

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

MENCIÓN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD



TESIS

“CARACTERIZACION DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL
DESARROLLO DIFERENCIAL DE LAS CAPACIDADES HACIA
LACOLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN ESTUDIANTES
DE MEDICINA Y ENFERMERÍA CUSCO – PERU 2019”

Presentado por:

Br. CHOQUENAIRA CALLAÑAUPA, Saida Begonia

Para optar al grado Académico de Maestro en Salud

Pública Mención Gerencia en Servicios de Salud.

Asesora: Dra. Nancy Berduzco Torres

FINANCIADO POR FONDECYT - FONDO
NACIONAL DE DESARROLLO CIENTÍFICO,
TECNOLÓGICO Y DE INNOVACIÓN
TECNOLÓGICA.

CUSCO – PERU

2022

PRESENTACIÓN

Dra. Nelly Ayde Cavero Torre

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE POST GRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

Señores Miembros del Jurado

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, pongo a vuestra disposición la tesis intitulada; “CARACTERIZACION DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DIFERENCIAL DE LAS CAPACIDADES HACIA LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA 2019”, para optar al grado Académico de Maestro en Salud Pública mención Gerencia en servicios de salud conforme a lo establecido por la Ley Universitaria.

La investigación determinará los factores que más influyen en la colaboración a nivel interprofesionales entre los estudiantes de medicina y los de enfermería considerando para ello, diversos aspectos propios de su formación académica profesional.

La Autora

DEDICATORIA

Al todopoderoso Dios y su santa madre María que me dieron lo mejor de la vida: unos padres amorosos que supieron guiar mi vida y unas hermanas con quienes puedo contar en las buenas y en las malas.

A mi gran corazón guerrero Christopher Rafael que desde antes de saber de su existencia lo amo desmesuradamente y hoy es mi motivación de vida.

A Cristian, mi Yanantín, quien es mi compañero de alegrías, tristezas; triunfos, derrotas; aprendizajes y enseñanzas y de lo bueno y lo malo que la vida nos pone a diario.

A todos ellos por su apoyo incondicional el cual me servicio de inspiración para lograr materializar esta meta.

AGRADECIMIENTO

A todos los profesionales que laboran en mi casa de estudio en la UNSAAC, de quienes siempre llevaré el recuerdo y el orgullo de haber recibido sus infinitos conocimientos, especialmente a mi asesora Dra. Nancy Berduzco Torres, que ha tenido la paciencia de madre y conocimientos suficientes para motivarme a ser buen profesional.

A mí querida y hermosa familia los cuales me han dado su aliento, motivación e inspiración durante esta experiencia profesional.

INDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICES DE TABLAS	viii
RESUMEN	xi
INTRODUCCIÓN	xiii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	15
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.2.1 PROBLEMA GENERAL.....	17
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS	18
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	19
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
III. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	20
2.1. BASES TEÓRICAS	20
2.1.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DIFERENCIAL DE LAS CAPACIDADES INTERPROFESIONAL.	20
2.1.1.1 FACTORES.....	20
2.1.1.2 DESARROLLO DIFERENCIAL DE LAS CAPACIDADES INTERPROFESIONALES.....	20
2.1.1.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CAPACIDADES INTERPROFESIONALES.....	21

2.1.2. HABILIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL ENTRE LOSESTUDIANTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA.....	26
2.1.2.1. HABILIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL	27
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	31
2.3. ANTECEDENTES EMPÍRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
2.3.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	33
2.3.2 ANTECEDENTES NACIONALES	35
2.3.3 ANTECEDENTES LOCALES.....	36
III. HIPOTESIS Y VARIABLES	38
3.1. HIPÓTESIS.....	38
3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	38
3.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES	38
3.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE	38
3.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	39
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
IV. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	45
4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	45
4.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	45
4.3. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	45
4.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	
4.4.1 Criterios de inclusión.....	46
4.4.2 Criterios de exclusión.....	46
4.5 TÉCNICAS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	47
4.6 TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	
4.6.1 Técnica de Investigación	51

4.6.2 Instrumento de la Investigación.....	51
4.6.3 Validez y confiabilidad del Instrumento	52
4.7. TÉCNICA DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	53
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	55
5.1. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	55
5.1.1 Fiabilidad del instrumento.....	55
5.1.2 Análisis e interpretación de resultados descriptivos.....	56
5.1.3 Discusión de resultados	84
5.2. Pruebas de hipótesis	85
5.3. Presentación de resultados	86
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFIA.....	89
ANEXOS	98
a. Matriz de consistencia.....	99
b. Matriz del Instrumentos	101
c. Instrumentos.....	105
d. Estructuras Curriculares:.....	114

INDICES DE TABLAS

Tabla 1 Ficha Técnica de la variable: Escala de Jefferson	24
Tabla 2 Operacionalización de Variables Independiente: “Factores que influyen en las capacidades de colaboración interprofesional”	39
Tabla 3 Operacionalización de Variables dependiente “Habilidades de colaboración interprofesional entre estudiantes de medicina y enfermería”	43
Tabla 4 Selección de muestra por Universidad.....	46
Tabla 5 Selección de muestra por profesión	46
Tabla 6 Selección de muestra por edad.....	47
Tabla 7 Selección de muestra por Procedencia.....	48
Tabla 8 Selección de muestra por Sexo	48
Tabla 9 Estadísticas de fiabilidad	54
Tabla 10 Datos Sociodemográfico según relación con la madre	55
Tabla 11 Datos Sociodemográfico según relación con el padre	56
Tabla 12 Confiabilidad psicométrica del Factor: Empatía con el paciente.....	58
Tabla 13 Confiabilidad psicométrica del Factor: Habilidades de aprendizaje permanente	59
Tabla 14 Confiabilidad psicométrica del Factor: Soledad en adultos.....	60
Tabla 15 Análisis factorial confirmatorio según KMO y prueba de Bartlett de la Escala de Soledad en adultos.....	60
Tabla 16 Análisis factorial confirmatorio según matriz de correlaciones de la Escala de Soledad en adultos	61
Tabla 17 Análisis factorial confirmatorio según Comunalidades de la Escala de Soledad en adultos	62
Tabla 18 Análisis factorial confirmatorio según Varianza total de la Escala de Soledad en adultos	63

Tabla 19 Análisis factorial confirmatorio según Matriz factorial ^a de la Escala de Soledad en adultos	64
Tabla 20 Análisis factorial confirmatorio según Matriz de configuración. ^a de la Escala de Soledad en adultos.....	65
Tabla 21 Análisis factorial confirmatorio según Prueba de la bondad de ajuste de la Escala de Soledad en adultos.....	65
Tabla 22 Análisis factorial confirmatorio según matriz de estructura de la Escala de Soledad en adultos	66
Tabla 23 Análisis factorial confirmatorio según matriz de correlaciones entre los factores de la Escala de Soledad en adultos	67
Tabla 24 Confiabilidad psicométrica del Factor: Satisfacción vital.	68
Tabla 25 Confiabilidad psicométrica de la Habilidad de colaboración interprofesional: Cooperación	69
Tabla 26 Distribución de Frecuencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Cooperación	70
Tabla 27 Confiabilidad psicométrica de la Habilidad de Colaboración interprofesional: Asertividad	71
Tabla 28 Distribución de Frecuencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Asertividad	72
Tabla 29 Confiabilidad psicométrica de la Habilidad de Colaboración interprofesional: Responsabilidad	73
Tabla 30 Distribución de Frecuencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Responsabilidad	74
Tabla 31 Confiabilidad psicométrica de la Habilidad de Colaboración interprofesional: Actitudes para colaborar	75

Tabla 32 Distribución de Frecuencia de la habilidad de colaboración interprofesional:	
Actitudes para colaborar	76
Tabla 33 Confiabilidad psicométrica de la Habilidad de Colaboración interprofesional:	
Coordinación	77
Tabla 34 Distribución de Frecuencia de la habilidad de colaboración interprofesional:	
Coordinación	77
Tabla 35 Confiabilidad psicométrica de la Habilidad de Colaboración interprofesional:	
Autonomía	78
Tabla 36 Distribución de Frecuencia de la habilidad de colaboración interprofesional:	
Autonomía	
.....	79
Tabla 37 Confiabilidad psicométrica de la Habilidad de Colaboración interprofesional:	
Desempeño laboral	80
Tabla 38 Distribución de Frecuencia de la habilidad de colaboración interprofesional:	
Desempeño laboral	81
Tabla 39 Medidas simétricas de Habilidades de Colaboración interprofesional	82
Tabla 40 Coeficiente de contingencia de Habilidades de Colaboración interprofesional	82
Tabla 41 Prueba de Hipótesis	85

RESUMEN

El estudio fue realizado en el departamento del Cusco en tres universidades en las que se imparte medicina y/o enfermería, su objetivo fue el de determinar los factores que influyen en las capacidades de colaboración interprofesional entre estudiantes de medicina y enfermería 2019. La metodología, es de tipo fundamental o pura, de corte transversal, explicativo, así como descriptivo. Se aplicó como instrumento un cuestionario estructurado en preguntas en escala de Likert, comprendida por 77 ítems distribuidos a una población de 1.517 estudiantes de los cuales 1016 fueron estudiantes de medicina y 497 estudiantes de enfermería. Los resultados brindan información sobre la brecha actitudinal de los estudiantes de las facultades de medicina como los de enfermería, cuyos datos permite conocer sobre los factores que ejerce influencia en el trabajo colaborativo dentro la práctica clínica siendo esto demostrado desde los primeros años de formación profesional. En este estudio, el sexo, la soledad, la orientación empática y las habilidades de aprendizaje a lo largo de la vida y el bienestar subjetivo mostraron un papel de influencia en el desarrollo de las habilidades que se generan al trabajar en equipo, sin embargo, esta influencia es menor que la provocada por el entorno social, como se muestra cuando se compara el efecto tamaño asociado al sexo con el efecto tamaño de la disciplina. Concluye: Los factores que tuvieron mayor influencia están: la empatía por los pacientes y el factor habilidades de aprendizaje, identificando el factor que menos influye es la soledad por ser esta menos reflejada en las respuestas emitidas por los estudiantes. Asimismo, se obtuvo como coeficiente de contingencia ,000 que indican que las habilidades estudiadas todas influyen en colaboración interprofesional sin embargo se vinculan a la cooperación como la habilidad requerida en un enfermero y/o médico.

Palabras Claves: Factores, Capacidades de colaboración, Interprofesional, Medicina, Enfermería.

ABSTRACT

The study was carried out in the department of Cuzco in three universities in which medicine and / or nursing are taught, its objective was to determine the factors that influence the capacities of interprofessional collaboration between medical and nursing students 2019. The methodology, it is fundamental or pure, cross-sectional, explanatory as well as descriptive. A structured questionnaire in Likert scale questions was applied as an instrument, comprised of 77 items distributed to a population of 1,517 students, of which 1,016 were medical students and 497 nursing students. The results provide information on the attitudinal gap of students from medical schools such as nursing students, whose data allows us to know about the factors influencing collaborative work within clinical practice, this being demonstrated from the first years of professional training. In this study, sex, loneliness, empathic orientation and lifelong learning skills and subjective well-being showed an influencing role in the development of skills generated by teamwork, however, This influence is less than that caused by the social environment, as shown when the size effect associated with sex is compared with the size effect of the discipline. It concludes: The factors that had the greatest influence are: empathy for the patients and the learning skills factor, identifying the factor that least influences is loneliness as it is less reflected in the responses issued by the students. Likewise, a contingency coefficient was obtained, 000 indicating that the studied skills all influence interprofesional collaboration, however they are linked to cooperation as the skill required in a nurse and / or doctor.

Key Words: Factors, Collaboration skills, Interprofessional, Medicine, Nursing.

INTRODUCCIÓN

En las disciplinas sanitarias, especialmente en medicina y enfermería, la profesionalidad requiere que se desarrollen ciertas habilidades que le dé carácter a la esencia del humanismo de los profesionales que se dedica a prestar la mejor atención a nivel médico para los pacientes. Este concepto comprende un cuerpo articulado de cualidades y habilidades profesionales que constituyen la esencia de su conducta profesional, independientemente de sus diferencias geográficas, sociales o culturales.

Para fines de evaluación, una definición del marco de educación médica sugiere que el profesionalismo se logra al dominar tres dominios esenciales: habilidades clínicas y técnicas, habilidades de comunicación y sociales, y una comprensión adecuada del marco ético y legal del comportamiento profesional cuyo objetivo es el determinar el papel que desempeñan los factores ambientales e individuales en el desarrollo del trabajo en equipo en entornos con un modelo de trabajo jerárquico dominante., así mismo para obtener los resultados se administraron cuestionarios que incluyeron los formularios complementarios, a estudiantes de medicina y enfermería. Para una mejor y adecuada presentación de esta tesis, se presenta en varios capítulos, así como anexos, los cuales están de acuerdo al lineamiento que han sido solicitado para el trabajo de grado por parte de la universidad.

El trabajo de investigación consta del problema de investigación, donde se da a conocer el estableciendo para ello la situación problemática, se formula el problema, la justificación del estudio y los objetivos, seguido del marco teórico conceptual, detallando las teorías en relación a las variables estudiadas y sus dimensiones, el marco conceptual y los antecedentes empíricos de la investigación del estudio tanto a nivel internacional como nacional; el tercer segmento refiere de la hipótesis general y las hipótesis específicas, en el que se identifica la variables e indicadores aplicando la operacionalización de variable, así mismo, se da a conocer la metodología aplicada detallando cada uno de los aspectos que le dan sustento, seguido de los

resultados a nivel descriptivo detallando cada dimensión, en espera de dar respuesta a los objetivos cumplidos, finalmente se da a conocer las conclusiones en función a los objetivos que fueron planteados considera los datos más resaltantes a los que se considera y se entrega recomendaciones de la investigación, referidos a los resultados obtenidos de acuerdo a encuestas realizadas en el transcurso del trabajo y finalmente presentar las fuentes bibliográficas utilizadas en el desarrollo de la investigación, así como los documentos que fueron tomados en cuenta para el desarrollo en condición de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud considera que un trabajo colaborativo interprofesional positivo, también llamado trabajo en equipo, se describe como una capacidad de múltiples trabajadores de la salud de diferentes ramas profesionales para proporcionar servicios integrales trabajando con los pacientes, sus familias, sus carreras profesionales y la comunidad, con el fin de ofrecer la mejor de atención médica y lograr conseguir estados saludables (1).

De allí que, para los profesionales médicos así como del área de la enfermería, la capacidad de trabajo en equipo implica no solo la comunicación y las habilidades sociales, sino también la formación específica sobre el trabajo interdisciplinario con el fin de poder trabajar en equipo, en donde se pueda compartir ciertas responsabilidades, en la búsqueda de resolver problemas que permita tomar decisiones las cuales llevara a las acciones dedicadas a la atención de los pacientes (2).

Sin embargo, se ha notado que, en ausencia de cualquier programa educativo interdisciplinario, aparecen diferencias importantes en el desarrollo de esta capacidad entre la medicina y la enfermería. Según estos autores estas diferencias son más notables en sociedades donde la medicina se coloca por encima de la enfermería, representando en las relaciones de trabajo otra aplicación del "principio de menor interés": según este principio, aquellos que están en una posición de poder mayor son menos propensos a expresar un deseo de una relación de colaboración (3);

Por otra parte, investigaciones sobre el comportamiento de los profesionales médicos y enfermeros independientemente de los roles profesionales socioculturales en cuyas investigaciones se denotan las diferencias en las actitudes que se da por medio del trabajo

colaborativo interprofesional entre los médicos con los enfermeros observándose la teoría del rol de socialización donde existe una cultura de trabajo jerárquica dominante entre los médicos y los enfermeros menciona que es necesario establecer aquellos factores que influyen en su comportamiento dentro de las instalaciones de salud como un todo y trabajo cooperativo (4); (5); (6), (7); (8); (9); (10)

Sin embargo, existe otros factores como son los lugares de trabajo donde una cultura de trabajo colaborativo es dominante, los médicos y las enfermeras asumen funciones complementarias. Los requisitos de este "modelo complementario" son visibles en la atención de los pacientes, los resultados clínicos y en las competencias profesionales básicas, tales como: comunicación, innovación, creatividad, toma de decisiones, empatía y aprendizaje permanente habilidades (3); (6); (11) y (12).

Asimismo, los estudios sobre este tema denotan los distintos efectos negativos derivados al considerar a los enfermeros como servidores de los médicos, tales como: errores médicos, agotamiento, cinismo, falta de autonomía y motivación para trabajar y aprender. De igual modo en América Latina, dos estudios realizados en México en el año 2001 reportaron la prevalencia de un modelo jerárquico en las actitudes médicas y enfermeras hacia las relaciones laborales. (7); (8); (9); (13); (14); (15); (16); y (17).

De igual modo, estudios más recientemente en estudiantes universitarios mexicanos, demostró que este problema aparece durante el primer año de estudios de pregrado como consecuencia de la misma forma y del entorno social que la misma universidad les provee (6). Datos sobre la interacción con algunos estudiantes de medicina, demostraron que estos consideran que "la responsabilidad del diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente es exclusivo de los médicos"; sin embargo, los estudiantes de enfermería indican que "es un trabajo que debe ser en equipo, es decir entre los médicos con los enfermeros, ya que ambos

buscan contribuir con el bienestar del paciente que acude a un centro clínico y que su papel dentro de ella es meritorio y sin ellos no es posible” (16); (17).

Es importante señalar que, esta discrepancia sobre la colaboración interprofesional se observa en la labor ejercida por estos profesionales en los diferentes centros médicos a través de las prácticas clínicas, donde se puede observar este comportamiento en el Perú en las diferentes instituciones médicas que requiera de labor de ambos profesionales. Por lo tanto, se debe indagar sobre los inicios de esta problemática, para conocer si desde la formación académica profesional de los médicos y enfermeros se generan los factores que influyen en el trabajo interprofesional que permita poder llevar a cabo distintos planes para el debido cuidado de los pacientes.

Debido a esto, se debe tener en cuenta estas circunstancias, donde se considera que es de sumo valor realizar el estudio sobre los factores que influyen en las capacidades de colaboración interprofesional entre los estudiantes de medicina y los de enfermería, considerando estudiar a tres universidades ubicadas en la ciudad de Cusco en las que se imparte los estudios profesionales de medicina humana y/o enfermería para así poder determinar los factores de mayor influencia ejercidos entre ambos profesionales sobre las capacidades de colaboración interprofesional desde el comienzo de su formación académica universitaria a partir de las variables aquí señaladas.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores que influyen en las capacidades de colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería de las universidades de Cusco, 2019?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuál es el nivel de influencia de los factores influyentes en el desarrollo diferencial de las capacidades hacia la colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería de las universidades de Cusco, 2019?

¿Cómo es la influencia de las habilidades en la colaboración interprofesional entre estudiantes de la facultad de medicina y enfermería de las Universidades de Cusco 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las capacidades colaborativas que se debe dar entre los enfermeros y los médicos es de suma importancia, ya que ambos tienen como objetivo un propósito en común: la atención del paciente; por medio de esta investigación se conocerá algunos factores que se considera que ejercen influencia en el desarrollo de las capacidades colaborativa entre los profesionales en el campo de la salud, para ello se indagarán desde los primeros años de formación académica profesional.

La utilidad metodológica de esta investigación permite conocer el trabajo en equipo colaborativo que se debe dar entre enfermeros y médicos bajo un tópico que conlleva al éxito ya se para generar un buen diagnóstico, aplicar tratamiento adecuados, conseguir la recuperación y rehabilitación de los pacientes por medio del trabajo colaborativo. Asimismo, se justifica esta investigación desde un punto de vista teórico al encontrar fundamentaciones de diversos autores que estudian a profundidad las variables en estudio en el campo de la salud, tomando como referencia las debilidades y carencias de los factores influyentes en el trabajo en equipo colaborativo entre ambos profesionales, es decir entre médicos y enfermeros, los aporte teórico obtenido de esta investigación servirá como antecedente para posteriores trabajos relacionado al área de la colaboración interprofesional. Por otra parte, este tópico demanda su exposición teórica que la sustenta, favoreciendo el enriquecimiento de la información científica que se obtendrá en el término del desarrollo y aplicación de la misma.

