



“IDENTIFICACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 6° Y 7° AÑO
DE MEDICINA DE LA UDD RESPECTO A LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN
EQUIPO INTERDISCIPLINARIO”

JULIETA SOTO GRIMBERG.

Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo para optar al
grado académico de Magister en Bioética.

Profesor guía : Dr. Marcial Osorio.

Santiago de Chile

Abril 2023

“Si caminas solo, irás más rápido; si caminas acompañado, llegarás más lejos”

Proverbio Chino

El presente estudio tiene como propósito identificar la percepción que tienen los estudiantes de 6° y 7° año de medicina de la UDD respecto a la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario, determinando si conocen el concepto, le dan relevancia, cómo lo perciben dentro de su formación y si consideran que aplica en su ejercicio profesional.

Identificar dicha apreciación resulta importante para reflexionar, debatir, evaluar, y eventualmente desarrollar y corregir las acciones educativas en el proceso de enseñanza aprendizaje universitario, lo cual puede ser impulso para futuras investigaciones referidas al tema.

Conocer estos aspectos es considerado como coherente con un enfoque bioético de la medicina en el cual la apertura dialogante con visión integradora que es posible desarrollar a través del trabajo en equipo interdisciplinario, permite superar barreras y poner en el centro los múltiples ámbitos que constituyen al ser humano como una totalidad con sentido y digna de ser respetada.

“La interdisciplinariedad solicita superar la Torre de Babel de las jergas especializadas, epistemologías diversas y lógicas múltiples” (Carrizo, 2004).

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN	6
--------------	---

Capítulo 2

MARCO TEÓRICO

1. Concepto de interdisciplinariedad.	8
II. Trabajo de equipo y naturaleza relacional del ser humano	10
III. Trabajo en equipo interdisciplinario en el ámbito de la salud	13
IV. El paciente como parte de un equipo	18
V. Visión bioética y trabajo de equipo interdisciplinario	20
VI. Aprendizaje del trabajo en equipo interdisciplinario en el ámbito universitario	22

Capítulo 3

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

1. Pregunta de investigación	26
2. Objetivo General	26
3. Objetivos específicos	26
4. Dimensiones a evaluar	26

Capítulo 4

DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio	27
2. Muestra	27
3. Instrumento de recopilación de datos	28
4. Reclutamiento y realización de entrevistas	29
5. Realización de entrevistas	29

Capítulo 5

CONSIDERACIONES ÉTICAS

1.	Consideraciones éticas	30
2.	Valor social	30
3.	Rigurosidad Científica	31
4.	Selección equitativa de sujetos	32
5.	Proporción favorable de riesgo beneficio	32
6.	Evaluación independiente	32
7.	Consentimiento informado	32
8.	Respeto a los sujetos inscritos	33

Capítulo 6

RESULTADOS	34
------------	----

I. Análisis por dimensión

1.	Comprensión y entendimiento del concepto de trabajo en equipo interdisciplinario	35
2.	Valoración del concepto de trabajo en equipo interdisciplinario	37
3.	Formación y apoyo docente para el trabajo en equipo interdisciplinario	39
4.	Aplicabilidad práctica del trabajo en equipo interdisciplinario	42
5.	Competencias requeridas para desarrollar trabajo en equipo interdisciplinario	44
6.	Beneficios/ventajas y riesgos/ desventajas del trabajo en equipo interdisciplinario	45
7.	Dimensión emergente: Influencia de la cultura imperante y tendencias actuales	47

Capítulo 7 DISCUSIÓN	49
Capítulo 8 CONCLUSIÓN	56
Capítulo 9 BIBLIOGRAFÍA	57
Capítulo 10 ANEXOS	62

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

Este estudio ha sido motivado por una constante convicción respecto a que el trabajo en equipo con un sentido interdisciplinario conlleva múltiples beneficios y satisfacciones tanto para quienes lo desarrollan, como para aquellos que se nutren de él. Realizar esta investigación, por lo tanto, responde a conocer las percepciones de un grupo de futuros profesionales que ejercerán un rol significativo en el cuidado y curación de otros.

Más allá de los grandes cambios que la sociedad y la tecnología han experimentado, sigue siendo el vínculo creado en una relación clínica, la piedra angular de cualquier intervención en materia de salud. Este vínculo requiere de una mirada autoconsciente respecto al rol ejercido, de la aceptación de que las personas necesitan cuidarse unas a otras y de que nuestra vulnerabilidad nos hace seres relacionales..

Cuando los estudiantes de medicina y futuros profesionales eligen la carrera, deben desarrollar una mentalidad y actitud hacia el bienestar holístico del paciente, cuidando y aplicando imperativos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, meta que requiere de miradas interdisciplinarias que se pongan al servicio de esos principios.

