

Validación de una adaptación y traducción al español de la escala Disposición para el aprendizaje interdisciplinar en simulación clínica de pregrado

Paula CABELLO-HIDALGO, Karen CÓRDOVA-LEÓN

Objetivo. Validar la traducción al español y la adaptación de la escala *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS) en el contexto de la simulación clínica, con el fin de evaluar las percepciones de los estudiantes de pregrado de salud sobre el aprendizaje interprofesional.

Sujetos y métodos. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal que tuvo una muestra de 238 estudiantes de diversas carreras de salud de dos universidades chilenas, una pública y una privada. Se aplicó la RIPLS, que fue adaptada a través de un proceso de traducción y validación que incluyó el método Delphi. Se utilizó un análisis factorial exploratorio y el coeficiente alfa de Cronbach para evaluar la fiabilidad del instrumento. Se analizaron las respuestas mediante la estadística descriptiva.

Resultados. El análisis factorial identificó tres dimensiones: 'Trabajo en equipo y relaciones en el equipo interdisciplinar', 'Adquisición de habilidades clínicas' y 'Comunicación efectiva y rol profesional'. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,89, lo que indica alta consistencia interna del instrumento. Los resultados mostraron que los estudiantes tienen una actitud positiva hacia el aprendizaje interdisciplinario y destacan que la colaboración mejora los resultados de salud.

Conclusión. La versión traducida al español y adaptada al contexto de simulación clínica de la RIPLS es un instrumento válido y fiable para evaluar la disposición al trabajo interdisciplinario en simulación clínica. Su aplicación puede contribuir a la creación de escenarios formativos que fomenten la colaboración entre disciplinas en la educación de profesionales de la salud.

Palabras clave. Comunicación interdisciplinaria. Educación interprofesional. Entrenamiento simulado. Estudiantes del área de la salud. Estudiantes universitarios. Estudios interdisciplinarios.

Validation of an adaptation and Spanish translation of the Readiness for interdisciplinary learning scale for undergraduate clinical simulation

Objective. To validate the Spanish translation and adaptation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the context of clinical simulation, in order to evaluate the perceptions of undergraduate health students on interprofessional learning.

Subjects and methods. Quantitative, descriptive, cross-sectional study with a sample of 238 students from different health careers in two Chilean universities, one public and one private. The RIPLS was applied and adapted through a translation and validation process that included the Delphi method. Exploratory factor analysis and Cronbach's Alpha coefficient were used to evaluate the reliability of the instrument. Responses were analyzed using descriptive statistics.

Results. Factor analysis identified three dimensions: 'Teamwork and interdisciplinary team relationships', 'Acquisition of clinical skills' and 'Effective communication and professional role'. Cronbach's alpha coefficient was 0.89, indicating high internal consistency of the instrument. The results showed that students have a positive attitude towards interdisciplinary learning, highlighting that collaboration improves health outcomes.

Conclusion. The version translated into Spanish and adapted to the clinical simulation context of the RIPLS is a valid and reliable instrument to evaluate the willingness to work interdisciplinary in clinical simulation. Its application can contribute to the creation of training scenarios that encourage collaboration between disciplines in the education of health professionals.

Key words. Health occupations' students. Interdisciplinary communication. Interdisciplinary studies. Interprofessional education. Simulation training. Undergraduates.

Facultad de Educación (P. Cabello-Hidalgo, K. Córdova-León). Escuela de Kinesiólogía. Facultad de Salud y Ciencias Sociales. Universidad de las Américas. Santiago, Chile (K. Córdova-León).

Correspondencia: Mg. Karen Córdova León. Facultad de Educación. Universidad de las Américas. Manuel Montt, 948. C.P.: 7500981. Providencia, Santiago, Chile.

E-mail: kcordova@udla.cl

Recibido: 25.10.24.

Aceptado: 10.12.24.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Competing interests: The authors declare that they have no conflict of interest.

Cómo citar este artículo: Cabello-Hidalgo P, Córdova-León K. Validación de una adaptación y traducción al español de la escala Disposición para el aprendizaje interdisciplinar en simulación clínica de pregrado. FEM 2024; 27: 211-9. doi: 10.33588/fem.276.1357.

© 2024 FEM



Artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ISSN: 2014-9832
ISSN (ed. digital): 2014-9840

Introducción

El desarrollo de la educación para el trabajo interdisciplinario tiene sus raíces en la década de los sesenta y fue respaldado en 1988 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de dos informes que enfatizaban la importancia de promover la colaboración interdisciplinaria a nivel mundial para fomentar un enfoque de trabajo en equipo [1]. La OMS promueve colaboraciones con la Organización Panamericana de la Salud para presentar propuestas y manifiesta su compromiso de incorporar la educación interprofesional como una perspectiva innovadora en los sistemas de salud [2]. La OMS destaca la importancia de las instituciones de salud en la prevención de la salud y sus distintos niveles, y enfatiza que las metas se logran mediante un enfoque de calidad y seguridad de la atención médica, involucrando a diversas disciplinas y elementos en un entorno de atención complejo [3].