En el aspecto práctico, se fundamenta en la actividad del hombre por trabajar con otros donde se hace necesario tener conocimientos y claridad en perfil profesional para ejercer adecuadamente su trabajo cuya intención a nivel práctico este dado por la naturaleza misma de la investigación, en la búsqueda de motivas la implementación de programas educativos interdisciplinarios específicos en las etapas de formación de los profesionales antes mencionados en las entidades formadoras de los profesionales médicos y enfermeros y así maximizary acelerar los resultados en beneficio de los pacientes que luego serán atendidos por estos profesional los cuales se pretende dar a conocer los factores que incide en este procedimiento.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que influyen en el desarrollo de las capacidades de colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería de las universidades de Cusco 2019.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de influencia de los factores que influyen en el desarrollo de las capacidades de colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería de las universidades de Cusco 2019
- Determinar la influencia de las habilidades en la colaboración interprofesional entre estudiantes de la facultad de medicina y enfermería de las Universidades de Cusco 2019.

III. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. BASES TEÓRICAS

2.1.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DIFERENCIAL DE LAS CAPACIDADES INTERPROFESIONAL.

2.1.1.1 FACTORES.

Los factores son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, estos pueden volverlos causantes de la variación o cambio de los hechos, es decir, un factor contribuye a que se consigan determinados resultados y por lógica caen sobre él la responsabilidad de la modificación o de los cambios. Por tanto, la existencia de la misma genera los cambios a través de acciones que puede o no darse naturalmente o espontáneamente, éstas pueden ser deliberadas o no deliberadas, es decir de carácter medible o no. (14)

Por tanto, un factor es un elemento que influye en algo en el que intervienen distintos aspectos para determinar su influencia sobre una cosa de un modo concreto. Los factores intervienen como causa e inciden en algo y ese algo se convierte en la consecuencia o en el efecto. Esta correspondencia de causa y efecto no es de tipo racional, lógico o matemático, sino que los factores tienen cierto grado de influencia sobre un hecho, pero no es absoluta su determinación. Por ejemplo, son factores negativos para la salud los hábitos poco saludables, sin embargo, alguna persona puede tener hábitos no recomendables y puede estar sano.

2.1.1.2 DESARROLLO DIFERENCIAL DE LAS CAPACIDADES INTERPROFESIONALES.

El desarrollo diferencial de las capacidades interprofesionales en el área de la medicina y enfermería específicamente se han convertido “un proceso mediante el cual los individuos, grupos, organizaciones, instituciones y sociedades incrementan sus habilidades para desempeñar funciones esenciales, solucionar problemas, definir y alcanzar objetivos de modo que se pueda entender las necesidades de desarrollo en un contexto vasto y de forma sostenible” (19).

Es por ello que las capacidades interprofesionales, vienen a ser entendidas como aquellas en que los profesionales proceden de manera integrada, compartiendo objetivos y situando a los usuarios en la centralidad del proceso, viene siendo grandemente discutida. De allí que, ha sido punteada como premisa el desarrollo integral de todo profesional en el que sea capaz de reorientar el modelo de formación y en este caso particular en la atención a la salud para así garantizar la capacidad de respuesta a las demandas de salud de la población, fortificando los sistemas de salud (20)

2.1.1.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CAPACIDADES INTERPROFESIONALES.

A.-Factores Sociodemográficos.

Los factores sociodemográficos comprenden todas aquellas particularidades que son asignadas a una persona es decir su edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia. (21) Por medio de los factores sociodemográficos se puede establecer su perfil, es decir, la posibilidad para asumir la responsabilidad de la atención de larga duración es: la relación entre receptor de cuidados y cuidador, el vínculo familiar, el sexo, el estado civil, la edad, el nivel educativo, nivel económico, situación laboral, hasta cuál es su clase social. (21). Los elementos a estudiar se encuentran: el sexo, el estado civil, edad, género, ocupación, grado de instrucción, estado civil, nivel económico, nivel de estudios, entre otros elementos. (21)

B.-Empatía con los pacientes:

Existen diferentes componentes afectivos que enfrenta diferentes experiencias emocionales de las personas; esto puede conducir a positivos sentimientos y conductas como la compasión y el altruismo, o a emociones y experiencias negativas, como la aversión y la angustia. (21) Es así que, Davis aclara que desde el aspectocognitivo se habla de capacidades o predisposiciones de la persona; y desde el aspecto emocional de la reactividad emocional individual (22)

Entre los componentes emocionales se destaca la empatía ya que actúa como un factor influyente en el comportamiento interprofesional, debido a que solo en ciertas ocasiones

especiales una persona se coloca en el lugar de otro y experimenta emociones como la tristeza, la alegría, el temor, la ira, ternura u otras en respuesta a la vivencia de otra persona. Además, según Fernández (23) personas con características determinadas relacionadas con la supervivencia (en circunstancias de peligro o riesgo) o con vivencias que tengan similitudes con la historia y aprendizajes previos de la persona que experimenta la cognición, emoción o respuesta empática; producen reacciones empáticas.

Cabe mencionar que los factores situacionales son mediados por:

La afectividad: Es la capacidad de reacción que presente un individuo ante los estímulos que provengan del medio interno o externo y cuyas principales manifestaciones serán los sentimientos o emociones, sobre todo en su estado psíquico. En el lenguaje menos formal, y más coloquial, cuando se habla de afectividad, todos sabemos que se hace referencia a aquellas muestras de amor que un ser humano brinda a las personas que quiere. La afectividad también es considerada como el conjunto de fenómenos afectivos (inclinación hacia una persona o cosa; unión, vínculo), es decir, susceptibilidad a estímulos afectivos o disposición para recibir experiencias y reacciones afectivas; reacción emotiva generalizada que produce efectos definidos en el cuerpo y la psiquis.

La expresión: representa un acto de comunicación por algún medio sea este verbal o no verbal cuyo objeto es de indica lo que pueda estar pensando sobre determinado hecho, una expresión es una declaración de algo para darlo a entender. Puede tratarse de una locución, un gesto o un movimiento corporal. La expresión permite exteriorizar los sentimientos o ideas: cuando el acto de expresar trasciende la intimidad del sujeto, se convierte en un mensaje que el emisor transmite a un receptor.

Las emociones: son reacciones a nivel psicofisiológicos que se encuentran representados por aquella adaptación que logra realizar la persona sobre la percepción que tiene sobre un objeto, persona, lugar, suceso o recuerdo importante. Es decir son respuestas fisiológicas que preparan al organismo para adaptarse al ambiente. Cuando estamos emocionados, nuestro cuerpo está más activado de lo normal: el corazón late con más fuerza,

la respiración es más rápida y los músculos permanecen en tensión, esto es, algunos cambios fisiológicos son el cambio de frecuencia cardíaca, la presión sanguínea, la sudoración y otras alteraciones del cuerpo.

La experiencia: todo conocimiento que se posea sobre algo, permite el desarrollo de ciertas habilidades sobre ello, y esto es posible solo por haberlo realizado, vivido, sentido o sufrido por lo menos una vez. La experiencia es la forma del conocimiento que se logra a través del tiempo.

La comprensión: Es una facultad propia de la inteligencia que permite entender o con claridad las cosas haciendo una idea clara de estas. La comprensión está íntimamente relacionada con entender, justificar o contener algo, por tanto, es la aptitud o astucia para alcanzar un entendimiento de las cosas.

Los sentimientos: que permiten vislumbrar cuál es la acción a seguir frente a la realidad de otros, fundamentado en anteriores experiencias y las reflexiones de ese instante. Los sentimientos se originan de la conceptualización y la valoración racional de las emociones; los sentimientos son duraderos, pueden ser verbalizados y determinan la disposición del estado de ánimo de un individuo. Por lo tanto los sentimientos generan una serie de procesos mentales.

En resumen, es posible aseverar, desde un enfoque reactivo, que la empatía es una respuesta emocional a las situaciones contingentes de los otros, así como una inclinación para desenvolverse de una determinada forma ante circunstancias emotivas vividas por otros y, de la misma manera, es capaz de ser aprendida y enseñada.

Por tanto, incluye componentes afectivos, de expresión, emociones, experiencia, comprensión y por supuesto la expresión de sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otros. Estos sentimientos son dirigidos al otro, que pueden resultar en comportamientos de ayuda. (22) La empatía está vinculada con el comportamiento prosocial, por tanto, incentiva a las personas a tener conductas de asistencia, ayuda, cuidado, evitar el perjuicio o daño al otro, buscar resolver diferencias y pedir perdón cuando se reconocen errores; crece la independencia en la toma de decisiones y aumenta la salud mental. En general, aumenta la regulación emocional y el encuentro con los demás (22)

Para medir los componentes afectivos en especial la empatía se utilizará la escala Médica de Jefferson conocida como: “Escala de Empatía Médica de Jefferson”. Esta escala ha sido validada en varios países alrededor del mundo, también en países de América Latina y anteriormente empleada en el Perú, la cual ha sido adecuada a la cultural peruana, la misma cuenta con una validez de construcción, es decir que mide lo que pretende medir; además de ser convergente y discriminante, es decir, que se diseñó de tal manera que todas sus partes estarán relacionadas entre sí. (24)

Tabla 1

Ficha Técnica de la variable: Escala de Jefferson

Nombre del instrumento:	Escala de Empatía Médica de Jefferson
Autores:	<u>Hojat. F., Veloski. J., Griffiths M., Cohen M, Plumb M.</u> (24)
Procedencia:	Esta escala fue desarrollada en Estados Unidos en el año de 1999
Aplicación:	Individual o Colectivo
Ámbito de aplicación:	Usado para médicos y enfermeras
Instrumento:	Se administró a 208 médicos de primer año y 86 estudiantes de enfermería y los resultados plantean que cuenta con validez interna.
Duración:	Entre 5 a 15 minutos
Finalidad:	Mide las actitudes de ambas profesiones en cuanto a la autoridad, autonomía, responsabilidad por la supervisión del paciente, toma de decisiones, expectativa del rol y educación
Estructuración:	Consta de 15 preguntas
Baremación:	Constructo y confiabilidad, con una correlación de puntuación total de los ítems entre 40 y 65
Nota: Fuente Elaboración	

C.-Habilidades de Aprendizaje permanente. Son muchas las teorías que discuten el comportamiento y conducta humana, las teorías acerca del aprendizaje intentan explicar los procesos intrínsecos al aprender, por ejemplo, la obtención de habilidades intelectuales, la obtención de información o conceptos, las estrategias cognoscitivas, habilidades motoras, gratificación (sobre aquellas cosa material o inmaterial que se le ha concedido a una persona de modo que sienta satisfacción o complacencia), responsabilidad (da cumplimiento de aquellas obligaciones que le comprometido hacer o decidido por sí mismo) actualización profesional y formación académica (representa todos esos conocimientos adquiridos y por adquirir que permite consolidar las competencias de una persona).

Al respecto, Taylor cita al aprendizaje como “el cambio en las disposiciones o capacidades humanas, que persiste durante cierto tiempo y que no es atribuible solamente a los procesos de crecimiento” (21). Este desarrollo de información salvaguarda la interacción de las variables del sujeto y las variables de la circunstancia ambiental en la que está sumido, ya no es un sujeto pasivo y receptivo (conductismo), ahora se convierte en un procesador activo de la información. Es decir, este enfoque se concibe entonces como el procesador de información del ser humano fundamentado en la aprobación de la analogía entre la mente humana y el funcionamiento de las computadoras. Para ello investiga cómo se codifica la información, convierte, recopila, recupera y se traspa al exterior.

D.-Escala de Soledad en Adultos. El sentimiento de soledad constituye una prevalencia del 20 % al 40 % en la población adulta mayor (25) una circunstancia negativa que puede traerle desfavorables repercusiones perjudiciales. Algunos autores la detallan como ausencia de reciprocidad con el otro, a partir del cual se originan sentimientos de tristeza, temor, ansiedad, que en las personas pueden considerarse una responsabilidad difícil de afrontar (26)

Las secuelas de la soledad se pueden encontrar desde las dimensiones físicas, psicológicas y sociales. Por ejemplo en cuanto a dimensiones físicas se evidencian disminución

del sistema inmunológico, complicaciones cardíacas, digestivas y alteraciones en el sueño; en cuanto a la dimensión psicológica se evidencia autoestima baja, conductas de riesgo como alcoholismo, depresiones incluso hasta suicidios, finalmente en la dimensión social el aislamiento y prejuicios sociales. (25)

E.-Escala de Satisfacción Vital. Es el instrumento de medición mayormente utilizado en el mundo para la evaluación de la Satisfacción Vital. El cual ha sido definido como la estimación de manera positiva que se le realiza a una persona sobre lo que hace de su vida en general, o de aquellos aspectos particulares Condiciones de Vida que son considerado aquellos aspectos que estudia la relación con la familia, el nivel de estudios, su trabajo, su estado de salud de igual modo se estudia la satisfacción personal para conocer como es la forma como interactúa con sus amigos, si dedica a tener tiempo libre y como este se relaciona de forma armoniosa con todas las personas (27) valorar

Es decir, la satisfacción se convierte en un estado psicológico resultante de la transacción que puede realizar un individuo (personalidad) con la forma que este logre adecuarse a su entorno social donde se debe considerar cuál es su estado civil, relaciones familiares, participación social, como es su satisfacción laboral, y si existe apoyo social tomando en cuenta aspectos sociales como el nivel de ingresos y por su puesto su estado cultural (27)

2.1.2. HABILIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL ENTRE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Se han publicado diferentes trabajos que permiten conceptualizar y entender mejor la colaboración entre profesionales de la salud, en las que los autores identifican las diferentes dimensiones que conforman las relaciones entre los profesionales de la salud, como en el trabajo de Van, Sermeus, Vanhaecht y De Lepeleire (35), que hace una propuesta sofisticada en la identifica cuáles son los mecanismos organizacionales, de coordinación y objetivos relacionados tanto con las características de los pacientes como con factores externos a esto.

D'Amour y su equipo (36) hablan del proceso de colaboración interprofesional a partir de elementos que corresponden a una dimensión organizacional y otra dimensión relacional.

El trabajo del equipo de Mulvale, Embrett y Razavi (37) propone un modelo de mejora de la colaboración interprofesional en el ámbito de la comunitaria y lleva a cabo una propuesta interesante organizando los factores que interfieren en la colaboración interprofesional, desde el nivel individual y colectivo (37).

2.1.2.1. HABILIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL

Un ambiente laboral considerado óptimo guarda una relevante importancia para todo el personal que allí labora, ya que disfrutar de un entorno saludable este logra incidir directamente en su desempeño y bienestar emocional". De ahí que las habilidades de colaboración interprofesionales involucran distintos colaboradores que forman parte de los pilares fundamentales del capital humano, junto a las capacidades técnicas específicas del puesto de trabajo de los cuales se puede mencionar:

A.-Cooperación. La cooperación es un comportamiento coordinado de unas personas naturales o jurídicas que sin estar sometidas o llegar a fusionarse, establezcan un campo intermedio en común que les admite lograr ciertos objetivos, sobre unos fundamentos (38). Los pactos de cooperación necesitan para su coexistencia, como condición indispensable, la existencia del logro de fines comunes o complementarios, lo cual es a su vez uno de sus objetivos básicos (39).

Es un fenómeno complejo y es utilizado por un sinnúmero de disciplinas cuya estrategia es aplicada al cumplimiento de objetivo, esta puede ser desarrollada por grupos de personas u organizaciones que comparten interés u objetivo en común. Es por ello, que el campo de la salud se hace necesario el desarrollo de esta habilidad cuyo proceso se hace necesario el empleo de algunos métodos asociativos y colaborativos que facilitan la obtención de la meta común.

B.-Asertividad. El término “asertividad” procede del latín *assere*, que significada “mantenerse firme o hacer valer los derechos propios”. También de ahí proviene la palabra *aserción*, que es afirmar en español. Entonces, asertividad es la capacidad de decir lo que se siente, defendiendo los propios intereses legítimos (firmeza), no dañando a los demás (pacifismo). Entonces es así, una “firmeza pacífica” (40).

La asertividad se entiende como la capacidad de actuar considerando los intereses propios, defenderlos, expresando los sentimientos de tal forma que no se atropelle a los demás (40). Según Salter (1949), la asertividad es un rasgo de la personalidad: algunas personas la tienen y otras no (41).

C.- Responsabilidad. Según la Oficina Nacional de Administración del Personal (2006), la responsabilidad es “el compromiso por el cumplimiento de deberes y tareas propias al desempeño de sus funciones. Considérese interés en el trabajo, grado de concentración y perseverancia”. Además de definirlo como “el compromiso de la persona a realizar las tareas encomendadas, asumir las consecuencias de sus actos y esforzarse más de lo que se le exige; es un valor que le permite reflexionar, administrar y orientar su vida dentro de una organización y la sociedad” (42).

De acuerdo a Vives, precisa la responsabilidad social como “un paradigma a partir del cual se puede erigir un nuevo significado que tienen o deben tener las organizaciones o empresas con su entorno externo e interno en el marco de una búsqueda de desarrollo sostenible; involucre una ética cuyos valores y principios referidos al respeto de los colaboradores, al proceso técnico que impacta en el medio ambiente, a la escucha y la consulta con los que se vinculan, a la transparencia que pueda generar identificación y confianza con la comunidad y los otros, se haga evidente en la práctica y comportamiento” (43).

D.-Coordinación. La coordinación es la acción y el efecto de Coordinar, su etimología nos indica que proviene del latín “Cordinatio”. Básicamente es el cumplimiento de un método para conservar la correcta dirección y orientación de cualquiera que fuere la función realizada. Puede suceder que una persona coordina situaciones como acciones y movimientos para uno mismo o para otra persona, sin embargo más común es las coordinaciones en donde hay un conjunto de personas intentando hacer una sola acción o terminar una tarea en varias etapas (44).

Un ejemplo más complejo de coordinación es la coordinación del cuerpo humano, incluye un conjunto de jerarquías y órganos esperando una orden necesaria del cuerpo para sustentar sus funciones, el cerebro emite señales y el sistema correspondiente efectúa la función con coordinación de los elementos vinculados.

En cualquier coordinación, los sentidos son quienes juegan un rol fundamental, por ejemplo, si se coordina una fiesta, se consideran los aspectos visuales, tales como la decoración de tal forma que los invitados se sientan involucrados con la temática y agraden de la decoración. A la vez se realizará una enumeración de los bocadillos a servirse. Se coordinará una variada lista de música para los diferentes gustos.

Se puede suponer que la coordinación es una disciplina, que se aplica a todos los ámbitos de la vida social. Es la herramienta para mantener el orden (44).

E.-Autonomía. Según Piaget y Heller (45) señala que la autonomía es una capacidad totalizadora e integradora que ayuda a la adaptación y la estabilidad psíquica del niño, de ahí procede la seguridad en uno mismo y su relación armoniosa y positiva con su entorno accediendo a cumplir de esta manera las responsabilidades y obligaciones mediante un comportamiento que deriva en intercambios de desempeños según su cultura y de forma conveniente a su proceso de socialización.

Kant (46) señala que la autonomía es una determinación que cada persona tiene para resolver sin depender de nadie sino por sí mismo, no dependiendo de reglas para sentirse bien, esta definición se asocia a la toma de decisiones y acciones no asignadas que lo ayudan a expresarse de manera libre en áreas educativas y de interacción social.

Rodríguez y Zehang (47) pensó que “la autonomía desarrolla múltiples beneficios incrementando la autoestima, la auto definición, la auto confianza, madura la personalidad, incrementa la capacidad de tomar decisiones, perfecciona la destreza para actuar adecuadamente según a la edad” (47) .