En la actualidad estamos frente a múltiples desafíos que demandan apertura y que generan incertidumbres y a la vez oportunidades. Un enfoque interdisciplinar ha ido afianzándose paulatinamente como una necesidad de los tiempos, de la comprensión del ser humano como persona integral y de los avances tecnológicos. El paradigma científico disciplinar del conocimiento se ha encontrado con situaciones de estudio no explicables desde una visión lineal y única, sino más bien, con contextos de relaciones recíprocas, actividades de cooperación, interdependencias que requieren una nueva manera de percibir, entender e interpretar la realidad. La consideración de aportes de carácter sistémicos abarca hoy las esferas biológica, psicosocial, espiritual, cultural y ecológica del ser humano, entre otras.

La ultraespecialización, actos médicos, diagnósticos, procedimientos, terapias, protocolos tecnológicos y administrativos que generan rapidez y eficiencia entre el médico y paciente, si bien, de una utilidad y funcionalidad destacable y requerida, imponen decisiones individuales y postergan aportes y perspectivas de otros profesionales implicados en el cuidado de aquel paciente único y particular. Ese cuidado requiere ser examinado bajo una nueva mirada: la de “la reflexión ética que nos recuerda que la relación médico paciente es ante todo un encuentro interpersonal en el que se delibera conjuntamente para tomar las decisiones más correctas, siempre en el marco de los principios de la bioética y los derechos fundamentales de la persona humana” (Mendoza F, 2017).

El presente estudio busca poner de relieve cómo perciben el tema los internos de medicina y, en la medida de lo posible, evidenciar la importancia de adoptar y propiciar una perspectiva de trabajo en equipo interdisciplinario como componente fundamental en la formación universitaria y, consecuentemente, en la conservación de la salud, su restablecimiento y la valoración de la dignidad humana.

Capítulo 2

MARCO TEÓRICO

1. Concepto de interdisciplinariedad.

El término interdisciplinar si bien se acuña en los años 70 relacionándose con los conceptos de completitud y síntesis (Follari ,2007), en la actualidad y de manera paulatina se ha ido enriqueciendo con implicancias relacionales, colaboración, integralidad y comprensión holística de los fenómenos de estudio .

Con fines clarificadores resulta necesario diferenciar el concepto de interdisciplinariedad de otros que suelen aparecer en contextos similares, pero que tienen diferencias considerables entre sí (Henaó Villa, 2017).

Nos referimos a los conceptos de disciplinar, multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar, todos los cuales aluden a diferentes niveles de relación y/o colaboración entre disciplinas académicas.

a. Disciplinariedad

Se trata de mono-disciplina (Max-Neef, 2004), representa especialización, concierne a un sólo y mismo conocimiento e implica la colaboración dentro de una disciplina académica específica. En este nivel, los expertos trabajan dentro de su campo de estudio y usan su propio lenguaje y su enfoque para abordar un problema o una pregunta de investigación. (Jacobs, 2014)

b. Multidisciplinariedad

Se refiere al trabajo con más de dos disciplinas, donde cada una labora de forma independiente, con metas paralelas pero atingentes a un mismo objetivo. Es una mezcla en la que cada una conserva sus métodos y propuestas. Se hacen análisis independientes de un

mismo problema pero no implica diálogo, debate , vínculo entre ellas, no hay enriquecimiento ni integración de saberes (Rodríguez, 1997). En otras palabras, respecto a una situación se genera información de varias disciplinas, sin que se de interacción que la enriquezca.

c. Interdisciplinariedad

Se relaciona con la colaboración entre expertos de diferentes disciplinas académicas que trabajan juntos en un proyecto o problema. En este nivel, las disciplinas se integran para abordar un problema o una pregunta de investigación, pero cada disciplina mantiene su propio enfoque y métodos. En esta integración se genera interacción y existe diálogo para lograr la meta de un nuevo conocimiento (Van der Linde, 2014). En este sentido, representa un esfuerzo sistémico que crea y genera una perspectiva amplia de un mismo objetivo común. Se trata entonces de interacciones a través de las cuales se modifican y amplían los marcos de referencia individuales y se generan saberes que se van enriqueciendo mutuamente para explicar la realidad (Klein, 2008).

d. Transdisciplinariedad

Refiere la cooperación entre expertos de diferentes disciplinas y otros actores sociales (como comunidades, gobiernos y organizaciones no gubernamentales) en la solución de problemas complejos y globales. (Nicolescu, B. (2013).

En este nivel, se busca la integración utilizando métodos de investigación y enfoques innovadores que van más allá de los límites de una disciplina académica específica (Stokols 2006). Esta transdisciplinariedad suele requerir una colaboración previa en niveles interdisciplinar y multidisciplinar.

