

*Ruggero, Sandra*

## **Escala de Disposición al Aprendizaje Interprofesional en el primer nivel de atención: adaptación y validación en español (RIPLS-AP)**

Maestría en Educación para Profesionales de la Salud

*Tesis 2022*

*Cita sugerida:* Ruggero S. Escala de Disposición al Aprendizaje Interprofesional en el primer nivel de atención: adaptación y validación en español (RIPLS-AP) [tesis de maestría] [internet]. [Buenos Aires]. Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires; 2022 [citado AAAA MM DD]. 61 p. Disponible en: <https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/tesisytr/20230626093657/tesis-ruggero-sandra.pdf>

Este documento integra la colección Tesis y trabajos finales de Trovare Repositorio del Institucional del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires y del Hospital Italiano de Buenos Aires. Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente. Para más información visite el sitio <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/>





**Instituto Universitario Hospital Italiano**



**“Escala de Disposición al Aprendizaje  
Interprofesional en el Primer Nivel de  
Atención”  
Adaptación y Validación en Español  
(RIPLS-AP)**

**AUTORA: Sandra Ruggero**

**Dirigida por: Mg. Marta del Valle**



**Instituto Universitario Hospital Italiano**

**“Escala de Disposición al Aprendizaje  
Interprofesional en el Primer Nivel de Atención”  
Adaptación y Validación en Español (RIPLS-AP)**

---

**por**

**Sandra Ruggero**

**Dirigida por Marta Del Valle**

Presentado en cumplimiento de los requisitos para la obtención del Título de Magister en Educación para los Profesionales de la Salud ante el Instituto Universitario Escuela de Medicina Hospital Italiano de Buenos Aires.

Buenos Aires, Agosto de 2022

© Copyright Sandra Ruggero, 2022



## AGRADECIMIENTOS

- A los docentes de la Maestría en Educación para los Profesionales de la Salud del Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires por su predisposición a estar atentos a nuestras necesidades y alentar a no bajar los brazos.
- A la Mg. Marta del Valle por su acompañamiento, orientación, profesionalismo y sobre todas las cosas su incentivo a que no desista en el camino, siempre con feedback positivo y buscando soluciones en donde yo creía que era imposible.
- A María José Monopolis por su ayuda y orientación desinteresada en instancias críticas de este trabajo.
- A los integrantes del Centro de Estudios en Educación de Profesionales de la Salud - Universidad Nacional del Sur Bahía Blanca (CEEProS UNS) por la orientación y el apoyo para la realización de la tesis.
- A cada uno de los trabajadores del primer nivel de atención de la ciudad de Bahía Blanca que colaboraron permitiendo la recolección de los datos necesarios para llevar adelante el trabajo.
- A la Universidad Nacional del Sur, Departamento de Ciencias de la Salud que a través de la beca PROMED me permitió acceder a esta formación.
- A Fernando R. Vázquez Peña y María Vázquez Navarro quienes a través de la teoría y la práctica me ayudaron a comprender aspectos metodológicos de esta tesis.
- Muy especialmente a mi familia, mis hijos Ayelén y Nicolás y mi esposo Claudio pilares fundamentales en mi vida que me acompañan, me apoyan y me incentivan a continuar cada emprendimiento.



### INTRODUCCIÓN

El trabajo en salud tiene algunas particularidades ya que la salud “se produce en acto” es decir que el producto del trabajo en salud solamente existe durante su misma producción y para las personas involucradas, esto es el trabajador y el usuario. Es exactamente en ese espacio del trabajo vivo, en el cual los trabajadores de salud reinventan constantemente su autonomía en la producción de actos de salud. La Educación Permanente para la OPS es una estrategia para la construcción de procesos más eficaces para el "desarrollo del personal de salud", que parten de la realidad concreta y son más participativos. (Merhy, Camargo Macruz Feuerwerker, & BurgCeccim 2006)

La literatura describe que el aprendizaje continuo de los profesionales es un proceso permanente de naturaleza participativa en el cual ese aprendizaje se produce alrededor de un eje central constituido por el trabajo habitual de los servicios.

La lógica de trabajo interprofesional requiere que los profesionales de APS (atención primaria de la salud) aprendan continuamente entre sí a través de la colaboración. El aprendizaje en el lugar del trabajo se ha definido como el aprendizaje con el trabajo, a través del trabajo y para el trabajo.

Barret.al. (2013) refiere que las actividades de aprendizaje interprofesionales en el lugar de trabajo a menudo se denominan “aprendizaje compartido” o “entrenamiento conjunto”. Dichos términos pueden ser más aceptables cuando el aprendizaje involucra tanto a profesionales como a otros empleados en el mismo lugar de trabajo actualizando, reforzando o aumentando conocimientos y habilidades en respuesta a las demandas cambiantes de la práctica, la organización, la prestación de servicios y su carrera profesional.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la educación interprofesional (EIP) “ocurre cuando los estudiantes de dos o más profesiones aprenden sobre los demás, con los demás y entre sí, para permitir una colaboración eficaz y mejorar los resultados de salud”. También es definida como “Ocasiones en que dos o más profesiones aprenden con los demás, entre sí y sobre otros para mejorar la colaboración y calidad de los cuidados y servicios” (Barr; Low, Fareham 2013)

Sería ingenuo no ver que existen diferentes actores en la ecuación de la EIP y que estos pueden actuar como facilitadores o como una barrera, en este aspecto un estudio realizado a nivel de grado identifica al gobierno, a los profesionales, a la institución y los individuos y refiere que los programas son considerados exitosos cuando tienen en cuenta estos elementos.(Barr, BeunzaNuin 2014)

Contextualizando a nivel local, la ciudad de Bahía Blanca está ubicada al sur de la provincia de Buenos Aires (Argentina) cuenta con un total de 301.572 <sup>1</sup>habitantes. El subsistema de salud público de la ciudad está conformado por dos hospitales (de 2° y 3°

---

<sup>1</sup>(Indec, 2010)



nivel) y a nivel del primer nivel de atención se encuentra dividido en 10 áreas programáticas las cuales cuentan con 47 Unidades Sanitarias y 10 Centros de Salud.

El primer nivel de atención, según datos del programa Si-salud cuenta con un recurso de 619 trabajadores distribuidos de la siguiente manera: 30% profesional médico, 28,5% profesionales de enfermería, 8,5% licenciados de psicología, 7,5% personal administrativo, 5% trabajo social, 4% odontología, 2,2% obstetricia, 2% promotores de salud, 2% psicopedagogía, 1,2% fonoaudiología, 0,5% nutricionistas, 2% técnicos radiólogos y 0,5% bioquímicos.

En su gran mayoría los equipos de trabajo se conforman con personal administrativo, enfermería, especialidades básicas (medicina familiar y/o general, pediatría, clínica, ginecología, psicología y/o trabajo social) en Unidades Sanitarias y en los Centros de Salud se encuentran el resto de los profesionales.

La educación continua para la OPS es una estrategia para la construcción de procesos más eficaces para el “desarrollo del personal de salud”, que parten del trabajo concreto y de manera participativa.

Teniendo en cuenta la forma de trabajo en el primer nivel de atención y el aumento creciente de problemáticas más complejas que no pueden ser abordadas de manera individual es que se identifica como un problema la propuesta de educación permanente que se ofrece a los diferentes trabajadores del primer nivel de atención la cual es mayoritariamente mono profesional. Pero ¿cuál es la disposición de los profesionales de la salud a participar en estas capacitaciones con estrategias de enseñanza interdisciplinar?

El propósito general de la investigación fue evaluar la predisposición de los profesionales del Primer Nivel de Atención a participar de capacitaciones interprofesionales las cuales mejorarían la implementación de proyectos de capacitación con estrategias de aprendizaje interprofesional beneficiando a los profesionales y a la comunidad. Dado que no se cuenta con una herramienta en nuestro idioma que lo evalúe es necesaria la adaptación transcultural y validación de un instrumento que esté adaptado a profesionales del primer nivel de atención. La escala de disposición para el aprendizaje interprofesional (RIPLS) es uno de los instrumentos aplicados con mayor frecuencia en la evaluación de la educación interprofesional y las actitudes de los profesionales de la salud hacia el aprendizaje interprofesional. La escala RIPLS, fue construida por Parsell y colegas y adaptada por McFadyen, fue originalmente diseñado para su uso con estudiantes de pregrado y comprendía tres subescalas: trabajo en equipo y colaboración, identidad profesional y roles y responsabilidades. Como tal, este instrumento permitió evaluar la educación interprofesional de pregrado durante la formación como futuros trabajadores de la salud. Reid adaptó y validó la escala para su uso en el contexto de posgrado en atención primaria. La escala se volvió útil para evaluar las actitudes de los profesionales de la salud hacia el aprendizaje interprofesional pero nunca se había probado su aplicabilidad en el contexto de aprendizaje interprofesional en la práctica del escenario laboral hasta el trabajo realizado por Pype&Deveugele (2016). Desde el punto de vista de sus propiedades psicométricas el RIPLS (readiness for interprofesional learning scale) ha demostrado ser un importante aporte para el conocimiento de la disponibilidad hacia



el aprendizaje interprofesional. En la población local cobra particular relevancia el disponer de un instrumento adaptado y validado a las características culturales de los profesionales del primer nivel de atención.

Teniendo en cuenta la complejidad del trabajo en salud, donde las problemáticas no son únicas y requieren el abordaje de diferentes disciplinas y que la educación continua en el trabajo es una estrategia de desarrollo profesional se hace necesario conocer la percepción y disposición de los trabajadores para el aprendizaje interprofesional.

No contando con un instrumento en nuestro medio, esta tesis desarrollará la adaptación transcultural del instrumento RIPLS (readiness for interprofessional learning scale) en el contexto de atención primaria de la salud y el proceso de verificación de sus propiedades psicométricas.



## RESUMEN

### Introducción

La complejidad del trabajo en salud, requiere del abordaje de diferentes disciplinas y la educación continua en el trabajo a través del aprendizaje interprofesional es una estrategia educativa del desarrollo profesional. Conocer la predisposición de los trabajadores hacia esta nueva estrategia permitirá planificar nuevas propuestas de formación ya que no existe conocimiento a nivel local de dicha predisposición. No contando con un instrumento en nuestro medio que evalúe la disponibilidad hacia el aprendizaje interprofesional se desarrolló la adaptación transcultural del instrumento RIPLS (readiness for interprofessional learning scale) en el contexto de atención primaria de la salud y el proceso de verificación de sus propiedades psicométricas

### Objetivos

- Realizar la adaptación transcultural y validación de la escala de disposición al aprendizaje interprofesional al español, para su utilización en el primer nivel de atención.(RIPLS-AP)

### Materiales y Métodos

Se trató de un estudio de carácter psicométrico dentro de la investigación cuantitativa. Se realizó la adaptación transcultural al español del instrumento RIPLS adaptado en atención primaria. Se determinó la evidencia sobre la validez de contenido, la validez de constructo a partir del análisis factorial confirmatorio y se determinó la confiabilidad (Alfa de Cronbach) y la fiabilidad compuesta.

### Resultados

Luego de realizar los pasos formales de la adaptación transcultural se envió la encuesta a un total de 214 trabajadores del primer nivel de atención entre los que se encontraban personal de enfermería, médicos, trabajadores sociales y psicólogos. El instrumento mostró una confiabilidad determinada por un Alfa de Cronbach para el total del instrumento de 0,90. Se determinó la validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio (AFC). Las propiedades psicométricas mostraron resultados válidos similares al instrumento original.

### Conclusiones

La escala de evaluación de predisposición al aprendizaje en atención primaria (RIPLS AP) es una herramienta validada al español, confiable para ser utilizada en nuestro medio y aportar evidencia que resulte de ayuda en la planificación de nuevas estrategias educativas en desarrollo profesional continuo para trabajadores del primer nivel de atención.

**Palabras Claves:** Aprendizaje Interprofesional-Trabajadores de salud-RIPLS-Adaptación Transcultural-Validez-Confiabilidad.





**TABLA DE CONTENIDO**

AGRADECIMIENTOS .....	i
INTRODUCCIÓN .....	ii
RESUMEN .....	v
CAPITULO 1: MARCO TEÓRICO.....	3
1.1 Aprendizaje Colaborativo-Interprofesional .....	3
1.2 Aprendizaje Situado .....	4
1.3 Trabajo en Equipo .....	5
1.4 Identidad Profesional .....	6
1.5 Aprendizaje Interprofesional: herramientas para su evaluación.....	7
1.6 Cuestionario: Adaptación transcultural y validación.....	9
CAPITULO 2: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2.1 Pregunta de Investigación .....	12
2.2 Objetivo General .....	12
2.3 Objetivos Específicos .....	12
CAPITULO 3: METODOLOGIA .....	13
3.1 Diseño de Investigación.....	13
3.2 Contexto del Estudio .....	13
3.3 Características del Instrumento .....	14
3.4 Adaptación y Validación del Instrumento al Español .....	14
3.4.1 Fase I: Adaptación transcultural al español del cuestionario RIPLS para Profesionales del Primer Nivel de Atención (RIPLS AP) .....	14
3.4.2 Fase II: <i>Validación</i> .....	17
3.4.3 Obtención de Evidencia sobre la Validez .....	18
3.4.4 Confiabilidad .....	19
3.5 Aplicación del Cuestionario Obtenido y Recolección de los Datos .....	20
3.5.1 Población.....	20
3.5.2 Criterios de Inclusión: .....	20
3.5.3 Muestra.....	20
3.5.4 Método de recolección de los datos .....	22
3.6 CONFLICTOS DE INTERÉS .....	22
3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	22
CAPÍTULO 4: RESULTADOS .....	23



4.1 Realizar la adaptación transcultural de la escala RIPLS para profesionales del primer nivel de atención al español. ....	23
4.1.1 Fase I: Adaptación transcultural al español de la escala RIPLS para Profesionales del Primer Nivel de Atención. (RIPLS AP) .....	23
4.1.2 Fase II: Validación .....	27
Validez de constructo: ANALISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO .....	27
Confiabilidad del instrumento: ALFA DE CRONBACH .....	30
CAPITULO 5 DISCUSIÓN .....	31
ANEXO I. Autorización del Autor .....	x
ANEXO II. Cuestionario Original .....	xi
ANEXO III. Aval Secretaria de Salud de Bahía Blanca .....	xiv
ANEXO IV: Comité de Bioética del Hospital Municipal Leónidas Lucero Bahía Blanca .....	xv
ANEXO V Traducción Unificada al Español .....	xvi
ANEXO VI Análisis Factorial Confirmatorio MPlus® .....	xix
ANEXO VII: Medidas de Calidad del Ajuste Mplus® .....	xx
ANEXO VIII: Comunalidades Mplus® .....	xxi
APÉNDICE I Formulario Google .....	xxiii
APÉNDICE II: Fase de Validación Análisis Factorial Confirmatorio .....	xxiv
APÉNDICE III: Diagrama de Path .....	xxv
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	xxvi



## **CAPITULO 1: MARCO TEÓRICO**

Las complejas transformaciones del trabajo en salud demandan de los profesionales el desarrollo de capacidades y competencias que permitan intervenciones e innovaciones en escenarios socio-laborales complejos. El grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud desarrolló un Marco de acción global para la Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa teniendo como objetivo la educación interprofesional como preparación de un trabajo “colaborativo” listo para la práctica; impulsada por las necesidades de salud locales y los sistemas de salud locales diseñados para responder a esas necesidades. (Framework 2010)

Teniendo en cuenta estas particularidades es importante abordar diferentes conceptos que hacen al aprendizaje interprofesional: aprendizaje colaborativo, interprofesional, aprendizaje situado, trabajo en equipo y la identidad profesional.