F.-Desempeño laboral. Robbins y Judge definen que es un conjunto de acciones a realizar para definir cuán exitosa fue una organización (un individuo o un proceso) en el cumplimiento de los objetivos laborales. A nivel de organizaciones, en general, la medida del desempeño laboral nos da una estimación con referencia al cumplimiento de metas estratégicas a nivel individual (48). Benavides (49).al definir desempeño laboral lo incumbe con aptitudes, alegando que “mejorará el desempeño del trabajadores en la medida que mejore sus competencia”.

En esta teoría Benavides (49) indica que “las competencias son conductas y habilidades visibles que la persona contribuye en un trabajo para realizar sus responsabilidades de manera satisfactoria y eficaz”. Al respecto, Chiavenato (50) expuso que el desempeño es “eficacia del personal que trabaja dentro de las organizaciones, la cual es indispensable para la organización, funcionando el individuo con una gran labor y satisfacción laboral”.

2.1.2.2. Teoría de Desempeño Laboral según Hacker “Desempeño Laboral y proceso de Acción”

El psicólogo Hacker (51) desarrolló una teoría que goza de un gran prestigio en el mundo europeo de la psicología con relación al desempeño laboral. Es de corte cognitivo,

además, es fundamentada en el procesamiento de la información, empero, aquella información que está relacionada estrechamente con la conducta. Si, en esta teoría se puede observar aspectos comunes en relación a otras teorías cognitivas de la conducta, la divergencia permanece en que es solo en entornos laborales. Hacker plantea dos aspectos, la acción que deriva desde una meta hasta un plan, su ejecución y el feedback posterior es la primera; y la segunda señala que la acción es determinada por cogniciones que se presentan de manera automática y consciente. Además, indica que esta acción tiene 6 pasos: desarrollo de metas, orientación, generación de planes, decisión, ejecución-control y Feedback.

2.1.2.3. Teoría de Desempeño Laboral según Campbell

El modelo teórico propuesto por Campbell (52) propone que “el desempeño laboral es la acción y no los resultados de la misma”. El autor señala que el conocimiento declarativo, el conocimiento de los procedimientos, las destrezas y la motivación, son fundamentales para establecer una conducta e instaura ocho elementos para el desempeño, los cuales son: rendimiento de la tarea específica del puesto, rendimiento de tareas no específicas del puesto, rendimiento de la tarea de comunicación oral y escrita, demostración del esfuerzo, mantenimiento de la disciplina personal, facilitar el desempeño del equipo y de los pares, supervisión, liderazgo y administración.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

a) Colaboración interprofesional: La colaboración interprofesional, es aquella circunstancia en que los profesionales actúan de manera integrada, donde comparten objetivos y colocan a los usuarios en la centralidad del proceso, viene siendo ampliamente discutida. La Colaboración interprofesional fue apuntada como premisa capaz de reorientar el modelo de formación y de atención a la salud y mejorar la capacidad de respuesta a las demandas de salud de la población, fortaleciendo, así, los sistemas de salud (20).

b) Comunicación: Según Miller G. (1968), la comunicación es el proceso dinámico, mediante el cual se evidencia la existencia, el progreso, los cambios y comportamientos de todos los entes vivos, individuos u organizaciones. Es la función indefectible de los individuos y organizaciones, por el cuál estos individuos y organizaciones se relacionan consigo mismo con su entorno, relacionando sus partes y sus procesos internos unos con otros (53).

c) Cooperación: La cooperación es un comportamiento coordinado de unas personas naturales o jurídicas que sin estar sometidas o llegar a fusionarse, establezcan un campo intermedio en común que les admite lograr ciertos objetivos, sobre unos fundamentos (38).

d) Actualización Profesional: Proceso de cualquier modalidad de formación continua o permanente que tiene por objeto la adaptación de la persona a los requerimientos cambiantes de las actividades productivas o del mercado de trabajo.

e) Condiciones de Vida: Llamada también calidad de vida, es la apreciación que un individuo hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado como el que percibe como posible o ideal (Celia y Tulsky 1990)

f) Satisfacción Personal: Está constituida por valoraciones de distintos dominios de la vida de las personas, entre los dominios de satisfacción a considerar, encontrando la Satisfacción sobre las propias posibilidades personales, satisfacción con la realidad personal actual, influencia en el desarrollo psicológico personal y satisfacción sobre las posibilidades de mejora concreta (Clemente 1997)

2.3. ANTECEDENTES EMPÍRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.3.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Lajes Ugarte Maite y Aúcar Lopez Judit en su trabajo de investigación titulado “El trabajo colaborativo interprofesional en el proceso de formación profesional en salud” en Cuba 2019 (94). Cuyo objetivo fue el de argumentar la necesidad del trabajo colaborativo interprofesional en el proceso de formación profesional en Salud; y cuyas conclusiones son: La Educación Interprofesional es una estrategia pedagógica en la que miembros o estudiantes de dos o más profesiones relacionadas con la salud o el cuidado social, participan en el aprendizaje entre ellos, con otros y alrededor de otros. Brinda a los estudiantes la capacidad de compartir habilidades y conocimientos entre profesiones; permite un mejor entendimiento; valores compartidos y respeto por las funciones de otros profesionales de la salud. Su desarrollo precoz, permite construir un valor básico de trabajo dentro de los equipos interprofesionales. La complementariedad de las distintas perspectivas, habilidades clínicas y actitudes favorece una atención integral e incrementa la satisfacción de los pacientes. Con el desarrollo de la EIP se pretende lograr el establecimiento de relaciones entre los académicos de las carreras de la salud, la posibilidad de comprender el propio rol y el del resto del equipo de salud, de desarrollar destrezas que los educandos no experimentan habitualmente, además de la satisfacción del paciente y la integralidad en la atención. De igual forma, el proceso de formación del profesional necesita de un enfoque integrador, participativo y sistémico, para favorecer en modo de actuación colaborativo interprofesional, donde la EIP juega un importante papel en este proceso formativo.

El trabajo doctoral realizado por Miro, R. titulado “Cambios en la dinámica de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización, a través de una investigación acción participativa” en España 2018 (55) tuvo como objetivo indagar sobre cómo generar cambios en el trabajo en equipo entre profesionales de salud (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería), orientados a mejorar la calidad de un servicio de salud. Es un estudio acción participante, realizado en la Universitat de les Illes Balears donde se muestran que coexisten factores concurrentes en los profesionales, en el equipo, en la dinámica de la unidad en el funcionamiento de la organización, que condicionan el tipo de colaboración interprofesional, entre los resultados se encuentra que el equipo de profesionales de la unidad médica considera que la práctica colaborativa permite aumentar la eficiencia del sistema, ofrecer una mayor

calidad asistencial y mejorar su satisfacción como trabajadores. Cuando interactúan los tres profesionales (médico-enfermera-auxiliar) se evidencia un patrón de comunicación en cadena, donde el médico informa a la enfermera, y éste al auxiliar, concluyendo que el patrón de transmisión de información piramidal es asumido como natural por los profesionales que atienden a los pacientes, llevándolos a tomar decisiones sin pactar, de forma unidireccional y unipersonal, no cuentan con un espacio físico, temporal, ni simbólico para la discusión, intercambio, acuerdo o pacto entre los diferentes profesionales, las interacciones tienen lugar durante un turno en repetidas ocasiones, pero de forma puntual, son de corta duración, no se dan en un lugar predeterminado; office, pie de cama, pasillo, farmacia y principalmente se usa el canal de comunicación oral.

Galeano, S. en su tesis Doctoral denominada “Validez y confiabilidad el instrumento Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration en el contexto colombiano”. Colombia. 2018 (57) como objetivo tuvo el de evaluar la validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento: “Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration”. Una investigación de este tipo hace mención a procesos vigilados que se tienen para determinar la manera de obtener, organizar y analizar datos. La población estuvo conformada por enfermeros y médicos que laboran en un Hospital de III nivel en la ciudad de Bogotá donde estuvo conformado por 200 profesionales médicos y enfermeras(os), los resultados fueron: índice de kappa 0.44 en suficiencia, 0.54 en coherencia, 0.54 en relevancia, 0.41 en claridad, y razón de validez de contenido de 0.88, 0.89, 0.92 y 0.89 respectivamente, las conclusiones de la validación de contenido indica que el índice de concordancia entre jueces fue en suficiencia 0.44, en coherencia 0.54, en relevancia 0.54 y claridad de 0.41, que se encuentra en nivel moderado según al rango de valores, que no es un grado de acuerdo lo suficientemente fuerte que admita aseverar que dicha herramienta contemple todos los aspectos del constructo “colaboración”. Esto puede corresponder a que el instrumento no tenga temas de importancia dentro del constructo como el entendimiento de roles y las evaluaciones de los objetivos comunes, ya que incluye temas que no hacen mención a la colaboración, de acuerdo

a las observaciones de los jueces.

Ruiz, JM. En su tesis doctoral. “Coordinación entre el farmacéutico comunitario y el médico de atención primaria en la atención del paciente con patologías crónicas” Colombia, 2015 (65) tuvo como objetivo validar y diseñar un modelo y unas herramientas que comprendan a las farmacias comunitarias en los cuidados del paciente crónico de forma coordinada con el médico de atención primaria, los resultados más relevantes muestra que se desarrolló una innovación bajo un modelo y el uso de una herramienta de software (OFI) para ambos profesionales donde se consideran sencillos, efectivos, y cuya aplicación es compatible con sus rutinas. La colaboración entre el farmacéutico comunitario y el médico de atención primaria redujo el número de reagudizaciones en pacientes asmáticos, se detectó un incremento en la adherencia al tratamiento con inhaladores y mejoró el grado de adecuación de los cuidados que recibían a la Guía Española del Manejo de Asma, concluyendo que la colaboración entre el farmacéutico comunitario y el médico de atención primaria incrementó el porcentaje de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes con inadecuado control inicial que alcanzaron objetivos terapéuticos de LDL- Colesterol y disminuyó los valores de riesgo cardiovascular, colesterol total y triglicéridos.

2.3.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Humberto Hernando Lopez Morales en su trabajo de investigación titulado: “Influencia del Profesionalismo en el bienestar subjetivo de profesionales de Medicina y Enfermería que inician el programa rural y urbano marginal de salud en la Región de Arequipa” 2020 (95), cuyo objetivo fue: Medir la influencia que tiene el profesionalismo, a través de alguno de sus tres componentes esenciales (empatía, colaboración y aprendizaje), en el bienestar subjetivo de los profesionales de medicina y enfermería que inician el SERUMS en la región de Arequipa y Determinar la influencia de los componentes del profesionalismo en el bienestar subjetivo. Y cuyos resultados son: que el profesionalismo tiene una influencia positiva en el estado de bienestar subjetivo de los profesionales que inician el SERUMS. Ésta influencia es directa en el caso de la colaboración interprofesional, e indirecta en el caso de la empatía y el aprendizaje.

Flores T. en su tesis de maestría sobre “Actitud del Profesional de Enfermería Frente al Paciente Terminal del Hospital Nacional Sergio Bernales, Comas – 2018 Lima (57), en la

que el objetivo fue determinar la actitud del profesional de enfermería frente al paciente terminal, la metodología utilizada fue de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, con diseño no experimental de corte transversal, los resultados obtenidos nos indican que la actitud del profesional de enfermería hacia el paciente terminal es un 66% favorable, deduciendo así que las actitudes del profesional de enfermería son adecuadas hacia en paciente terminal, concluyendo en que la actitud del profesional en enfermería en la dimensión cognitiva es favorable, frente al paciente terminal, los conocimientos que tienen por la formación profesional y el tiempo de experiencia laboral en el área sobresale que el índice de respuesta a sus necesidades es favorable, la actitud del profesional de enfermería en la dimensión afectiva es desfavorable; por ello en ocasiones no se alcanza a satisfacer todas las necesidades que necesitan los pacientes terminales, una razón de esta situación podría ser el temor de involucrar sus sentimientos de manera personal con el paciente terminal”.

Morán, R. Tesis de Postgrado “La Imagen social de la profesión de enfermería, Chimbote – Perú”, 2017 (58) tuvo por objetivo caracterizar, analizar y discutir los elementos que determinan la construcción de la imagen social de la profesión en enfermería, a través de la prensa escrita, en la ciudad de Chimbote-Perú. Tiene como marco referencial y metodológico la teoría de la representación social según Serge Moscovici (1961) y Denize Jodelet (2003), desde la perspectiva procesual, los resultados: Se analizaron treinta artículos de tres periódicos de mayor circulación del ámbito nacional, regional y local (El Comercio, El Trome y El Diario de Chimbote). Se asumió como instrumentos una guía de examen de periódico y una guía iconográfica. El tratamiento de los datos se realizó a través del análisis documental e iconográfico, considerando dos grandes categorías: Transformación histórico-social de la imagen de la profesión de enfermería; y (Re) surgimiento de una imagen socio-política y laboral de la Enfermería, concluyendo que la representación social de la profesión de enfermería se construye a partir del dinamismo e interacción de los grupos editoriales y columnistas, de acuerdo a la representación que ellos tienen de la realidad sanitaria y de los mismos profesionales de enfermería. Esta representación está fuertemente cargada a un

contexto de imagen tradicional y hegemónica del sector.

2.3.3 ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron trabajos de investigación relacionados.

III. HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

Los factores influyen positivamente en las capacidades de colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería de las universidades de Cusco, 2019.

3.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

3.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores:

- Datos sociodemográficos
 - Sexo
 - Edad
 - Lugar de nacimiento
 - Relación con la madre y padre
 - Formación Académica

- Empatía con los pacientes
 - Afectividad
 - Expresión
 - Emoción
 - experiencia
 - Comprensión
 - Sentimientos

- Habilidades de aprendizaje permanente
 - Gratificación
 - Responsabilidad
 - Intereses profesionales
 - Actualización profesional
 - Formación académica

- Soledad en adultos
 - Percepción Psicológica
 - Percepción Social
- Satisfacción Vital.
 - Condiciones de Vida
 - Satisfacción personal

3.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Colaboración interprofesional entre los estudiantes de medicina y enfermería.

- Habilidades de colaboración interprofesional
 - Cooperación
 - Asertividad
 - Responsabilidad
 - Actitudes para colaborar
 - Coordinación
 - Autonomía
 - Desempeño laboral

3.3. Operacionalización de Variables

Tabla 2

Operacionalización de Variables Independiente: “Factores que influyen en las capacidades de colaboración interprofesional”.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	CATEGORÍA	ESCALA
Son aquellos elementos que pueden condicionar las capacidades interprofesionales (18)	Son aquellos elementos aplicados para entender los factores que tienden influir en el personal que laboran en un centro de salud (18).	1. Datos sociodemográficos: Datos sociodemográficos: comprenden todas aquellas características que son asignadas a una persona (21)	Sexo	1	Hombre	Nominal
					Mujer	
			Edad	2	De 16 a más	Intervalo
			Lugar de nacimiento	3	Provincias de Cusco	Nominal
					Otras Prov. de Cusco	
			Relación con la madre y padre	4 -5	No existe relación	Ordinal
					Muy buena	
					Buena	
					Regular	
					Excelente	
Mala						
Pésima						
Formación Académica	6-7-8	1 ^{er} Sem.	Ordinal			
		2 ^{do} Sem.				
		3 ^{er} Sem.				
		4 ^{to} Sem.				
		5 ^{to} Sem.				
		6 ^{to} Sem.				
		7 ^{mo} Sem.				
		8 ^{vo} Sem.				
		9 ^{no} Sem.				

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	CATEGORÍA	ESCALA
					10 ^{mo} Sem.	
					11 ^{er} Sem.	
					12 ^{do} Sem.	
		Empatía con los pacientes: se le considera al el comportamiento interprofesional, donde un profesional se pone en el lugar de otro logrando experimenta lo que esta pueda estar sintiendo (22)	Afectividad	9-10-11	Escala de Empatía Jefferson (JSE) Likert de 1 a 7 1. (Totalmente en desacuerdo), 2. (Parcialmente en desacuerdo), 3. (En desacuerdo), 4. (Parcialmente de acuerdo), 5. (De acuerdo), 6. (Muy de acuerdo) y 7. (Totalmente de acuerdo)	Intervalo
			Expresión	12-13		
			Emoción	14-15		
			experiencia	16		
			Comprensión	17-18- 19-20- 21-22-23		
			Sentimientos	24-25- 26-27-28		
		Habilidades de aprendizaje permanente: Capacidades que se desarrolla en la medida que se va procesando la información la cual se transforma en un procesador activo constante (20).	Gratificación	29	JeffSPLL -MS), (JeffSPLL -HPS) Likert de responden en Likert 1 a 4	Intervalo
			Responsabilidad	30	1.(Totalmente en desacuerdo) 2. (Desacuerdo) 3. (Acuerdo) 4. (Totalmente de Acuerdo)	
			Intereses profesionales	31-32- 33-34		
			Actualización profesional	35-36-37		
			Formación académica	38-39- 40-41-42		

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	CATEGORÍA	ESCALA
		Soledad en adultos: Sentimiento considerado como la falta de intercambio por parte de otros (25)	Percepción Psicológica	43-44 45-46-47-48-49-50	Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA-S). El SELSA-S. responden en una escala Likert de 1 a 7 1. (Totalmente en desacuerdo) 2. (Parcialmente en desacuerdo) 3. (En desacuerdo) 4. (Parcialmente de acuerdo) 5. (De acuerdo) 6. (Muy de acuerdo) 7. (Totalmente de acuerdo)	Intervalo
			Percepción Social	51-52-53-54 55-56-57		
		Satisfacción Vital: Instrumento de medición utilizado en el mundo para su debida evaluación (26)	Condiciones de Vida	58-59-60	El SWLS está compuesto por 5 ítems que se responden usando una escala Likert de 1 a 5 1.(Totalmente en desacuerdo) 2.(Parcialmente en desacuerdo) 3. (En desacuerdo)	Intervalo
			Satisfacción personal	61-62		

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	CATEGORÍA	ESCALA
					4.(Parcialmente de acuerdo)	
					5.(Totalmente de acuerdo)	

Nota. Fuente: Propia - Elaboración: Autor de la Investigación

Tabla 3

Operacionalización de Variables dependiente “Habilidades de colaboración interprofesional entre estudiantes de medicina y enfermería”

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	CATEGORÍA	ESCALA
Es el proceso de colaborar interprofesional a partir de elementos que corresponden a una dimensión organizacional y otra dimensión relacional. (37)	Es un modelo de mejora de la colaboración interprofesional en el ámbito comunitario y (30).Factores que interfieren en la colaboración interprofesional, desde el nivel individual y colectivo (30).	Habilidades de colaboración interprofesional: Comprende la capacidad para disfrutar de un entorno saludable este logra incidir directamente en su desempeño y bienestar emocional (30)	Cooperación	63	JeffSPLL -MS), para estudiantes de profesión sanitaria (JeffSPLL -HPS) Likert de responden en una escala Likert de 1 a 4 1. (Totalmente en desacuerdo) 2. (Parcialmente en desacuerdo) 3. (En desacuerdo) 4. (Parcialmente de acuerdo) 5. (De acuerdo) 6. (Muy de acuerdo) 7. (Totalmente de acuerdo)	Intervalo
			Asertividad	64-65		
			Responsabilidad	66-67		
			Actitudes para colaborar	68-69-70		
			Coordinación	71-72-73		
			Autonomía	74-75		
			Desempeño laboral	76-77		

Nota. Fuente: Propia - Elaboración: Autor de la Investigación

IV. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito considerado para la presente investigación fue el departamento del Cusco, en la Región de Cusco tomando en consideración tres universidades, de las cuales dos de ellas fueron seleccionadas ya que se imparte los estudios de medicina y enfermería como lo son la Universidad Andina del Cusco (UAC), y la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco(UNSAAC). De igual modo, se consideró la Universidad Tecnológica de los Andes sede Cusco(UTEA) ya que en ella cuenta sólo con la facultad de enfermería.