En el presente estudio se utilizará el término de “interdisciplinariedad” entendiéndolo como el trabajo entre diferentes disciplinas, en el cual cada una trabaja conjuntamente con otras y comparten una misma meta. Existe integración, interacción, diálogo y colaboración manteniendo el conocimiento y técnicas de la disciplina específica. Los miembros de un equipo interdisciplinario aprenden entre sí y existe coherencia interna que motiva al desarrollo de los demás miembros aún cuando pertenezcan a otras ramas del saber.

El marco de referencia, por lo tanto, considerará la interdisciplinariedad como el compartir saberes y ponerlos a disposición de otras disciplinas, “dando a conocer lo que trasciende a todas las disciplinas y lo que está simultáneamente entre ellas, a través de ellas y más allá de todas ellas” (Covas Álvarez, 2004). Desde esta perspectiva “no se albergan en una sola cabeza muchos conocimientos diferentes, sino el esfuerzo de comprender el sentido especial de ciertos conceptos, de acostumbrarse a ciertos tipos de racionalidad particulares y de envolverlos con la emocionalidad propia del ser humano” (Agazzi, E. 2002).

En el trabajo en equipo interdisciplinario “es clave la disposición abierta al encuentro con el otro, diferente y desconocido, y con lo otro, el conocimiento no previsto, el descubrimiento inaugural de potencia transformadora en la realidad objetiva y subjetiva. Es decir, la comprensión humana y la intelectual (Carrizo, 2004).

2. Trabajo de equipo y naturaleza relacional del ser humano.

El trabajo en equipo es una labor donde varios integrantes tienen un objetivo común, y cada uno aporta desde su área de conocimiento para conseguirlo. Los equipos se crean para aportar saber, compartir información, criterios, y abordar realidades complejas que requieren más de una mirada. “Un equipo es un grupo de individuos que trabajan juntos para producir productos o entregar servicios de los cuales son mutuamente responsables. Los miembros del equipo comparten metas y son mutuamente responsables para lograrlos, ellos son interdependientes en sus logros, y afectan los resultados a través de interacciones entre ellos. Dado que el equipo es sostenido colectivamente, el trabajo de integración entre

ellos es una responsabilidad de todos y de cada uno” (Borrill, 2000). Los resultados son fruto del conjunto y no de individualidades .

Esta definición establece significativas consideraciones para todos en tanto seres humanos, pero, particularmente para los profesionales de la salud que se encuentran frente a un otro vulnerable y necesitado de cuidado. En primer lugar, los seres humanos somos seres relacionales; es la interacción con otros la que nos muestra quienes somos. Podemos entendernos y comprender la realidad en función de esas relaciones y vínculos. Somos interdependientes, necesitamos de otros para resolver problemas, enfrentar desafíos y más aún para adaptarnos y vivir. En segundo lugar , es precisamente esa relación la que nos hace responsables. Establece un compromiso con otros y una comprensión mutua. Y, en tercer punto, la adaptación a la complejidad requiere objetivos comunes y conocimientos puestos al servicio de ellos.

La profesión médica y la relación clínica requieren la consideración de esta esencia vincular. Los pacientes saben que están enfermos y al mismo tiempo sienten su enfermedad. Es ahí donde necesitan de otros; de aquellos que pueden dar cabida al entendimiento integrador de ese dolor físico y psíquico, de sus miedos e incertidumbres personales y familiares. Aquellos profesionales que como un equipo pueden empatizar, curar y cuidar desde diferentes miradas a esa persona vulnerable; aquellos profesionales que representan y practican el valor de la beneficencia a través de un trabajo mancomunado e interdisciplinario donde la realidad vincular se hace carne en la relación clínica y se generaliza al vivir, pues “para los vivientes su ser es vivir y vivir se da en la cotidianeidad de la vida en sociedad junto a otros” (Llanos y Martínez 2016).

Se puede comprender entonces que el ejercicio profesional no puede ser analizado según el paradigma del todo y las partes, sino sólo desde la premisa que integra la acción recíproca y sistémica de varios saberes que colaborativamente buscan el bien de otro. El saber, el entendimiento y las decisiones se desarrollan en contextos colectivos que tienen códigos simbólicos, culturales y normativos generales así como también subjetividades, formaciones y conocimientos específicos.

Al trabajar interdisciplinariamente dentro de un equipo, el reconocimiento de lo común y lo diferente genera conciencia de quienes somos y de nuestros límites, de lo que podemos aportar y de lo que necesitamos de otros y demuestra que la acción requerida es fruto de muchos que anteriormente han expresado su propia conciencia y que hoy aportan al trabajo de otros a través de colaboración y objetivos comunes.

La naturaleza relacional del ser humano

Aceptar que nuestra esencia se despliega en y por los vínculos reclama entonces una “epistemología relacional” (Garro Gil, 2017), en la cual, asumimos que la realidad es en sí misma interactiva; que lo que hay que observar son relaciones y entender por qué se dan esas y no otras y qué procesos pueden modificarlas para hacerlas más humanas; y, por último, que el mismo conocimiento de la realidad es una relación que condiciona la observación, el estudio y la práctica profesional.