### **1.1 Aprendizaje Colaborativo-Interprofesional**

La educación es el proceso bidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra: está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.

El aprendizaje colaborativo es un sistema de interacciones cuidadosamente diseñado que organiza e induce la influencia recíproca entre los integrantes de un equipo para la construcción colectiva de significados comunes.

El enfoque del aprendizaje colaborativo se inscribe dentro de una epistemología socio constructivista (Bruffee, 1993). El conocimiento es definido como una negociación o construcción conjunta de significados, y esto vale para todo el proceso de enseñanza aprendizaje; aunque el peso del concepto está puesto en el reconocimiento del valor de la interacción cognitiva entre pares, el aprendizaje colaborativo involucra también al docente, es decir, a todo el contexto de la enseñanza, la comunidad de aprendizaje. No se trata, pues, de la aplicación circunstancial de técnicas grupales, sino de promover el intercambio y la participación de todos en la generación de una cognición compartida. La teoría del aprendizaje colaborativo está más emparentada con el constructivismo psicológico, ya que, aunque se pone el acento en la elaboración social del conocimiento, el nivel de análisis es más bien microsocio y centrado en el proceso de construcción cognitiva.

El aprendizaje colaborativo forma parte del modelo constructivista cuyo postulado parte de la idea de la educación como un proceso de socio construcción, es decir, de la apertura a la diversidad y la tolerancia. (Galindo González, 2012)

Para trabajar en colaboración, es necesario compartir experiencias, conocimientos y tener una meta grupal definida; la retroalimentación es esencial para el éxito de la tarea; lo que debe ser aprendido y sólo puede conseguirse si el trabajo del grupo es realizado en colaboración.

Este tipo de aprendizaje como proceso de construcción social se adquiere con la utilización de métodos de trabajo grupal, que promuevan habilidades y cuyo objetivo de



aprendizaje es la interacción y el aporte de conocimientos de cada integrante para crear nuevos aprendizajes, producto de la interacción entre compañeros.

A diferencia de la educación uniprofesional (estudiantes de una disciplina en particular aprendiendo sin interactuar con otras) y de la educación multiprofesional (estudiantes de distintas disciplinas aprendiendo en conjunto, de forma pasiva y sin necesariamente interactuar ni aprender unos de otros), la educación interprofesional (EIP) busca el trabajo interdisciplinario de forma coordinada y colaborativa entre estudiantes de diferentes profesiones. La EIP implica una interacción activa entre los estudiantes, aprendiendo unos de otros y complementando su aprendizaje. Esto permite aprender no solo conceptos propios de las disciplinas, sino también la forma de relacionarse con otros profesionales y el enfoque dado por otros a la salud y enfermedad. La EIP representa una estrategia eficaz para promover la colaboración y el trabajo coordinado para beneficiar el cuidado de los pacientes y la optimización de recursos. (Orsini,2019)

La educación interprofesional es un paso necesario para preparar una fuerza laboral de salud “colaborativa y lista para la práctica” que esté mejor preparada para responder a las necesidades locales de salud. Un trabajador de salud colaborativo preparado para la práctica es alguien que ha aprendido a trabajar en un equipo colaborativo interprofesional y es competente para hacerlo. La práctica colaborativa ocurre cuando varios trabajadores de la salud de diferentes antecedentes profesionales trabajan junto con los pacientes, las familias, los cuidadores y las comunidades para brindar la más alta calidad de atención. Permite a los trabajadores de la salud involucrar a cualquier persona cuyas habilidades puedan ayudar a lograr los objetivos de salud locales. La práctica colaborativa fortalece los sistemas de salud y mejora los resultados de salud (Alvarez-Cruces 2001). Las políticas integradas de salud y educación pueden promover una educación interprofesional eficaz y una práctica colaborativa. Para ello hay que tener en cuenta que los aprendizajes nuevos parten de saberes previos, que es importante poder revisar, cuestionar y ampliar. La enseñanza persigue la significancia de los aprendizajes por lo que se puede relacionar lo que se aprende con lo que se sabe y esto que se aprende puede ser utilizado para resolver y/o problematizar la vida profesional. Es por ello que se concibe a la enseñanza y el aprendizaje de manera situada, el punto de partida es un hecho de la vida—no un concepto, no una construcción abstracta, no una explicación—. Se enseña con situaciones auténticas de trabajo interprofesional, las que tienen una relevancia en el mundo real. El trabajo a partir de situaciones auténticas facilita la movilización de los saberes y el involucramiento de los profesionales, dando lugar, a su vez, a la emergencia de significados ligados precisamente a su uso en contextos de práctica.

### 1.2 Aprendizaje Situado

El constructivismo no es un resultado de una copia de la realidad existente, sino que es un proceso dinámico a través del cual la información de afuera (externa) es interpretada por la mente del sujeto, durante el proceso el sujeto va construyendo progresivamente conocimientos más complejos, a partir de lo que vamos conociendo e interactuando en la realidad.



El sujeto construye el conocimiento de la realidad, a través de los mecanismos cognitivos que se disponen, que a su vez, permiten transformar esa realidad, de manera que el conocimiento se crea y logra a través de que se va actuando sobre la realidad, experimentando situaciones, al igual que los mecanismos cognitivos, que nos permiten desarrollar el conocimiento se van desarrollando a lo largo de la vida de cada sujeto.

El constructivismo concibe al sujeto como un ser motivado por su propio aprendizaje, un ser activo que interactúa con el ambiente para desarrollar capacidades y habilidades para comprender el mundo en el que vive; para desarrollar un sujeto activo en su propio aprendizaje. (Araya 2007)

El Aprendizaje Situado (AS) es una estrategia formativa que une la educación con la realidad. El AS no es una estrategia que inicia inmediatamente con los contenidos, sino tiene como inicio a la realidad, esa realidad que ayudara a que los contenidos teóricos o reflexivos estén contextualizados y tengan un significado concreto y útil, en donde tenga un alcance inmediato en la vida diaria del sujeto. (Pérez Salazar, 2017)

El aprendizaje situado refleja la importancia que está adquiriendo la dimensión social en la construcción del conocimiento, así como el valor de los saberes significativos. Trata de incentivar el trabajo en equipo y cooperativo a través de proyectos orientados a problemas que precisen de la aplicación de métodos analíticos que tengan en cuenta todo tipo de relaciones y vinculaciones.

### 1.3 Trabajo en Equipo

Lo que define al equipo es un conjunto de personas articuladas, con roles definidos para resolver una tarea. La esencia del equipo es la búsqueda de resultados. Estos resultados son el producto de la tarea, pero la tarea no es lineal, sino un camino sinuoso donde las personas ponen en juego aspectos que la movilizan y aspectos que la obstaculizan. (Sznajder, 2006)

Los equipos se conforman con un conjunto de personas con conocimientos y habilidades complementarias que se comprometen con un propósito común, fijan sus resultados esperados y acuerdan una estrategia para alcanzarlos, asumiendo la responsabilidad de su logro en forma conjunta.

Los valores referidos a la cohesión y sentimientos de acuerdo en el equipo no garantizan el arribo a los resultados planteados. (Luppi, C)

Si bien los equipos son más que la suma de sus integrantes, también son una combinación de las capacidades de sus integrantes. Por lo tanto, su desempeño no sólo se relaciona con las condiciones de trabajo y las estrategias que el equipo aplica para realizar la tarea, sino con las competencias de los integrantes y la forma en que desempeñan sus tareas.

Los miembros del equipo de salud de un centro de atención primaria tienen diferentes saberes. Algunos de ellos son profesionales formados en medicina, odontología, obstetricia, enfermería; otros formados en psicología, trabajo social, antropología, etc. El modo de pensar, analizar un problema y diseñar una estrategia de intervención es diferente entre ellos, fuertemente es diferente entre los profesionales formados en ciencias



sociales y humanas y en ciencias médicas. Sin embargo, algunos problemas son comunes a todas las profesiones, el dilema es cómo resolver problemas prácticos (problemas que se presentan en la realidad) utilizando los conceptos teóricos y los instrumentos con los que han sido formados la mayor parte de los profesionales.

Desde el punto de vista del conocimiento y la intervención representa un esfuerzo de los profesionales por tratar de dejar atrás la mirada sobre la unidad u objeto de análisis disciplinar, para adoptar un encuadre teórico que permita tratar la realidad tal como ésta se presenta, circunscribiendo problemas, que no se generaron con la lógica de ninguna teoría disciplinar.

Este esfuerzo no es menor, el modelo teórico profesional con el que los profesionales de la salud han sido formados es muchas veces el único dispositivo con el que cuentan para abordar y tratar sus objetos de estudio. Por lo tanto, delimitar problemas intentando superar la mirada sobre la unidad de estudio es un desafío para el que se conoce el objetivo, pero no el camino a seguir. (Sznajder, 2006)

La interdisciplinariedad incluye intercambios disciplinarios que produce enriquecimiento mutuo y transformación. Estos intercambios disciplinarios implican además interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc. (Sznajder 2006)

Ahora bien, a trabajar en equipo se aprende y se aprende desde la tarea de trabajar en equipo por ello es muy importante adquirir estos conocimientos desde el pregrado. El trabajo en equipo es una competencia clave en el desarrollo profesional, el desarrollo de la competencia de trabajo en equipo debería estar integrado en la formación, incluyendo actividades estructuradas para la adquisición y evaluación de dicha competencia.

### 1.4 Identidad Profesional

La identidad profesional puede ser definida como aquel ámbito de la identidad personal, cuyo significado se construye e internaliza en el trabajo. La configuración de la identidad está determinada por un proceso de construcción del significado con base a atributos sociales, culturales, políticos y económicos, de los cuales los elementos fundamentales son el intercambio social, el espacio, el lugar y el contexto en el cual se desarrollan las personas. El interés creciente en el desarrollo de la identidad profesional en ámbitos de salud está fundamentado en la interdisciplinariedad que reviste la actividad en ambientes hospitalarios: se trata de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y personal administrativo. (Ruvalcaba-Coyaso, Uribe & Gutiérrez, 2011)

Por ello se plantea que ninguna profesión puede responder de forma autónoma a todas las necesidades del paciente ni tampoco a los futuros cambios relacionados con la demografía y los avances científicos y tecnológicos.

La práctica colaborativa interprofesional se puede definir como un proceso en el que un rango de profesionales sanitarios procedentes de diferentes *backgrounds* disciplinares trabajan juntos con pacientes, familias y comunidades para producir un impacto positivo sobre la atención sanitaria.



La práctica colaborativa interprofesional en salud debe afrontar múltiples barreras para dejar de ser un reto y convertirse en una realidad. Entre ellas se encuentran aquellos aspectos relativos a la identidad profesional.(López Deflory, 2017)

Migrar desde el actual modelo multiprofesional hacia un modelo más colaborativo supone para muchos profesionales entrar en conflicto con su identidad profesional. La identidad, a pesar de ser un término polisémico, puede definirse como un constructo social que, lejos de ser una entidad fija, es un concepto dinámico que se forma y reforma continuamente. Este término refleja cuestiones que tienen que ver con la forma en que los individuos se comprenden a sí mismos y son percibidos por los demás.(López, Camelia ,2018)

Hirsch Adler (2013) menciona que las identidades se construyen, dentro de un proceso de socialización, en espacios sociales de interacción, mediante identificaciones y atribuciones, donde la imagen de sí mismo se configura bajo el reconocimiento del otro. Nadie puede construir su identidad al margen de las identificaciones que los otros formulan sobre él. Es así que “la identidad profesional se configura como el espacio común compartido entre el individuo, su entorno profesional y social y la institución donde trabaja”.

### **1.5 Aprendizaje Interprofesional: herramientas para su evaluación**

Las actividades de aprendizaje interprofesionales en el lugar de trabajo a menudo se denominan “aprendizaje compartido” o “entrenamiento conjunto”. Dichos términos pueden ser más aceptables cuando el aprendizaje involucra tanto a profesionales como a otros empleados en el mismo lugar de trabajo. La Educación Interprofesional en el lugar de trabajo es más sostenible y sistemática cuando forma parte del desarrollo profesional interprofesional, durante el cual los profesionales aplican, refuerzan, actualizan y aumentan su conocimiento y habilidades en respuesta a las demandas cambiantes de la práctica, la organización, la prestación de servicios y su carrera profesional.(Barr&Low; 2013).La mayoría de los profesionales de la salud en atención primaria encuentran difícil gestionar el tiempo para el aprendizaje y capacitación continua por lo que éste puede verse comprometido por la demanda de prestación de asistencia sanitaria de calidad para los pacientes cada vez más complejos. El aprendizaje informal pasa a ocupar un rol muy importante, esto es llamado aprendizaje a través de procesos de trabajo, basados en la práctica. Joynes, Kerr&Treasure-Jones(2017) realizaron un estudio cualitativo donde se intentaban conocer los espacios de aprendizaje y las experiencias de aprendizaje en el lugar de trabajo. Sus resultados confirman la importancia del aprendizaje informal, en el lugar de trabajo, el intercambio con las diferentes disciplinas y que es importante el rol de las organizaciones, además de contar con un tiempo protegido para estas prácticas.

Reeves,et. Al. (2013) evaluaron la efectividad de las intervenciones de educación interprofesional (EIP) en comparación con las intervenciones educativas separadas, específicas de la profesión; y la efectividad de las intervenciones de EIP comparadas con ninguna intervención educativa y encontraron 15 estudios que aunque estos estudios informaron algunos resultados positivos, debido a la pequeña cantidad de estudios y la heterogeneidad de las intervenciones y las medidas de resultado, no les fue posible extraer





inferencias generalizables sobre los elementos clave de la EIP y su eficacia. A esta misma conclusión llegó una revisión sistemática realizada por Cochrane en la cual dada la baja calidad de estudios no pudo aportar información concluyente (Reeves , Zwarenstein , Goldman,,Barr, Freeth, Hammick, &Koppel 2008) Mertens,et.al (2017) llevaron adelante una revisión sistemática para comprender el proceso de aprendizaje en el lugar de trabajo de atención primaria de manera colaborativa y describieron las condiciones que influyeron en este aprendizaje. Concluyeron que el trabajo y el aprendizaje son inseparables y fundamentales y que la atención al paciente parece ser un motivador principal para el aprendizaje, pero se debe prestar mayor atención a las oportunidades potenciales de aprendizaje que surgen de la interacción con el paciente para optimizar el aprendizaje en el trabajo de los profesionales.

A través del tiempo fueron desarrollados números instrumentos enfocados en el aprendizaje interprofesional y cada uno de ellos evaluó diferentes competencias, en diferentes escenarios y con diferentes poblaciones. Los primeros instrumentos fueron aplicados en estudiantes de diferentes carreras relacionadas con la salud.

La escala de percepción de educación interdisciplinaria (IEPS) es una herramienta de 18 ítems con una escala de cinco puntos mide la percepción de los estudiantes sobre las experiencias educativas interprofesionales, cuya versión original fue publicada por Luecht et al. (1990). El cuestionario apunta al conocimiento definido del encuestado sobre otras disciplinas además de la propia, por lo que es adecuado para estudiantes avanzados o profesionales.