4.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación realizado es fundamental o pura donde se procedió a un proceso descriptivo, de corte transversal y explicativo, permitiendo de esta manera la búsqueda de aquellos conocimientos que son basado en la recolección de información real para enriquecer e incrementar el conocimiento científico. Es de nivel descriptivo ya que solo se detallan las peculiaridades y elementos de las personas que se estudiaran en la investigación (66).

4.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

Fueron considerados los estudiantes de pregrado de las carreras de medicina humana y los de enfermería de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, y los de la Universidad Andina del Cusco. De igual modo, formaron parte del estudio los estudiantes de enfermería de la Universidad Tecnológica de los Andes, aplicado a partir del primer hasta el décimo semestre.

4.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población es considerada como el total de las unidades estudiadas las cuales poseen características similares que permitieron el desarrollo del análisis de la investigación. Para ello,

se consideraron aquellas características más comunes las cuales validan las conclusiones de la investigación (67)

Cabe mencionar que, durante el año académico 2018-2019, cuando se realizó este estudio, la población total de estudiantes de pregrado matriculados entre las facultades de medicina y la de enfermería tomando tres universidades de Cusco que fueron objetos de este estudio estuvo constituida por 1.880 estudiantes, logrando obtener respuestas del instrumento aplicado por 1517 estudiantes. De los cuales, 129 pertenecen a la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 1296 fueron estudiantes de la Universidad Andina del Cusco pertenecientes a las facultades de medicina y enfermería (Ver tabla 4).

Asimismo, se realizó el estudio en la Universidad Tecnológica de los Andes sede Cusco, obteniendo respuesta de 92 estudiantes perteneciente a la facultad de enfermería ya que, en esta sede no se imparten estudios de medicina. Finalmente, la población comprendida por 1517 estudiantes, siendo 1016 de medicina y 497 de enfermería. (Ver tabla 5).

4.4.1 Criterios de inclusión

- Alumnos de Pregrado de las Facultades de Medicina humana y los de Enfermería.
- Alumnos de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Universidad Andina del Cusco y Universidad Tecnológica de los Andes sede Cusco.
- Alumnos de Medicina que cursen del primer al decimosegundo semestre académico.
- Alumnos de Enfermería que cursen del primer al décimo semestre académico.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Alumnos de pregrado de Medicina que se encuentren realizando internado rural.
- Alumnos de pregrado de Enfermería que se encuentren realizando internado rural.
- Alumnos de Medicina que se encuentren haciendo pasantías fuera de la ciudad de Cusco.
- Alumnos de Enfermería que se encuentren haciendo pasantías fuera de la ciudad de Cusco.

4.5 TÉCNICAS DE SELECCIÓN DE MUESTRA

La técnica de selección fue considerada como intencional, de nivel no probabilístico, basado en la conveniencia del investigador, ya que permite el uso de criterios de selección conocimientos del investigador (economía, comodidad, alcance, etc.), siendo lo más representativa posible. (67) .

Tabla 4

Selección de muestra por Universidad

		f	%	%.Válido	%.Acumulado
Válidos	Estudiantes de UNSAAC	129	8,5	8,5	8,5
	Estudiantes de ANDINA	1296	85,4	85,4	93,9
	Estudiantes de UTEA	92	6,1	6,1	100,0
	Total	1517	100,0	100,0	

Nota: Fuente Elaboración propia. UNSAAC Maestría en Salud Pública Mención Gerencia en servicios de salud.

Tabla 5

Selección de muestra por profesión

	f.	%	%.Válido	%.Acumulado
Válidos	4	,3	,3	,3
Medicina	1016	67,2	67,2	67,2
Enfermería	497	32,8	32,8	100,0
Total	1517	100,0	100,0	

Nota: Fuente Elaboración propia. UNSAAC Maestría en Salud Pública Mención Gerencia en servicios de salud.

Tabla 6

Selección de muestra por edad

	f.	%	%.Válido	%.Acumulado
Válidos	1	,1	,1	,1
15	2	,1	,1	,2
16	23	1,5	1,5	1,7
17	95	6,3	6,3	8,0
18	238	15, 7	15,7	23,7
19	223	14, 7	14,7	38,4
20	203	13, 4	13,4	51,7
21	158	10, 4	10,4	62,2
22	127	8,4	8,4	70,5
23	106	7,0	7,0	77,5
24	84	5,5	5,5	83,1
25	74	4,9	4,9	87,9
26	30	2,0	2,0	89,9
27	43	2,8	2,8	92,7
28	27	1,8	1,8	94,5
29	16	1,1	1,1	95,6
30	12	,8	,8	96,4
31	8	,5	,5	96,9
32	13	,9	,9	97,8
33	2	,1	,1	97,9
34	6	,4	,4	98,3
36	3	,2	,2	98,5
37	4	,3	,3	98,7
38	4	,3	,3	99,0
40	2	,1	,1	99,1
41	2	,1	,1	99,3
42	4	,3	,3	99,5
43	2	,1	,1	99,7
49	2	,1	,1	99,8
51	1	,1	,1	99,9
57	2	,1	,1	100,0
Total	1517	100,0	100,0	

Nota: Fuente Elaboración propia. UNSAAC Maestría en Salud Pública Mención Gerencia en servicios de salud.

Tabla 7

Selección de muestra por Procedencia

	f.	%	%.Válido	%.Acumulado
Válidos	4	,3	,3	,3
Acomayo	2	,1	,1	,4
Canas	3	,2	,2	,6
Espinar	8	,5	,5	1,1
Quispicanchi	30	2,0	2,0	3,1
Urubamba	32	2,1	2,1	5,2
Otras provincias de Cusco	204	13,4	13,4	18,7
Canchis	21	1,4	1,4	20,0
La Convención	32	2,1	2,1	22,1
Anta	10	,7	,7	22,8
Chumbivilcas	85	5,6	5,6	28,4
Paruro	12	,8	,8	29,2
Cusco	995	65,6	65,6	94,8
Calca	5	,3	,3	95,1
Paucartambo	74	4,9	4,9	100,0
Total	1517	100,0	100,0	

Nota: Fuente Elaboración propia. UNSAAC Maestría en Salud Pública Mención Gerencia en serviciosde salud.

Tabla 8

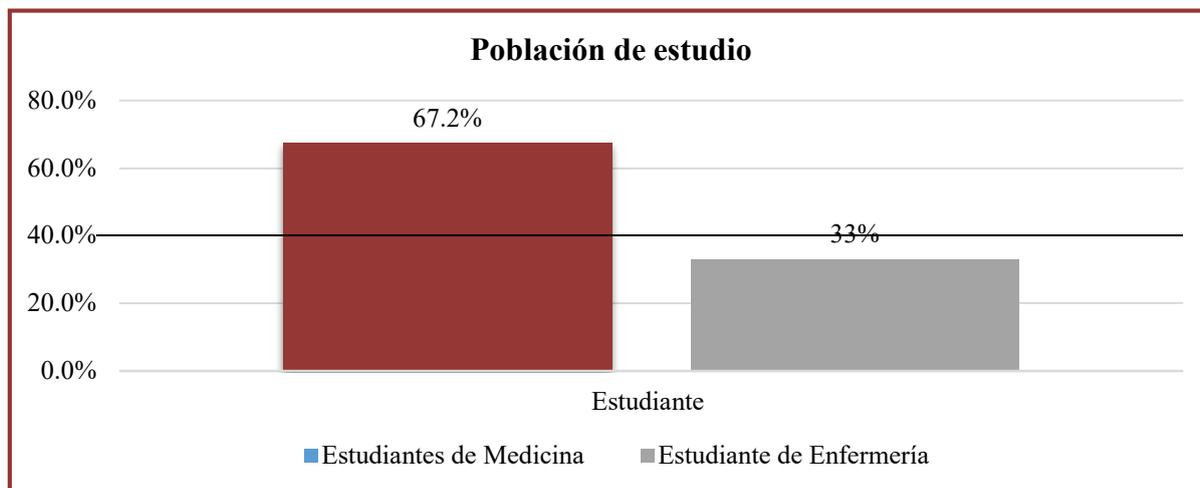
Selección de muestra por Sexo

		f.	%	%.Válido	%.Acumulado
Válidos	Hombre	49		32,4	32,4
		2			
	Mujer	10		67,6	100,0
		25			
	Total	1517		100,0	

Nota: Fuente Elaboración propia. UNSAAC Maestría en Salud Pública Mención Gerencia en serviciosde salud.

Cuadro 1

Población de Estudio



Los factores determinados como influyente en las capacidades de colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería 2019, el número total de cuestionarios distribuidos en tres universidades ubicada en el Departamento de Cusco fue de 1.880. De ellos, 1.517 fueron respondidos y devueltos. Con respecto a las universidades, esta estuvo compuesta por 1016 estudiantes de Medicina que equivale a un 67,2 % de la población estudiada y 497 corresponde a estudiantes de enfermería es decir un 32,8% de los cuales 129 son Estudiantes de Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 1296 Estudiantes de la Universidad Andina del Cuscoy 92 son estudiantes de Universidad Tecnológica de los Andes sede Cusco de los cuales 492 que corresponde al 32,4% fueron hombre y 1025 es decir 67,6% mujeres. La edad media de los participantes fue de 22 años con un rango de edad de 15 a 57 años siendo la mayor parte proveniente de la ciudad de Cusco que equivale el 65,6% y de otras provincias con 13,4% porcentaje que se puede apreciar en la tabla 8. Asimismo, según el rendimiento académico (medido por semestre matriculado), el rango de semestres cubiertos en toda la muestra correspondió con el programa completo de pregrado de medicina (12 semestres) y enfermería (10 semestres) que ofrecen las escuelas de medicina y enfermería peruanas, respectivamente. En la Tabla 8 donde se refleja detalladamente en la Figura 1, se observa que la mayor

proporción con un 74% son mujeres estudiantes de medicina y enfermería y el 27% son hombres de las mismas carreras cuya muestra se consideran en su totalidad sin considerar la universidad, ni el nivel de estudio en que se encontraran los estudiantes.

4.6 TECNICAS DE LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En cuanto al procedimiento en la recolección de la información, se capacita a 20 estudiantes de Medicina y Enfermería de las Universidades antes mencionadas para una aplicación adecuada del Instrumento de Investigación; seguidamente se procede aplicando el instrumento con la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco por el periodo de tres semanas; luego se procede con la recolección de la información requerida en la Universidad Andina del Cusco con apoyo de los docentes de la escuela profesional de Enfermería de dicha universidad por un periodo de 2 semanas y finalmente se aplica el instrumento por un periodo de una semana en la Universidad Tecnológica de los Andes Sede Cusco a los estudiantes de Enfermería.

4.6.1 Técnica de Investigación

Se efectuó mediante la técnica de la encuesta para ambas variables, considera que es cuantitativa, que la cual permite obtener información reciente y con mucha precisión sobre el tema de investigación. La encuesta aplicada fue diseñada para el Centro de Bioética de España en la que participaron investigadores de las Universidad que fueron objetos de estudio donde participo la autora de esta investigación, obteniendo los permisos de los participantes para el uso de presentación del instrumento y de los datos obtenidos los cuales fueron usados para ser presentado en este trabajo de grado. (23)

4.6.2 Instrumento de la Investigación

El instrumento fue un cuestionario estructurado cuyas preguntas fueron en base a la escala de Likert diferencias en cada nivel, la cual está subdividido en las dimensiones a estudiar considerando los factores que influyen en el desarrollo diferencial de las capacidades interprofesionales como lo son:

A.-Datos sociodemográficos: donde se conocerá el sexo, la edad, el lugar de nacimiento, como es la relación con la madre y padre y la carrera que cursa el estudiante.

B.-Empatía con los pacientes: se medirá la afectividad, la forma de expresión, como son las emociones, la experiencia con los pacientes, su nivel de comprensión y los sentimientos que pudiese prestar en su trato con el paciente.

C.-Habilidades de aprendizaje permanente: se mide la gratificación, como es la responsabilidad, cuáles son sus intereses profesionales, si se preocupa por su actualización profesional y como es su formación académica. (JeffSPLL -MS), para estudiantes de profesión sanitaria (JeffSPLL -HPS)

D.-Escala de Soledad en adultos: Esta fase del instrumento se mide la colaboración, como en sus actitudes, si trabaja en equipo y como es su justicia social. Se considera la escala SELSA-S.

E.-Satisfacción Vital: Solo se mide como son las condiciones de vida y como considera que esta su satisfacción personal. El SWLS.

F.- Habilidades de Colaboración Interprofesional. En cuanto la colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería donde se midió las habilidades interprofesionales: considerando como es su cooperación en el trabajo, el asertividad, la responsabilidad, las actitudes para colaborar, la coordinación, como es su autonomía y por último el nivel de desempeño laboral. Para ello se utilizó la formación JeffSPLL -MS), para estudiantes de medicina y la versión para estudiantes de profesión sanitaria (JeffSPLL -HPS). (69) El trabajo se realizó de acuerdo a los principios éticos para la investigación médica en seres humanos según lo establecido por la Declaración de Helsinki (19). No hubo riesgo potencial para los participantes y se garantizó el anonimato durante todo el proceso.

4.6.3 Validez y confiabilidad del Instrumento

El cuestionario se compone de un instrumento internacionalmente reconocidos por las Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco - Perú, la Universidad Andina del Cusco -Perú, la Universidad de Granada - España, el Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR), Logroño - España y por el Centro Nacional de Documentación en Bioética, Logroño

- España (Ver Anexo 3). Para la medición de los elementos indicados se utilizó como autoevaluación de competencias para las universidades, que luego se identificó la consistencia interna en la prueba piloto se ha alcanzado a un 0.746 de Alfa de Cronbach, por lo tanto, se consideró satisfactorios (69).

4.7. TÉCNICA DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Todos los análisis fueron realizando por medio del software estadístico R, versión 3.5.1 para Windows y el SPSS versión 26 incluyendo paquetes multinivel (Bliese, 2013), apaTable (Stanley y Spence, 2018). Finalmente, el tamaño del efecto se calculó utilizando el valor eta-cuadrado para medir la relación de varianza explicada en la variable dependiente (trabajo en equipo) por cada uno de los predictores estudiados mientras los otros estaban controlados.

Para medir las habilidades de trabajo en equipo, se utilizó la Escala de actitudes de Jefferson (JSAPNC). El JSAPNC válido para medir un componente importante de la profesionalidad. Según los autores de la JSAPNC Hojat et al; (71). Este instrumento ha demostrado una alta confiabilidad y validez entre estudiantes de medicina y enfermería en diferentes contextos culturales. (71)

Se utilizaron dos versiones de la Escala sobre la Empatía Jefferson (JSE) para medir la orientación hacia las relaciones empáticas con los pacientes (Hojat, 2016): la versión de estudiantes de medicina (JSE-S). Los 20 ítems del JSE se responden la diferencia entre las dos versiones de la JSE utilizada se encuentra en la redacción de los elementos en los que aparecieron los términos “medicina” o “médico”, para que sea más aplicable a los estudiantes de otras áreas de atención médica. Un elemento de muestra del JSE-S es: “Los médicos deben tratar de pararse en los zapatos de sus pacientes al brindarles atención”, mientras que el mismo elemento en el JSE-HPS se redacta de la siguiente manera: “Los proveedores de atención médica deben tratar de pararse los zapatos de sus pacientes cuando los atienden”. Una

puntuación más alta significa que el estudiante tiene una mayor orientación o tendencia conductual hacia la participación empática en la atención al paciente (71).

Se utilizaron dos versiones de la Escala Jefferson de Aprendizaje de Vida para Médicos (JeffSPLL) para medir las actitudes hacia el aprendizaje permanente: la versión para medicina (JeffSPLL-MS) (24); y para profesionales de la salud (JeffSPLL-HPS) para estudiantes de enfermería (72). El JeffSPLL se diseñó originalmente para medir el uso de oportunidades de aprendizaje y la automotivación. (24).

De manera similar de la escala de empatía, las diferencias entre las dos versiones de JeffSPLL están en la redacción de los elementos en los que se usa el término “medicina”, para que sea más aplicable a los estudiantes de otras áreas de atención médica. La herramienta JeffSPLL ha demostrado una alta fiabilidad y validez en ambos grupos de estudiantes en diferentes contextos culturales. (73)

Para medir la percepción de la soledad, se utilizó la versión corta de la Escala de soledad social y emocional para adultos (SELSA-S). El SELSA-S produce una puntuación global de soledad, así como puntuaciones para tres dimensiones de soledad: “familia”, “romántico” y “social”. (74) Los 15 ítems indican una mayor percepción de soledad.

El SELSA-S ha demostrado buenas propiedades psicométricas: validez concurrente y discriminante (75). El SELSA-S ha demostrado una alta confiabilidad con coeficientes cercanos a 0,90. (76). El bienestar subjetivo se refiere a la autopercepción emocional y cognitiva de la vida personal. En este estudio, la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) se utilizó como medida del bienestar subjetivo (76); Se asocia con alta satisfacción con la vida y un bienestar subjetivo. El SWLS tiene una buena validez discriminante y convergente, demostrada en diferentes contextos culturales (76).

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1.1 Fiabilidad del instrumento

En cuanto al cálculo de fiabilidad se realizó por medio de la aplicación de un cuestionario a estudiantes de medicina y enfermería durante el año académico 2018 – 2019 de tres universidades ubicadas en la ciudad de Cusco, por medio de una técnica que calcula índice conocido de consistencia interna o alpha de Cronbach, considerando fiable ya que el resultado obtenido por el programa SPSS v25 fue 0.746 tal como se señala en la tabla 9.

Tabla 9

Estadísticas de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Factores	0.746	1517

Nota: Fuente: Elaboración propia de la autora

5.1.2 Análisis e interpretación de resultados descriptivos

5.1.2.1 Identificación de los factores que influyen en el desarrollo diferencial de las capacidades hacia la colaboración interprofesional entre los estudiantes de medicina y enfermería.