Confiar en el trabajo conjunto no es espontáneo o fortuito y casual, muy por el contrario, define un compromiso, una unión, una conexión y una correspondencia entre dos o más personas que tienen un propósito y que lo asumen con responsabilidad, esfuerzo y apertura. Abandonar modelos conocidos y excusas esgrimidas que mantienen el estado de confort, sin duda, requiere esfuerzos adicionales y pasos sucesivos hacia su logro; es un proceso paulatino en el que expresamos nuestra voluntad y autonomía.

La autonomía a la que nos referimos es una autonomía relacional; no anula a cada profesional o lo hace dependiente de otro, muy por el contrario, lo mantiene como un ser autónomo, libre, contextualizado que logra visualizar desafíos y proyectar soluciones aceptando que otros, desde su propio saber y autonomía, desde su conciencia intersubjetiva colaboran y aportan a un objetivo conjunto. En otras palabras, se pone de relieve al ser humano con su naturaleza interdependiente.

Cobran sentido las afirmaciones de A.Baier (1985) cuando dice “las personas son esencialmente segundas personas”, siempre “vienen después y antes de otras personas” y “...son esencialmente sucesoras, herederas de otras personas que las formaron y cuidaron de ellas”. Cada uno de los que participa en un equipo interdisciplinario trae consigo su

biografía de lo que aprendió de otros y de su propia formación y la pone al servicio del bien que se despliega ante un paciente.

Resignificar el concepto de autonomía a una autonomía relacional debe entenderse como una creciente capacidad de reflexión sobre sí mismo y sobre los demás y desde ella, en una facultad para tomar distancia, comprender esa relación, elegir y decidir.

La dimensión relacional de la autonomía, facilita congregar a seres activos que desarrollan un trabajo interdisciplinario abarcando contextos más extensos y variados, alimentando la capacidad adquirida, aportando nuevos significados y expresando valores y principios éticos tales como: responsabilidad, libertad, igualdad, comunicación, colaboración y respeto entre profesionales y hacia el paciente.

La esencia, es la inherente dignidad del ser humano, aquella donde cada persona siente respeto por sí misma y se valora y, al mismo tiempo, es valorada por los demás como miembro de un sistema colaborativo y sistémico.

3. Trabajo en equipo interdisciplinario en el ámbito de la salud.

En salud, el trabajo se desarrolla en un “entorno de atención complejo, el cual está conformado por distintos elementos y actores que, interrelacionados, permiten avanzar hacia el logro de resultados enfocados en la calidad y seguridad de la atención sanitaria” (Paravic, 2021).

Dada la complejidad y diversidad de estas interacciones, el logro de objetivos de calidad, cuidado y ética en la atención de la salud depende profundamente de un pensamiento sistémico (National Academies of Sciences, 2018). El compromiso, el sentido de responsabilidad y la confianza, entre otros, son la base para que este trabajo en equipo genere eficacia, cuidado, calidad de los resultados y permita enfrentar desafíos prácticos y de conocimientos, siendo un proceso de constantes acuerdos y adaptaciones.

El artículo 60 del código de ética del Colegio Médico de Chile refiere que las relaciones del médico con sus colegas y con los demás profesionales de la salud “deben basarse siempre

en el respeto, deferencia, lealtad y consideración recíprocos, cualquiera sea la vinculación jerárquica existente entre colegas. La solidaridad entre médicos es uno de los deberes primordiales de la profesión, y sobre ella sólo tiene precedencia el bien del paciente”.

El Artículo 65 plantea que “es deber del médico colaborar en la formación de sus colegas, no pudiendo reservarse conocimientos o técnicas útiles para el ejercicio de la medicina”. Y el Artículo 67 postula que “quien ostente la dirección del equipo cuidará de que exista un ambiente de rigurosidad ética y de tolerancia hacia las opiniones profesionales divergentes” (Código de Ética Colegio Médico de Chile , 2019).

Si bien estos artículos se centran en la profesión médica propiamente tal, resultan, sin duda, atinentes a otras ramas de la salud que convergen en la curación y cuidado de un paciente.

Todos los profesionales de la salud son parte de un engranaje necesario para proporcionar atención médica y mejorar la salud de los pacientes. Cada miembro de un equipo tiene habilidades y conocimientos específicos que se complementan entre sí para brindar una atención integral y personalizada a ese paciente particular y único.