La calidad de la atención médica se reconoce como un proceso multidimensional en constante evolución. Se define como la capacidad de los servicios de salud para mejorar las probabilidades de obtener resultados de salud deseados, abordando aspectos como efectividad, eficiencia, aceptabilidad y equidad [4]. En este contexto, el trabajo en equipo emerge como un pilar fundamental en el ámbito de la salud, al facilitar la sincronización de las actividades entre los miembros del equipo y la consecución de objetivos bajo rigurosos estándares de calidad. Para alcanzar este objetivo, es esencial fomentar el compromiso, la responsabilidad y la confianza entre los integrantes del equipo, contribuyendo así a optimizar la salud de las personas [5].

En la práctica, los profesionales de la salud ejercen mayormente en equipos, lo que fomenta un continuo proceso de aprendizaje a lo largo de su trayectoria profesional. Este enfoque colaborativo en el desarrollo de competencias implica que los miembros del equipo aporten diversos niveles de conocimiento y experiencias, promoviendo la creatividad, mejorando la comunicación y distribuyendo equitativamente las responsabilidades. Cuando se lleva a cabo de manera efectiva, el trabajo en equipo puede conducir a resultados excepcionales [6].

El trabajo en equipo es posible observarlo desde distintos enfoques, pero su mayor valor radica en el enfoque interdisciplinario, donde dos o más disciplinas se integran y trascienden sus límites individuales para unir conceptos, metodologías y prácticas para un objetivo compartido [7]. La educación interdisciplinaria se materializa cuando estudiantes de diversas disciplinas interactúan entre sí con el

propósito de promover una colaboración efectiva y mejorar la salud tanto a nivel individual como de la población [2]. Esto implica no sólo que los estudiantes compartan un mismo entorno educativo, sino que el proceso de aprendizaje sea verdaderamente interactivo [8].

La bibliografía documenta diversas experiencias que buscan implementar el enfoque interdisciplinario en la formación de estudiantes de salud en pregrado, lo que se reconoce como una competencia esencial para el futuro profesional. El aprendizaje basado en problemas suele caracterizarse como un enfoque que abarca el aprendizaje interdisciplinario [9], por los matices de resolución de conflictos que deben ocurrir en escenarios propuestos. Sin embargo, se ha prestado poca atención explícita a lo que significa en la práctica la afirmación de que se trata de un aprendizaje interdisciplinario basado en problemas. La evidencia más reciente indica que el aprendizaje interdisciplinario no debe darse por sentado en entornos basados en problemas; sólo si se abordan específicamente las cuestiones del aprendizaje interdisciplinario se puede considerar que el aprendizaje basado en problemas es un enfoque pedagógico que sirve de soporte adecuado al aprendizaje interdisciplinario en la educación superior [10].

La OMS, a través de sus guías curriculares, resalta la importancia de la simulación clínica como parte integral de los recursos metodológicos para fomentar el trabajo en equipo y sugiere su integración de manera transversal en los programas de estudio de salud [11]. Por otro lado, el uso de la simulación clínica ha experimentado un crecimiento exponencial en los planes de estudio de las carreras de salud, tanto debido a sus fundamentos metodológicos como a la menor disponibilidad de campos clínicos, especialmente durante y después de la pandemia [12].

La simulación clínica se ha posicionado como herramienta fundamental para fortalecer la formación de profesionales de la salud, garantizando la excelencia en la atención y la seguridad del paciente; en efecto, el daño involuntario al paciente se ha relacionado directamente con fallos en comunicación y una falta de trabajo en equipo [13]. Mediante la simulación clínica, es posible cultivar la colaboración entre equipos interdisciplinarios a través de la práctica en entornos simulados, lo que fomenta la resolución conjunta de problemas y contribuye a la reducción de eventos adversos [14]. En definitiva, son múltiples los beneficios que ofrecen los entornos simulados; sin embargo, uno de los mayores beneficios de esta herramienta de formación es la viabilidad de su enfoque interdisciplinario [15].

Los principios del enfoque interdisciplinar pueden tener un impacto significativo en la calidad de la atención médica y en la seguridad de los pacientes [16]. Sin embargo, a pesar de que la capacidad de trabajo interdisciplinar es una competencia altamente demandada, actualmente los planes de estudio no la propician derechamente de manera transversal en sus diferentes asignaturas y queda relegada al currículo oculto de cada una de las carreras. La evidencia plantea la interdisciplina como una 'aspiración incipiente', ya que los encuentros e intercambios entre disciplinas son descritos como específicos y acotados en el tiempo [17]. Por otro lado, los estudios disponibles son limitados, lo que da lugar a una escasez de experiencias que respalden la validez de las herramientas para evaluar el desempeño interdisciplinario en las carreras de salud [18]. Por otro lado, una de las pocas revisiones existentes sobre el tema reveló la ausencia de estudios que evalúen los efectos de la educación interprofesional, así como también que se carece de investigaciones sobre las estrategias de evaluación de dicha educación.