Se logró identificar los distintos factores que están influyendo en el desarrollo diferencial de las capacidades colaborativa a nivel interprofesional desde la formación académica de los estudiantes de medicina y los de enfermería para ello se consideraron los datos sociodemográficos, la empatía, las habilidades aprendizaje permanente, la escala de soledad en adultos y la satisfacción vital. En base a estos hallazgos preliminares, de ambas carreras universitarias fueron tratados como un grupo único en análisis donde toda la muestra. Los resultados se presentan a continuación:

Factor Sociodemográfico

Tabla 10

Datos Sociodemográfico según relación con la madre

		f.	%	%Válido	%Acumulado
Válidos	No existe relación	16	1,1	1,1	1,1
	Pésima	7	,5	,5	1,5
	Mala	2	,1	,1	1,6
	Muy mala	4	,3	,3	1,9
	Regular	75	4,9	4,9	6,9
	Buena	342	22,5	22,5	29,4
	Muy Buena	520	34,3	34,3	63,7
	Excelente	551	36,3	36,3	100,0
	Total	1517	100,0	100,0	

Nota: Resultado Datos Sociodemográfico según relación con la madre

Tabla 11

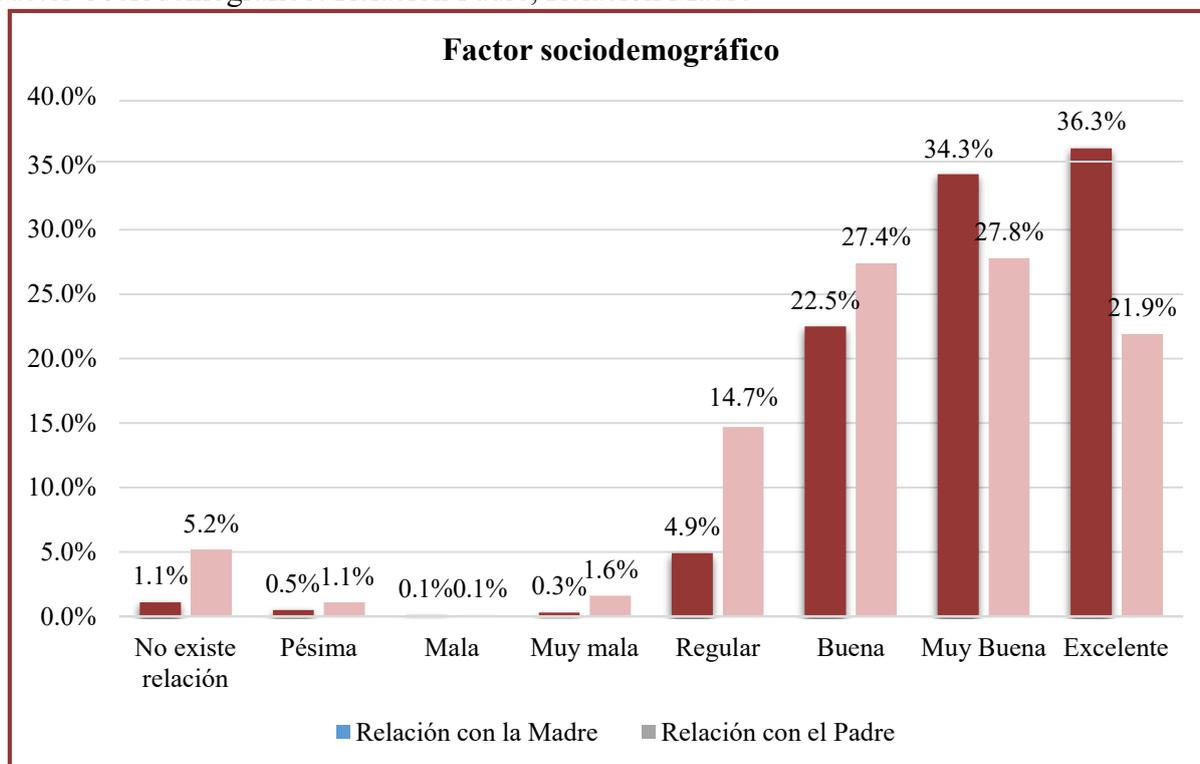
Datos Sociodemográfico según relación tiene el estudiante con su padre

		f.	%	%. Válido	%. Acumulado
Válidos		5	,3	,3	,3
	No existe relación	79	5,2	5,2	5,5
	Pésima	17	1,1	1,1	6,7
	Mala	1	,1	,1	6,7
	Muy mala	24	1,6	1,6	8,3
	Regular	223	14,7	14,7	23,0
	Buena	415	27,4	27,4	50,4
	Muy Buena	421	27,8	27,8	78,1
	Excelente	332	21,9	21,9	100,0
	Total	1517	100,0	100,0	

Nota: Resultado Datos Sociodemográfico según relación con el padre

Cuadro 2

Factor Sociodemográfico: Relación Padre, Relación Madre



Análisis e interpretación: En la tabla 10, así como en la 11 se determina como el factor sociodemográfico en relación con la madre y el padre los resultados evidencia que el mayor promedio de respuesta fue excelente donde el 36.3% fue en relación a la madre y el 21.9% sobre el padre, seguidamente un 34.3% considera que su relación con la madre es Muy Buena, el 27.8% considera que es muy buena con el padre. El resto de los resultados se evidencia que la relación con el padre es buena en mayor grado que con la madre sin embargo existe un 5.2% de los encuestado que no tienen relación con el padre.

Empatía con el paciente

Tabla 12

Confiabilidad psicométrica del Factor: Empatía con el paciente

Estadísticas	JSAPNC
n	1517
Alcance posible	15–60
Rango real	15–60
Decir	46
Desviación estándar	9
Percentil	
25 th	41
50th (Mediana)	47
75 th	53
Fiabilidad	0.89

Nota: Resultado de JSAPNC, Jefferson escala del factor: Empatía con el paciente.

Análisis e interpretación: Se observa en la tabla 12 al factor Empatía con el paciente arrojan una fiabilidad de 0.89 el cual indica que la afectividad, la expresión, las emociones, experiencia, comprensión y los sentimientos determinan los atributos peculiares empáticos que los estudiantes tanto de medicina como enfermería desarrollan en su formación profesional lo cual es un aspecto influyente en el desarrollo diferencial de las capacidades hacia la colaboración interprofesional.

Habilidades Aprendizaje permanente.

Tabla 13

Confiabilidad psicométrica del Factor: Habilidades de aprendizaje permanente

Estadísticas	JeffSPLL
n	1517
Alcance posible	14-56
Rango real	14-56
Decir	44
Desviación estándar	7
Percentil	
25th	40
50th (Mediana)	45
75th	49
Fiabilidad	0.87

Nota: Resultado de JSAPNC, Jefferson escala del Factor: Habilidades de aprendizaje

Análisis e interpretación: Se puede apreciar en la tabla 13 por medio de la escala de Jefferson los factores que influyen tales como la gratificación, responsabilidad, intereses profesionales, actualización profesional y formación académica de los estudiantes sin importar si son de medicina o enfermería del cual cuyos niveles de fiabilidad fue 0.87 indicando que es altamente influyente en el desarrollo diferencial de las capacidades hacia la colaboración interprofesional.

Escala de Soledad en adultos.

Tabla 14

Confiabilidad psicométrica del Factor: Soledad en adultos.

Estadísticas	SEL SA
n	1517
Alcance posible	15–105
Rango real	15–104
Decir	47
Desviación estándar	15
Percentil	
25 th	36
50 th (Mediana)	48
75 th	58
Fiabilidad	0.79

Nota: Resultado del Factor: Escala de Soledad en adultos.

Análisis e interpretación Los resultados obtenidos sobre el Factor Escala de soledad por medio de escala de SELSA la cual influye en la forma de colaboración, actitudes, trabajo en equipo y sobre todo como actúa sobre su justicia social, los estudiantes arrojaron el nivel más bajo de fiabilidad con un 0.79 indicando que es influyente en el desarrollo diferencial de las capacidades hacia la colaboración interprofesional.

Tabla 15

Análisis factorial confirmatorio sobre la Escala de Soledad en adultos

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,918
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	7546,624
	gl	91
	Sig.	,000

Nota: Resultado matriz de correlaciones de la Escala de Soledad en adultos

Tabla 16

Análisis factorial confirmatorio según matriz de correlaciones de la Escala de Soledad en adultos

		ES.4 3	ES.4 4	ES.4 5	ES. 47	ES.4 8	ES. 49	ES.5 0	ES. 51	ES. 52	ES.5 3	ES.5 4	ES.5 5	ES.5 6	ES.5 7
Correlación	ES.43	1,00	,351	,412	,325	,062	,166	,235	,257	,400	,376	,240	,346	,100	,317
	ES.44	,351	1,000	,601	,558	-,079	,184	,249	,405	,561	,544	,261	,434	,079	,389
	ES.45	,412	,601	1,000	,601	-,060	,137	,258	,425	,631	,607	,251	,492	,071	,378
	ES.47	,325	,558	,601	1,000	,054	,263	,268	,432	,569	,547	,272	,473	,169	,382
	ES.48	,062	-,079	-,060	,054	1,000	,264	,267	,046	,012	-,067	,195	,002	,397	,112
	ES.49	,166	,184	,137	,263	,264	1,000	,434	,161	,171	,200	,320	,235	,260	,296
	ES.50	,235	,249	,258	,268	,267	,434	1,000	,171	,299	,236	,374	,300	,330	,366
	ES.51	,257	,405	,425	,432	,046	,161	,171	1,000	,474	,466	,207	,393	,182	,327
	ES.52	,400	,561	,631	,569	,012	,171	,299	,474	1,000	,616	,282	,522	,159	,428
	ES.53	,376	,544	,607	,547	-,067	,200	,236	,466	,616	1,000	,221	,573	,070	,427
	ES.54	,240	,261	,251	,272	,195	,320	,374	,207	,282	,221	1,000	,285	,305	,335
	ES.55	,346	,434	,492	,473	,002	,235	,300	,393	,522	,573	,285	1,000	,154	,442
	ES.56	,100	,079	,071	,169	,397	,260	,330	,182	,159	,070	,305	,154	1,000	,238
	ES.57	,317	,389	,378	,382	,112	,296	,366	,327	,428	,427	,335	,442	,238	1,000

a. Determinante = ,007

Nota: Resultado matriz de correlaciones de la Escala de Soledad en adultos

Tabla 17

Análisis factorial confirmatorio según Comunalidades de la Escala de Soledad en adultos

	Inicial	Extracción
ES.43	,242	,254
ES.44	,483	,528
ES.45	,571	,639
ES.47	,498	,532
ES.48	,236	,318
ES.49	,273	,327
ES.50	,340	,424
ES.51	,318	,329
ES.52	,559	,620
ES.53	,555	,613
ES.54	,255	,312
ES.55	,434	,456
ES.56	,263	,340
ES.57	,347	,382

Método para la extracción sobre la máxima verosimilitud.

Nota: Resultado Comunalidades - Escala Soledad en adultos

Tabla 18

Análisis factorial confirmatorio según Varianza total de la Escala de Soledad en adultos

Factor	Auto-valores			Saturación total al cuadrado de la extracción		Suma de las saturaciones a través del cuadrado de la rotación ^a	
	Total	% varianza	% acumulado	Total	% varianza	% acumulado	Total
1	5,268	37,631	37,631	4,732	33,800	33,800	4,624
2	1,930	13,787	51,418	1,340	9,574	43,374	2,179
3	,871	6,221	57,639				
4	,769	5,492	63,131				
5	,708	5,055	68,186				
6	,670	4,783	72,969				
7	,620	4,430	77,399				
8	,559	3,992	81,391				
9	,552	3,946	85,337				
10	,534	3,814	89,151				
11	,413	2,949	92,100				
12	,409	2,921	95,021				
13	,356	2,541	97,561				
14	,341	2,439	100,000				

Método para la extracción sobre la máxima verosimilitud.

Tabla 19

Análisis factorial confirmatorio según Matriz factorial de la Escala de Soledad en adultos

	Factor	
	1	2
ES52	,782	
ES45	,773	
ES53	,763	
ES47	,729	
ES44	,711	
ES55	,676	
ES57	,582	
ES51	,573	
ES43	,503	
ES54	,412	,376
ES48		,561
ES56		,533
ES50	,434	,485
ES49	,333	,465

Método para la extracción sobre la máxima verosimilitud.

Tabla 20

Análisis factorial confirmatorio según Matriz de configuración de la Escala de Soledad en adultos

	Factor	
	1	2
ES45	,830	
ES53	,808	
ES52	,789	
ES44	,746	
ES47	,713	
ES55	,644	
ES51	,561	
ES43	,471	
ES57	,464	
ES48		,595
ES56		,587
ES50		,560
ES49		,527
ES54		,443

Método para la extracción sobre la máxima verosimilitud.

Método de rotación sobre el cálculo de normalización del Oblimin con el Kaiser.

Tabla 21

Análisis factorial confirmatorio según Prueba de la bondad de ajuste de la Escala de Soledad en adultos

Chi-cuadrado	gl	Sig.
305,271	64	,000

Tabla 22

Análisis factorial confirmatorio según matriz de estructura de la Escala de Soledad en adultos

	Factor	
	1	2
ES45	,791	
ES52	,788	
ES53	,778	
ES47	,728	
ES44	,723	
ES55	,671	
ES51	,572	
ES57	,556	,434
ES43	,498	
ES50	,377	,623
ES56		,583
ES49		,563
ES48		,531
ES54	,368	,515

Método para la extracción sobre la máxima verosimilitud.

Método de rotación sobre la normalización del Oblimin con el Kaiser.

Tabla 23

Análisis factorial confirmatorio según matriz de correlaciones de factores: Escala de Soledad presentada en adultos

Factor	1	2
1	1,000	,320
2	,320	1,000

Método para la extracción sobre la máxima verosimilitud.

Método de rotación sobre la normalización del Oblimin con el Kaiser.

Análisis e interpretación: El análisis factorial que se desarrollaron a través de las tablas 14 a la 23 arrojaron los datos confirmatorios del factor escala de soledad en adultos donde se observan como la matriz de correlaciones la cual arroja un valor ,007 cuyo grado de Inter correlación presente es alto, por la significatividad es asociada al KMO donde por medio de la prueba de Bartlett, se obtuvo un ,000 por medio de la matriz de datos la cual resulta apropiada para poder realizar sobre ella la factorización.

Escala de Satisfacción vital.

Tabla 24

Confiabilidad psicométrica del Factor: Satisfacción vital.

Estadísticas	SWLS
N	1517
Alcance posible	5 – 25
Real Rango	5 – 25
Decir	18
Desviación de nivel estándar	5
Percentil	
25th	15
50th (Med.)	18
75th	21
Fiabilidad	0.83

Nota: Resultado del Factor: Satisfacción vital.

Análisis e interpretación: Por medio de la tabla 24 se detalla los datos arrojados a través del cálculo de la escala de **SWLS** los estudiantes de medicina y enfermería logran establecer el Factor: Satisfacción vital está basado en sus condiciones de satisfacción personal obteniendo como resultado una fiabilidad de 0.83 indicando que es influyente en el desarrollo diferencial de las capacidades hacia la colaboración interprofesional.

5.1.2.2 Valoración de la influencia de las habilidades de colaboración interprofesional entre los estudiantes de enfermería y la de medicina 2019.

A. Habilidad colaboración interprofesional:

Cooperación Tabla 25

Confiabilidad psicométrica de la Habilidad de colaboración interprofesional: Cooperación

Estadísticas	Influencia de la Habilidad: Cooperación
N Válidos	1517
Perdidos	0
Error típ. de la media	,060
Desviación estándar	2,336
Varianza	5,459
Percentil	
25th	2
50th (Mediana)	4
75th	7
Rango	6

Nota: Resultado de la influencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Cooperación

Tabla 26

Distribución de Frecuencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Cooperación

		f	%	%. Válido	%. Acumulado
Válidos	Total en Desacuerdo	279	18,4	18,4	18,4
	Parcialmente en desacuerdo	193	12,7	12,7	31,1
	En desacuerdo	161	10,6	10,6	41,7
	Parcialmente de acuerdo	173	11,4	11,4	53,1
	De acuerdo	126	8,3	8,3	61,4
	Muy de acuerdo	90	5,9	5,9	67,4
	Totalmente de acuerdo	495	32,6	32,6	100,0
	Total	1517	100,0	100,0	

Nota: Distribución de Frecuencia de la habilidad: Cooperación

Análisis e interpretación: Se puede apreciar por medio de las tablas 25 y la 26 que la habilidad de colaboración interprofesional: Cooperación su rango de respuesta es obteniendo como porcentaje acumulado el 67,4% de los resultados obtenidos donde los estudiantes están muy de acuerdo a que los enfermeros deben ser vistos por los médicos como un colaborador o como un colega más, en lugar de verlos como un asistente.

B. Habilidad de colaboración interprofesional:

Asertividad Tabla 27

Confiabilidad psicométrica de la Habilidad de Colaboración interprofesional: Asertividad

Estadísticas	Influencia de la Habilidad: Asertividad
N Válidos	1517
Perdidos	0
Error típ. de la media	,038
Desviación estándar	1,493
Varianza	2,228
Percentil	
25th	2
50th (Mediana)	3
75th	4
Rango	4

Nota: Resultado de la influencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Asertividad

Tabla 28

Distribución de Frecuencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Asertividad

		f.	%	% Válido	% Acumulado
Válidos	Total en Desacuerdo	288	19,0	19,0	19,0
	Parcialmente en desacuerdo	279	18,4	18,4	37,4
	En desacuerdo	298	19,6	19,6	57,0
	Parcialmente de acuerdo	370	21,3	21,3	81,4
	De acuerdo	191	12,6	12,6	94,0
	Muy de acuerdo	52	3,4	3,4	98,5
	Totalmente de acuerdo	39	2,6	2,6	100,0
	Total	1517	100,0	100,0	

Nota: Distribución de Frecuencia de la habilidad: Asertividad

Análisis e interpretación: Se observa en las tablas 27 y en la 28 que la habilidad Asertividad su rango de respuesta de un 21,3% siendo este el porcentaje más alto lo cual indica que están parcialmente de acuerdo a que los enfermeros y los médicos deben ser más participativos y poder trabajar como grupo para entender como realmente es el rol desempeñado por cada uno.

C. Habilidad colaboración interprofesional:

Responsabilidad Tabla 29

Confiabilidad psicométrica de la Habilidad de Colaboración interprofesional: Responsabilidad

Estadísticas	Influencia de la Habilidad: Responsabilidad
N	1517
os	
Válid	
Perdidos	0
Error típ. de la media	,036
Desviación estándar	1,411
Varianza	1,990
Percentil	
25th	2,50
50th (Mediana)	3,50
75th	4,00
Rango	4

Nota: Resultado de la influencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Responsabilidad

Tabla 30

Distribución de Frecuencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Responsabilidad

		f.	%	%.Válido	%.Acumulado
Válidos	Total en Desacuerdo	143	9.4	9.4	9,4
	Parcialmente en desacuerdo	212	14.0	14.0	23,4
	En desacuerdo	275	18.1	18.1	41,5
	Parcialmente de acuerdo	515	33.9	33.9	75,5
	De acuerdo	247	16.3	16.3	91,8
	Muy de acuerdo	86	5.7	5.7	97,4
	Totalmente de acuerdo	39	2.6	2.6	100,0
	Total	1517	100	100,0	

Nota: Distribución de Frecuencia de la habilidad: Responsabilidad

Análisis e interpretación: Las tablas 29 y la 30 dan a conocer sobre la habilidad Responsabilidad su rango de respuesta fue de un 33,9 % lo cual indica que la tendencia más alta en respuesta es que están parcialmente de acuerdo que los enfermeros deberían participar en la elaboración de aquellas normas que puede afectar las condiciones del lugar de trabajo siendo estos responsables de los cuidados que se son requeridos para brindar un mejor servicio a los pacientes a diferencia de los médicos.

D. Habilidad de colaboración interprofesional: Actitudes para colaborar Tabla 31

Confiabilidad psicométrica de la Habilidad de Colaboración interprofesional: Actitudes para colaborar

Estadísticas		Influencia de la Habilidad: Actitudes para colaborar
N	Válidos	1517
	Perdidos	0
	Error típ. de la media	,037
	Desviación estándar	1.456
	Varianza	2.120
	Percentil	
	25th	1.33
	50th (Mediana)	2.33
	75th	3.67
	Rango	4

Nota: Resultado de la influencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Actitudes para colaborar

Tabla 32

Distribución de Frecuencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Actitudes para colaborar

		f.	%	%. Válido	%. Acumulado
Válidos	Total en Desacuerdo	473	31.2	31.2	31.2
	Parcialmente en desacuerdo	322	21	21	52.4
	En desacuerdo	317	21	21	73.3
	Parcialmente de acuerdo	239	16	16	89.1
	De acuerdo	107	7	7	96.1
	Muy de acuerdo	28	2	2	98.0
	Totalmente de acuerdo	31	2	2	100.0
	Total	1517	100,0	100,0	

Nota: Distribución de Frecuencia de la habilidad: Actitudes para colaborar

Análisis e interpretación: Las tablas 31 y la tabla 32 muestra la habilidad Actitudes para colaborar su rango de respuesta fue de un 31,2 % lo cual indica que la tendencia más alta en respuesta es que están total en desacuerdo que existen áreas dentro de la responsabilidad que logran coincidir las respuesta entre médicos y la de los enfermeros sin embargo los enfermeros para desempeñar actitudes colaborativas requieren contar con habilidades especiales como el trato psicológico que se le deben entregar a los pacientes donde los médicos deben asumir cierta autoridad dominante en los que representa el estado del salud de los mismos.