Existe una gran cantidad de investigaciones que han demostrado los beneficios del trabajo en equipo de carácter interdisciplinario en las áreas de la salud, planteando que:

1. Mejora la calidad de la atención médica, es decir, equipos de atención médica que trabajan juntos de manera coordinada y colaborativa mejoran la calidad de la atención médica y la satisfacción del paciente (Lapkin, 2013)
2. Reduce significativamente errores médicos y mejora la seguridad del paciente (Alsabri, 2022).
3. Aumenta la eficiencia; un equipo interdisciplinario que trabaja de manera colaborativa y coordinada es más eficiente y proporciona atención médica de manera más rápida y efectiva (Naylor, 2017).
4. Mejora el bienestar del personal de la salud y reduce la tensión y el agotamiento emocional de los profesionales (Thompson , 2005).
5. Mejora los logros de salud del paciente y reduce la mortalidad en los pacientes hospitalizados (Lee, 2018).

No obstante , algunos estudios también reportan “... dificultades relacionadas con el trabajo en equipo que generan problemas en la calidad de la atención y en la seguridad de los pacientes” (Rosen, M, 2018). Algunas de ellas (Luctkar-Flude et al. 2017); (Margarit, 2000); (Rodriguez, 1997), han identificado obstáculos e interferencias que es posible agrupar :

1. La falta de comunicación efectiva entre los miembros del equipo interdisciplinario (Margarit, 2000). El lenguaje utilizado en cada disciplina, con sus propios términos, conceptos y significados disimiles, las contextualizaciones culturalmente diferentes y la escasa intencionalidad comunicativa interfieren la comprensión y en la posibilidad de compartir dialógicamente la información dentro de equipos interdisciplinarios .
2. Las diferencias en la formación y la cultura profesional, es decir, cada disciplina de la salud tiene sus propias formas de pensar, valores y formas de trabajar, lo que puede dificultar la colaboración entre los miembros del equipo interdisciplinario. Las diferencias en la formación, en los hábitos, costumbres disciplinares y en las prácticas socio culturales de cada profesional pueden generar conflictos y malentendidos.
3. Las distintas prioridades y objetivos en cuanto a la atención al paciente, puede dificultar la colaboración efectiva. Por ejemplo, un médico puede estar enfocado en tratar la enfermedad, mientras que un trabajador social puede estar más enfocado en la calidad de vida del paciente.
4. La falta de liderazgo y coordinación puede llevar a una insuficiente claridad en los roles y responsabilidades de cada miembro del equipo interdisciplinario. Esto puede generar confusión y disminuir la eficacia del trabajo en equipo. No se trata aquí de que exista un profesional más influyente o capacitado que otro , sino más bien que cada uno conozca y asuma su rol teniendo claro lo que presenta el paciente y cuál es el objetivo a lograr con él.
5. Las barreras de tiempo y recursos, vale decir , que los profesionales de la salud a menudo tienen horarios de trabajo pesados, limitaciones de recursos, exigencias de rapidez y tiempos de atención o realizan su labor dentro de instituciones rígidas y resistentes al cambio , todo lo cual puede dificultar la coordinación efectiva del equipo.

6. El egocentrismo intelectual y el hermetismo del pensamiento que se protege para evitar ser cuestionado o enriquecido desde otra perspectiva (Rodríguez, 1997). Esta forma de individualismo resulta en una traba a la apertura, diálogo y reconocimiento de los límites. Se requiere voluntad de aprender de otros , cooperación y respeto mutuo para entender las complementariedades y lo que cada uno puede aportar a un proceso interdisciplinario que busca un mismo propósito: el cuidado y la curación de un paciente.

Tanto los estudios que plantean los beneficios como aquellos que presentan las dificultades para implementar un trabajo en equipo de carácter interdisciplinario en profesiones de la salud, deben ponderarse y asumir el desafío de encontrar aquél equilibrio que propenda al bien mayor para el paciente . No se puede desconocer que la salud y la enfermedad existen en el contexto de la cotidianeidad de la vida en sociedad y ésta nunca es aislada de los demás ni carente de dificultades, por consiguiente, no es posible asumir posiciones lineales y exclusivas sino más bien, abrir los ámbitos de acción interdisciplinarios con espíritu responsable, mirada colectiva, diálogo, debate y capacidad de escuchar con apertura y pensamiento crítico.

Se necesita de habilidades adaptativas, emocionales, interpersonales y de carácter relacional como eje central del ejercicio de la profesión y éstas se despliegan no sólo con el paciente sino también con otros profesionales que se deben a esta misma persona que requiere de miradas diversas que complementan su totalidad humana.