Kenaszchuk C, Reeves S, Nicholas D, Zwarenstein(2010) desarrollaron la Escala de colaboración interprofesional(ICS) compuesta por 13 ítems que evalúa las percepciones de colaboración interprofesional precisamente de comunicación, aislamiento y adaptación. Esta herramienta fue utilizada en diferentes profesionales hospitalarios.

Nisbe., Stewart Dunn, Lincoln& Shaw (2016) desarrollaron un instrumento para identificar fortalezas y debilidades del aprendizaje interprofesional en espacios de aprendizaje informal en el contexto del trabajo hospitalario y concluyeron que este instrumento puede servir como un proceso de diagnóstico para los equipos, sentando así las bases para la creación y el fomento de una cultura de aprendizaje interdisciplinario.

Parsell ,Bligh (1999) desarrollaron un cuestionario para evaluar predisposición para el aprendizaje interdisciplinario de los estudiantes de medicina (RIPLS) por sus siglas en inglés. El objetivo principal de este estudio fue desarrollar una escala de calificación utilizando ítems basados en los resultados deseados del aprendizaje compartido, para evaluar la "predisposición" de los estudiantes hacia las actividades de aprendizaje compartido.

Este cuestionario está compuesto por 19 Ítems con 3 subescalas (trabajo en equipo y colaboración, identidad profesional y roles y responsabilidades) con una escala de likert de 5 puntos. Fue aplicado en varios estudios sobre estudiantes de grado de diferentes disciplinas relacionadas a la salud, presentando una confiabilidad aceptable (alpha de





Cronbach > 0.9 para el constructo). Se realizaron adaptaciones en varios idiomas (Japonés, Alemán, Francés, Sueco, Portugués y Español) y fue utilizada en diferentes carreras como enfermería, farmacia, veterinaria y en estas diferentes adaptaciones fueron incorporadas o excluidas algunas preguntas.

El cuestionario resultó útil en el contexto del pregrado y fue lógico preguntarse si la educación de posgrado debería o podría ser brindada en equipos interprofesionales. Es así que se diseñó una nueva versión de RIPLS para ser aplicada en el postgrado con modificaciones respecto de la herramienta original (Reid R., Bruce D., Allstaff K., McLernon D 2006). La nueva versión se extendió a 23 ítems y se cambiaron algunos términos lo que proporcionó una herramienta para evaluar las actitudes de los profesionales hacia el aprendizaje interdisciplinario en la práctica.

La encuesta, quedó conformada con tres subescalas trabajo en equipo y colaboración, sentido de identidad profesional y centrado en el paciente. La medida de consistencia interna fue de 0,76. El cuestionario RIPLS fue validado para su uso en el contexto de posgrado, proporcionando así a los investigadores una herramienta para evaluar las actitudes de los profesionales de la salud hacia el aprendizaje interprofesional.

Un nuevo estudio utilizó el RIPLS modificado en profesionales de atención primaria (Pype P & Deveugele M 2016) demostrando que también puede ser usado en este ámbito, sin modificaciones y remarcando que su aplicabilidad en la formación en el trabajo ofrece nuevas posibilidades de desarrollo profesional continuo. Dicha herramienta no se encuentra aún disponible en español.

### 1.6 Cuestionario: Adaptación transcultural y validación

La traducción simple de un cuestionario puede conducir a una interpretación errónea debido a diferencias culturales y de lenguaje. Si el proceso de traducción, adaptación cultural y validación no se realiza correctamente pueden producirse diversos errores dependiendo del objetivo del cuestionario. El principal objetivo de este proceso de traslación es producir un instrumento que sea apropiado para las personas objeto de investigación y que sea equivalente del instrumento original. (Arribas, 2006)

El proceso de traducción y adaptación debe ir seguido de un proceso de validación en la lengua de destino, lo cual permite minimizar el sesgo de información que podría asociarse a la administración de cuestionarios en países con idiomas y culturas diferentes. (Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas, Delclós-Clanchet, 2013)

Los constructos deben de ser evaluados desde estos tres aspectos: validez, fiabilidad y utilidad, en la medida que un instrumento supere de mejor manera estas evaluaciones, se considerará que es un instrumento más “robusto”. (Villavicencio-Caparó, Ruiz-García, Cabrera-Duffaut 2016)

- **Validez:** capacidad de un instrumento para medir la variable para la cual fue diseñado. La validez tiene cuatro dimensiones *validez lógica* (Evalúa de manera subjetiva si el cuestionario mide la variable que se quiere medir, desde la perspectiva de los sujetos a ser evaluados se la conoce también como validez



aparente). *Validez de Contenido* se refiere a la medida en que el instrumento representa todas las dimensiones de la variable, se evalúa a través de la opinión de expertos. *Validez de criterio* se aplica cuando queremos validar un instrumento nuevo, para una variable que ya tiene un instrumento validado. *Validez de constructo* a través del análisis factorial se comprueba la correlación entre cada una de las dimensiones y la variable-constructo final, se utiliza una correlación estadística tipo R de Pearson.

- La fiabilidad del instrumento es la propiedad de mantenerse constante en el tiempo, bajo las mismas condiciones, es decir que brinde el mismo valor al repetir la medición en dos momentos distintos, siempre y cuando las condiciones de la unidad de estudio no hayan cambiado. Para evaluar si el instrumento está construido adecuadamente y que todos los ítems tienen igual aporte para la construcción del valor final del cuestionario, se utilizan las pruebas estadísticas la más usada Alpha de Cronbach.
- Utilidad un instrumento es útil cuando es fácil de usar, cuando el encuestado lo encuentra relativamente corto y es práctico al momento de su calificación.

Todo proceso de adaptación transcultural de un instrumento debe pasar por una serie de pasos hasta llegar al instrumento validado. Primero el contacto con los autores del instrumento original y luego por las etapas de traslación, síntesis, retraslado, comisión de expertos, pretesteo, apreciación crítica de los documentos por los investigadores y finalmente la validación de las propiedades psicométricas del instrumento en su comparación con el instrumento original. Ramada-Rodilla et.al (2013) mencionan que existe amplio consenso en recomendar dos etapas para el proceso de adaptación transcultural: a) adaptación cultural, donde es necesario tener en cuenta los giros idiomáticos, el contexto cultural, y las diferencias en la percepción de la salud y la enfermedad de las poblaciones, y b) la validación en el idioma de destino, para evaluar el grado de preservación de las propiedades psicométricas.

La adaptación transcultural combina la traducción literal de las palabras o frases y su adaptación. Es así que, la corrección lingüística y la adecuación práctica son conceptos complementarios que se compatibilizan en este proceso. La calidad de la medida adaptada se evalúa según su sensibilidad. Se plantea que en la adaptación transcultural la sensibilidad debe considerar el propósito (lo que se quiere medir), la comprensibilidad, el contenido y la validez aparente así como la replicabilidad e idoneidad de la escala. Todas estas características se denominan “propiedades psicométricas” y su evaluación es lo que se llama proceso de validación. Todo proceso de adaptación transcultural debería entonces, finalizar con la correspondiente validación del instrumento adaptado. (Lira & Caballero, 2020).



## **CAPITULO 2: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La atención primaria presta asistencia a lo largo del tiempo, es centrado en la persona más que en la enfermedad, ofrece atención a todos los problemas (con excepción de los más raros o inhabituales) y coordina e integra la atención prestada en otros lugares o por otros profesionales (Starfield, 2001). Si bien maneja los problemas más frecuentes o prevalentes también suelen ser los menos definidos y esto se lleva adelante tanto en las unidades sanitarias, centros de salud, espacios comunitarios, escuelas y domicilios.

La atención primaria de la salud se caracteriza por la diversidad de eventos clínicos que aborda y las múltiples necesidades de las personas. En este contexto existen investigaciones que sugieren que la atención en el nivel primario debe ser brindada por equipos de salud que cuenten con competencias específicas para este nivel de atención, es decir, con los conocimientos, habilidades, actitudes profesionales y la motivación que se requieren para ejecutar las tareas vinculadas al rol profesional y que se relacionan con el desempeño exitoso de éstas. La identificación de las competencias esenciales de salud pública permite a la sociedad conocer lo que puede esperar de los profesionales de salud en este campo, ya que es a partir de estas competencias que se puede disponer de un catálogo de lo que estos profesionales saben y deben hacer. (Galindo González, 2012)

El grupo de trabajo de la OMS (OMS, 2010) llegó a la conclusión de que existían pruebas suficientes para indicar que la EIP permitía una práctica colaborativa eficaz que a su vez optimizaba los servicios de salud, fortaleciendo sus sistemas y mejorando los resultados sanitarios. Los pacientes informaron mayores niveles de satisfacción, mejor aceptación de la atención y mejores resultados de salud después del tratamiento realizado por un equipo colaborativo. También Lajes Ugarte et.al (2021) mencionan en su artículo que la complementariedad de las distintas perspectivas, habilidades clínicas y actitudes favorece una atención integral e incrementa la satisfacción de los pacientes.

Teniendo en cuenta la diversidad de eventos clínicos y la complejidad de los problemas en salud abordados por los diferentes profesionales se hace necesario pensar en estrategias de aprendizaje colaborativo, en equipos de manera interprofesional pero para ello sería importante conocer cuál es la predisposición que tienen sus integrantes para aprender a través de esta estrategia educativa contando como antecedente que las capacitaciones en su gran mayoría son orientadas por disciplinas o área de trabajo.

La revisión bibliográfica indica que no se posee una herramienta validada al español para poder aplicar en nuestro medio, por ello la importancia de adaptar la “Escala de preparación para el aprendizaje interprofesional (RIPLS) en contexto de Atención Primaria de la Salud” (Pype P & Deveugele M. 2016) disponible en inglés.



### **2.1 Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de disposición al aprendizaje interprofesional (RIPLS) en español para profesionales del primer nivel de atención?

### **2.2 Objetivo General**

Realizar la adaptación transcultural y validación de la escala de disposición al aprendizaje interprofesional (RIPLS) al español, para su utilización en el primer nivel de atención.

### **2.3 Objetivos Específicos**

Realizar la adaptación transcultural de la escala RIPLS para profesionales del primer nivel de atención al español.

Aportar evidencia de la validez de la versión en español del RIPLS.

Evaluar la confiabilidad de la versión en español del RIPLS para profesionales del primer nivel de atención.



## **CAPITULO 3: METODOLOGIA**

### **3.1 Diseño de Investigación**

El estudio realizado es un estudio de carácter psicométrico dentro del paradigma de la investigación cuantitativa. Se desarrolló en dos fases. La primera fase correspondió al proceso de adaptación transcultural al español de la escala RIPL en el contexto de atención primaria (RIPLS AP). La segunda fase fue la validación de dicha escala y el análisis psicométrico del instrumento obtenido.

### **3.2 Contexto del Estudio**

La ciudad de Bahía Blanca es la cabecera del partido que lleva su mismo nombre y se encuentra ubicada geográficamente al sudoeste de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Al partido de Bahía Blanca, además de la ciudad cabecera, lo integran también las localidades de Cabildo, General Daniel Cerri e Ingeniero White.

Si bien fue realizado el censo 2022 todavía no se cuenta con datos preliminares de la ciudad por lo que se toman el censo poblacional realizado en 2010, donde la población de la ciudad de Bahía Blanca era de 301.572 habitantes. La población de la ciudad representa el 1,9% de la población bonaerense. En tanto, Cabildo cuenta con 2.244 habitantes e Ingeniero White con 10.486; en General Daniel Cerri y la zona rural que circunda a la localidad, se registraron 8.716 personas.

El sistema de salud del Partido de Bahía Blanca está compuesto por dos hospitales públicos Hospital Municipal “Leónidas Lucero” y el Hospital Interzonal Dr. José Penna” y cinco establecimientos de segundo nivel privados que brindan servicios de atención de la salud de mediana y alta complejidad, no solo a sus habitantes sino también a los de la región circundante.

A la atención brindada por los hospitales se suma la de las unidades sanitarias y centros de salud dependientes de la Municipalidad de Bahía Blanca.

El primer nivel de atención se encuentra dividido en 10 áreas programáticas de salud, las mismas cuentan con 47 Unidades Sanitarias y 10 Centros de Salud todos dependientes de la Secretaria de Salud de Bahía Blanca.

Se define área programática como la superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles en la misma, se trata de satisfacer las necesidades de salud de la población que la habita.

En su gran mayoría las unidades sanitarias cuentan con médicos de diferentes especialidades (medicina familiar y/o general, pediatría, ginecología y clínica), profesionales de enfermería y licenciados de psicología o licenciados en trabajo social. Cabe aclarar que no todos los espacios cuentan con estos profesionales.

Existen otros profesionales en menor proporción que también trabajan en el primer nivel pero que no se encuentran presentes en todas las unidades sanitarias y que en muchas



oportunidades son compartidos por las diferentes áreas programáticas (psicopedagogía, nutrición, fonoaudiología, odontología, obstetras y administrativos)

### **3.3 Características del Instrumento**

El RIPLS adaptado a profesionales del primer nivel de atención es un cuestionario estructurado que evalúa tres dominios del desempeño profesional: 1) trabajo en equipo y colaboración; (2) sentido de identidad profesional y (3) centrado en el paciente a través de 23 ítems. La valoración de cada una de las preguntas se realiza mediante una escala tipo Likert de 5 puntos. La menor valoración es el puntaje "1" (o "totalmente en desacuerdo con la aseveración planteada"), en el otro extremo, el máximo puntaje es un "5" ("totalmente de acuerdo" con la aseveración planteada). En medio de esos valores se encuentran los puntajes "2", "3", y "4" con progresivo grado de acuerdo con la aseveración. Una puntuación total más alta se asocia con una mayor disposición para el aprendizaje interprofesional (las puntuaciones pueden oscilar entre 23 y 115 puntos).

La confiabilidad del instrumento original fue probada a través del análisis de confiabilidad, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.78 para todo el cuestionario, y de 0.94 para la primera escala (Trabajo en equipo y colaboración), 0,71 (sentido de identidad profesional) y 0,88 (centrado en el paciente).

El RIPLS mostró buena validez y confiabilidad para su uso en atención primaria. Su aplicabilidad en el aprendizaje en el lugar de trabajo ofrece nuevas posibilidades para el desarrollo profesional continuo. (Pype, &Deveugele2016).

### **3.4 Adaptación y Validación del Instrumento al Español**

La adaptación del instrumento al español se desarrolló en dos fases: La primera fase correspondió al proceso de adaptación transcultural al español del cuestionario RIPLS para profesionales del primer nivel de atención y la segunda fase consistió en la validación del cuestionario obtenido con el análisis de las propiedades psicométricas del mismo.