Basándose en estos antecedentes, el presente estudio tuvo como objetivo validar la traducción al español y la adaptación de la escala *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS) para estimar y describir las percepciones de los estudiantes de pregrado de carreras de salud respecto al aprendizaje interprofesional en el contexto de simulación clínica.

Sujetos y métodos

Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y diseño observacional con temporalidad transversal.

Mediante una estrategia de muestreo no probabilística por conveniencia, se seleccionó a estudiantes de pregrado de ambos sexos, mayores de 18 años, que estuvieran matriculados en carreras del área de ciencias de la salud de una universidad pública (Universidad de Chile) y una universidad privada (Universidad de las Américas). Los criterios de inclusión fueron: a) haber completado satisfactoriamente una asignatura de práctica inicial con componente de simulación clínica de su plan de estudios, ya que se buscaban resultados basados en sus experiencias en simulación; y b) asistencia mínima del 95% a dicha asignatura. El criterio de exclusión fue haber suspendido la asignatura con componente de simulación clínica o que estuvieran repitiendo la asignatura en una segunda instancia.

El instrumento utilizado se basó en la traducción al español y adaptación de la escala de ítems

RIPLS [17]. Ésta es un instrumento desarrollado y validado por Parsell y Bligh. En su versión original en inglés cuenta con 19 ítems, que miden cuatro áreas: relaciones entre diferentes grupos de profesionales, colaboración y trabajo en equipo, roles y responsabilidades, y beneficios para los pacientes. Se mantuvo la respuesta de tipo Likert con posibilidad de respuesta de 5 puntos, en la que 1 es 'completamente en desacuerdo' y 5 'completamente de acuerdo' [18]. Antes de la aplicación del instrumento se realizó un proceso de traducción que siguió las recomendaciones internacionales [19,20], que incluyen la traducción directa, la síntesis de traducciones, la traducción inversa y la consolidación por parte de jueces expertos. Estos últimos fueron siete profesionales cualificados en el área de la docencia clínica en educación superior y redacción de instrumentos: un académico tutor de campos clínicos, un coordinador académico de campos clínicos, dos académicos de la asignatura práctica con formación en simulación clínica, dos académicos de traducción e interpretación y un académico profesor de castellano y doctor en lingüística con experiencia en edición y corrección de instrumentos de lectura-escritura en carreras de la salud, todos académicos de la Universidad de las Américas. Este proceso concluyó con la adaptación de ciertos ítems y la eliminación de cuatro de ellos, lo que dejó la escala con 15 ítems en su versión adaptada. La versión traducida al español y adaptada al contexto de simulación clínica se presenta en la tabla I.

Análisis de datos

Primero, se aplicó el método Delphi para la validez de contenido con el que se evaluó el nivel semántico y de similitud entre los distintos ítems, además de su carga de significado. Posteriormente, se presentó un análisis descriptivo con tablas de frecuencia para variables cualitativas y tablas descriptivas para variables cuantitativas. El análisis inferencial incluyó la prueba de esfericidad de Bartlett y el índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin como pasos preliminares para el análisis factorial exploratorio. Además, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para el análisis de fiabilidad interna del instrumento. Adicionalmente, se aplicó el análisis descriptivo de las percepciones estudiantiles sobre su disposición al trabajo interdisciplinario en simulación clínica mediante estadígrafos de resumen, utilizando medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Todos los análisis se realizaron en el programa estadístico JASP.

Tabla I. Escala Disposición para el aprendizaje interdisciplinar, versión traducida al español y adaptada al contexto de simulación clínica.

| Dimensión | Ítem |
|--|---|
| Trabajo en equipo y relaciones en el equipo interdisciplinar | 1. El aprendizaje interdisciplinar me ayudará a convertirme en un miembro más efectivo del equipo de salud. 3. El aprendizaje interdisciplinar con otros estudiantes de salud mejorará mi habilidad para comprender problemas clínicos. 4. El aprendizaje interdisciplinario con estudiantes de salud durante el pregrado mejorará mis relaciones laborales después de titulado. 6. El aprendizaje interdisciplinar me ayudará a pensar positivamente sobre los demás profesionales. 7. Los estudiantes necesitamos confiar y respetar a los demás para trabajar el aprendizaje interdisciplinario en grupos pequeños. 12. Agradecería la oportunidad de trabajar en proyectos de grupos pequeños con estudiantes de otras disciplinas de salud. 13. El aprendizaje interdisciplinar ayudará a clarificar la naturaleza de los problemas clínicos de los pacientes. 14. El aprendizaje interdisciplinar con estudiantes de salud durante el pregrado mejorará el trabajo en equipo después de titulado. 15. El aprendizaje interdisciplinar me ayuda a tener claridad de cuál va a ser mi rol futuro dentro del equipo profesional. |
| Adquisición de habilidades clínicas | 9. El aprendizaje interdisciplinar me ayudará a comprender mis propias limitaciones. 10. Las habilidades para resolver problemas clínicos no pueden desarrollarse solamente con estudiantes de mi propia disciplina. 11. El aprendizaje interdisciplinar con estudiantes de otras disciplinas de salud me ayudará a comunicarme de mejor forma con pacientes y otros profesionales. |
| Comunicación efectiva y rol profesional | 2. Los pacientes o usuarios se verán beneficiados si los estudiantes de distintas disciplinas de salud trabajamos juntos para resolver problemas clínicos. 5. Las habilidades de comunicación deberán aprenderse con otros estudiantes de otras disciplinas de salud. 8. Las habilidades de trabajo en equipo son esenciales de aprender en todas las disciplinas de salud. |