¿Podría entenderse que en el caso de un adulto mayor, con fractura de cadera, fuese solamente un traumatólogo quien le asistiera? El problema de ese paciente particular ¿sería sólo su cadera? O, más bien, se incluirían aspectos relativos a su movilidad reducida, al temor, la impotencia, el sentirse una carga, la dificultad para dar pasos firmes y confiados, el rol de sus hijos para apoyar a ese padre o madre, entre muchos otros “dolores” que dada su historia de vida puedan surgir. Aparecen en este simple ejemplo distintas disciplinas involucradas y diferentes profesionales que, teniendo un mismo foco, aquel paciente adulto mayor que se quebró su cadera pero que simultáneamente está triste, asustado y requiere que se le cure y se le cuide con conocimientos y tratamientos adecuados y , que al mismo tiempo, se le apoye, entienda y se le de soporte emocional para interpretar su situación ,

tomar decisiones autónomas y obtener seguridad. Es así como en este caso particular deberíamos observar a disciplinas tales como traumatología, geriatría, kinesiología, psicología, nutrición, psiquiatría, enfermería entre otras, trabajando conjuntamente en un equipo de tratamiento y cuidado. Ellos deberían conversar, debatir y llegar conjuntamente a aquellas decisiones y acciones que promuevan el más alto bienestar de ese adulto mayor.

En este cotidiano ejemplo se hace tangible el concepto de trabajar en equipo, es decir, de colaborar organizadamente para obtener un objetivo común. Ello supone entender las interdependencias que se dan entre los miembros de un equipo y sacar el máximo provecho de ellas con miras a la consecución de una misión compartida. Cada miembro de este equipo tiene habilidades, conocimientos y experiencias específicas que aportar, las que se diferencian de las del resto de sus miembros. Todos han de manifestarse, entrar en juego y relacionarse entre sí coordinadamente. Un equipo es, por lo tanto, una construcción multidimensional donde los individuos son interdependientes y comparten la responsabilidad por los resultados. Sin duda, estos resultados son más que la suma de sus partes.

Mantener las barreras disciplinares se convierte en un agente de atomización del conocimiento. La finalidad de la medicina - curar y cuidar - demanda no sólo de la racionalidad del interés técnico sino también de la integración del conocimiento a los mundos subjetivo e interpersonal pertenecientes al mundo de la vida y al sistema social, en otras palabras, existe una intersubjetividad a partir de la cual se teje una red de percepciones respecto a la realidad, las cuales pueden ser descifradas y compartidas a través de la comunicación y el dialogo de múltiples actores (Henaó, V. 2017).

4. El paciente como parte de un equipo

Hemos hablado de la relevancia de que los profesionales de la salud constituyan un equipo formado por diversas disciplinas que den cuenta de la totalidad humana de un paciente. Sin embargo, tan esencial como aquello, es considerar al paciente como parte de ese equipo.

En la atención de salud, un equipo no se circunscribe a ningún conocimiento disciplinar específico y menos puede dejar fuera a aquél que, sin duda alguna, es quien más sabe de sí mismo, de su historia, de su biografía y del relato que ha construido para sí. Sin esta información y colaboración cualquier intento de ayuda integral queda truncada y distanciada por barreras probablemente infranqueables.

Para esta tesis, se incluirá al paciente dentro del concepto de trabajo en equipo, pues hacerlo permite llevar a la práctica principios axiológicos, deontológicos, teleológicos y ontológicos que aparecen como fundamentales en el vínculo profesional y la relación clínica.

Varios artículos respaldan la importancia del papel del paciente planteando que su participación activa ayuda a tomar decisiones informadas y tiene implicaciones para la salud, para la práctica clínica y para el paciente y su familia. (Mayer, 2021); (Wiecha, 2004). Los profesionales de la salud aportan conocimientos, evidencias clínicas, resultados probables, riesgos, beneficios y cuidados; los pacientes, por su parte, aportan la experiencia sobre su enfermedad, sus circunstancias sociales, su actitud ante el riesgo, sus metas, valores y preferencias y, también, sus miedos, incertidumbres, dolores personales y familiares, en otras palabras, su ser vulnerable.

Trato humano, información, oportunidad, compromiso y responsabilidad aparecen como muy relevantes para los pacientes y son requisitos básicos para el desarrollo de cualquier equipo de trabajo que interdisciplinariamente busque configurarse como efectivo, eficiente y humano. Las personas enfermas buscan beneficios racionales y también emocionales en lo que respecta a trato digno hacia su estado de salud (Pérez, V.2013). Tienen derecho a ser

informados y participar activamente en todas las decisiones relacionadas con su tratamiento, por lo tanto, el equipo de salud debe proporcionarles la información necesaria para que puedan decidir de manera autónoma. Adicionalmente, los pacientes pueden proporcionar al equipo información valiosa sobre su historia clínica, síntomas y efectos secundarios de los tratamientos cuyo conocimiento es vital para el equipo de salud a la hora de tomar decisiones, identificar problemas y encontrar soluciones.