#### **3.4.1 Fase I: Adaptación transcultural al español del cuestionario RIPLS para Profesionales del Primer Nivel de Atención (RIPLS AP)**

Previo al inicio de las fases se contactó a los autores de la herramienta original Reid, Bruce, Allstaff, & Mc Leron, (2006) al no obtener respuesta se decide contactar a los autores Pype & Deveugele quienes adaptaron la versión al Holandés pero su versión en inglés fue aprobada por los autores originarios Reid, et. Al. Pype Peter autorizó su uso y además facilitó el instrumento completo en inglés invitando a comparar los resultados. (Anexo I y II)

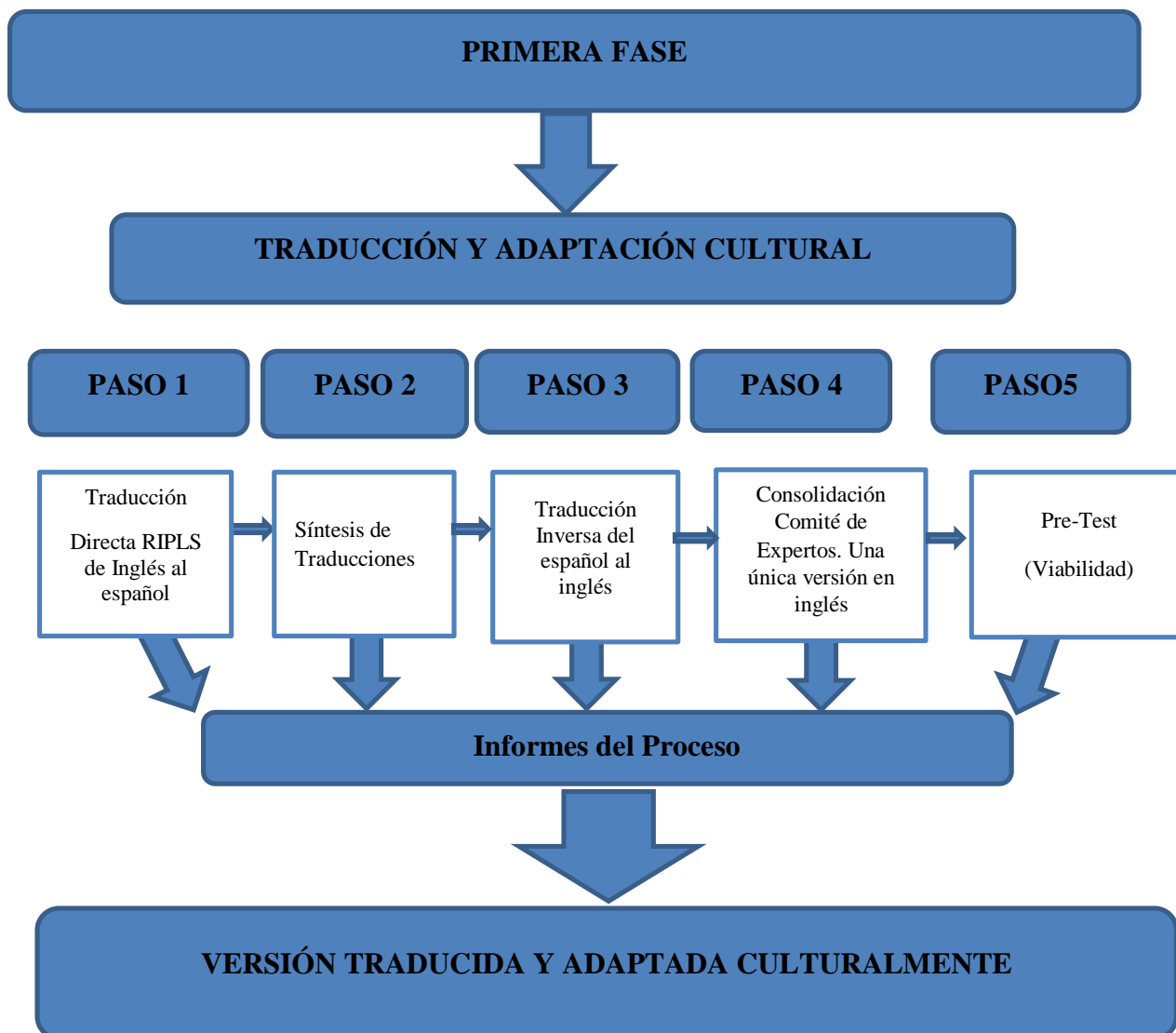


Figura 1 Fuente: Adaptado de Arribas (2006)

### Paso1

**Traducción directa:** se realizó una traducción conceptual del instrumento. Para ello participaron, dos traductores independientes, ya que de esta manera se permitió la detección de errores e interpretaciones de términos ambiguos del instrumento original. Uno de los traductores conocía los objetivos del estudio y los conceptos considerados en el cuestionario, teniendo además experiencia previa en la traducción técnica de textos. El otro traductor no tenía conocimientos previos sobre el cuestionario y desconocía los objetivos del estudio. Su lengua madre era el inglés ya que es originaria de Canadá. Este traductor ofreció una traducción más ajustada al lenguaje de uso coloquial, detectando las dificultades de comprensión y traducción derivadas del uso de vocablos técnicos o poco





comunes. Cada traductor añadió sus notas de las palabras de significado ambiguo quedando todo justificado en el texto. Se creó así 2 traducciones (T1-T2)

### **Paso2**

**Síntesis de traducciones:** las traducciones fueron comparadas por los traductores. Se identificaron y se discutieron las discrepancias entre las versiones traducidas hasta alcanzar el consenso. Por último se realizó un informe del proceso en el que se generó una única traducción del cuestionario fue la versión de síntesis en el idioma de destino.

El objetivo de este paso fue que las preguntas no fueran sólo equivalentes palabra a palabra (lingüísticamente) sino concepto a concepto (semánticamente) y que las expresiones utilizadas fueran aceptables y culturalmente relevantes.

### **Paso3**

**Traducción inversa (retro traducción):** la versión de síntesis fue retro traducida al idioma original, por dos traductores diferentes del paso anterior. Los traductores trabajaron de forma independiente, y ambos fueron ciegos para la versión original del cuestionario, no poseían conocimientos previos sobre el tema y desconocían los objetivos del estudio. Se determinó si la traducción dio lugar a diferencias semánticas o conceptuales importantes entre el cuestionario original y la versión de síntesis obtenida en el paso anterior. Se encontraron algunas diferencias semánticas que fueron nuevamente formuladas.

### **Paso4**

**Comité de expertos:** se constituyó un comité multidisciplinar, de expertos en el tema sobre el que trata el cuestionario. Profesionales con experiencia de trabajo en atención primaria y en educación universitaria. El objetivo de este comité fue llegar a un único cuestionario consolidado pre-final adaptado al idioma español. La constitución de un comité fue necesaria para producir una versión final del instrumento basada en todas las traslaciones y retraslaciones obtenidas. Debiendo asegurarse que las traslaciones fueran completamente comprensibles.

### **Paso5**

**Evaluación de la versión preliminar (aplicabilidad / viabilidad):** su realización permitió evaluar la calidad de la traducción, la adaptación cultural y la aplicabilidad o viabilidad del cuestionario. Fue explorada la validez de forma, equivalencia conceptual, interpretabilidad y aceptabilidad de la versión en el idioma local obtenida en la etapa anterior. Para seleccionar la muestra, se definieron previamente los criterios de inclusión y exclusión, así como el modo en que fueron reclutados los participantes. Se solicitó a los participantes que llenen la versión consolidada y se les invitó a comentar pregunta a pregunta cualquier aspecto que haya resultado difícil de entender.

La encuesta se realizó a 20 trabajadores del primer nivel de atención. Posteriormente, se realizó un informe donde se identificaron las dificultades en la comprensión de las instrucciones del cuestionario, las preguntas y las opciones de respuesta. Se revisó cualquier pregunta del cuestionario si al menos 15% de los participantes encontraban dificultades en la misma.



El objetivo de esta fase fue asegurar que se entendiera el contenido del instrumento traducido y revisar si las preguntas eran culturalmente aplicables.

Cabe aclarar que estos trabajadores no participaron luego de la siguiente fase.

### 3.4.2 Fase II: *Validación*

En esta segunda fase se realizó la validación de las propiedades psicométricas sobre una muestra de la población destino.

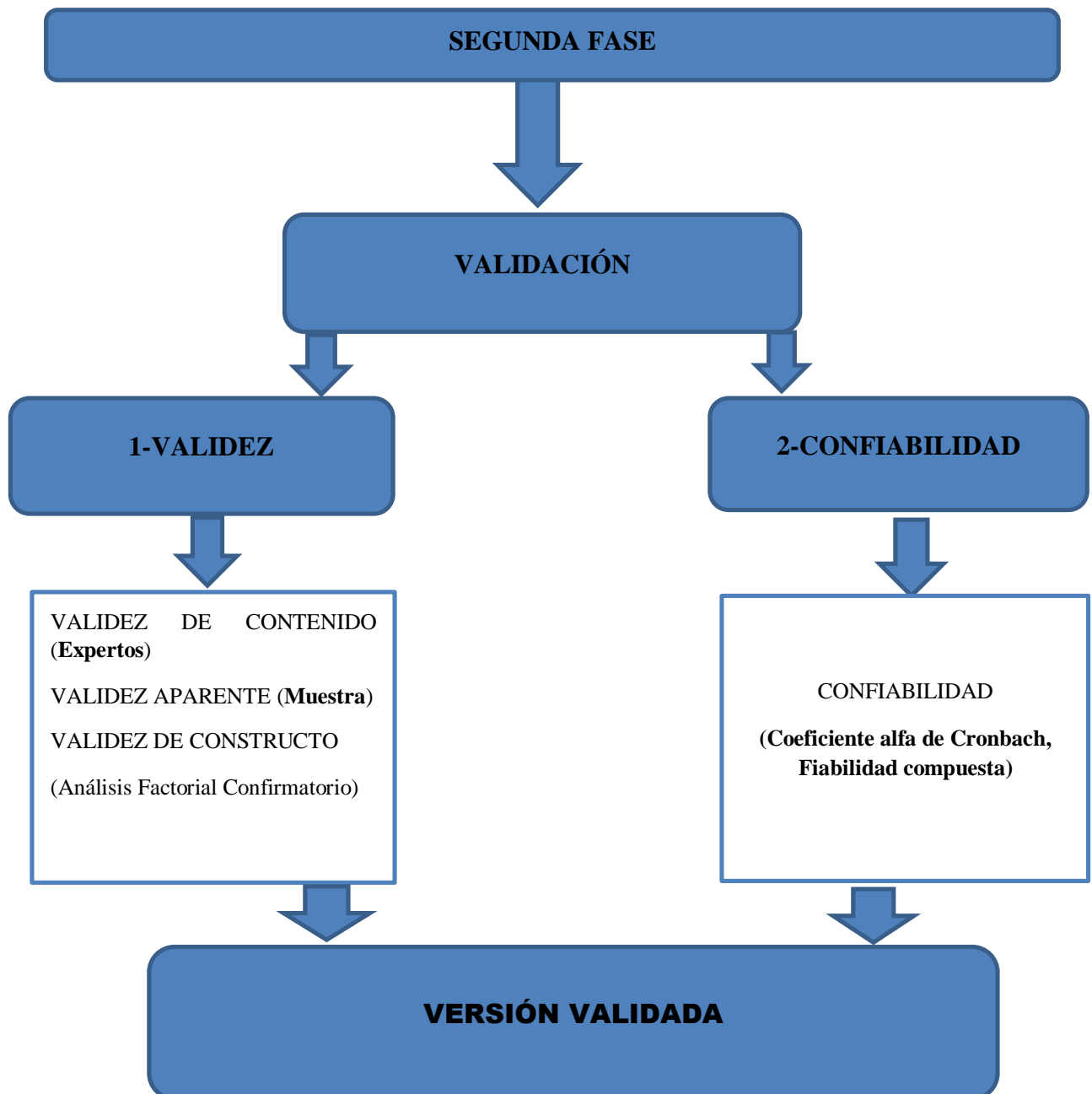


Figura 2 Segunda Fase. Validación



### **3.4.3 Obtención de Evidencia sobre la Validez**

#### **-Evidencia sobre validez de contenido:**

A través del grupo de expertos. Se conformó un comité con investigadores que tuvieran formación en educación médica y con antecedentes de trabajo en el primer nivel de atención con el fin de evaluar el contenido del instrumento. Los expertos fueron invitados telefónicamente a conformar el comité de evaluación y posteriormente se envió el cuestionario original, la versión traducida y la retrotraducida por correo electrónico con el fin de que pudieran mirar la consistencia entre las versiones. Se determinó la pertenencia y adecuación de las traducciones.

#### **-Validez Aparente:**

Es el grado en que el test da la impresión a los evaluadores que mide lo que se pretende medir. Se utilizó la técnica de sondeo, se administró el cuestionario a una población de prueba, un total de 20 trabajadores entre los que se encontraban médicos/as, psicólogos/as, personal de enfermería y trabajo social. Se los invitó a analizar el instrumento, con el objetivo de detectar si era necesario realizar alguna modificación.

#### **-Evidencia sobre la estructura interna del cuestionario:**

Como se trató de la adaptación de un instrumento en donde la estructura subyacente ha sido previamente establecida a través de bases teóricas y empíricas, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC): lo que permitió evaluar la validez acerca de los ítems individuales y preguntarnos ¿miden lo que pretenden medir? Y una vez establecido esto ¿con qué precisión se obtiene estas medidas? (fiabilidad)

El AFC consta de cuatro fases características:

- 1- Cálculo de una matriz capaz de expresar la variabilidad conjunta de todas las variables.
- 2-Extracción del número óptimo de factores: En el instrumento original ya se encontraban determinados el número de factores estos eran tres (Trabajo en equipo y colaboración, Sentido de identidad profesional y Centrado en el paciente)
- 3- La rotación de la solución para facilitar su interpretación.
- 4-La estimación de las puntuaciones de los sujetos en las nuevas dimensiones.

En el AFC cada ítem satura únicamente sobre el factor dimensión del que se supone que constituye un indicador válido. Si los ítems saturan en más de un factor no son indicadores válidos. El modelo se representó en un diagrama de flujo acorde con su especificación convencional: los rectángulos son los ítems y las elipses los factores comunes. Las flechas indican correlaciones entre factores comunes o únicos.

La estructura del procedimiento de análisis factorial confirmatorio del programa Mplus® Versión7 se ajusta a las fases mencionadas por lo que fue el utilizado.

Como primer paso se cargó la base de datos elaborada en el programa SPSS versión 25 al programa Mplus® y se codificaron las variables (Anexo IV). El instrumento RIPLS



AP quedó conformado por tres dimensiones: 1) trabajo en equipo y colaboración; 2) sentido de identidad profesional; 3) centrado en el paciente.

Luego se determinó que tipo de análisis se iba a realizar utilizando como estimador el WLSMV (robust weighted least squares o mínimos cuadrados ponderados robusto)

Una vez relacionada la base de datos se corrió el modelo y en base a los datos arrojados por el programa se construyó el diagrama de relaciones causales conformado por las tres dimensiones con sus respectivos ítems. Cada dimensión se representó con un óvalo. La dimensión de trabajo en equipo y colaboración tiene 13 ítems, la dimensión sentido de identidad profesional tiene 5 ítems y la tercera dimensión centrado en el paciente 5 ítems. Los ítems que correspondían a cada dimensión con los recuadros (variables observadas) y finalmente se observó los errores de medida asociados a cada uno de los ítems denominados variables no observadas. (Figura 3).

Luego a través de los datos el programa analizó las relaciones entre los ítems y los factores, su correlación, sus cargas factoriales y se evaluó sus comunalidades.