Resultados

Este estudio incluyó a 238 participantes cuyas edades oscilaron entre los 20 y los 55 años, con una media de $27,62 \pm 6,2$ años. El 83% eran mujeres, mientras que un 16% eran hombres. La muestra estuvo constituida por estudiantes pregrado de seis carreras de salud: enfermería, fonoaudiología, kinesiología, nutrición y dietética, obstetricia y puericultura, y terapia ocupacional. Existió representación de todas las carreras encuestadas, con una predominancia de estudiantes de enfermería, que alcanzó el 53,78% de la muestra, aunque esto es consistente con el número de matrículas en el panorama chileno; el resto de las carreras mostró un equilibrio entre ellas, con tasas de respuesta entre el 6 y el 8%. La muestra provenía de dos universidades chilenas, una de carácter privado y la otra pública, con representación del 83,67 y el 16,33% del total de la muestra, respectivamente. Respecto al año que se encuentran cursando actualmente, un 31% corresponde a su tercer año, un 58% a su cuarto año y un 10% a su quinto año de internado profesional (Tabla II).

Para el análisis de fiabilidad se realizó la prueba de esfericidad de Barlett y la de Kaiser-Meyer-Olkin. El

valor obtenido para la prueba de esfericidad de Barlett fue $p < 0,001$, que es un resultado altamente significativo que indica que las variables están suficientemente relacionadas entre sí. En el caso de la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin, el valor obtenido fue de 0,89, lo que indica que la muestra es adecuada. Ambos resultados confirman la idoneidad de los datos para realizar el análisis factorial exploratorio (Tabla III).

Con el análisis factorial exploratorio se pueden distinguir tres dimensiones, que se pueden agrupar de la siguiente manera: la primera dimensión, ahora denominada 'Trabajo en equipo y relaciones en el equipo interdisciplinar', agrupa los ítems 14, 12, 4, 1, 13, 6, 3 y 15; la segunda dimensión, denominada 'Adquisición de habilidades clínicas', agrupa los ítems 10, 9 y 11; y la tercera dimensión, denominada 'Comunicación efectiva y rol profesional', agrupa los ítems 2 y 8. Sobre la base del análisis estadístico, los ítems 5 y 7 no parecen tener relación con ninguna de las dimensiones, pero, por decisión de los investigadores, éstos no se eliminarán de la escala, ya que se pueden relacionar con los ítems 3 y 1, respectivamente (Tabla IV).

Al realizar el análisis de fiabilidad, se calculó el alfa de Cronbach con un intervalo de confianza al

95% para los datos, que va desde 0,88 a 0,91, y se obtuvo un resultado de alfa = 0,89, lo que indica una muy alta consistencia interna entre los ítems del instrumento. Obtener un valor > 0,9 sugiere que todos los ítems del instrumento se encuentran fuertemente correlacionados entre sí. Esto indica que la adaptación del instrumento es altamente fiable (Tabla V).

La tabla VI muestra los resultados por cada ítem de la escala, para la muestra total y diferenciado por carrera. En ella se identifican los 15 ítems y las dimensiones a las que pertenecen, lo que permite observar el comportamiento de las respuestas de los estudiantes. En general, los estudiantes declaran una actitud más positiva que negativa hacia el aprendizaje interdisciplinar, con valores medios superiores al valor 4 (de acuerdo), lo que sugiere un consenso en el grupo respecto a que el aprendizaje interdisciplinario es una herramienta valiosa dentro de su formación profesional. La carrera fonoaudiología muestra una mejor puntuación en la mayoría de los ítems, excepto en los ítems 7 y 12, pertenecientes a la dimensión 2, y en los cuales la puntuación es mayor sólo para la terapia ocupacional.

La afirmación que obtuvo un promedio de respuesta más alto fue el ítem 2, perteneciente a la dimensión 3: 'Los pacientes o usuarios se verán beneficiados si los estudiantes de distintas disciplinas de salud trabajamos juntos para resolver problemas clínicos', con una media total de 4,88. En contraste, la afirmación que obtuvo un valor más bajo fue el ítem 10, perteneciente a la dimensión 2: 'Las habilidades para resolver problemas clínicos no pueden desarrollarse solamente con estudiantes de mi propia disciplina', con una media total de 4,36. Del promedio de las distintas dimensiones se observa que la dimensión que tiene una mayor media total (del total de participantes) es la dimensión 3, seguida por la dimensión 1 y, finalmente, la dimensión 2.