Cambiar el paradigma implica la construcción y mantención de relaciones interpersonales sólidas entre los miembros del equipo, con otros profesionales sanitarios, con el personal y con el ser humano (paciente) al que se debe cuidar y procurar satisfacer sus necesidades de salud. “De ahí que el ethos, entendido como el “carácter”, “modo de ser” y “forma de vida” que cada miembro del equipo y que el paciente porta en sí, o tiene en sí mismo (su morada interior) y la disposición que asume ante sí, y ante los demás, cobra especial relevancia” (Rapimán, M, 2020).

En la medida que aceptamos que no es sólo el conocimiento técnico el que permite abordar de manera integral y holística a un paciente y que la relación clínica va más allá de un saber disciplinar, nos acercamos a habilidades tales como la comunicación, colaboración, el apoyo mutuo, resolución de conflictos, empatía y también hacia valores como son el respeto, la humildad, la tolerancia, el compromiso y la confianza entre muchos otros.

“La medicina es un arte cuya magia y habilidad creativa han sido reconocidas durante mucho tiempo como residentes en los aspectos interpersonales de la relación médico-paciente” (Hall,1981). Acoger las emociones de otro genera una actitud de escucha que incrementa la comunicación, la disponibilidad y la comprensión, lo que es relevante entre profesionales y entre ellos y el paciente .

5. Visión bioética y trabajo de equipo interdisciplinario

Todas las profesiones y disciplinas de la salud están ligadas a la bioética.

Ella, con su carácter integral e interdisciplinar aparece como resultado de un diálogo que debe convocar a toda la sociedad y a todos los involucrados que ostentan la expertice y el conocimiento para curar y cuidar a otros.

La vida humana es más que la vida corporal o biológica, es, ante todo, una experiencia de la persona que en su integralidad tiene historia, sueños y expectativas. Lo que los diferentes especialistas deben resguardar es que esa persona en su totalidad sea fortalecida, cuidada y salvaguardada en todas las dimensiones de su ser.

La deliberación y el pensamiento crítico requerido para buscar el bien del paciente y preservar los principios bioéticos se ve engrandecido a través de la interdisciplinariedad. Promover esa conducta buscando un lenguaje común a diferentes saberes es también crear conciencia bioética y favorecer instancias en las que las personas a través de espacios intersubjetivos, desarrollen su modo de ser ético y construyan su experiencia moral. “En la medida en que cada miembro desarrolle y ejercite una permanente interpretación de sí mismo y de su accionar, conducente a la estima de sí y a su autovaloración, podrá contribuir a establecer mejores espacios de convivencia y de trabajo con otros” (Rapiman, M, 2020).

“La interdisciplinariedad es un laboratorio de aprendizaje de vida”(Carrizo,2004),incrementa la capacidad de cooperación con los demás, la tolerancia frente a las otras opiniones, la aceptación de propuestas que serán estímulos para otras creaciones, para nuevas posibilidades de acción y de decisión, y todo aquello refuerza uno de los principios bioéticos fundamentales: la beneficencia, la búsqueda del mayor bien para un paciente particular.

En este sentido, un trabajo en equipo interdisciplinario permite el mayor uso de las potencialidades de cada ciencia, la comprensión de sus límites y la aceptación de la multidimensionalidad del ser humano, de la integralidad del proceso salud/enfermedad y de la vulnerabilidad y fragilidad de cada persona.

Aristóteles (Benítez, 2001), concluía que en la medicina “la salud no se confunde con el tratamiento y medicación que la procuran. El acto de la virtud es lo mejor que hay para el alma y ella constituye la esencia del ser humano” .

E. Pellegrino, (en Miziara, 2018), planteaba que “la medicina, exige actuar siempre colocando al paciente como fin y jamás como medio. Esto implica practicar la medicina procurando solo el beneficio de aquel que sufre” y es en la dimensión racional y emocional donde se experimenta aquella incuestionable relación con otros, donde estos ponen de manifiesto sus necesidades, exigen sus derechos y asumen sus deberes (Cortina , 2005).

En este contexto, el trabajo en equipo interdisciplinario en carreras de la salud presenta importantes contribuciones bioéticas:

1. Contribuye a la reflexión: Mediante el diálogo profesional y la colaboración se pueden identificar oportunidades para mejorar tanto la atención , la relación clínica, las investigaciones y las decisiones con una perspectiva ética y prudente.
2. Fomenta la participación y la toma de decisiones compartida: En un equipo se acepta la apertura y el debate poniendo el saber particular sobre un lugar en el que puede ser analizado, reflexionado, distribuido y llevado a la práctica más equitativamente y por más profesionales.
3. Respeta la Autonomía: La capacidad de las personas para tomar decisiones de manera autónoma es un principio básico para la bioética. Ella se fomenta y promueve a través de la participación, compromiso activo y la libertad de elegir del paciente junto al equipo que lo trata.
4. Busca la beneficencia: Vela por el mejor interés de los pacientes , teniendo la premisa de que son seres humanos multidimensionales , con una esfera valórica , biográfica y espiritual y no sólo biológica.
5. Cooperación con la búsqueda de justicia: Proporcionar atención médica de manera equitativa y justa a todas las personas, sin importar su condición social, económica o cultural es un principio que debe ser valorado. En el contexto del trabajo interdisciplinario, la justicia se promueve a través de la consideración de las necesidades y perspectivas de

todos los miembros del equipo interdisciplinario y de los pacientes, y la toma de decisiones compartida para abordar cuestiones de equidad en la atención médica.