Finalmente fue necesario observar como ajustó el modelo a través de sus respectivas medidas ya que permiten confirmar si el modelo factorial propuesto se ajustó a los datos. Las primeras fueron las *medidas absolutas del ajuste* (ratio de verosimilitud de Chi cuadrado y el error de aproximación cuadrático medio RMSEA). Luego se observaron las *medidas de ajuste incremental* (el Índice de ajuste comparativo CFI, el índice no normado o Tucker Lewis TLI). Cabe recordar que aunque se cuente con medidas de ajuste adecuadas es necesario cumplir con otro criterio de validez como es la varianza media extraída. Varianza media extraída: Se define como la cantidad total de varianza que una variable medida tiene en común con las construcciones en las que se carga. Por lo tanto, se puede considerar como la varianza explicada en una variable medida por el constructo. También conocido como comunalidad y a menudo como Varianza promedio extraída. El valor debería ser mayor que 0.5 lo que indica que el constructo explica más de la mitad de la varianza de todos los indicadores que la componen. (Hair,2019)

El análisis factorial confirmatorio permitió encontrar grupos homogéneos de variables y evaluar la *validez de constructo*.

### 3.4.4 Confiabilidad

**Determinación de la Confiabilidad** (Evaluación de la Consistencia interna – cálculo del coeficiente de Alfa de Cronbach)

Para el análisis de confiabilidad se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach que mide la consistencia interna de los ítems, lo que se entiende como el grado en que los ítems de una escala se correlacionan entre sí. El alfa de Cronbach varía entre 0 y 1, 0 significa confiabilidad nula y 1 representa confiabilidad total. No existe acuerdo de cuál es el valor de corte, sin embargo de 0.7 en adelante es aceptable ya que se mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre todos los ítems para ver que efectivamente se parecen.



Si el alfa de Cronbach es menor a 0.7 la consistencia interna de la escala utilizada es baja. Conceptualmente este coeficiente es el promedio de todas las correlaciones posibles. Para su análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 25 (Paquete estadístico para Ciencias Sociales).

Además del alfa de Cronbach se determinó también la *fiabilidad compuesta*. Se ha estipulado que valores entre 0.70 y 0.79 reflejan niveles de fiabilidad por consistencia interna aceptables al indicar que al menos el 70 % de la varianza de las mediciones o puntuaciones empíricas en el test están sin error. A su vez, valores entre 0.80 y 0.89 se consideran buenos, y mayores o iguales que 0.90 se juzgan excelentes. (Moral De la Rubia, 2019)

### **3.5 Aplicación del Cuestionario Obtenido y Recolección de los Datos**

#### **3.5.1 Población**

La población elegida fueron los trabajadores del primer nivel de atención de las Unidades Sanitarias de la ciudad de Bahía Blanca en el periodo 2020.

#### **3.5.2 Criterios de Inclusión:**

- ✓ Profesionales Médicos que trabajen en Unidades Sanitarias y/o Centros de Salud de Bahía Blanca.
- ✓ Profesionales de Enfermería que trabajen en Unidades Sanitarias y/o Centros de Salud de Bahía Blanca.
- ✓ Licenciados en Psicología y/o Licenciados en Trabajo Social que trabajen en Unidades Sanitarias y/o Centros de Salud de Bahía Blanca.
- ✓ Antigüedad en el trabajo igual o mayor a 1 año.
- ✓ Aceptar participar voluntariamente en el estudio.

#### **3.5.3 Muestra**

El tamaño mínimo muestral para realizar el análisis factorial confirmatorio es complejo ya que no se cuenta con un consenso general en los diferentes autores.

Norman y Steiner (2008) refieren como regla general que debe haber al menos 10 sujetos por parámetro (algunos autores dicen 20) siempre que haya al menos 200 sujetos. Realizando el cálculo basado en el instrumento a aplicar se cuenta con 50 parámetros por lo que se necesitaría por lo menos 500 sujetos o casos.

Jöreskog (2002) plantea que el mínimo tamaño muestral cuando se trabaja con variables debería ser determinada por la siguiente fórmula:

$$(k + 1). (K + 2)$$



En este caso el tamaño muestral mínimo sería de 300 casos.

Flora y Curran (2014) a través de un exhaustivo estudio empírico usando simulación por computadora experimentaron con el estimador WLSMV (robust weighted least squares o mínimos cuadrados ponderados robusto; o WLS robust, o WLS robusto), incorporado por el programa Mplus, aportando pruebas suficientes para manejarse con una precisión aceptable tanto en los parámetros estimados como en sus errores estándar, en muestras con distribución normal y no normal, con variables ordinales de varias categorías o dicotómicas, en modelos simples y complejos, y con tamaños muestrales que oscilan entre 100 y 1000. Concretamente el estimador WLSMV ha sido eficiente cruzando todas las condiciones ya comentadas.

Hair (2019) refiere que el mínimo tamaño muestral sería 100, cuando los modelos contienen 5 o menos variables latentes y cada una con más de 3 indicadores (variables observadas) y con altas comunalidades de los ítems (0.6 o más). Entendiendo comunalidades como el cuadrado de los coeficientes estandarizados.

Además el mismo autor menciona pautas, basadas principalmente en investigación de simulación en la que consideran diferentes tamaños de muestra y examina con qué precisión funcionan varios índices de ajuste.

**Tabla I** -Características de los índices de ajuste que se demuestran en diferentes situaciones

INDICES DE AJUSTE	V <= 12	V >12<30	V >30	V <= 12	V >12<30	V >30
$\chi^2$	Se espera un p-valor no significativo	p-valor significativo incluso con buen ajuste	Se espera p-valor significativo	p-valor no significativo incluso con buen ajuste	Se espera p-valor significativo	Se espera p-valor significativo
<b>CFI O TLI</b>	0.97 o mayor	0.95 o mayor	Encima de 0.92	0.95 o mayor	Encima de 0.92	Encima de 0.90
<b>RNI</b>	Puede que no diagnostique bien la especificación incorrecta	0.95 o mayor	Encima de 0.92	0.95 o mayor, no usar con N > 1000	Encima de 0.92, no usar con N > 1000	Encima de 0.90, , no usar con N > 1000
<b>SRMR</b>	Sesgado use otro índice	0.08 o menos (con CFI de 0.95 o mayor)	Menos que 0.09 (con CFI encima de 0.92)	Sesgado use otro índice	0.08 o menos (con CFI encima de 0.92 )	0.08 o menos (con CFI encima de 0.92 )
<b>RMSEA</b>	Valores < 0.08 con CFI = 0.97 o mayor	Valores < 0.08 con CFI = 0.95 o mayor	Valores < 0.08 con CFI encima de 0.92	Valores < 0.07 con CFI de 0.97 o mayor	Valores < 0.07 con CFI de 0.92 o mayor	Valores < 0.07 con CFI de 0.90 o mayor

V: número de variables observadas, N número de observaciones. Adaptada de Hair (2019).

*Multivariate Data Analysis* (Ed. 8th).



Por lo que teniendo en cuenta la bibliografía mencionada y la población total en la que será llevado adelante el estudio para la validación del instrumento en este análisis factorial se tendrá en cuenta al autor Hair (2019) y Floran-Curran (2014)

### **3.5.4 Método de recolección de los datos**

Una vez realizada la adaptación, se diseñó un formulario electrónico, lo que permitió controlar la carga de datos, minimizando posibles errores de operador. Se diseñó un instructivo simple que fue incorporado al cuestionario, en el que se explicó el objetivo del mismo, y los conceptos utilizados, como “Equipo de Salud” y “Aprendizaje Interdisciplinario”. (Apéndice I)

Se invitó a través de correo electrónico y de mensajería instantánea vía telefónica a participar a la población de trabajadores mencionados en los criterios de inclusión. Previamente se solicitó el aval de la institución (Secretaría de Salud Bahía Blanca).(Anexo III)

La participación de los trabajadores fue voluntaria, anónima y sin mediar retribución alguna.

### **3.6 CONFLICTOS DE INTERÉS**

Como investigador declaro no poseer ningún conflicto de interés en cualquier aspecto de la investigación.

### **3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para la realización del presente trabajo se solicitó la evaluación y aprobación del comité de ética del Hospital Municipal Dr. Leónidas Lucero de la ciudad de Bahía Blanca. (Anexo IV)



## **CAPÍTULO 4: RESULTADOS**

Los resultados de la investigación serán presentados respondiendo a los objetivos y de acuerdo a las fases planteadas en la metodología.

### **4.1 Realizar la adaptación transcultural de la escala RIPLS para profesionales del primer nivel de atención al español.**

#### **4.1.1 Fase I: Adaptación transcultural al español de la escala RIPLS para Profesionales del Primer Nivel de Atención. (RIPLS AP)**

La encuesta fue traducida al español por dos traductores independientes y como menciona la bibliografía uno de los traductores conocía la temática y el otro no. Estas dos traducciones obtenidas fueron evaluadas y comparadas para obtener una única versión.

Con la nueva versión y dos traductores diferentes que no tenían conocimiento de la temática se realizó la retrotraducción del español al inglés. Ambas traducciones fueron evaluadas nuevamente para tener un solo instrumento. (Anexo V)

Se realizó la evaluación por el comité de expertos y se obtuvo la versión preliminar (**aplicabilidad/viabilidad**) que fue usada en la prueba piloto.

Para la evaluación de la versión preliminar (**aplicabilidad / viabilidad**) se realizó el cuestionario a un total de 20 participantes que reunieron los criterios de inclusión, el mismo fue enviado a través de un formulario Google y se les solicitó que en caso de responder “nada claro” o “medianamente claro” pudieran dejar una sugerencia.

La bibliografía sugiere revisar cualquiera de las preguntas del cuestionario si al menos el 15 al 20 % de los participantes encuentra dificultades en la misma (Lira & Caballero,2020).

Para ello se revisó cada uno de los ítems con mayor dificultad en principio los que manifestaron como “**nada claro**” y posteriormente aquellos “**medianamente claros**”

El objetivo de esta fase fue que se entendiera el contenido del instrumento traducido y si las preguntas fueron culturalmente aplicables.

El cuestionario se encuentra conformado por 3 dimensiones:

- ***Dimensión 1: Trabajo en Equipo y Colaboración***

Esta dimensión posee 13 enunciados.

#### Enunciado 1:

*“Aprender con otros profesionales de la salud me ayudará a ser un miembro más efectivo de un equipo de salud”*

En este enunciado el 25% de los encuestados respondió que el enunciado era medianamente claro, al evaluar sus observaciones coincidieron que había que cambiar “**de**” por “**en**” por lo que quedaría:



*“Aprender con otros profesionales de la salud me ayudará a ser un miembro más efectivo en un equipo de salud”*

Enunciado 11:

*“Apreciaría la oportunidad de trabajar en proyectos de grupos pequeños con otros profesionales de la salud”*

En este enunciado 20% de los consultados informó que era un ítem “medianamente claro” que la equivalencia conceptual sería mejor si se redacta:

*“Apreciaría la oportunidad de trabajar en grupos pequeños con otros profesionales de la salud en proyectos”*

Al leer este ítem se identificó que la construcción del enunciado es diferente. Por lo que de acuerdo con las traducciones y las observaciones de los expertos se decidió dejarla igual al instrumento original.

- **Dimensión 2: Sentido de Identidad Profesional**

Esta dimensión se encuentra conformada por 5 enunciados, en esta dimensión no se registraron comentarios.

- **Dimensión 3: Centrado en el Paciente**

Esta dimensión está conformada por 5 enunciados.

Enunciado 21:

*“Trato de comunicar compasión a mis pacientes”*

En este enunciado el 40% de los encuestados respondió que se encuentra “medianamente claro”.

Lo que generó este resultado fue básicamente la palabra “*Compasión*” ya que no era aceptada, la veían confusa y en textuales palabras los participantes indicaron:

*“..la palabra "compasión" puede ser interpretada como un sentimiento religioso y referida a una relación de poder sobre el otro. La cambiaría tal vez por empatía u otra más adecuada...”*

En español, la palabra compasión proviene de la palabra latina compartir, «sufrir con». El Diccionario de la Real Academia Española define la compasión como el «sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias»

Esta visión de la compasión que tenemos en español es radicalmente diferente de la que se usa en *mindfulness*, donde se presupone que es un sentimiento entre iguales, y tampoco coincide con el concepto mayoritario en los países anglosajones. De hecho, es muy habitual que en las ediciones en español se adapte el título de los libros sobre *mindfulness* que incluyen la palabra compasión para evitar mencionar este término, a sabiendas del «rechazo» que produce el concepto compasión en la población hispanohablante.





Para la psicología, los dos elementos clave de la compasión son, por un lado, la sensibilidad al sufrimiento de los otros y de uno mismo y, por otro, el compromiso de aliviar ese sufrimiento. La sensibilidad al sufrimiento está basada en la empatía, en comprender lo que pasa en la mente del otro, concepto que en psicología llamamos «mentalización» o «teoría de la mente». Lo definitorio de la compasión es el deseo de aliviar el sufrimiento del otro. Por eso, la compasión no es solo una emoción, sino que como dice Paul Gilbert (2015), es una MOTIVACIÓN que orienta la conducta humana.

Compasión es cuando esos sentimientos y pensamientos incluyen el deseo de ayudar.

Por otro lado en el:

*Oxford English and Spanish Dictionary, Synonyms*

#### SYNONYMS COMPASSION

pity, sympathy, feeling, fellow feeling, **empathy**, understanding, care, concern, solicitude, solicitousness, sensitivity, tender-heartedness, soft-heartedness, warm-heartedness, warmth, love, brotherly love, tenderness, gentleness, mercy, mercifulness, leniency, lenience, tolerance, consideration, kindness, humanity, humaneness, kind-heartedness, charity, benevolence

Por lo que teniendo en cuenta la dificultad de comprensión y el rechazo que provoca la palabra **compasión** se tomó la decisión de cambiar el término quedando la pregunta redactada de la siguiente manera:

*“Trato de comunicar **empatía** a mis pacientes.”*

#### Enunciado 22:

“Pensar sobre el paciente como una persona es importante para obtener el tratamiento correcto”

Este enunciado fue observado como “medianamente claro” por un 25% de las respuestas.

Las observaciones tienen que ver con cambios en la escritura “pensar en el paciente..” O “pensar al paciente” al releerlo parecería más acertado

*“Pensar en el paciente como una persona es importante para obtener el tratamiento correcto”*

Se obtiene así finalmente la versión traducida y adaptada culturalmente.