Discusión

Existieron múltiples motivaciones para realizar este estudio, y la principal fue contar con un instrumento validado en idioma español que pudiese utilizarse para medir las percepciones de los estudiantes en su disposición para el trabajo interdisciplinario, y que, a su vez, fuese aplicable al contexto de la simulación clínica en estudiantes chilenos. Los resultados obtenidos muestran que la adaptación realizada de instrumento tiene una alta validez y fiabilidad para la muestra estudiada. La escala original de Parsell y Bligh se dirigió al aprendizaje interprofe-

Tabla II. Caracterización de la muestra (n = 238).

| | | M (n) | DE (%) |
|----------------|---------------------|-------|--------|
| Edad | | 27,96 | 6,2 |
| Sexo biológico | Mujer | 198 | 83,19 |
| | Hombre | 40 | 16,8 |
| Universidad | Pública | 33 | 16,84 |
| | Privada | 208 | 83,16 |
| Carrera | Enfermería | 128 | 53,78 |
| | Fonoaudiología | 21 | 8,82 |
| | Kinesiología | 20 | 8,4 |
| | Nutrición | 23 | 9,66 |
| | Obstetricia | 32 | 13,44 |
| | Terapia ocupacional | 14 | 5,88 |
| Año de carrera | Tercer año | 74 | 31,092 |
| | Cuarto año | 140 | 58,82 |
| | Quinto | 24 | 10,08 |

DE: desviación estándar; M: media.

Tabla III. Análisis de fiabilidad.

| Esfericidad de Bartlett | | | |
|---------------------------------|-----|--------|--|
| χ^2 | gl | p | |
| 1.599,31 | 105 | <0,001 | |
| Contraste de Kaiser-Meyer-Olkin | | | |
| MSA general | | 0,89 | |

MSA: medida de adecuación de muestreo.

Tabla IV. Cargas de las dimensiones.

| | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 |
|---------|----------|----------|----------|
| Ítem 14 | 0,98 | | |
| Ítem 12 | 0,7 | | |
| Ítem 4 | 0,69 | | |
| Ítem 1 | 0,61 | | |
| Ítem 13 | 0,6 | | |
| Ítem 6 | 0,6 | | |
| Ítem 3 | 0,57 | | 0,42 |
| Ítem 15 | 0,45 | | |
| Ítem 10 | | 0,94 | |
| Ítem 9 | | 0,68 | |
| Ítem 11 | | 0,46 | |
| Ítem 2 | | | 0,76 |
| Ítem 8 | | | 0,5 |
| Ítem 5 | | | |
| Ítem 7 | | | |

DE: desviación estándar; M: media.

Tabla V. Análisis de fiabilidad.

| | |
|---|------|
| Estimación por punto | 0,89 |
| IC al 95% del límite inferior | 0,88 |
| IC al 95% del límite superior | 0,91 |
| IC al 95%: intercalo de confianza al 95%. | |

Tabla VI. Descripción de los ítems de la escala y valoración por los estudiantes (escala de Likert de 1 a 5).

| Factor | Ítem | Total (n = 238) | | Enfermería (n = 128) | | Fonoaudiología (n = 21) | | Kinesiología (n = 20) | | Nutrición y dietética (n = 23) | | Obstetricia y puericultura (n = 32) | | Terapia ocupacional (n = 14) | |
|--|---|---|------|-------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------------------|------|---|------|------------------------------------|------|
| | | M | DE | M | DE | M | DE | M | DE | M | DE | M | DE | M | DE |
| Trabajo en equipo y relaciones en el equipo interdisciplinar | 1. El aprendizaje interdisciplinar me ayudará a convertirme en un miembro más efectivo del equipo de salud | 4,71 | 0,59 | 4,66 | 0,65 | 5 | 0 | 4,65 | 0,67 | 4,78 | 0,51 | 4,65 | 0,6 | 4,86 | 0,35 |
| | 3. El aprendizaje interdisciplinar con otros estudiantes de salud mejorará mi habilidad para comprender problemas clínicos | 4,72 | 0,54 | 4,68 | 0,57 | 4,9 | 0,3 | 4,7 | 0,57 | 4,82 | 0,49 | 4,62 | 0,6 | 4,86 | 0,35 |
| | 4. El aprendizaje interdisciplinario con estudiantes de salud durante el pregrado mejorará mis relaciones laborales después de titulado | 4,51 | 0,84 | 4,58 | 0,69 | 4,71 | 0,56 | 4,4 | 0,88 | 4,56 | 0,72 | 4,18 | 1,06 | 4,4 | 1,18 |
| | 6. El aprendizaje interdisciplinar me ayudará a pensar positivamente sobre los demás profesionales | 4,51 | 0,79 | 4,52 | 0,81 | 4,76 | 0,43 | 4,45 | 0,82 | 4,65 | 0,71 | 4,15 | 0,95 | 4,66 | 0,61 |
| | 7. Los estudiantes necesitamos confiar y respetar a los demás para trabajar el aprendizaje interdisciplinario en grupos pequeños | 4,76 | 0,52 | 4,78 | 0,49 | 4,76 | 0,43 | 4,75 | 0,55 | 4,78 | 0,67 | 4,62 | 0,6 | 4,86 | 0,35 |
| | 12. Agradecería la oportunidad de trabajar en proyectos de grupos pequeños con estudiantes de otras disciplinas de salud | 4,51 | 0,81 | 4,48 | 0,82 | 4,76 | 0,53 | 4,45 | 1,05 | 4,78 | 0,51 | 4,15 | 0,92 | 4,8 | 0,56 |
| | 13. El aprendizaje interdisciplinar ayudará a clarificar la naturaleza de los problemas clínicos de los pacientes | 4,56 | 0,75 | 4,51 | 0,79 | 4,81 | 0,51 | 4,75 | 0,63 | 4,78 | 0,51 | 4,25 | 0,88 | 4,73 | 0,59 |
| | 14. El aprendizaje interdisciplinar con estudiantes de salud durante el pregrado mejorará el trabajo en equipo después de titulado | 4,55 | 0,78 | 4,59 | 0,69 | 4,76 | 0,53 | 4,55 | 1,05 | 4,69 | 0,63 | 4,28 | 0,88 | 4,26 | 1,22 |
| | 15. El aprendizaje interdisciplinar me ayuda a tener claridad de cuál va a ser mi rol futuro dentro del equipo profesional | 4,58 | 0,78 | 4,52 | 0,85 | 4,85 | 0,35 | 4,5 | 0,82 | 4,56 | 0,94 | 4,56 | 0,66 | 4,86 | 0,51 |
| | Adquisición de habilidades clínicas | 9. El aprendizaje interdisciplinar me ayudará a comprender mis propias limitaciones | 4,46 | 0,87 | 4,38 | 0,95 | 4,85 | 0,35 | 4,55 | 0,99 | 4,65 | 0,64 | 4,28 | 0,81 | 4,66 |