E. Habilidad de colaboración interprofesional:

Coordinación Tabla 33

Confiabilidad psicométrica de la Habilidad de Colaboración interprofesional: Coordinación

Estadísticas		Influencia de la Habilidad: Coordinación
N	Válidos	1517
	Perdidos	0
Error típ. de la media		,025
Desviación estándar		,967
Varianza		,936
Percentil		
25th		2.67
50th (Mediana)		3.67
75th		4.00
Rango		5

Nota: Resultado de la influencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Coordinación

Tabla 34

Distribución de Frecuencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Coordinación

		f	%	%.Válido	%.Acumulado
Válidos	Total en desacuerdo	3	2.0	2.0	0,9
	Parcialmente en desacuerdo	294	19.4	19.4	21,4
	En desacuerdo	360	23.7	23.7	45,2
	Parcialmente de acuerdo	697	45.9	45.9	91,1
	De acuerdo	119	7.8	7.8	98,9
	Muy de acuerdo	1	1.1	1.1	100
	Totalmente de acuerdo	0	0	0	0
	Total	1517	100,0	100,0	

Nota: Distribución de Frecuencia de la habilidad: Coordinación

Análisis e interpretación: Se aprecia en las tablas 33 y la 34 que la habilidad Coordinación su rango de respuesta fue de un 45,9 % lo cual indica que la tendencia más alta en respuesta es que están parcialmente de acuerdo que los Médicos y Enfermeros deberían contribuir sobre las decisiones sobre dar de alta a los pacientes considerando que el papel de un enfermero debe ser el de cumplir las órdenes otorgadas por los médicos.

F. Habilidad colaboración interprofesional:

Autonomía Tabla 35

Confiabilidad psicométrica de la Habilidad de Colaboración Interprofesional: Autonomía

Estadísticas		Influencia de la Habilidad: Autonomía
N	Válidos	1517
	Perdidos	0
Error típ. de la media		,025
Desviación estándar		,979
Varianza		,958
Percentil		
25 th		3
50 th (Mediana)		4
75 th		5
Rango		4

Nota: Resultado de la influencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Autonomía

Tabla 36

Distribución de Frecuencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Autonomía

		f.	%	%Válido	%Acumulado
Válidos	Total en Desacuerdo	38	2,5	2,5	2,5
	Parcialmente en desacuerdo	122	6.3	6.3	8.8
	En desacuerdo	319	21.0	21.0	29.9
	Parcialmente desacuerdo	614	40.5	40.5	70.3
	De acuerdo	450	29.7	29.7	100,0
	Muy de acuerdo	0	0	0	
	Totalmente de acuerdo	0	0	0	
	Total	1517	100,0	100,0	

Nota: Distribución de Frecuencia de la habilidad: Autonomía

Análisis e interpretación: Se observa en las tablas 35 y la 36 cuya habilidad Autonomía su rango de respuesta fue de un 40,5 % lo cual indica que la tendencia más alta en respuesta es que están parcialmente desacuerdo que los enfermeros y médicos deberían de involucrarse en la elaboración de toma de decisiones por medio de normas que deben ser concernientes a su trabajo sobre los servicios propios del hospital.

G. Habilidad colaboración interprofesional: Desempeño

laboral

Tabla 37

Confiabilidad psicométrica de la Habilidad de Colaboración Interprofesional:

Desempeño laboral

Estadísticas		Influencia de la Habilidad: Desempeño laboral
N	Válidos	1517
	Perdidos	0
Error típ. de la media		,027
Desviación estándar		1.069
Varianza		1.143
Percentil		
25 th		3.00
50 th (Mediana)		3.50
75 th		4.50
Rango		4

Nota: Resultado de la influencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Desempeño laboral

Tabla 38

Distribución de Frecuencia de la habilidad de colaboración interprofesional: Desempeño laboral

		f.	%	%Válido	%Acumulado
Válidos	Total en Desacuerdo	59	3.9	3.9	3.9
	Parcialmente en desacuerdo	164	10.8	10.8	14.7
	En desacuerdo	405	26.7	26.7	41,4
	Parcialmente de acuerdo	508	33.5	33.5	74.9
	De acuerdo	381	25.1	25.1	100
	Muy de acuerdo	0	0	0	
	Totalmente de acuerdo	0	0	0	
	Total	1517	100,0	100,0	

Nota: Distribución de Frecuencia de la habilidad: Desempeño laboral

Análisis e interpretación: Las tabla 37 y la 38 representan los datos arrojados sobre la habilidad Desempeño laboral su rango de respuesta fue de un 33,5 % lo cual indica que la tendencia más alta en respuesta es que están parcialmente de acuerdo que los enfermeros deben considerar que las órdenes emitidas por los médicos estén acorde a lo considerado por los enfermeros respecto al bienestar del paciente, además se considera que los médicos deben ser más educados para conseguir que esta decisión es la más ideal y llegar a los acuerdos con el diagnóstico final para poder dar de alta.

Tabla 39

Medidas simétricas de Habilidades de Colaboración Interprofesional

Estadísticas	Habilidades de Colaboración interprofesional
n	1517
Alcance posible	5–25
Rango real	5
Mínimo	1
Máximo	6
Percentil	
25 th	2,87
50 th (Mediana)	3,27
75 th	3,73
Coefficiente de contingencia	,989

Nota: Resultado del Factor: Habilidades de Colaboración Interprofesional

Tabla 40

Coeficiente de contingencia de Habilidades de Colaboración interprofesional

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,989	,000
N de casos válidos		1517	

Análisis e interpretación: En la tabla 40 se observa que las habilidades de colaboración interprofesional presentada por los estudiantes se logran el Coeficiente contingencia ,000 indicando con ello que las siete habilidades estudiadas como son cooperación, asertividad, responsabilidad, actitudes para colaborar, coordinación, autonomía y desempeño laboral influyen en las habilidades de colaboración interprofesional entre los estudiantes enfermería y medicina.

5.1.3 Discusión de resultados

Los resultados observados muestran que, considerando inicialmente los datos del objetivo y a la hipótesis principal de este estudio, se logró establecer que: los datos sociodemográficos, la empatía en los pacientes, las habilidades de aprendizaje permanente, la Soledad en Adultos y la Satisfacción Vital son factores que ejercen influencia significativa en las capacidades de colaboración interprofesional en base a la percepción de los estudiantes de medicina y enfermería de tres universidades ubicadas en las ciudad de Cusco 2019; los hallazgos de este estudio indican que la empatía es el factor con mayor influencia en los estudiantes de medicina y enfermería a construir relaciones laborales sólidas tal como lo estableció Humberto Hernando Lopez Morales en su trabajo de investigación titulado: “Influencia del Profesionalismo en el bienestar subjetivo de profesionales de Medicina y Enfermería que inician el programa rural y urbano marginal de salud en la Región de Arequipa” 2020; quien indica que la empatía y el aprendizaje permanente aparecen como dos factores que, junto con la orientación profesional y la profesión, influyen positivamente en el desarrollo de las habilidades de colaboración interprofesional.

Enel caso de las habilidades de aprendizaje a lo largo de la vida, implican tener nuevas creencias y de las motivaciones para el aprendizaje, cuya atención que dan las oportunidades de aprendizaje y desarrollo de habilidades. (82) La relación positiva observada entre estascapacidades de aprendizaje para toda la vida y el trabajo en equipo sugieren medidas que los estudiantes con habilidades de aprendizaje permanente más altos se encuentran en ambientes interdisciplinarios, posibilidades importantes para aprender y mejorar su formación profesional. Finalmente, los hallazgos observados en este estudio con respecto a las habilidades de aprendizaje influyen en la colaboración interprofesional en un nivel alto, resultados similares al trabajo de investigación: “El trabajo colaborativo interprofesional en el proceso de formación profesional en Salud” 2019, de los investigadores Lajes Ugarte y Aúcar Lopez; quienes concluyeron que la capacidad de compartir habilidades y conocimientos entre profesionales; permitiendo un mejor entendimiento; valores compartidos y respeto por las

funciones de otros profesionales.

5.2. Pruebas de hipótesis.

Hipótesis Alternativa: Los factores influyen positivamente en las capacidades de colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería 2019.

Hipótesis Nula: Los factores No influyen positivamente en las capacidades de colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería 2019.

Tabla 41

Prueba de Hipótesis

	Media	Desviación típ.	Error títip. de lameda	95% Intervalo deconfianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Factores Habilidades Colaboración Interprofesion al	,202	,789	,020	,162	,242	9,98 4	151 6	,000

Los hallazgos presentados de ,000 permiten aceptar a la hipótesis alterna de este estudio, ya que es $p < 0,05$ por lo tanto se rechaza en el estudio a la hipótesis nula indicando con ello, factores a partir de los datos sociodemográficos, empatía con los pacientes, habilidades de aprendizaje permanente, soledad en adultos y satisfacción vital influyen positivamente en las habilidades de colaboración interprofesional entre los estudiantes enfermería como los de medicina.

5.3. Presentación de resultados

Los hallazgos presentados confirmaron la hipótesis principal en las capacidades de colaboración interprofesional entre enfermeros y médicos considerando los siguientes aspectos: ser estudiante de medicina o enfermería; estar inscrito en el comienzo o antes de las etapas de los estudios de grado. Los resultados observados en este estudio brindan información novedosa sobre la brecha actitudinal entre estudiantes de medicina y enfermería en América Latina, el cual guarda relación con un estudio en México por parte de Gutiérrez, et al 2019 (77). En este estudio, las diferencias en las habilidades de trabajo en equipo asociadas a la disciplina aparecen en una etapa muy temprana de los estudios de pregrado, similar al reportado en México. Además, la novedosa información proporcionada por este estudio indica que esas diferencias son mayores en los cursos académicos avanzados. Por otra parte, existen diferencias asociadas al tipo de universidad donde se aprecia que aquellas instituciones privadas están relacionadas con un menor desarrollo de las habilidades interprofesionales. Estos tres hallazgos principales son consistentes con el efecto negativo que tiene una cultura jerárquica en el desarrollo de las habilidades de trabajo en equipo, previamente reportado en profesionales de la salud latinoamericanos (22).

En este estudio, el sexo, la soledad, la orientación empática y las habilidades de aprendizaje a lo largo de la vida y el bienestar subjetivo mostraron un papel de influencia en el desarrollo de las habilidades que son requeridas para poder trabajar con un equipo. Sin embargo, esta influencia es menor que la provocada por el entorno social, como se muestra cuando se compara el efecto tamaño asociado al sexo con el efecto tamaño de la disciplina .

CONCLUSIONES

Primero: En este estudio de investigación se logró determinar que los Datos Sociodemográficos, Empatía en los pacientes, Habilidades de aprendizaje permanente, Soledad en adultos y Satisfacción vital son factores que influyen en el desarrollo de las capacidades de colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería, tal como se había planteado en el objetivo general.

Segundo: En cuanto al primer objetivo específico se logró determinar que todos los factores estudiados ejercen influencia de nivel alto en las capacidades de colaboración interprofesional, destacándose la empatía que debe existir por los pacientes y el aprendizaje de forma permanente como dos competencias importantes que ayudan a desarrollar habilidades de colaboración interprofesional; por otra parte la Soledad en Adultos obtiene la menor influencia en las capacidades de colaboración interprofesional entre estudiantes de medicina y enfermería.

Tercero: Referente al segundo objetivo específico que busca determinar la influencia de las habilidades en la colaboración interprofesional entre estudiantes de la facultad de medicina y enfermería de las Universidades de Cusco que fueron objeto de estudio, se observó que: la cooperación, asertividad, responsabilidad, actitudes para colaborar, coordinación, autonomía y desempeño laboral influyen en las habilidades de colaboración interprofesional entre los estudiantes de medicina y Enfermería.

RECOMENDACIONES

Primero: Se recomienda al personal directivo de las universidades objeto de estudio, crear programa en el que se desarrollen habilidades de trabajo en equipo de modo que los estudiantes de pregrado que estudian medicina, así como lo de enfermería desde los primeros semestres de modo de garantizar un cambio de actitud para que cuando se vaya al campo laboral trabajen en equipo.

Segundo: A las facultades o escuela de medicina y enfermería, diseñar programas de formación en habilidades de trabajo por medio del aprendizaje informal en el que se establezca los logros académicos, disciplina estudiada, y el tipo de universidad donde los estudiantes están inscritos, en pro de desarrollar habilidades de trabajo en equipo.

Tercero: A los docentes que laboran en las facultades de medicina y enfermería se les recomienda promover el asentamiento los estereotipos sociales asociados a los roles profesionales para que estos desempeñen su labor y consideren que es trabajo en equipo desarrollando de estas capacidades, ya que hasta la fecha no es parte de la malla curricular.

BIBLIOGRAFIA

1. Tamayo M, Besoain S, Aguirre L. Trabajo en equipo: relevancia e interdependencia de la educacion interprofesional. *Revista de Saude Publica*. 2017 Junio; 2(11): p. 1, 13.
2. Bautista Martín E, Devesa Pradells , Palma Bocanegra MÁ, Pérez Hinarejos M. Máster de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería. [Online].: Escuela universitaria de enfermeria Santa Madrona; 2008 [cited 2019 Marzo 10. Available from: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21603/1/2008_2.pdf.
3. Veloski J, Hojat M. Measuring specific elements of Professionalism: Empathy, Teamwork, and Lifelong learning”, in *Measuring Medical Professionalism*, ed. D.T. Stern. New York;; 2006.
4. Hojat M, Fields S, Rattner S, Griffiths M, Cohen M, Plumb J. Attitudes toward physician-nurse alliance: comparisons of medical and nursing students. ; 1997.
5. Fields S, Rattner S, Griffiths M, Cohen M, Plumb JM. Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration. *Eval.* ; 1999.
6. Tuiran G, Sa-Martin M, Delgado R, Bartolome B, Vivanco L. Improvement of Inter-Professional Collaborative Work Abilities in Mexican Medical and Nursing Students: A Longitudinal Study. *Front. Psychol.* ; 2019.
7. Nasca T, Cohen M, Fields S, Rattner S, Griffiths M, Hojat M. Attitudes toward physician-nurse collaboration: a cross-cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. ; 2001.
8. Gonnella J, Nasca T, Fields S, Cicchetti A, LoScalzo AHM. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. ; 2003.
9. San Martin M, Delgado-Bolton R, Vivanco L. Professionalism and Occupational Well-Being: Similarities and Differences Among Latin American Health Professionals. ; 2017.

10. Austin J, Champion V, Tzeng O. Comparación transcultural sobre la imagen de enfermería. doi: 10.1016. , En t. J. Nurs. Semental.; 1985. Report No.: / 0020-7489 (85) 90006-9.
11. Ceschi A, Dorofeeva K, Sartoni R. Studying teamwork and team climate by using a business simulation: how communication and innovation can improve group learning and decision-making performance. ; 2014.
12. Pedrazza M, Sartori R, Berlanda S. Inter-professional collaboration: an evaluation study. ; 2017.
13. Abdi Z, Delgoshaei B, Ravaghi H, Abbasi M, Herani A. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. J. Nurs. Manag. ; 2015.
14. Hailu F, Kassahun C, Kerie M. Comunicación percibida entre enfermeros y médicos en la atención al paciente y factores asociados en los hospitales públicos de la zona de Jimma , suroeste de Etiopía: estudio transversal. , PLoS One; 2016. Report No.: e0162.
15. Hakanen J, Perhoniemi R, Bakker A. Crossover of exhaustion between dentists and dental nurses. ; 2014.
16. Muliira J, Etvang C, Muliira R, Kizza I. Nurses' orientation toward lifelong learning: A case study of Uganda's National Hospital. ; 2012.
17. Tang C, Chan S, Zhou W, Liaw S. Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. ; 2013.
18. DLE.RAE. Diccionario Digital de la Real Academia Española. [Online].; 2020 [cited 2020 abril 10. Available from: <https://dle.rae.es/caracterizar>.
19. Asociación Médica Mundial. Manual de etica medica R. J, editor.: ISBN 978-92-990079-2-1 (Clasificación NLM: W 50); 2015.
20. Pan American Health Organization. Interprofesional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. , Washington; 2017.
21. Taylor J. Collaborative practice within the intensive care unit. , A demonstration.; 1996.

22. Hojat M,FSR,SGM,CMyPJ. Actitudes hacia la alianza médico-enfermera: comparaciones de estudiantes de medicina y enfermería. , Academia medica; 1997.
23. Fernández NA. Investigación y técnicas de mercados. Pozuelo de Alarcón Madrid: ESIC Editorial; 2004.
24. Hojat M,BJMD,MDyCL. Superposición entre empatía, trabajo en equipo y enfoque integrador para la atención al paciente. 10310901421592014971722th ed. 37 77, editor.: Medicina. Enseñar. ; (2015).
25. Petite T, MJ, Barnes E, Petrone A, Barr T T. LA. Una revisión sistemática de la soledad y las condiciones físicas crónicas comunes en adultos.. (Supl. 2). , Open Psychol J. ; 2015. Report No.: 113-32.
26. Cardona Jiménez J, Villamil Gallego M, Henao Villa E, Quintero Echeverri Á. Validación de la escala para medir la soledad de la población adulta. , Investig Educ Enferm [internet].; 2010.
27. Diener E, Emmons R, Larsen R, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. Journal of Personality Assessment,. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13. ; 1985.
28. Van S, Sermeus W, Vanhaecht K, De Lepeleire J. Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: towards a theoretical framework for the study of care coordination. ; 2014.
29. D'Amour D, Goulet L, Labadie J, Martin-Rodriguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. ; 2008.
30. Mulvale G, Embrett M, Razavi S. "Preparándose" para mejorar la colaboración interprofesional en la atención primaria: una revisión sistemática y un marco conceptual. ; 2016.
31. Casani F. Una aproximación empírica a la cooperación interempresarial. España;; 1995.
32. Mendez M, Torres A. Tecnologías de la información y alianzas estratégicas. El papel de los sistemas interorganizados (SIOS). Jaen;; 2000.
33. Aebli H. Factores de la enseñanza que favorecen el aprendizaje Autonomo. Madrid;; 2001.

34. Salter A. Conditioned reflex therapy. New City.; 1949.
35. Oficina Nacional de Administracion de Personal. Administracion de Personal. Lima;; 2006.
36. Vives A. La responsabilidad social de la empresa en América. Washington;; 2011.
37. ConceptoDefinicion. ConceptoDefinicion. [Online].; 2019. Available from:
<https://conceptodefinicion.de/coordinacion/>.
38. Piaget J, Heller J. La autonomia. Barcelona;; 1968.
39. Kant I. Lógica, Un manual de lecciones,. Madrid: Akal; 2000.
40. Rodriguez J, Zehang M. Autonomía personal y saluda. España;; 2009.
41. Robbins S, Judge T. Comportamiento Organizacional. , Mexico; 2013.
42. Benavides O. Competencias y competitividad: Diseño para organizaciones Latinoamericanas
Bogota: McGraw-Hill; 2002.
43. Chiavenato I. Dimensiones de la variable desempeño laboral. ; 2000.
44. Hacker W. ction theory and occupational psychology. Alemania;; 1994.
45. Campbell P. A theory of performance. New York;; 1993.
46. Miller G. Lenguaje y Comunicación. Buenos Aires;; 1968.
47. Miro Bonet R. “Cambios en la dinámica de trabajo en equipo e una unidad de hospitalización, a través de una investigación acción participativa”. Investigación Acción Participativa; Trabajo en equipo interprofesional. Xarxas: Universitat de Illes Balears, Departament d'Infermeria i Fisioteràpia; 2018. Report No.: 61.
48. Galeano Acevedo SJ. Validez y confiabilidad el instrumento Jefferson scale of attitudes toward phisician-nurse collaboration en el contexto Colombiano. Tesis o trabajo de investigación. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Faculta de Enfermería; 2018. Report No.: 1.
49. Ruiz Maldonado JM. “Coordinación entre el farmacéutico comunitario y el médico de atención primaria en la atención del paciente con patologías crónicas”. [Online].; 2015 [cited 2019

octubre 12. Available from:
<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3437/1/TD%20Ruiz%20Maldonado%2C%20Jos%C3%A9%20Miguel.pdf>.

