015, donde ambas obtuvieron un alfa de 0.90.

En las dimensiones de la EDAI las medianas de trabajo en equipo, identidad profesional positiva y roles estuvieron muy cercanas a los puntajes máximos posibles, lo que implica que los participantes están dispuestos a colaborar con otros, presentan una identidad positiva y distinguen su rol y alcance profesional en el aprendizaje interprofesional. En la dimensión de identidad profesional negativa la mediana fue de 1, debido a que esta dimensión es inversa, es decir, a menor puntaje menor identidad negativa sobre la interacción profesional.

El pequeño número de participantes y la heterogeneidad de la muestra —ya que se incluyeron estudiantes de todas las etapas de las licenciaturas desde primer año hasta servicio social— no permitieron explorar con precisión los efectos de la carrera y del avance en los estudios sobre las variables analizadas. De cualquier forma, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre carreras en las respuestas a los instrumentos usados.

Evaluar las actitudes de los estudiantes hacia el aprendizaje interprofesional puede ser importante para promover que se lleven a cabo reformas educativas interprofesionales y establecer conciencia del trabajo en equipo en los estudiantes de las carreras del área de la salud. En este mismo sentido, los educadores deben realizar una orientación específica para los estudiantes basada en el análisis de datos y proporcionar apoyos relevantes para la educación interprofesional (Li et. al., 2018).

Entre las debilidades de este estudio se hace notar que la muestra no fue probabilística, lo que limita la validez externa de los resultados; sin embargo, éstos describen la percepción y actitud de este grupo de estudiantes de una facultad multidisciplinaria del área de la salud, lo cual es compatible con el objetivo que los autores plantearon para este trabajo.

Otra de las limitaciones de este estudio es que los instrumentos no se han validado en población mexicana. Las características psicométricas de validez y consistencia interna obtenidas en esta muestra son similares a las publicadas en la literatura internacional acerca de estos instrumentos; sin embargo, hay que reconocer que estas características son contextuales, es decir, dependen del momento en que se aplican y de las características de los sujetos estudiados. No existen aplicaciones previas de estos instrumentos en población mexicana, por lo que no pueden compararse los puntajes obtenidos en esta muestra con los de otros estudiantes mexicanos o con los de otros profesionales de la salud que colaboran con enfermeras, médicos o psicólogos.

Otra limitación del diseño es que no se calculó el tamaño de la muestra, ya que no se intentó que ésta fuera representativa de alguna población, ni que el tamaño muestral tuviera la potencia suficiente para someter a prueba estadística alguna hipótesis. La heterogeneidad derivada de que se incluyeron participantes con cualquier grado de avance en sus estudios de licenciatura limita la posibilidad de explorar el efecto de dicha variable en los resultados; sin embargo, el incluir estudiantes de todas las licenciaturas disponibles de profesiones de atención a la salud de diferentes ciclos o años escolares refuerza el mensaje, muy importante para la EIP, de inclusión y no discriminación.

Todos los participantes en el estudio se inscribieron en un curso de EIP, lo que constituye un sesgo de selección, es decir, la muestra estuvo formada por estudiantes con un interés particular en la EIP. Esto limita en forma importante la validez externa de los resultados, incluso para estudiantes de la misma dependencia.

Los resultados permiten establecer que los estudiantes de esta muestra particular están abiertos a recibir educación interprofesional y perciben cierto dominio de

algunas de las competencias necesarias para la práctica colaborativa, lo cual evidencia la necesidad de mejorar su formación con competencias transversales que pueden impactar la calidad de su atención a los pacientes.

En resumen, los participantes percibieron que los pacientes pueden beneficiarse del trabajo conjunto de los profesionales de la salud, que el aprendizaje compartido con otros profesionales de la salud puede ser conveniente y están en desacuerdo con la idea de que pierden el tiempo aprendiendo con estudiantes de otras profesiones.

## CONCLUSIONES

La validez externa de las conclusiones está limitada por las debilidades del diseño discutidas previamente. Los participantes se percibieron con buen dominio de las cuatro competencias interprofesionales: ética-valores, comunicación, roles-responsabilidades y equipos de trabajo-trabajo en equipo. La disposición para el aprendizaje interprofesional fue moderada.

### Conflicto de interés

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de interés relevante para este trabajo.

### Financiamiento

Este trabajo recibió apoyo del Programa UNAM-DGAPA-PAPIME al proyecto titulado PE307219 Diseño de recursos educativos digitales para la Educación Interprofesional en Iztacala.

## Referencias Bibliográficas.

Al-Qahtani, M.F. (2016). Measuring healthcare students' attitudes toward interprofessional education. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 11(6), 579–85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtumed.2016.09.003> [consultado 5 noviembre 2020]

Arbea Moreno, L., Beitia Berrotarán, G., Vidaurreta Fernández, M., Rodríguez Díez, C., Marcos Álvarez, B. y Col. (2020). Interprofessional education at