Tabla VI. Descripción de los ítems de la escala y valoración por los estudiantes (escala de Likert de 1 a 5) (cont.).

| Factor | Ítem | Total (n = 238) | | Enfermería (n = 128) | | Fonoaudiología (n = 21) | | Kinesiología (n = 20) | | Nutrición y dietética (n = 23) | | Obstetricia y puericultura (n = 32) | | Terapia ocupacional (n = 14) | |
|---|---|--------------------|------|-------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------------------|------|---|------|------------------------------------|------|
| | | M | DE | M | DE | M | DE | M | DE | M | DE | M | DE | M | DE |
| Adquisición de habilidades clínicas | 10. Las habilidades para resolver problemas clínicos no pueden desarrollarse solamente con estudiantes de mi propia disciplina | 4,35 | 0,98 | 4,32 | 1,04 | 4,66 | 0,57 | 4,45 | 1,05 | 4,43 | 1,08 | 4,03 | 0,86 | 4,66 | 0,61 |
| | 11. El aprendizaje interdisciplinar con estudiantes de otras disciplinas de salud me ayudará a comunicarme de mejor forma con pacientes y otros profesionales | 4,64 | 0,69 | 4,58 | 0,76 | 4,9 | 0,3 | 4,55 | 0,68 | 4,78 | 0,51 | 4,59 | 0,71 | 4,73 | 0,59 |
| Comunicación efectiva y rol profesional | 2. Los pacientes o usuarios se verán beneficiados si los estudiantes de distintas disciplinas de salud trabajamos juntos para resolver problemas clínicos | 4,88 | 0,38 | 4,9 | 0,36 | 4,95 | 0,21 | 4,75 | 0,55 | 4,87 | 0,45 | 4,81 | 0,39 | 4,93 | 0,25 |
| | 5. Las habilidades de comunicación deberán aprenderse con otros estudiantes de otras disciplinas de salud | 4,56 | 0,76 | 4,52 | 0,79 | 4,66 | 0,65 | 4,55 | 0,75 | 4,73 | 0,54 | 4,34 | 0,93 | 4,93 | 0,25 |
| | 8. Las habilidades de trabajo en equipo son esenciales de aprender en todas las disciplinas de salud | 4,81 | 0,46 | 4,81 | 0,48 | 4,9 | 0,30 | 4,75 | 0,63 | 4,82 | 0,49 | 4,75 | 0,44 | 4,93 | 0,25 |

DE: desviación estándar; M: media.

sional exclusivamente, sin asignarle un contexto particular. El análisis de los componentes principales dio como resultado tres dimensiones, que se denominaron 'Trabajo en equipo y colaboración', 'Identidad profesional' y 'Roles profesionales' [18]. En el presente estudio, el análisis factorial exploratorio también identificó tres dimensiones, que se denominan actualmente 'Trabajo en equipo y relaciones en el equipo interdisciplinar', 'Adquisición de habilidades clínicas' y 'Comunicación y rol profesional'. Esta diferencia se sustenta en la eliminación de algunos ítems basándose en la nueva adaptación, dado que se consideró que estos ítems no aportan al objetivo de la investigación, además de que el cuestionario se adaptó al contexto de la simulación clínica. Estas dimensiones son consistentes con los hallazgos en la bibliografía respecto a la contribución del trabajo interdisciplinario en estudiantes de salud. En general, las puntuaciones de los estudiantes de distintas carreras del área de la salud son

muy altas, y es difícil valorar las diferencias y apreciar cuánto de 'peor' es una puntuación próxima a 5; aunque sea inferior en una u otra carreras, las puntuaciones siguen siendo muy buenas.