50. THAIS F. “ Actitud del Profesional de Enfermería Frente al Paciente Terminal del Hospital Nacional Sergio Bernales, Comas – 2018. Lima, Perú.; 2018.
51. MORÁN R. “La Imagen social de la profesión de enfermería”. Tesis de Postgrado. Chimbote, Perú.; 2017.
52. Sánchez H, Reyes C. Metodología y diseños en la investigación científica. Lima, Perú: Business Support Aneth S.R.L.; 2017, p.44.
53. Hernández Sampieri R, Fernández Col , Baptista Lucio. Metodología de la Investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado Y Pilar Baptista Lucio. 6a. ed México D.F.: McGraw-Hill, ; 2014.
54. Hernandez R. Metodología de la investigación. Quinta ed. México: Interamericana editores S.A.; 2010.
55. Hojat M,VJyGJ. Medición y correlatos del aprendizaje permanente de los médicos. 1010970013318125th ed. 84 11, editor.: Acad. Medicina. ; 2009.
56. Novak MPC,AByRD. Medición de la orientación de los estudiantes de profesiones de la salud hacia el aprendizaje permanente.. 146149th ed. 43 , editor.: J. Allied Health ; 2014.
57. Muliira JEC,MRyKI. Orientación de las enfermeras hacia el aprendizaje permanente: un estudio de caso del Hospital Nacional de Uganda.. Trabajo de Grado. J. Contin. : Educ. Enfermera, Investigación ; 2012. Report No.: 43, 90-96. doi: 10.3928 / 00220124-20111003-03.
58. Veloski JyHM. "Medición de elementos específicos de profesionalismo: empatía, trabajo en equipo y aprendizaje permanente", en Measuring Medical Professionalism , ed. D. Stern. 117146th ed. Nueva York, NY: Oxford University Press ; 2006.

59. Ward J,SM,SJ,BMEJyHM. La escala de actitudes de Jefferson hacia la colaboración médico-enfermera: un estudio con estudiantes universitarios de enfermería.. 22375386th ed. 10 D, editor.: J. Interprof. Atención ; 2008.
60. Veloski JyHM. "Medición de elementos específicos de profesionalismo: empatía, trabajo en equipo y aprendizaje permanente", en *Measuring Medical Professionalism*. 117146th ed. Stern eD, editor. Nueva York, NY: Oxford University Press);, 2019.
61. Gray K,YLW,A. La percepción de la mente es la esencia de la moralidad. doi : 10.1080. , *Psychol. Inq*; 2012. Report No.: 1047840X.2012.651387.
62. Gantman A, Van Bavel J. Percepción moral. *Sci.*, 19, 631-633.. , *Trends Cogn.* ; 2015. Report No.: doi : 10.1016 / j.tics.2015.08.004.
63. Waller W, Hill R. La familia: una interpretación dinámica.. Dryden Press, Ft Worth; 1951.
64. Ditommaso E, Brannen C, Best L. Características de medición y validez de la versión corta de la escala de soledad social y emocional para adultos. 64, 99-119. , *Educ. Psychol. Meas.* ; 2004. Report No.: doi : 10.1177 / 0013164403258450.
65. Wetzal A, Mazmanian P, Hojat M, Kreutzer ea. (2010). Midiendo la orientación de los estudiantes de medicina hacia el aprendizaje permanente: una evaluación psicométrica. *Acad. Med.*, 85, S41-S44. doi: 10.1097 / ACM..
66. Fredrickson B, Joiner T. Las emociones positivas desencadenan espirales ascendentes hacia el bienestar emocional. *Psychol. Sci.*, ; 2002. Report No.: doi: 10.1111 / 1467-9280.00431.
67. Gutiérrez T, San Martín G, Delgado Bol M, Bartolomé B, Vivanco L. Mejoramiento de las habilidades de trabajo colaborativo interprofesional en estudiantes mexicanos de medicina y enfermería: A Longitudinal Estudiar. Frente. P. doi : 10.3389. Frente. *Psychol.* ; 2019. Report No.: / fpsyg.2019.00005.
68. Merrick Zwarenstein J, Goldman SR. Colaboración interprofesional: efectos de las intervenciones basadas en la práctica sobre la práctica profesional y los resultados de salud. [Online]; 2009 [cited 2019 enero 15. Available from:

https://www.cochrane.org/es/CD000072/EPOC_colaboracion-interprofesional-efectos-de-las-intervenciones-basadas-en-la-practica-sobre-la-practica.

69. Schonhaut L. Educacion multiprofesional como la estrategia para la Atencion primaria de salud: Aprendiendo juntos para trabajar en equipo. Revista de Educacion en Ciencias de la Salud; 2007.
70. Valverde L, Ayala N, Pascua M, Fandiño D. El trabajo en equipo y su operatividad. Perspectiva Latinoamericana. ; 1989.
71. Carbonero M, Valdivielso J. Dilema de la justicia en el siglo XXI. Genero y globalizacion. Palma de mallorca; 2011.
72. Fraser N. Escala de justicia. Barcelona; 2008.
73. Fraser N. ¿ Quien cuenta ? Dilemas de la justicia en un mundo postwesfaliano. Anales de La Catedra Fransisco Suarez; 2010.
74. Hojat M, Fields SK, Veloski JJ, Griffiths M, Cohen MJ, Plumb JD. Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration. ; 1999.
75. Baggs JG, Schmitt M. Collaboration between nurses and physicians. ; 1988.
76. Freire Filho JR, Viana da Costa , Magnago , Cassanho Forste A. Actitudes para la colaboración interprofesional de equipos de Atención Primaria participantes del Programa Más Médicos. [Online]; 2018 [cited 2019 enero 15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100334&lng=en&nrm=iso&tlng=es.
77. Ortiz Moreira L, Villegas Anacona KA. Efecto de participar en un escenario de simulación clínica, en el trabajo en equipo interdisciplinar de estudiantes de carreras de la salud. [Online]; 2017 [cited 2019 Enero 15. Available from: <http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/2597>.
78. Veiga J, de la Fuente Eyc. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. SCIELO. 2018 Marzo; 54(210).

79. Colecciones digitales UDLAP. Metodología de la Investigación CAPITULO 4. [Online]. [cited 2020 enero 15]. Available from: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/garcia_m_f/capitulo4.pdf.
80. Ward J,SM,SJ,BMEJyHM. La escala de actitudes de Jefferson hacia la colaboración médico-enfermera: un estudio con estudiantes universitarios de enfermería. 2237538610th ed. Interprof. J, editor. Bogota; 2018.
81. Lee H, Kerlinger F. Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. : McGraw-Hill.; 2002.
82. Palma S. Instrumento sobre Clima Laboral CL-SPC Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2004.
83. Ivancevich M, Matteson JMT. Estrés y Trabajo: Una perspectiva gerencial. 2a. ed., México: Editorial Trillas. Serie: Teoría y práctica organizacional.; 1989.
84. Spiegel MR, Spiegel J, Srinivasan RA. Análisis de la varianza». Probabilidad y Estadística [Schaum's Outline of Theory and Problems of Probability and Statistics].. 2nd ed. 978-970 I, editor. D.F, México : McGraw-Hill; 2007.
85. Waller W, Hill R. The family: a dynamic interpretation. (PsycINFO Database Record (c) 2016 APA arr, editor.: Dryden Press; 1951.
86. Austin J. How To Do with Words Londres: : Oxford University Press; 1962.
87. Miró Bonet R. Cambios en las dinámicas de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización, a través de una Investigación Acción Participativa. Tesis Doctoral. Madrid, España: Repositorio de la UIB; 2018.
88. Galeano Acevedo SJ. “Validez y confiabilidad el instrumento Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration en el contexto colombiano”. Bogota, Colombia: Repositorio de la Universidad Nacional de Colombia, Tesis Doctoral; 2018.

89. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Colaboración interprofesional para mejorar la práctica profesional y los resultados sanitarios. Cochrane Database of Systematic Reviews. , Repositorio de la Universidad; 2017.
90. Rodrigues F, Viana M, Magnago C, Cassanho A. Actitudes para la colaboración interprofesional de equipos de Atención Primaria participantes del Programa Más Médicos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018 Agosto 09; vol.26 (09).
91. Ortiz Moreira L, Villegas KA. “Efecto de participar en un escenario de simulación clínica, en el trabajo en equipo interdisciplinar de estudiantes de carreras de la salud”. Concepcion, Chile: UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN FACULTAD DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA; 2017.
92. Ruiz J. “Coordinación entre el farmacéutico comunitario y el médico de atención primaria en la atención del paciente con patologías crónicas”. Tesis Doctoral. Universidad Miguel Hernandez, Departamento de Salud Publica ; 2015.
93. Gomes F. [Online].; 2019. Available from: <https://rockcontent.com/es/blog/medios-digitales/>.
94. Lajes Ugarte Maite y Aúcar Lopez Judit en su trabajo de investigación titulado “El trabajo colaborativo interprofesional en el proceso de formación profesional en salud” en Cuba 2019
95. Humberto Hernando Lopez Morales en su trabajo de investigación titulado: “Influencia del Profesionalismo en el bienestar subjetivo de profesionales de Medicina y Enfermería que inician el programa rural y urbano marginal de salud en la Región de Arequipa” 2020

ANEXOS

a. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	INSTRUMENTOS
<p>¿Cuáles son los factores que influyen en las capacidades de colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería 2019?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cómo los factores influyen en el desarrollo diferencial de las capacidades hacia la colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería 2019?</p> <p>2. ¿Cómo se valoriza la influencia de las habilidades de colaboración interpersonal entre los estudiantes de medicina y enfermería 2019?</p>	<p>Determinar los factores que influyen en las capacidades de colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería 2019.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Identificar los factores que influyen en el desarrollo diferencial de las capacidades hacia la colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería 2019.</p> <p>2. Valorar la influencia de las habilidades de colaboración interpersonal entre los estudiantes de medicina y enfermería 2019.</p>	<p>Los factores influyen positivamente en las capacidades de colaboración interprofesional en estudiantes de medicina y enfermería 2019.</p>	<p>Variable Independiente: Factores que influyen en las capacidades interprofesionales</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Datos sociodemográficos b) Empatía con los pacientes c) Habilidades de aprendizaje permanente d) Soledad en adultos e) Satisfacción Vital</p> <p>Variable dependiente: Habilidades de colaboración interpersonal</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Colaboración interpersonal</p>	<p>Ambito de estudio: se llevó a cabo en tres universidades ubicada en la Ciudad del Cusco.</p> <p>Tipo y nivel de investigación: observacional de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal.</p> <p>Unidad de análisis: estudiantes de pregrado de Medicina y Enfermería</p> <p>Tamaño de muestra: el tamaño de la muestra se realizó por conveniencia sin aplicar ningún criterio estadístico; ya que se accedió a la población sin restricciones.</p> <p>Técnicas de selección de muestra: la técnica de selección fue por muestreo no probabilístico por conveniencia</p> <p>Técnicas de recolección de la información: se utilizó la técnica de la encuesta, como instrumento se administraron</p>

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	INSTRUMENTOS
				<p>cuestionarios que incluyeron los formularios complementarios.</p> <p>Técnica de análisis e interpretación de la información: se calculó utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, se realizó un análisis de varianza (ANOVA de tres vías) basado en la disciplina, el sexo y la universidad, como variables explicativas. Se realizó un análisis de correlación utilizando el coeficiente de Spearman. Los análisis se realizaron con el software estadístico R, versión 3.5.1 para Windows. Los análisis estadísticos de los datos también incluyeron paquetes multinivel (Bliese, 2013), APA Table (Stanley y Spence, 2018).</p>

b. Matriz del Instrumentos

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	CATEGORÍA	ESCALA
Factores que influyen en las capacidades interprofesionales	Son aquellos elementos que pueden condicionar influyen en el desarrollo diferencial de las capacidades interprofesionales (18)	2. Datos sociodemográficos: Datos sociodemográficos: comprenden todas aquellas características que son asignadas a una persona (21)	Sexo	1	Hombre Mujer	Nominal
			Edad	2	De 16 a más	
			Lugar de nacimiento	3	Provincias de Cusco Otras Prov. de Cusco	
			Relación con la madre y padre	4 -5	No existe relación Muy buena Buena Regular Excelente Mala Pésima Muy mala	
			Formación Académica	6-7-8	1er semestre 2do semestre 3er semestre 4to semestre 5to semestre 6to semestre 7mo semestre 8vo semestre 9no semestre 10mo semestre 11er semestre 12do semestre	

	Empatia	Afectividad	9-10-11	Escala de Empatía Jefferson (JSE) Likert de 1 a 7	Ordinal
		Expresión	12-13		
		Emoción	14-15		
		experiencia	16		
		Comprensión	17-18-19-20-21-22-23		
		Sentimientos	24-25-26-27-28		
	Habilidades Aprendizaje permanente	Gratificación	29	JeffSPLL -MS), para estudiantes de medicina y la versión para estudiantes de profesión sanitaria (JeffSPLL -HPS) Likert de responden en una escala Likert de 1 a 4	
		Responsabilidad	30		
		Intereses profesionales	31-32-33-34		
		Actualización profesional	35-36-37		
Formación académica		38-39-40-41-42			
				1. Totalmente en desacuerdo	
				2. Desacuerdo	
				3. Desacuerdo	
				4. Totalmente de Acuerdo	

		Escala de Soledad en adultos	Percepción Psicológica	43-44	Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA-S). El SELSA-S. responden en una escala Likert de 1 a 7 1.Totalmente en desacuerdo 2.Parcialmente en desacuerdo 3.En desacuerdo 4.Parcialmente de acuerdo 5.De acuerdo 6.Muy de acuerdo 7.Totalmente de acuerdo.	Ordinal	
				45-46-47-48-49-50			
			Percepción Social	51-52-53-54-55-56-57			
		Satisfacción Vital	Condiciones de Vida	58-59-60			El SWLS está compuesto por 5 ítems que se responden usando una escala Likert de 1 a 7 1.Totalmente en desacuerdo 2.Parcialmente en desacuerdo 3.En desacuerdo 4.Parcialmente de acuerdo 5.De acuerdo 6.Muy de acuerdo
			Satisfacción personal	61-62			

					7.Totalmente de acuerdo.5.Totalmente de acuerdo.	
Colaboración interprofesional	Es el proceso de colaborar interprofesional a partir de elementos que corresponden a una dimensión organizacional y otra dimensión relacional. (37)	Capacidades de colaboración interprofesional	Cooperación	63	JeffSPLL -MS), para estudiantes de medicina y la versión para estudiantes de profesión sanitaria (JeffSPLL -HPS) Likert de responden en una escala Likert de de 1 a 7 1.Totalmente en desacuerdo 2.Parcialmente en desacuerdo 3.En desacuerdo 4.Parcialmente de acuerdo 5.De acuerdo 6.Muy de acuerdo 7.Totalmente de acuerdo.	Ordinal
			Asertividad	64-65		
			Responsabilidad	66-67		
			Actitudes para colaborar	68-69-70		
			Coordinación	71-72		
			Autonomía	73		
			Desempeño laboral	74-75		
76-77						

c. Instrumentos

INFORMACIÓN PARA EL ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA Y MEDICINA

Estimado/a estudiante:

Te invitamos a participar en el trabajo de investigación denominado: **FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CAPACIDADES DE COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA 2019**". El propósito de este estudio es determinar el papel que desempeñan los factores ambientales e individuales en el desarrollo de tres competencias que son esenciales en tu ejercicio profesional: la empatía con los pacientes, las habilidades de trabajo colaborativo interprofesional y de aprendizaje permanente.

A través de este estudio buscamos hacer un diagnóstico de la realidad universitaria del Cusco además de identificar factores psicosociales, familiares y académicos que influyen en su desarrollo.

Para este fin el cuestionario se compone de instrumento internacionalmente reconocidos para la medición de los elementos indicados. La información que pue nos pueda brindar resultara de gran interés para ti, como una autoevaluación de estas competencias y para las universidades, como medida de la realidad de sus estudiantes que en el futuro permita desarrollar acciones orientadas a mejorar la formación profesional.

Te pedimos que completes el cuestionario que se adjunta a continuación y que tiene una duración de 15 minutos aproximadamente. Para que tu participación pueda tener validez es necesario que: 1.- conteste a todas las preguntas que forman parte del cuestionario y 2. que tus

respuestas sean lo más sinceras posibles. El cuestionario mide habilidades por lo que existen respuesta buenas o malas.

Tu cuestionario, junto con los de los demás estudiantes, será analizado de forma confidencial, anónima y secreta. Ninguna de las instituciones universitarias participantes en este estudio en Cusco tendrán acceso a tus respuestas individuales. Sabemos que esta información puede resultarte de gran ayuda para tener una idea sobre el desarrollo de estas habilidades mediante instrumentos reconocidos para su medición a nivel internacional.

¡Muchas gracias...!

INSTRUCCIONES:

1. Use solo lápiz 2B
2. Marque con una x la respuesta correctamente
3. En caso de error, borre con cuidado, marque la que considere correcta.
4. No maltrate la hoja

A.-FORMULARIO SOCIODEMOGRÁFICO

1.-Sexo		2.- Edad			
Hombre () Mujer ()		()			
3.-Creci en provincia de:					
1 Acomayo ()	2 Canchis ()	3 La Convención ()			
4 Anta ()	5 Chumbivilcas ()	6 Paruro ()			
7 Calca ()	8 Cusco ()	9 Paucartambo ()			
10 Canas ()	11 Espinar ()	12 Quispicanchi ()			
13 Urubamba ()	14 Otras provincias de Cusco ()				
4.- La relación con mi madre es:					
1 No existe relación ()		2. Muy mala ()			
3. Pésima ()	4. Mala ()	5. Regular ()			
6. Buena ()	7 Muy buena ()	8. Excelente ()			
5.- La relación con mi padre es:					
1 No existe relación ()		2. Muy mala ()			
3. Pésima ()	4. Mala ()	5. Regular ()			
6. Buena ()	7 Muy buena ()	8. Excelente ()			
6.-Soy estudiante de					
1. Medicina ()		2. Enfermería ()			
7.- Mi universidad es					
1 UNSAAC ()	2. ANDINA ()	3 UTEA ()			
8.-Mi actual ciclo académico					
1ero()	2do ()	3ero()	4to()	5to()	6to()
7mo()	8vo()	9no()	10mo()	11vo()	12do()

B.- EMPATÍA CON LOS PACIENTES

		Total en Discreuerdo	Prevalencia en discreuerdo	In de acuerdo	Prevalencia de acuerdo	In acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5	6	7
9.	La comprensión de los médicos sobre los sentimientos de sus pacientes y sus familias es un factor irrelevante en el tratamiento médico							
10.	Los pacientes se sienten mejor cuando su médico comprende sus sentimientos.							
11.	Es difícil para un médico ver las cosas desde la perspectiva de sus pacientes							
12.	Considero que la comprensión del lenguaje corporal de los pacientes es tan importante como la comunicación verbal en las relaciones médico – pacientes							
13.	El buen sentido del humor de un médico contribuye a un mejor resultado clínico							
14.	Debido a que la gente es diferente, es casi imposible para el médico ver las cosas desde la perspectiva del paciente							
15.	La atención a las emociones de los pacientes durante la entrevista e historia clínica no es importante.							
16.	La atención a las experiencias personales de los pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.							
17.	Los médicos deben tratar de ponerse en el lugar de sus pacientes cuando lo están atendiendo.							
18.	Los pacientes valoran la comprensión que el médico tiene de sus sentimientos, lo que en sí mismo es terapéutico							
19.	Las enfermedades de los pacientes solo pueden ser curadas con tratamiento médico, por lo tanto, los lazos afectivos con los pacientes no tienen un valor significativo en este contexto							
20.	Preguntar a los pacientes sobre lo que está sucediendo en su vida es un factor sin importancia para la comprensión médica de sus molestias físicas.							
21.	Los médicos deben tratar de entender que está pasando en la mente de sus pacientes poniendo atención a la comunicación no verbal y al lenguaje corporal							