**Escala de disposición al Aprendizaje Interprofesional en Atención Primaria RIPLS-AP**

	1	2	3	4	5
	Totamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totamente de acuerdo
1. Aprender con otros profesionales de la salud me ayudará a ser un miembro más efectivo en un equipo de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Para que un grupo pequeño aprenda a trabajar, los profesionales de la salud necesitan confiar y respetarse mutuamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Las habilidades del trabajo en equipo son esenciales para que todos los profesionales de la salud aprendan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El aprendizaje compartido me ayudará a entender mis propias limitaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Los pacientes se beneficiarían si los profesionales de la salud trabajan en conjunto para resolver sus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. El aprendizaje compartido con otros profesionales de la salud incrementará mi capacidad de comprender problemas clínicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aprender con estudiantes de la salud de otras disciplinas antes de obtener el título mejoraría las relaciones después de graduarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Las habilidades de la comunicación deberían ser aprendidas con otros profesionales de la salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El aprendizaje compartido me ayudará a pensar positivamente sobre otros profesionales de la salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. El aprendizaje compartido con otros profesionales de la salud me ayudará a comunicarme mejor con los pacientes y con otros profesionales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Apreciaría la oportunidad de trabajar en proyectos de grupos pequeños con otros profesionales de la salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. El aprendizaje compartido ayuda a aclarar la naturaleza de los problemas de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. El aprendizaje compartido antes de graduarse ayudaría a los profesionales de la salud a ser mejores trabajadores en equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Las habilidades de resolución de problemas clínicos solo deberían ser aprendidas con profesionales de mi propia disciplina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. La función de los y de las enfermeras y de otros integrantes del equipo de salud es principalmente dar apoyo a los médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hay poca superposición entre mi rol y el de otros profesionales de la salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me sentiría incómodo(a) si otro profesional de la salud supiera más que yo sobre un tema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tengo que adquirir muchos más conocimientos y habilidades que otros profesionales de la salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me gusta entender el problema desde el punto de vista del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Es importante para mí establecer confianza con mis pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Trato de comunicar empatía a mis pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Pensar en el paciente como una persona es importante para obtener el tratamiento correcto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. En mi profesión se necesitan habilidades para interactuar y cooperar con los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



La versión traducida y adaptada transculturalmente fue enviada electrónicamente a 240 profesionales un 8% de los correos fue rechazado. Los correos fueron enviados en tres oportunidades con intervalo de una semana.

De 221 cuestionarios contestaron 123 lo que representa una tasa de respuesta del 55,65%. El 87,9% género femenino y 12,1% masculino, la edad oscilaba entre 26 y 62 años siendo la edad promedio de 44 años. En relación a los años de antigüedad trabajados en el primer nivel de atención un 57,3% hace más de 10 años, el 21% entre 5 y 9 años y un 21,8% tiene menos de 5 años.

En el siguiente cuadro se muestra el número de profesionales y el porcentaje de respuesta de cada grupo:

**Tabla. 2** Profesionales y porcentaje de respuestas

PROFESIÓN	NÚMERO DE PROFESIONALES	PORCENTAJE DE RESPUESTA
ENFERMERÍA	106	37,9%
MÉDICOS	80	32,2%
PSICOLOGÍA	34	21%
TRABAJO SOCIAL	20	8,9%
TOTAL	240	100%

#### 4.1.2 Fase II: Validación

### Validez de constructo: ANALISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO

#### Aprendizaje Interprofesional

Se define como dos o más grupos de profesionales que aprenden con, de y sobre el otro en los mismos eventos de aprendizaje, con el fin de mejorar la colaboración y la calidad de la atención.

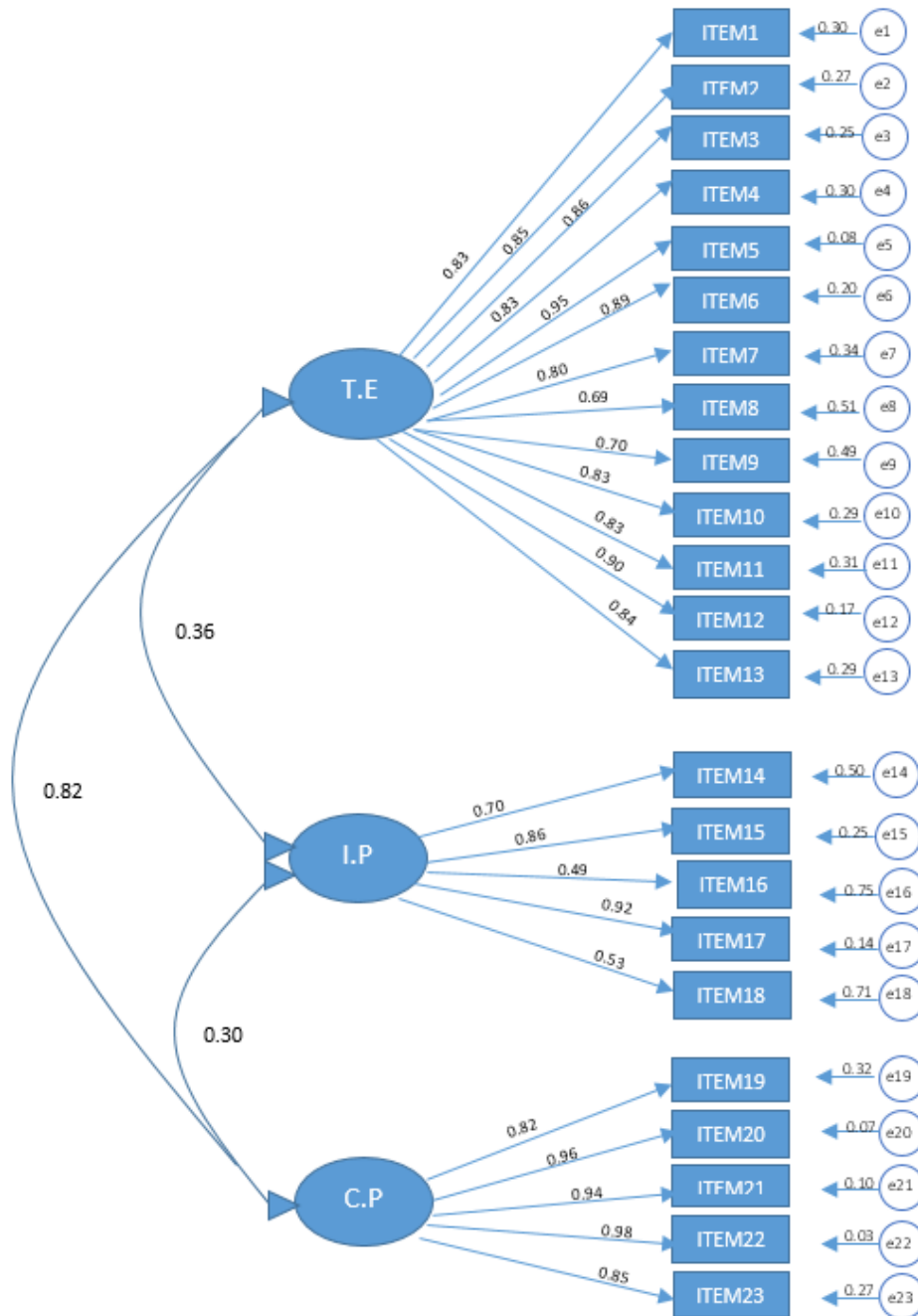
**Tabla 3-**Especificaciones de la Escala de Aprendizaje Interprofesional

DIMENSIÓN	ITEMS
Trabajo en Equipo	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 y13
Identificación Profesional	14,15,16,17,18
Centrado en el Paciente	19,20,21,22 y23

Se construyó el diagrama de Path con los datos aportados del análisis del programa Mplus® el mismo nos muestra los tres factores (Trabajo en equipo y colaboración,

identificación Profesional y Centrado en el Paciente), las cargas factoriales estandarizadas, relación de los ítems con sus factores y sus respectivos errores.

Se le solicitó al sistema que realice el análisis y se observó que las cargas factoriales presentes se encontraban en valores aceptables siendo la de menor valor la que correspondía al ítem 16 (0.49).



**Figura 3-** Análisis Factorial Confirmatorio-Diagrama de Path.



A continuación se verificó las medidas de calidad del ajuste absolutas (Chi cuadrado y RMSEA) y las de ajuste incremental (CFI y TLI) .(Anexo VII)

También fueron analizadas las comunalidades que Hair (2019) menciona que deben ser por encima de 0.6 en este trabajo el 78% se encuentran por encima de dicho valor.(Anexo VIII)

A través del análisis se determinaron las siguientes medidas de calidad del ajuste:

**Tabla 4-Medidas de Calidad de Ajuste**

MODELOS	MEDIDAS DE AJUSTE ABSOLUTO		MEDIDAS DE AJUSTE INCREMENTAL	
	Chi-Cuadrado	RMSEA	CFI	TLI
<b>Modelo Original</b>			0,9	
<b>Modelo Actual</b>	0.0000	0.062	0.984	0.982

En la tabla n°4 se muestran las medidas de Ajuste Absoluto y las Medidas de ajuste Incremental propuestas por el programa Mplus® versión 7.

Las medidas de ajuste absoluto determinan el grado en que el modelo explica la matriz de datos observada. El ratio de Chi-cuadrado mide la distancia que existe entre la matriz de datos observada y la matriz de datos estimada por el modelo factorial. El modelo es apropiado cuando esta medida arroja un valor mayor a 0,05, pero en este caso se hace la salvedad tal cual es referenciado por Hair (2019) que si bien dio significativo se está trabajando con veintitrés variables por lo tanto se espera que sea significativo. También se espera un RMSEA menor a 0.08 y en el estudio arrojó un valor de 0.062 (IC 90%, 0.047-0.076)

Finalmente fueron evaluados el índice de ajuste comparativo (CFI) que arrojó un valor de 0,984, el índice de Tucker-Lewis (TLI) con un valor de 0,982 siendo ambos valores apropiados según la bibliografía.

Los valores de las medidas de ajuste en el AFC fueron óptimas con el estimador WLSMV lo que sugiere robustez de los hallazgos. También se calculó:

**Tabla 5-Varianza Media Extraída**

VARIANZA MEDIA EXTRAIDA (> 0.5)	
<b>Trabajo en Equipo y colaboración</b>	0.70
<b>Identificación Profesional</b>	0.52
<b>Centrado en el Paciente</b>	0.83



De acuerdo a la bibliografía (Hair, 2019) los valores encontrados mayores a 0.5 explican más de la mitad de la varianza de todos los indicadores que la componen.

### **Confiabilidad del instrumento: ALFA DE CRONBACH**

Alfa de Cronbach se utiliza para el análisis de la consistencia interna que determina el grado de correlación entre todos los ítems pertenecientes a la escala, asumiendo que los mismos miden el constructo o dimensión que pretenden medir.

El análisis se realizó por cada una de las dimensiones, y el total del instrumento. Se realizó una comparación con el instrumento original.

El cálculo se realizó con el programa SPSS versión 25.

**Tabla 6-** Valores obtenidos del Alfa de Cronbach

	<b>VERSIÓN ORIGINAL</b>	<b>VERSIÓN EN ESPAÑOL</b>
<b>Trabajo en Equipo y colaboración</b>	0,94	0,95
<b>Identidad Profesional</b>	0,71	0,781
<b>Centrado en el paciente</b>	0,88	0,92
<b>Alfa de Cronbach Total</b>	0,88	0,90

El coeficiente de alfa de Cronbach total fue de 0,90 que según los criterios mencionados por George y Mallery nos indica que la escala presenta una excelente fiabilidad y arroja resultados similares a la escala original propuesta por Peter Pyper que fue de 0,88.

Además se calculó la fiabilidad compuesta la cual arrojo los siguientes datos:

**Tabla 7-** Valores obtenidos de la Fiabilidad Compuesta

<b>FIABILIDAD COMPUESTA</b>	
Trabajo en Equipo y colaboración	0.96
Identidad Profesional	0.83
Centrado en el paciente	0.96

La fiabilidad compuesta calculada arroja valores mayores a 0.7 los que nos indica una excelente fiabilidad del instrumento.



## **CAPITULO 5 DISCUSIÓN**

Esta es la primera traducción al español de la Escala de disposición al Aprendizaje Interprofesional en Atención Primaria (RIPLS-AP). Instrumento aplicado para la evaluación de la educación interprofesional y las actitudes de los profesionales de la salud hacia este tipo de aprendizaje. Dado que la encuesta se aplicó en un grupo seleccionado de profesionales se requieren más pruebas con el resto de los trabajadores como así también en diferentes escenarios de la atención primaria. La importancia de poder contar con esta herramienta se traduce en poder planificar actividades de formación continua de manera interprofesional dimensionando el real abordaje a la complejidad de los problemas en salud.

La adaptación transcultural de cuestionarios para su uso en otros idiomas es un proceso que consume recursos; sin embargo, cuando se lleva a cabo de forma sistemática permite obtener una herramienta de medición equivalente a su versión original. El proceso de traducción y adaptación debe ir seguido de un proceso de validación en la lengua de destino, lo cual permite minimizar el sesgo de información que podría asociarse a la administración de cuestionarios en países con idiomas y culturas diferentes. (Ramada-Rodilla, et.al; 2013)

El proceso de traducción y validación de la Escala RIPLS en contexto de atención primaria para el estudio de la predisposición para el aprendizaje interprofesional de los trabajadores comenzó con la adaptación transcultural de ésta escala, debido a que la versión del cuestionario propuesto estaba en inglés, fue necesario realizar el proceso de traducción para encontrar la equivalencia lingüística y semántica. Al realizar la traducción y retro traducción, de los 23 ítems presentados en la encuesta original se observó que había ítems que no fueron comprendidos u aceptados por los profesionales durante la prueba piloto por lo cual se adaptaron de acuerdo a lo sugerido y lo analizado en conjunto con el comité de expertos.

En la investigación original llevada adelante por Pype&Deveulege (2016) el instrumento fue aplicado a médicos generalistas, enfermeras comunitarias y de cuidados paliativos quienes mostraban puntuaciones más bajas en el ítem trabajo en equipo y valores más altos en los ítems identidad profesional, en nuestro trabajo muestra valores inversos los puntajes más altos, en la mayoría de las disciplinas se relacionan con el trabajo en equipo a excepción de psicología que su puntaje mayor es para el ítem identidad profesional.

Se realizó el análisis factorial que confirmó la estructura factorial compuesta por tres factores trabajo en equipo y colaboración, identidad profesional y centrado en el paciente; y que el modelo propuesto se adapta a los datos hallando resultados similares a los estudios de Pype&Deveulege (2016) y Reid ,Bruce ,Allstaff ,McLernon(2006).

En relación a la confiabilidad o análisis de la consistencia interna Alfa de Cronbach los resultados muestran un valor total de 0,90 lo que demuestra una excelente fiabilidad, los resultados discriminados por ítems muestran valores similares al trabajo original. La fiabilidad compuesta también muestra valores superiores a 0.7.



## **CAPITULO 6 CONCLUSIONES**

El presente trabajo cumplió con todos los pasos requeridos para la adaptación transcultural de un instrumento. La obtención del instrumento en español mostró adecuada validez de contenido analizada por el grupo de expertos, validez aparente llevada adelante a través de la prueba piloto aplicada a 20 trabajadores que cumplían con los criterios de inclusión del primer nivel de atención y validez de constructo para lo cual se aplicó el análisis factorial confirmatorio realizado con el programa Mplus® este análisis mostró que el modelo factorial se ajusta a los datos.

La confiabilidad fue determinada a través del coeficiente alfa de Cronbach el cual demostró valores similares al encontrado en su estudio por Peter Pyper (2016) y demostró una excelente fiabilidad, así como también el análisis de fiabilidad compuesta.

La versión validada del RIPLS-AP cumple con las propiedades psicométricas para poder ser utilizado en nuestro medio.