Respecto a la dimensión 'Trabajo en equipo y relaciones en el equipo interdisciplinar', estudios previos muestran que la formación con simulación mejora la autoeficacia de los participantes y los escenarios interprofesionales mejoran el cumplimiento de los resultados de aprendizaje [21]. En la muestra, esta dimensión obtuvo una media total de 4,6, lo que subraya la valoración positiva que los estudiantes otorgan a las relaciones que se generan dentro del equipo y la importancia de la educación interdisciplinar para conseguir este objetivo. Un metaanálisis sugiere que las interacciones directas con estudiantes de otras disciplinas contribuye a la valoración positiva de otros profesionales y a la posibilidad de establecer relaciones laborales efectivas en el futuro [22], lo que muestra una directa relación

con lo expresado por los estudiantes en los ítems pertenecientes a la dimensión 1. Esto también refuerza la importancia de promover este tipo de educación en la formación de los profesionales de salud.

En lo que respecta a la dimensión 2, 'Comprensión y adquisición de habilidades clínicas', una revisión sistemática evidenció que la simulación clínica junto a un equipo de trabajo conduce a un aumento de habilidades clínicas que se requieren para estar preparados para los eventos de la futura vida profesional [23]. En particular, esta dimensión mostró una media total de 4,48, más baja respecto a las otras dos, lo que podría significar que, si bien los estudiantes valoran positivamente este aspecto, el aprendizaje interdisciplinario les parece menos eficaz para el desarrollo de habilidades clínicas, para lo que pueden considerarse más idóneos los espacios intraprofesionales, dado su enfoque especializado. Una revisión sistemática mostró que, si bien la educación interdisciplinaria es capaz de mejorar la colaboración interprofesional, no es concluyente respecto a la adquisición de habilidades clínicas, por lo que requiere investigación adicional [24]. Esto implica el diseño de escenarios simulados que no sólo fomenten la colaboración, sino también el desarrollo de competencias clínicas de manera concreta y realista dentro del contexto interdisciplinario, de manera que la integración de la interdisciplina sea un espacio de aprendizaje y práctica tangible del futuro ejercicio profesional y no quede relegado al currículo oculto, lo que pretende una educación integral efectiva.

Por último, la dimensión 'Comunicación y rol profesional' obtuvo la media total más alta, con un valor de 4,75, lo que da cuenta de que los estudiantes otorgan una gran importancia a cómo la simulación interdisciplinaria puede situarlos en el rol que desempeñarán en su futuro profesional, así como conocer sus propias habilidades y limitaciones. Un estudio mixto identificó la colaboración y la comunicación como elementos fundamentales del trabajo interdisciplinario, y que los estudiantes las vinculan a elementos esenciales como la calidad de la atención y la seguridad del paciente [24]. Esto muestra la importancia de que los escenarios de simulación fomenten instancias en las que los estudiantes puedan deliberar de forma conjunta, con el objetivo de solucionar un problema de salud de un paciente o comunidades.

El aprendizaje disciplinar no puede concebirse de manera aislada en las actividades curriculares de formación profesional, ya que la integración temprana de los saberes va a permitir mejores y mayores resultados para las personas beneficiadas. Por

eso se hace necesario fortalecer y potenciar el trabajo interdisciplinario desde la estructura curricular de los programas de formación profesional, pues, a pesar de que muchos perfiles de egreso de salud declaran como habilidad el trabajo en equipos disciplinares e interdisciplinares, la evidencia más allá de las actividades concretas para su consecución aún es difusa. Si bien la simulación clínica propicia espacios físicos de trabajo conjunto con distintas disciplinas, no asegura el desarrollo del enfoque interdisciplinario si las actividades simuladas no se estructuran con este objetivo.

Por otra parte, las impresiones de los estudiantes frente a la intervención académica, situación que generalmente se profundiza desde el paradigma de los docentes más que de los beneficiados, es clave para la toma de decisiones de innovación curricular. El uso de este instrumento validado en español permite valorar estas impresiones y podría dar pie para futuras investigaciones que realicen un seguimiento y acompañamiento de la integración de la educación interdisciplinaria, así como la creación y estandarización de escenarios interdisciplinares en simulación clínica.

Algunas limitaciones del estudio fueron la estrategia de muestreo, ya que, al utilizarse un muestreo no probabilístico, no garantiza que exista homogeneidad en la cantidad de respuestas por carrera o tipo de universidad, además de una marcada predominancia del sexo femenino, aunque esto último puede relacionarse con la realidad de acceso y matrículas de educación en salud. La limitada participación de algunas carreras del área de salud también es una limitación, puesto que hubiera permitido una mayor integración de conocimientos y saberes a los estudiantes beneficiados. Otra limitación podría ser la inclusión de distintos niveles de progreso académico; dado que no fueron grupos equilibrados, no fue posible implementar una comparación concreta de los datos. Tampoco existió equilibrio entre las muestras de universidad privada y pública, lo que limita analizar los datos desde un paradigma cuantitativo.