- university: challenges and opportunities. *Educación Médica*, 21(6), 386-396.
- Ataollahi, M., Amini, M., Delavari, S., Bazrafkan, L. y Jafari, P. (2019). Reliability and validity of the Persian version of readiness for inter-professional learning scale. *International Journal of Medical Education*, 10, 203–7.
- Bainbridge, L., Nasmith, L., Orchard, C. y Wood, V. (2010). Competencies for interprofessional collaboration. *Journal of Physical Therapy Education*, 24(1), 6–11.
- Bandura, A. (2010). Self-efficacy. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1–3. [Internet]. [consultado 4 noviembre 2020]; Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0836>
- Berger-Estilita, J., Fuchs, A., Hahn, M., Chiang, H. y Greif R. (2020). Attitudes towards interprofessional education in the medical curriculum: A systematic review of the literature. *BMC Medical Education*, 20(1), 1–17.
- Bode, S.F.N., Giesler, M., Heinzmann, A., Krüger, M. y Straub, C. (2016). Self-perceived attitudes toward interprofessional collaboration and interprofessional education among different health care professionals in pediatrics. *GMS Journal for Medical Education*, 33(2), 1–15. [Internet]. [consultado 6 noviembre 2020]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27280128>
- Buring, S., Bhushan, A., Broeseker, A., Conway, S., Duncan-Hewitt, W., Hansen, L. y Col. (2009). Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(4), 1–8.
- Cloutier, J., Lafrance, J., Michallet, B., Marcoux, L. y Cloutier, F. (2015). French translation and validation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in a Canadian undergraduate healthcare student context. *Journal of Interprofessional Care*, 29(2), 150–5.
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2016). Core Competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an Expert Panel. Washington, D.C. [consultado 5 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.pcpcc.org/resource/core-competencies-interprofessional-collaborative-practice>
- Lauffs, M., Ponzer, S., Saboonchi, F., Lonka, K., Hylin, U., y Mattiasson, A.C. (2008). Cross-cultural adaptation of the Swedish version of Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS). *Medical Education*, 42(4), 405–11.

- Li, Z., Sun, Y. y Zhang, Y. (2018). Adaptation and reliability of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the Chinese health care students setting. *BMC Medical Education*, **18**(1), 1-6.
- Macías, I.L., Rocco, V., Rojas, J., Baeza, M., Arévalo, C. y Munilla, V. (2020). Formation in interprofessional education in nursing and medical students globally. *Investigación y Educación en Enfermería*, **38**(2), e06. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n2e06>.
- Mahler, C., Rochon, J., Karstens, S., Szecsenyi, J. y Hermann, K. (2014). Internal consistency of the readiness for interprofessional learning scale in German health care students and professionals. *BMC Medical Education*, **14**(1), 1-7.
- Mann, K., McFetridge-Durdle, J., Breau, L., Clovis, J., Martin-Misener, R., Matheson, T. y Col. (2012). Development of a scale to measure health professions students' self-efficacy beliefs in interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care*, **26**(2), 92–9.
- McFadyen, A.K., Webster, V., Strachan, K., Figgins, E., Brown, H. y McKechnie, J. (2005). The Readiness for Interprofessional Learning Scale: A possible more stable sub-scale model for the original version of RIPLS. *Journal of Interprofessional Care*, **19**(6), 595–603.
- Moreno Olivos T. (2012). La evaluación de competencias en educación. *Sinéctica*, **39**, 1-20.
- Nørgaard, B., Draborg, E. y Sørensen, J. (2016). Adaptation and reliability of the Readiness for Inter professional Learning Scale in a Danish student and health professional setting. *BMC Medical Education*, **16**(1), 1-9.
- Oishi, A., Haruta, J., Yoshimi, K., Goto, M., Yoshida, K. y Yoshimoto, H. (2017). Cross-cultural adaptation of the professional version of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in Japanese. *Journal of Interprofessional Care*, **31**(1), 85–90. [Internet]. Consultado 3 noviembre 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1248814>
- OMS. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [Internet]. Suiza; [consultado 3 noviembre 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)
- Parsell, G. y Bligh, J. (1999). The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical Education*, **33**, 95–100.
- Patel Gunaldo, T., Augustus-Wallace, A., Brisolará, K.F., Hicks, M.N., Mercante, D.E., Synco, T., Zorek, J.A. y Schilling, D. (2020). Improving stereotypes: the impact of interprofessional education in pre-health students. *Journal of*

**Interprofessional Care**, 35(5), 794-798. doi:  
10.1080/13561820.2020.1806218.

Peduzzi, M., Norman, I., Coster, S. y Meireles, E. (2015). Cross-cultural adaptation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 49, 7–15.

Pérez-Etchetto, M. (2019). Educación Interprofesional: un desafío para dar visibilidad a la contribución de enfermería en los equipos de salud. **Enfermería Universitaria**, 16(4), 335–8.

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. y Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 3, CD002213.

Remington, T.L., Foulk, M.A. y Williams, B.C. (2006). Evaluation of evidence for interprofessional education. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 70(3), 1–7.

Riskiyana, R., Claramita, M. y Rahayu, G.R. (2018). Objectively measured interprofessional education outcome and factors that enhance program effectiveness: A systematic review. **Nurse Education Today**, 66, 73–8.

Sevin, A.M., Hale, K.M., Brown, N.V. y McAuley, J.W. (2016). Assessing Interprofessional education collaborative competencies in service-learning course. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 80(2), 32.

Shaikh, H., Crowl, A.N., Shrader, S. y Burkhardt, C.D.O. (2020). Assessing self-perceived interprofessional collaborative competency on advanced pharmacy practice experiences through interprofessional simulations. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 84(4), 7530.

Thistlethwaite, J.E., Forman, D., Matthews, L.R., Rogers, G.D., Steketee, C. y Yassine, T. (2014). Competencies and frameworks in interprofessional education: a comparative analysis. **Academic Medicine**, 89(6):869–875.

Villegas, K., Ortiz, L. y Barraza, R. (2020). Autoeficacia del trabajo en equipo de estudiantes de la salud en una simulación de reanimación cardiopulmonar. **Educación Médica Superior**, 34(2). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421412020000200012&script=sci\\_ar text&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421412020000200012&script=sci_ar text&tlng=en)