La importancia de poder contar con una herramienta que valore la disposición hacia el aprendizaje interprofesional se centra en poder acompañar al recurso humano en su formación continua ya que una de las premisas del aprendizaje interprofesional es que contribuye a desarrollar el conocimiento y las habilidades necesarias en los profesionales de la salud para trabajar de forma colaborativa, cuyo fin último es mejorar el cuidado del paciente. El aprendizaje interprofesional supone «aprender con», «aprender de» y «aprender sobre cada uno», con el fin de mejorar la colaboración y por ende, la calidad de los cuidados, mediante el desarrollo de competencias interpersonales. La literatura sostiene que el hecho de familiarizarse con los roles del resto de los profesionales sanitarios, entenderlos y valorarlos, facilita el desarrollo de la colaboración entre estos profesionales (Soto-Ruiz, et.al.2022)

Resta poder probarlo en la totalidad de los trabajadores para conocer la predisposición de los mismos hacia el aprendizaje interdisciplinar y poder así planificar actividades educativas de desarrollo profesional continuo interdisciplinar. Como así también poder conocer la disposición que tienen trabajadores de atención primaria en otras regiones.

### Limitaciones

El estudio realizado por Pyper&Deveugele(2016) es en idioma holandés aunque el instrumento enviado por el autor fue en inglés y verificado por Reid ,Bruce ,Allstaff ,McLernon(2006), se tomó la decisión de utilizar este instrumento ya que el último autor no pudo ser contactado y no existen otras versiones del instrumento en la población objetivo.





**Istituto Universitario Hospital Italiano**

# ANEXOS



## **ANEXO I. Autorización del Autor**

Mail de comunicación con autor RIPLS (Readiness for Interprofessional Learning Scale) adaptada en el contexto de postgrado por Ried y validada para la utilización en atención primaria de la salud por Peter Pype y Myriam Deveugele (2016)

*Dear colleague*

*Thank you for this interesting question.*

*When I contacted him the email address on the paper was still valid.*

*So maybe he retired?*

*Attached I send you the paper and the questionnaire.*

*Good luck with the thesis and if you want to discuss results (to compare) or if I can do something else for you please don't hesitate to contact me.*

*Best regards,*

*Peter*

Prof. dr. Peter Pype, MD, PhD

T +32 9 332 06 65

Skype: peter.pype

DECT: 26064

University Hospital – 6K3

Department of Public Health and Primary Care

Ghent University

CorneelHeymanslaan 10

B-9000 Gent

Belgium



## ANEXO II. Cuestionario Original

### Attitudes to Interprofessional Learning (IPL)

For the purposes of this questionnaire Interprofessional learning is defined as two or more professional groups learning with, from and about each other at the same learning events, with a view to improving collaboration and the quality of care.

Please respond to the following questions by placing a cross in one box for each question to indicate the extent to which you agree or disagree with each statement.

<b>Teamwork and Collaboration</b>	1	2	3	4	5
	strongly disagree	disagree	neutral	agree	strongly agree
Learning with other health care professionals will help me be a more effective member of a health care team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For small group learning to work, health care professionals need to trust and respect each other.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Team-working skills are essential for all health care professionals to learn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shared learning will help me understand my own limitations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patients ultimately benefit if health care professionals work together to solve patient problems.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shared learning with other health care professionals will increase my ability to understand clinical problems.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Learning with healthcare students from other disciplines before qualification would improve relationships after qualification.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Communication skills should be learned with other health care professionals.

Shared learning will help me to think positively about other health care professionals.

Shared learning with other health care professionals will help me to communicate better with patients and other professionals.

I would welcome the opportunity to work on small-group projects with other health care professionals.

Shared learning helps to clarify the nature of patient problems.

Shared learning before qualification would help healthcare professionals become better team workers.

**Sense of Professional Identity**

Clinical problem-solving skills should only be learned with professionals from my own discipline.

The function of nurses and therapists is mainly to provide support for doctors.

There is little overlap between my role and that of other health care professionals.

I would feel uncomfortable if another health care professional knew more about a topic than I did.



I have to acquire much more knowledge and skills than other health care professionals.

**Patient Centredness**

1      2      3      4      5

I like to understand the patient's side of the problem.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
strongly disagree	disagree	neutral	agree	strongly agree

Establishing trust with my patients is important to me.

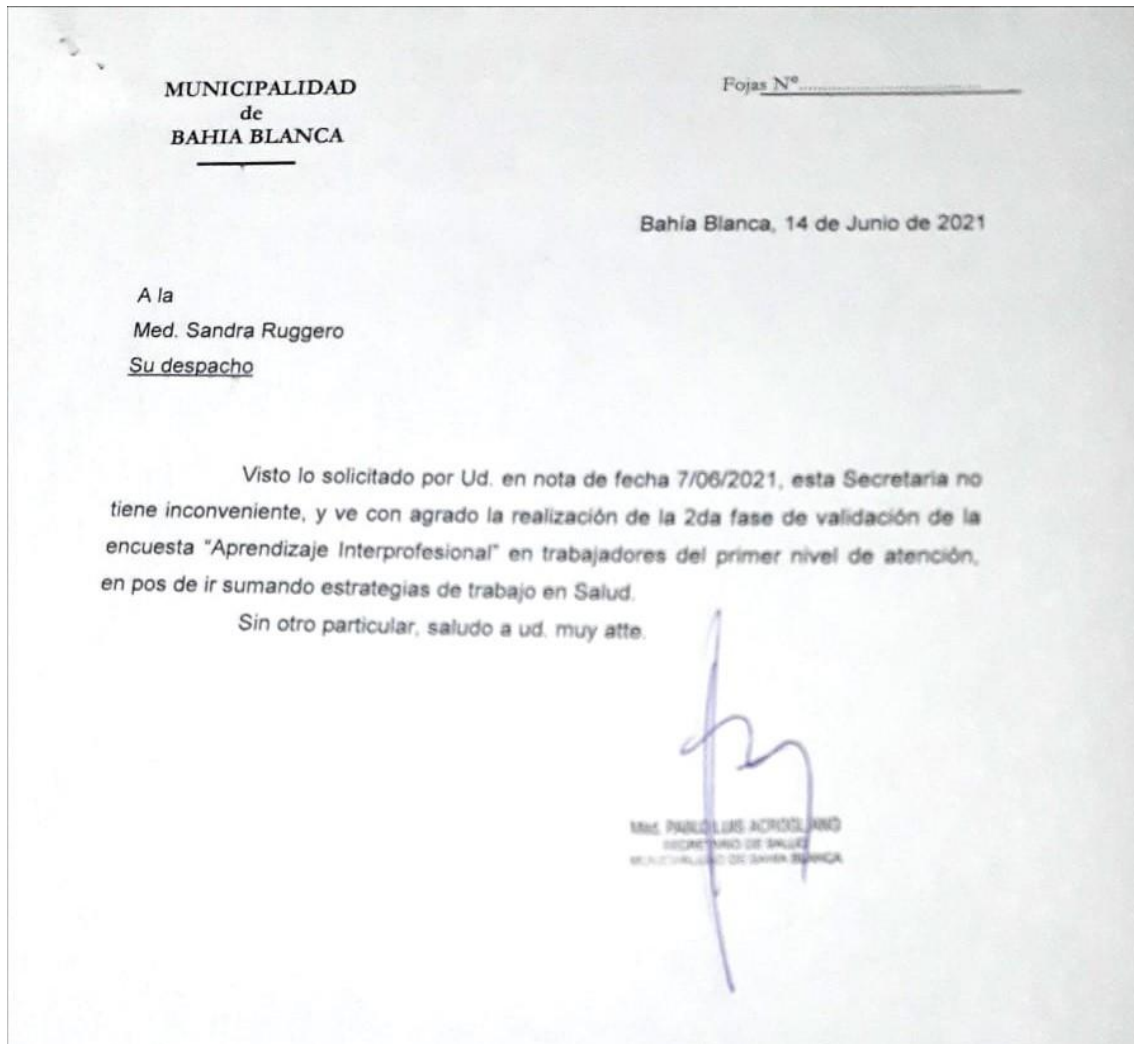
I try to communicate compassion to my patients.

Thinking about the patient as a person is important in getting treatment right.

In my profession one needs skills in interacting and cooperating with patients.



**ANEXO III. Aval Secretaria de Salud de Bahía Blanca**





## ANEXO IV: Comité de Bioética del Hospital Municipal Leónidas Lucero Bahía Blanca



Fecha de registro CCIS: 17/09/10. Nro de registro: 017/2010  
Folio: 54, Libro Actas: N° 1 Re-acreditado 17/09/2019.  
Inscripto en el RENIS CE000063



- El Comité de Bioética consideró que **no** se requiere Consentimiento Informado para el trabajo presentado, aunque es imprescindible hacer una introducción antes de contestar el cuestionario detallando lo siguiente:
  - Se debe mencionar que es anónima.
  - Explicitar el tipo de estudio a realizar.
  - Indicar qué es lo que se va a evaluar.
  - Especificar qué se va a realizar con los datos obtenidos (Por ejemplo: ¿tendrá fines académicos? Etc.)
  - Determinar el responsable de la realización de la encuesta.
- A los fines de publicar un artículo científico en el que se describa la validación de la escala en cuestión en el contexto local, creemos que podría ser valorado que se provea evidencia de que la escala mide lo que pretende medir, más allá de la opinión de los expertos. Este tipo de evidencia de validez convergente se podría obtener correlacionando los puntajes de la escala con otras mediciones por fuera del test en prueba que midan constructos similares o relacionados, o seleccionando muestras con características conocidas a priori que permitan predecir la respuesta diferencial al instrumento, o realizando experimentos que varíen de manera sistemática la disposición que el instrumento pretende medir, entre otras estrategias.

Atentamente,

Miembros Comité de Bioética y de Investigación.



ANEXO V Traducción Unificada al Español

Actitudes ante el aprendizaje interprofesional (IPL por sus siglas en inglés)

A los efectos de este cuestionario, el aprendizaje interprofesional se define como dos o más grupos profesionales que aprenden con, de y sobre el otro en los mismos eventos de aprendizaje, con el fin de mejorar la colaboración y la calidad de la atención.

Por favor, responda a las siguientes preguntas colocando una eq  en un recuadro para cada pregunta para indicar en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación.

Table with 5 columns (1-5) and 8 rows of statements. Column headers: 1, 2, 3, 4, 5. Row headers: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo. Statements include: 'Aprender con otros profesionales de la salud me ayudará a ser un miembro más eficaz de un equipo de salud.', 'Para que un grupo pequeño aprenda a trabajar, los profesionales de la salud deben confiar y respetarse mutuamente.', etc.





El aprendizaje compartido me ayudará a pensar en forma positiva sobre otros profesionales de la salud.

El aprendizaje compartido con otros profesionales de la salud me ayudará a comunicarme mejor con los pacientes y con otros profesionales.

Apreciaría la oportunidad de trabajar en proyectos de grupos pequeños con otros profesionales de la salud.

El aprendizaje compartido ayuda a aclarar la naturaleza de los problemas de los pacientes.

El aprendizaje compartido antes de graduarse ayudaría a los profesionales de la salud a ser mejores trabajadores en equipo.

1 2 3 4 5

**Sensación de identidad profesional**

Las habilidades de resolución de problemas clínicos solo se deberían ser aprendidas con profesionales de mi propia disciplina.

La función de los y de las enfermeras y de los y de las terapistas es principalmente dar apoyo a los médicos.

Hay poca superposición entre mi rol y el de otros profesionales de la salud.

Me sentiría incómodo(a) si otro profesional de la salud supiera más que yo sobre un tema.

Debo adquirir muchos más conocimientos y habilidades que otros profesionales de la salud.

Totalmente en desacuerdo  
En desacuerdo  
Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
De acuerdo  
Totalmente de acuerdo



**Centrado en el paciente**

Me gusta entender el problema desde el punto de vista del paciente

Es importante para mí establecer confianza con mis pacientes.

Trato de comunicar empatía a mis pacientes.

Pensar sobre el paciente como una persona es importante para obtener el tratamiento correcto.

En mi profesión se necesitan habilidades para interactuar y cooperar con los pacientes.



## ANEXO VI Análisis Factorial Confirmatorio MPlus®

---

Mplus VERSION 7  
MUTHEN & MUTHEN  
10/30/2022 1:49 PM

### INPUT INSTRUCTIONS

```
TITLE: AFC
DATA: FILE IS base.dat;
VARIABLE:
NAMES ARE item1 item2 item3 item4 item5 item6 item7 item8
item9 item10 item11 item12 item13 item14 item15 item16 item17
item18 item19 item20 item21 item22 item23;
USEVARIABLES ARE item1 item2 item3 item4 item5 item6 item7 item8
item9 item10 item11 item12 item13 item14 item15 item16 item17 item18
item19 item20 item21 item22 item23;
MISSING=ALL(99);
CATEGORICAL ARE item1 item2 item3 item4 item5 item6 item7 item8 item9
item10 item11 item12 item13 item14 item15 item16 item17 item18 item19
item20 item21 item22 item23;
ANALYSIS:
ESTIMATOR IS WLSMV;
ITERATIONS = 1000;
CONVERGENCE = 0.00001;
```



## ANEXO VII: Medidas de Calidad del Ajuste Mplus®

### MODEL FIT INFORMATION

Number of Free Parameters 118

### Chi-Square Test of Model Fit

Value	333.665*
Degrees of Freedom	227
P-Value	0.0000

\* The chi-square value for MLM, MLMV, MLR, ULSMV, WLSM and WLSMV cannot be used for chi-square difference testing in the regular way. MLM, MLR and WLSM chi-square difference testing is described on the Mplus website. MLMV, WLSMV, and ULSMV difference testing is done using the DIFFTEST option.

### RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation)

Estimate	0.062
90 Percent C.I.	0.047 0.076
Probability RMSEA <= .05	0.090

### CFI/TLI

CFI	0.984
TLI	0.982

### Chi-Square Test of Model Fit for the Baseline Model

Value	6897.697
Degrees of Freedom	253
P-Value	0.0000



**ANEXO VIII: Comunidades Mplus®**

R-SQUARE

Observed Variable	Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value	Residual Variance
ITEM1	0.699	0.072	9.683	0.000	0.301
ITEM2	0.725	0.064	11.352	0.000	0.275
ITEM3	0.743	0.061	12.274	0.000	0.257
ITEM4	0.696	0.062	11.308	0.000	0.304
ITEM5	0.913	0.048	19.052	0.000	0.087
ITEM6	0.799	0.044	18.340	0.000	0.201
ITEM7	0.654	0.058	11.173	0.000	0.346
ITEM8	0.486	0.059	8.209	0.000	0.514
ITEM9	0.502	0.063	7.930	0.000	0.498
ITEM10	0.702	0.060	11.634	0.000	0.298
ITEM11	0.690	0.053	13.059	0.000	0.310
ITEM12	0.825	0.043	19.032	0.000	0.175
ITEM13	0.706	0.055	12.769	0.000	0.294
ITEM14	0.500	0.094	5.321	0.000	0.500
ITEM15	0.746	0.095	7.879	0.000	0.254
ITEM16	0.242	0.087	2.791	0.005	0.758
ITEM17	0.852	0.098	8.652	0.000	0.148
ITEM18	0.289	0.091	3.166	0.002	0.711
ITEM19	0.679	0.060	11.306	0.000	0.321
ITEM20	0.928	0.032	28.806	0.000	0.072
ITEM21	0.892	0.040	22.356	0.000	0.108
ITEM22	0.963	0.043	22.451	0.000	0.037
ITEM23	0.726	0.056	13.078	0.000	0.274



**Istituto Universitario Hospital Italiano**

# APÉNDICES



## APÉNDICE I Formulario Google

### Actitud ante el aprendizaje interprofesional



Este cuestionario tiene como objetivo describir la predisposición que tienen los trabajadores del primer nivel de atención para aprender de manera interprofesional.