Por otro lado, se destaca como fortaleza del estudio el brindar una herramienta que aporte a la toma de decisiones y construcción de escenarios de simulación clínica interdisciplinaria, a partir de la percepción de estudiantes de diferentes carreras de salud, pues es imperante ejecutar las acciones que tributen al desarrollo de aprendizajes que aportan al perfil de egreso declarado, y que, justamente, destacan como eje el desarrollo de estas habilidades, con el objetivo de generar una integración efectiva de la interdisciplina en los equipos de salud.

Conclusión

La RIPLS adaptada y traducida al español es un instrumento válido y fiable para ser aplicada en el contexto de simulación clínica. Su aplicación puede ayudar a la construcción y adaptación de escenarios simulados que contribuyan al desarrollo de competencias relacionadas con el trabajo interdisciplinario.

Bibliografía

- Pérez-Etchetto M. Educación interprofesional: un desafío para dar visibilidad a la contribución de Enfermería en los equipos de salud. *Enfermería Universitaria* 2019; 16: 335-8.
- Villegas-Anacona K, Ortiz-Moreira L, Barraza-López R. Autoeficacia del trabajo en equipo de estudiantes de la salud en una simulación de reanimación cardiopulmonar. *Educación Médica Superior* 2020; 34: e2032.
- Araújo AF, Bampi LNS, Cabral CCO, Queiroz RS, Calasans LHB, Vaz TS. Occupational stress of nurses from the Mobile Emergency Care Service. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2020; 73 (Supl 1): e20180898.
- Paravic-Klijn T, Lagos-Garrido ME. Trabajo en equipo y calidad de la atención en salud. *Ciencia y Enfermería* 2021; 27: 41-6.
- Guínez-Molinos S, Maragaño-Lizama P, Gomar-Sancho C. Simulación clínica colaborativa para el desarrollo de competencias de trabajo en equipo en estudiantes de medicina. *Revista médica de Chile* 2018; 146: 643-52.
- Herkes J, Churrua K, Ellis LA, Pomare C, Braithwaite J. How people fit in at work: systematic review of the association between person-organisation and person-group fit with staff outcomes in healthcare. *BMJ Open* 2019; 9: e026266.
- Paoli-Bolio FJ. Multi, inter y transdiscipliniedad. *Problema Anuario de Filosofía y Teoría del Derecho* 2019; 13: 347-57.
- Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ* 2011; 46: 58-70.
- Navarro H, Illesca P, Cabezas, G. Salto triple grupal: una estrategia evaluativa del proceso del aprendizaje basado en problemas. *Rev Educ Cienc Salud* 2010; 7: 112-8.
- Stentoft D. From saying to doing interdisciplinary learning: is problem-based learning the answer? *Active Learning in Higher Education* 2017; 18: 51-61.
- Maestre JM, Manuel-Palazuelos JC, del Moral I, Simon R. La simulación clínica como herramienta para facilitar el cambio de cultura en las organizaciones de salud: aplicación práctica de la teoría avanzada del aprendizaje. *Revista Colombiana de Anestesiología* 2014; 42: 124-8.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
- Weller JM, Nestel D, Marshall SD, Brooks PM, Conn JJ. Simulation in clinical teaching and learning. *Med J Aust* 2012; 196: 594.
- Rosen MA, Diaz-Granados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, et al. Teamwork in healthcare: key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol* 2018; 73: 433-50.
- Barrientos-Cabezas A, Arriagada-Pérez L, Navarro-Vera G, Troncoso-Pantoja CA. Intervención multidisciplinaria como estrategia de aprendizaje en salud. *FEM* 2020; 23: 69.
- Ghazali DA, Ilha-Schuelter P, Barreyre L, Stephan O, Barbosa SS, Oriot D, et al. Development and validation of the first performance assessment scale for interdisciplinary chest tube insertion: a prospective multicenter study. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2022; 48: 4069-78.
- De la Paz-Grebe M, Cragno A. Una mirada al currículo oculto de una carrera de psicología. *Avances en Psicología* 2020; 28: 17-26.
- Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ* 1999; 33: 95-100.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25: 3186-91.
- Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México* 2013; 55: 57-66.
- Watters C, Reedy G, Ross A, Morgan NJ, Handlip R, Jaye P. Does interprofessional simulation increase self-efficacy: a comparative study. *BMJ Open* 2015; 5: e005472.
- Guraya SY, Barr H. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: a systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung J Med Sci* 2018; 9: 34: 160-5.
- Alfonso-Mantilla JI, Martínez-Santa J. Modelos de simulación clínica para la enseñanza de habilidades clínicas en ciencias de la salud. *Movimiento Científico* 2015; 9: 70-9.
- Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Educ Today* 2013; 33: 90-102.