B.- EMPATÍA CON LOS PACIENTES

		Total en de acuerdo	Prevalentemente en de acuerdo	No de acuerdo	Prevalentemente de acuerdo	No de acuerdo	Muy de acuerdo	Prevalentemente de acuerdo
		1	2	3	4	5	6	7
22.	Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica							
23.	La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito médico puede estar limitado.							
24.	Un componente importante de la relación médico con sus pacientes es la comprensión de su estado emocional y el de sus familias.							
25.	El médico debe tratar de pensar como sus pacientes y sus familias.							
26.	Los médicos no deben permitirse ser afectados por las intensas relaciones sentimentales entre los pacientes y sus familias							
27.	No disfruto leer sobre temas no relacionados al área de la salud							
28.	Creo que la empatía es un importante factor terapéutico en el tratamiento médico							

C.- HABILIDADES DE APRENDIZAJE PERMANENTE

		Total en de acuerdo	de acuerdo	de acuerdo	Total en de acuerdo
		1	2	3	4
29.	Buscar respuesta a una pregunta es por si mismo gratificante				
30.	El aprendizaje permanente es una responsabilidad profesional de todos nosotros				
31.	Disfruto leer artículos en donde asuntos de mi interés profesional son discutidos				
32.	Asisto rutinariamente a congresos anuales convocados por organizaciones médicas profesionales				
33.	Leo revistas profesionales, al menos una vez a la semana				
34.	Acostumbro buscar en bases de datos informáticas los nuevos desarrollos en mi especialidad				
35.	Creo que podría atrasarme si dejo de aprender los nuevos desarrollos en mi profesión				

C.- HABILIDADES DE APRENDIZAJE PERMANENTE					
		Total en Demasiado	Demasiado	De acuerdo	Total en De acuerdo
		1	2	3	4
36.	Un objetivo importante de la universidad es que los estudiantes desarrollen habilidades de aprendizaje a lo largo de la vida				
37.	Los cambios rápidos en las ciencias médicas requieren de constante actualización de conocimientos y del desarrollo de nuevas habilidades profesionales				
38.	Siempre encuentro el tiempo para un aprendizaje autodirigido, incluso cuando tengo agenda ocupada con otras obligaciones profesionales y familiares				
39.	Reconozco mi necesidad de adquirir constantemente nuevos conocimientos profesionales				
40.	Acostumbro asistir a programa de educación médica continua para mejorar el cuidado de los pacientes.				
41.	Aprovecho cada oportunidad para obtener nuevos conocimientos/habilidades que son importante en mi profesión				
42.	Mi enfoque preferido para encontrar una respuesta a una pregunta es buscar en bases de datos informáticos apropiadas				

D.- ESCALA DE SOLEDAD EN ADULTOS					
		Total en Demasiado	Demasiado	De acuerdo	Total en De acuerdo
		1	2	3	4
43.	Me siento solo cuando estoy con mi familia				
44.	Me siento parte de un grupo de amigos				
45.	Tengo una pareja con quien comparto mis pensamientos y sentimientos más íntimos				
46.	No hay nadie en mi familia con quien pueda contar para que me apoye y estimule pero me gusta que lo hubiera				
47.	Mis amigos comprenden mis motivos y forma de razonar				

D.- ESCALA DE SOLEDAD EN ADULTOS

		1 Total en Desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Acuerdo	4 Total en de acuerdo
48.	Tengo una pareja que me da todo el apoyo y estímulo que necesito				
49.	No tengo amigos que compartan mis puntos de vista pero me gustaría tenerlo				
50.	Me siento cercano a mi familia				
51.	Puedo contar con mis amigos para que me ayuden				
52.	Desearía tener una relación romántica más satisfactoria				
53.	Me siento parte de mi familia				
54.	Mi familia realmente cuida de mí				
55.	No tengo ningún amigo que me comprenda pero me gustaría tenerlo				
56.	No tengo pareja sentimental y contribuyo a su felicidad				
57.	Tengo una necesidad insatisfecha de una relación romántica íntima				

E.- ESCALA DE SATISFACCIÓN VITAL

		1 Total en el desacuerdo	2 Parcialmente en desacuerdo	3 En desacuerdo	4 Parcialmente de acuerdo	5 De acuerdo	6 Muy de acuerdo	7 Totalmente de acuerdo
58.	El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar							
59.	Las condiciones de mi vida son excelentes							
60.	Estoy satisfecho con mi vida							
61.	Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida							
62.	Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual							

F.- HABILIDADES DE COLABORACION INTERPERSONAL

		Total en loguando	Parcialmente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5	6	7
63.	Enfermería debería ser considerada como un colaborador y colega del médico en lugar de verlo como un asistente.							
64.	Enfermería está calificado para valorar y responder a los aspectos psicológicos de las necesidades de los pacientes							
65.	Durante su formación, como estudiante de enfermería o de medicina cual sea su caso, considera que deberían de participar en grupo de trabajo para entender mejor sus respectivos roles.							
66.	Enfermería debería de participar en la elaboración de las normas que afectan sus condiciones de trabajo							
67.	Enfermería debería ser responsables de los cuidados que brindan a los pacientes.							
68.	Existen muchas áreas de responsabilidad que coinciden entre médicos y enfermeros							
69.	Enfermería tiene habilidad especial para la educación y el manejo psicológico de los pacientes							
70.	Los médicos deben ser la autoridad dominante en todo asunto de salud							
71.	Médicos y Enfermeros(as) deberían contribuir en las decisiones sobre las altas de los pacientes							
72.	La función primaria de enfermería es el de cumplir con las órdenes del médico							
73.	Enfermería debería de involucrarse en la elaboración de las normatividad y toma de decisiones concernientes a su trabajo en los servicios del hospital							
74.	Enfermería debería de ser responsables de monitorear los efectos del tratamiento médico.							
75.	Enfermería debería de aclarar con el médico las ordenes que aquellos sientan que pudiera potencialmente ir en detrimento del bienestar del paciente							

F.- HABILIDADES DE COLABORACION INTERPERSONAL

		Total en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5	6	7
76.	Los médicos deberían ser educados para establecer una relación de colaboración con enfermería							
77.	Relaciones interprofesionales entre médicos y enfermería deberían incluirse en sus programas de educación.							

d. Estructuras Curriculares:

Anexo: Plan de estudio y Malla curricular de la Escuela Profesional de Enfermería de la UNSAAC

Nota: Se puede observar en Malla curricular de la Escuela Profesional de Enfermería de la UNSAAC en su currículo No existe un curso específico sobre habilidades de trabajo colaborativo interprofesional o interdisciplinario.

TOTAL DE ASIGNATURAS		57		TOTAL DE CREDITOS NECESARIOS PARA COMPLETAR EL PLAN DE ESTUDIOS		220			
CICLO I 22	CICLO II 22	CICLO III 22	CICLO IV 22	CICLO V 22	CICLO VI 22	CICLO VII 22	CICLO VIII 22	CICLO IX 22	CICLO X 22
INTRODUCCION A LA ENFERMERIA EN101 3	FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA I EN102 5	FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA II EN104 5	ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO I EN107 7	ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO II EN110 7	SALUD MATERNA Y REPRODUCTIVA EN117 6	SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE EN123 7	ENFERMERIA PEDIATRICA EN126 7	ENFERMERIA COMUNITARIA EN131 7	INTERNADO CLINICO EN155 14
FILOSOFIA FP101 3	BIOQUIMICA QU601 4	EDUCACION PARA LA SALUD EN105 3	BIOESTADISTICA ME661 4	TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA EN108 3	EPIDEMIOLOGIA EN118 4	SEMIOLOGIA A PEDIATRICA MH104 3	ESTRATEGIAS SANITARIAS EN SALUD EN152 3	SALUD AMBIENTAL Y OCUPACIONAL EN132 4	INTERNADO RURAL EN136 8
QUIMICA INTEGRADA QU110 4	BIOFISICA F102 3	FARMACOLOGIA GENERAL FA701 3	FARMACOLOGICA CLINICA Y TERAPEUTICA MH135 3	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION EN112 4	ENFERMERIA GINECOLOGICA EN120 3	ENFERMERIA EN GERIATRIA EN116 3	ADMINISTRACION Y LIDERAZGO EN129 5	MEDICINA ALTERNATIVA EN133 3	
BIOLOGIA GENERAL CB103 4	ANATOMIA Y FISIOLOGIA I MH131 4	ANATOMIA Y FISIOLOGIA II MH132 4	SEMIOLOGIA A MEDICA MH181 3	NUTRICION Y DIETOTERAPIA EN113 4	GENETICA Y EMBRIOLOGIA CB203 3	FUNDAMENTOS DE LA ADMINISTRACION EN122 4	ESTIMULACION TEMPRANA EN154 3	ENFERMERIA PSIQUIATRICA Y SALUD MENTAL EN127 6	
PSICOLOGIA GENERAL FPS01 3	LENGUA Y COMUNICACION LC130 3	MICROBIOLOGIA MEDICA CB701 3	PARASITOLOGIA MEDICA CB702 3	TALLER DE TECNICAS QUIRURGICAS EN ENFERMERIA EN114 2	INVESTIGACION EN SALUD EN119 4	SALUD PUBLICA EN128 4	MEDICINA LEGAL MH364 3		
MATEMATICA BASICA ME101 4	ELECTIVO DE CULTURA GENERAL 3	PSICOLOGIA EVOLUTIVA FPS02 3	ELECTIVO DE CULTURA GENERAL 2	ELECTIVO DE CULTURA GENERAL 2	ELECTIVO DE CULTURA GENERAL 2	ELECTIVO DE CULTURA GENERAL 1	ELECTIVO DE CULTURA GENERAL 1	ABRP CLINICO Y COMUNITARIO EN157 2	
TALLER DE TECNICAS DE ESTUDIO EN143 1		ELECTIVO DE CULTURA GENERAL 1							

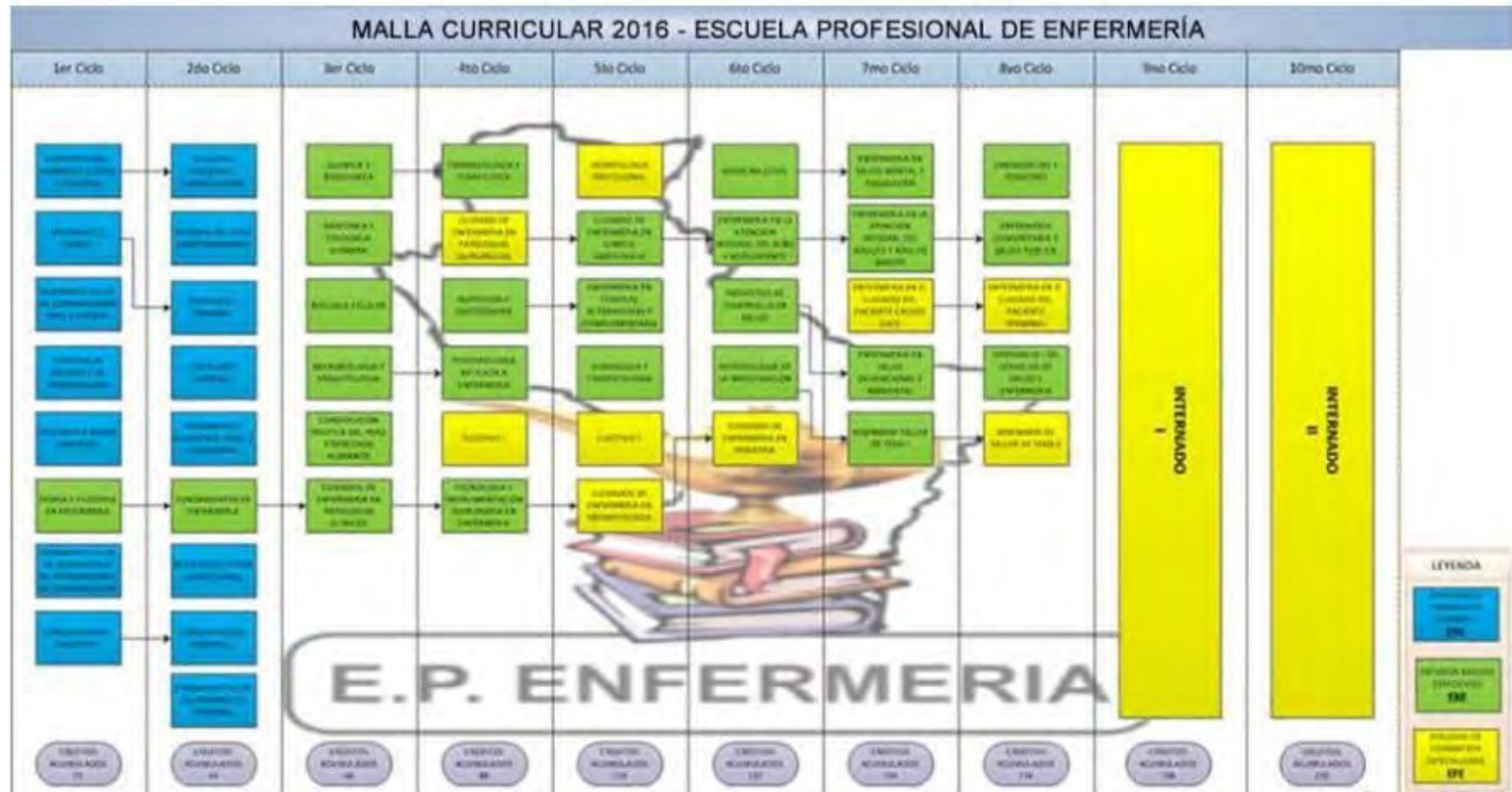
Anexo: Plan de estudio y Malla curricular de la Escuela Profesional de Medicina Humana de La Universidad Andina del Cusco

Nota: Se puede observar en Malla curricular de la Escuela Profesional de Medicina Humana de La Universidad Andina del Cusco en su currículo No existe un curso específico sobre habilidades de trabajo colaborativo interprofesional o interdisciplinario

TOTAL DE ASIGNATURAS		57		TOTAL DE CREDITOS NECESARIOS PARA COMPLETAR EL PLAN DE ESTUDIOS		220			
CICLO I 22	CICLO II 22	CICLO III 22	CICLO IV 22	CICLO V 22	CICLO VI 22	CICLO VII 22	CICLO VIII 22	CICLO IX 22	CICLO X 22
INTRODUCCION A LA ENFERMERIA EN101 3	FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA I EN102 5	FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA II EN104 5	ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO I EN107 2	ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO II EN130 7	SALUD MATERNA Y REPRODUCTIVA EN117 6	SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE EN123 7	ENFERMERIA PEDIATRICA EN126 7	ENFERMERIA COMUNITARIA EN131 7	INTERNADO CLINICO EN155 14
FILOSOFIA FP101 3	BIOQUIMICA QU601 4	EDUCACION PARA LA SALUD EN105 3	BIESTADISTICA ME603 4	TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA EN106 3	EPIDEMIOLOGIA EN118 4	SEMIOLOGIA A PEDIATRICA MH194 3	ESTRATEGIAS SANITARIAS EN SALUD EN152 3	SALUD AMBIENTAL Y OCUPACIONAL EN132 4	INTERNADO RURAL EN156 8
QUIMICA INTEGRADA QU110 4	BIOFISICA FI102 3	FARMACOLOGIA GENERAL FA701 3	FARMACOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA MH133 3	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION EN112 4	ENFERMERIA GINECOLOGICA EN120 3	ENFERMERIA EN GERIATRIA EN116 3	ADMINISTRACION Y LIDERAZGO EN128 3	MEDICINA ALTERNATIVA EN133 3	
BIOLOGIA GENERAL CB103 4	ANATOMIA Y FISIOLOGIA I MH191 4	ANATOMIA Y FISIOLOGIA II MH192 4	SEMIOLOGIA A MEDICA MH181 3	NUTRICION Y DIETOTERAPIA EN113 4	GENETICA Y EMBRIOLOGIA CB203 3	FUNDAMENTOS DE LA ADMINISTRACION EN122 4	ESTIMULACION TEMPRANA EN154 3	ENFERMERIA PSIQUIATRICA Y SALUD MENTAL EN127 6	
PSICOLOGIA GENERAL FP501 3	LENGUA Y COMUNICACION LC110 3	MICROBIOLOGIA MEDICA CB701 3	PARASITOLOGIA MEDICA CB702 3	TALLER DE TECNICAS QUIRURGICAS EN ENFERMERIA EN114 2	INVESTIGACION EN SALUD EN119 4	SALUD PUBLICA EN128 4	MEDICINA LEGAL MH304 3		
MATEMATICA BASICA ME101 4	ELECTIVO DE CULTURA GENERAL 3	PSICOLOGIA EVOLUTIVA FP502 3	ELECTIVO DE CULTURA GENERAL 2	ELECTIVO DE CULTURA GENERAL 2	ELECTIVO DE CULTURA GENERAL 2	ELECTIVO DE CULTURA GENERAL 1	ELECTIVO DE CULTURA GENERAL 1	ASPI CLINICO Y COMUNITARIO EN157 2	
TALLER DE TECNICAS DE ESTUDIO EN143 1		ELECTIVO DE CULTURA GENERAL 1							

Anexo: Plan de estudio y Malla curricular de la Escuela Profesional de Enfermería de La Universidad Andina del Cusco

Nota: Se puede observar en Malla curricular de la **Escuela Profesional de Enfermería de La Universidad Andina del Cusco** en su currículo No existe un curso específico sobre habilidades de trabajo colaborativo interprofesional o interdisciplinario



Anexo: Plan de estudio y Malla curricular de la Escuela Profesional de Enfermería de La Universidad Tecnológica de los Andes sede Cusco.

Nota: Se puede observar en Malla curricular de la Escuela Profesional de Enfermería de La Universidad Tecnológica de los Andes sede Cusco en su currículo No existe un curso específico sobre habilidades de trabajo colaborativo interprofesional o interdisciplinario

 UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES	CURRICULAR E. P. ENFERMERÍA	VERSION 2 FECHA: 06-06-2019 Página 9 de 9
---	------------------------------------	---

4. MALLA CURRICULAR



Anexo: Escala de Empatía Jefferson (JSE)

Se utilizaron dos versiones de la Escala de Empatía Jefferson (JSE) para medir la orientación de los estudiantes hacia las relaciones empáticas con los pacientes (Hojat, 2016): la versión de estudiantes de medicina (JSE-S), para estudiantes de medicina y la versión de estudiantes de atención médica (JSE-HPS) para estudiantes de enfermería. Los 20 ítems del JSE se responden en una escala Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). La diferencia entre las dos versiones de la JSE utilizada se encuentra en la redacción de los elementos en los que aparecieron los términos “medicina” o “médico”, para que sea más aplicable a los estudiantes de otras áreas de atención médica. Un elemento de muestra del JSE-S es: “Los médicos deben tratar de pararse en los zapatos de sus pacientes al brindarles atención”, mientras que el mismo elemento en el JSE-HPS se redacta de la siguiente manera: “Los proveedores de atención médica deben tratar de pararse los zapatos de sus pacientes cuando los atienden”. Una puntuación más alta significa que el estudiante tiene una mayor orientación o tendencia conductual hacia la participación empática en la atención al paciente (71).

Se utilizaron dos versiones de la Escala Jefferson de Aprendizaje de Vida para Médicos (JeffSPLL) para medir las actitudes hacia el aprendizaje permanente: la versión para estudiantes de medicina (JeffSPLL-MS), para estudiantes de medicina (24); y la versión para estudiantes de profesionales de la salud (JeffSPLL-HPS) para estudiantes de enfermería (72). El JeffSPLL se diseñó originalmente para medir el desarrollo de habilidades relacionadas con la recopilación de información, el uso de oportunidades de aprendizaje y la automotivación. (24); Los 14 ítems de JeffSPLL se responden en una escala Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo).

De manera similar a las dos versiones de la escala de empatía, las diferencias entre las dos versiones de JeffSPLL están en la redacción de los elementos en los que se usa el término “medicina”, para que sea más aplicable a los estudiantes de otras áreas de atención médica. La herramienta JeffSPLL ha demostrado una alta fiabilidad y validez en ambos grupos de estudiantes en diferentes contextos culturales. (73)