A los efectos de este cuestionario, el aprendizaje interprofesional se define como dos o más grupos de profesionales que aprenden con, de y sobre el otro en los mismos eventos de aprendizaje, con el fin de mejorar la colaboración y la calidad de la atención.

La encuesta es anónima y los datos del cuestionario serán utilizados con fines de investigación. El fin de este trabajo es la validación transcultural al Español del cuestionario "RIPLS AP" Escala de disposición para el aprendizaje interprofesional, como trabajo de Tesis de Posgrado.

Agradezco su colaboración.

Sandra Ruggero



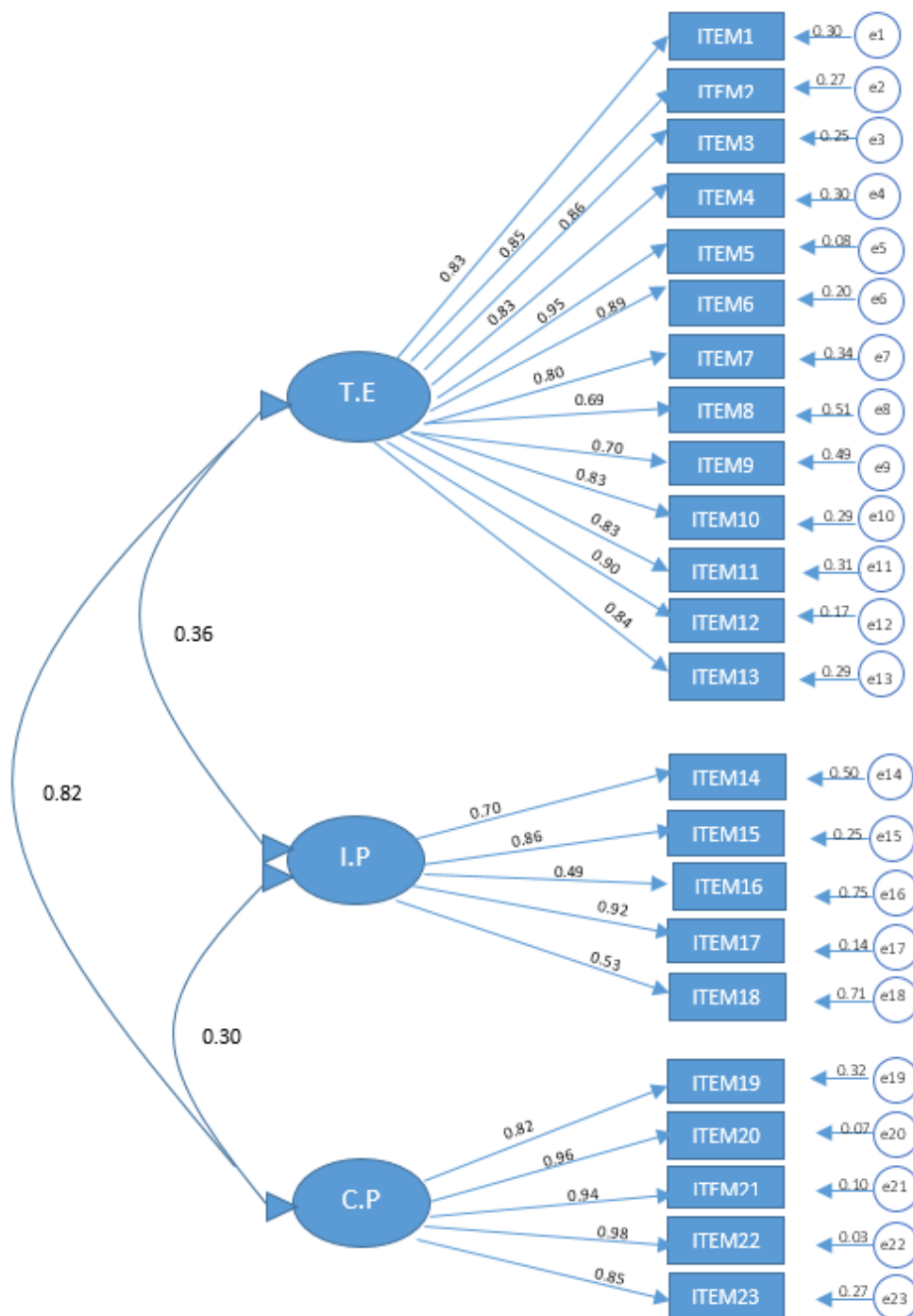
## APÉNDICE II: Fase de Validación Análisis Factorial Confirmatorio

Tabla de especificaciones de la Escala de Aprendizaje Interprofesional

DIMENSIÓN	ITEMS
Trabajo en Equipo	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 y13
Identificación Profesional	14,15,16,17,18
Centrado en el Paciente	19,20,21,22 y23



APÉNDICE III: Diagrama de Path





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Álvarez-Cruces, D., Flores-Cartes, R & Sanhueza-Lesperguer, E. (2021). Inclusión de la práctica colaborativa interprofesional para la promoción y prevención de la salud bucal. *Rev. CES Odontología*, 34(2), 173-187. <https://doi.org/10.21615/cesodon.6018>
- 2- Araya, V., Alfaro, M., Andonegui, M. (2007). Constructivismo: orígenes y perspectivas. *Rev. Laurus*, 13(24), 76-92.
- 3- Arribas, A. (2006). Adaptación Transcultural de Instrumentos. Guía para el proceso de validación de instrumentos tipo encuestas. *Rev. Científica de la AMBB*, 16(3), 74-82.
- 4- Barr, H y BeunzaNuin, J. (2014). La educación interprofesional una visión económica. *Rev. Papeles de la economía española*, (142), 94-101.
- 5- Bruffee, K. (1999). Bruffee, K. (1993). *Collaborative Learning: Higher Education, Interdependence and the Authority of Knowledge*. Johns Hopkins University Press.
- 6- Committee on Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes; Board on Global Health; Institute of Medicine. (2015). *Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes*. National Academies Press.
- 7- D'Ancona Cea, M. (2002). Análisis multivariable: teoría y práctica en la investigación social. *Rev. Empiria* (6), 207-210. <https://doi.org/10.5944/empiria.6.2003.941>
- 8- Davini, M. (s.f.). *Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud*. [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/Davini\\_Educacion\\_permanente\\_rhus.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/Davini_Educacion_permanente_rhus.pdf)
- 9- Denzin, N y Lincoln, Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. SAGE Publications.
- 10- Escobar Bravo, M. Á. (2004). Adaptación transcultural de instrumentos de medida relacionados con la salud. *Rev. Enfermería clínica*, 14(2), 102-106. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(04\)73863-2](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(04)73863-2)
- 11- Fernández Aráuz, A. (2015). Aplicación del análisis factorial confirmatorio a un modelo de medición del rendimiento académico en lectura. *Rev. de Ciencias Económicas*, 33(2), 39-66.
- 12- Foguet Batista, M., Coenders, G y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Rev. Medicina Clínica*, 122(S1), 21-27.



- 13- Galindo González,R., Galindo González L., Martínez de la Cruz,N., Ley Fuentes,M., Ruiz Aguirre,E. & Valenzuela González E. (2012). Acercamiento epistemológico a la teoría del aprendizaje colaborativo. *Rev. Apertura*, 4(2), 156-169.
- 14- Joynes,V., Kerr, M., & Treasure-Jones, T. (2017). Exploring informal work place learning in primary health care for continuous professional development. *Education for Primary Care*, 28(4), 216-222. <https://doi.org/10.1080/14739879.2017.1298405>
- 15- Kenaszchuk, C., Reeves, S., Nicholas, D., &Zwarenstein, M. (2010). Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. *BMC Health Services Research*, 10(83). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-83>
- 16- Lajes Ugarte, M., Aúcar López, J., Martínez Morell, A., & Aguilar Rodríguez, Y. (2021). El trabajo colaborativo interprofesional en el proceso de formación profesional en salud. *Rev. Humanidades Médicas*, 21(3), 951–966.
- 17- Lira M. & Caballero E. (2020). Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *Rev. Médica Clínica Las Condes*. 31(1), 85-94. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.08.003>
- 18- López Deflory, C. (2017). *Identidades profesionales y Práctica colaborativa interprofesional en salud. ¿Guerras territoriales?*. [Memoria del Trabajo de fin de Grado de enfermería y fisioterapia, Universidad de las Islas Baleares]. [Lopez Deflory Camelia Viviana.pdf \(uib.es\)](https://www.uib.es/lopez_deflory_camelia_viviana.pdf)
- 19- Luppi, C. *Prepararse para el trabajo en equipo*. Material elaborado sobre la base del enfoque adoptado por Jon R. Katzenbach y otros autores. [http://www.hfainstein.com.ar/articulo\\_frm.html](http://www.hfainstein.com.ar/articulo_frm.html)
- 20- Merhy, E., Camargo Macruz Feuerwerker, L & Burg Ceccim, R. (2006). Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Rev. Salud Colectiva*, 2(2), 147-160.
- 21- Mertens, F., Groot, E., Meijer, L., Wens, G., Cherry, M., Deveugele, M., Damoiseaux, R., Stes, A. & Pype P. (2017). Workplace learning through collaboration in primary healthcare: A BEME realist review of what works, for whom and in what circumstances. *Medical Teacher*, 40(2), 117-134. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1390216>
- 22- Nisbe, G., Dunn, S., Lincoln, M & Shaw, J. (2016). Development and initial validation of the interprofessional team learning profiling questionnaire. *Journal of Interprofessional Care*, 30(3), 278–287. <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1141188>



- 23- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *La educación interprofesional en la atención de salud: mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr salud universal. Informe de la reunión del 7 al 9 diciembre del 2016 en Bogotá, Colombia.* Washington, D.C.:OPS. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34372>
- 24- Orsini, C., Danús, M., & Tricio, J. (2019). La importancia de la educación interprofesional en la enseñanza de la odontología: una revisión sistemática exploratoria analizando el dónde, el porqué y el cómo. *Rev. Educación Médica*, 20(1), 152–164.
- 25- Parsell, G & Bligh, J. (1999). The development of a questionnaire to assess the readiness of healthcare students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical Education*, 33(2), 95–100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.1999.00298.x>
- 26- Portillo Escobedo, M., Gomez Hernández, J., Ortega, V y Moreno Martínez, G. (2016). Modelos de Ecuaciones Estructurales: Características, Fases, Construcción, Aplicación y Resultados. *Rev. Ciencia y Trabajo*, 18(55), 16-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>
- 27- Pype, P & Deveugele, M. (2016). Dutch translation and validation of the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS) in a primary healthcare context. *European Journal of General Practice*, 22(4), 225–231. <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1211104>
- 28- Ramada-Rodilla, J. M., Serra-Pujadas, C., Delclós-Clanchet, G. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Rev. Salud Pública Mex*, 55, 57–66.
- 29- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., & Koppel, I. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub2>
- 30- Reid, R., Bruce, D., Allstaff, K., & McLernon, D. (2006). Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: are healthcare professionals ready for IPL?. *Medical Education*, 40(5), 415–422. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02442.x>
- 31- Soto-Ruiz, N., Escalada-Hernández, P., Ortega-Moneo, M., Viscarret-Garro, J & San Martín-Rodríguez, L. (2022). Educación interprofesional en ciencias de la salud con la colaboración de pacientes. *Rev. Educación Médica*, 23(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2022.100718>
- 32- Sznajder, A. (2006). *Trabajo en Equipo en Salud. Módulo 8.* [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001033cnt-modulo\\_8\\_trabajo Equipos-salud.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001033cnt-modulo_8_trabajo Equipos-salud.pdf)
- 33- Tornimbeni, S., Pérez, E & Ola, F. (2008). *Introducción a la Psicometría.* Paidós.



- 34- Videla, A., Hernández Orellana, M & Silva González, O. (2021). ¿Cuál es el tamaño muestral adecuado para validar un cuestionario?. *Rev. Nutrición Hospitalaria*, 38(4), 877-878. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03633>
- 35- Villavicencio-Caparó, E., Ruiz-García, V & Cabrera-Duffaut, A. (2016). Validación de cuestionarios. *Rev. OACTIVA UC Cuenca*, 1(3), 71–76.
- 36- WorldHealthOrganization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. [Framework for action on interprofessional education & collaborative practice \(who.int\)](https://www.who.int/framework-for-action-on-interprofessional-education-and-collaborative-practice)
- 37- Yuni, J & Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. (2ª ed). Editorial Brujas.

### **Otra Bibliografía consultada:**

- Batista-Foguet, J., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Rev. Medicina Clínica*, 122 (S1), 21–27. <https://doi.org/10.1157/13057542>
- Beck Dallaghan, G., Hultquist, T., Nickol, D., Collier, D., & Geske, J. (2018). Attitudes toward interprofessional education improve over time. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 13, 24-26. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.08.007>
- Darlow, B., Perry, M., Coleman, K., McKinlay, E., Donovan, S., Beckingsale, L., Gallagher, P., Gray, B., Naser, H., Stanley, J., & Pullon, S. (2015). The positive impact of interprofessional education: a controlled trial to evaluate a programme for health professional students. *Physiotherapy*, 101(S1), 294-295. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.03.488>
- Flora, D. B & Curran, P. J. (2004). An Empirical Evaluation of Alternative Methods of Estimation for Confirmatory Factor Analysis With Ordinal Data. *Psychological Methods*, 9(4), 466-491. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.9.4.466>
- Hair, J., Anderson, R & Black, W. (2019). *Multivariate Data Analysis (Ed. 8th)*. Cengage Learning EMEA.
- Herrero, J. (2010). El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 289-300. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n3a9>
- ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition). (2017). *International Journal of Testing*, 18(2), 101–134. <https://doi.org/10.1080/15305058.2017.1398166>
- Jöreskog, K., Sörbon, D., (2002). *PRELIS2 User's Reference Guide*. Scientific Software International, Inc.



- Kopitowski, K. (2002). ¿Cómo formular una pregunta efectiva?. *Evidencia*, 5(3), 92-94. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v5i3.5222>
- Moral de la Rubia, J. (2019). Revisión de los criterios para validez convergente estimada a través de la Varianza Media Extraída. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 13(2), 25-41.
- Norman, G., Streiner, D., (2008). *Biostatistics The Base Essentials (Ed. 3th)*. People's Medical Publishing House.
- Rodríguez, J & Reguant-Álvarez, M. (2020). Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE Revista D'Innovació I Recerca En Educació*, 13(2), 1-13. <https://doi.org/10.1344/reire2020.13.230048>
- Roopnarine, R., & Boeren, E. (2020). Applying the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) to medical, veterinary and dual degree Master of Public Health (MPH) students at a private medical institution. *PLOS ONE*, 15(6), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234462>
- Thangarajoo, S., Rosliza, A., Nalliah, S., Karim, J., Shohaimi, S., Ramasamy, S., & Amin-Nordin, S. (2021). Self-assessment, attitude and perception of interprofessional learning in hospital acquired infection control practices among health professionals in Klang Valley, Malaysia. *BMC Medical Education*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02610-1>
- Villavicencio Caparó, E. (2016). Validación de Cuestionarios. *Rev. OACTIVA UC Cuenca*, 1(3), 75-80. <https://doi.org/10.26871/oactiva.v1i3.200>