6. Promueve la no maleficencia: En el contexto del trabajo interdisciplinario, el principio de no causar daño se aplica al considerar los riesgos y beneficios de los tratamientos y tomar medidas para minimizar unos y maximizar otros con miras al paciente.

6. Aprendizaje del trabajo en equipo interdisciplinario en el ámbito universitario.

“La formación de los profesionales de la salud debe proporcionar saberes, experiencias, valores, procedimientos, comportamientos, habilidades, destrezas, actitudes claras, prácticas conectadas a la realidad. De igual modo debe permitir el desarrollo de potencialidades para abordar la complejidad del proceso salud- enfermedad- atención desde múltiples visiones, es decir, desde la interdisciplinariedad” (Franco, 2021).

La educación le permite al ser humano salir de sí mismo para mirar a los demás haciéndolo consciente de la existencia propia y de otros. “La educación como construcción y formación de seres humanos, de sujetos y no objetos, tiene el propósito de completar la condición humana del hombre, de universalizar y a la vez de individualizar” (León, 2007).

Cada estudiante de la carrera de medicina es un ser en constante formación y desarrollo. El período universitario le entrega conocimientos que sustentan su futuro ejercicio profesional y, al mismo tiempo, expande su don de amar, de empatizar, de dar y entregarse a otros. Le da un horizonte de pertenencia y a la vez de aceptación de las diferencias.

“La invitación a la apertura frente a las otras disciplinas, en las que cada uno no es experto, no siempre es bien acogida en el ámbito educativo”(Mazzanti,2006).

La interdisciplinariedad demanda dejar de lado prácticas y estilos que han sido parte de la enseñanza lineal y con alto sentido jerárquico, repensar sistemas académicos rígidos que no

se adaptan al cambio que caracteriza a la globalidad actual , cuestionar las asimetrías entre disciplinas donde algunas son consideradas más importantes y regentes que otras, darle dinamismo a los largos procesos de adecuación de mallas curriculares, propiciar el respeto a los métodos y técnicas propios de cada saber, valorándolos como engranajes del cuidado y curación integral de un paciente.

Todo esto no aparece como un objetivo fácil de alcanzar si se observa bajo un prisma únicamente disciplinar que trabaja desde el lenguaje particular y desde los conocimientos de cada ciencia. Sin duda la apertura , colaboración y compromiso que implica, requiere un entendimiento y coordinación que no es inmediato.

“Las experiencias interdisciplinarias requieren ser socializadas y su comunicación puede ser inicialmente compleja” (Franco 2001). Es necesario que todos estén dispuestos a aprender los códigos de las otras disciplinas para poder trabajar en un mismo propósito. La creación conjunta es, por lo tanto , un desafío en el que los diferentes campos del saber “respetan su especificidad de conceptos, métodos y lógicas, y que adicionalmente trabajan para que de todo ello no resulte una fractura de la comunicación” (Agazzi, 2002) sino que, por el contrario, sea un aporte y un logro de muchos que ponen la mirada en un objetivo mayor a sí mismos. En otras palabras, “los profesionales de la salud y los estudiantes aprendan con, de y sobre los demás para mejorar la colaboración y la calidad de la atención al paciente” (Thislethwaite, 2018).

Desde esta perspectiva, educar se transforma en un proyecto que debe estar anclado y enraizado en el sistema social, creando una identidad y un sentido al desarrollo, profundización de ideas, fundamentación de pensamientos, discernimiento y juicio, prudencia a la acción, dinamismo a las creaciones y fomento de vínculos de confianza.

Cuando los estudiantes se insertan en esta lógica de colaboración, coherencia y comunicación con miras al bien de un paciente pueden realizar un trabajo conjunto que facilite la adaptación a un medio cuya constante es el cambio, el pluralismo y la diversidad. Pueden, al decir de A. Cortina (2005), “transitar desde una ciudadanía pasiva a una ciudadanía activa” que demuestre compromiso y responsabilidad por otros.

Rol de los docentes:

No ostentar de la pericia individual requiere de valores, hábitos y ejemplo. El rol que cumplen los docentes en esta concepción sistémica del conocimiento es fundamental. Son ellos quienes a través de su propio ejercicio profesional pueden transmitir de manera experiencial y práctica este estilo de trabajo y transformarlo en necesario para una relación clínica cuyo fin último es el bien del paciente.

Por otra parte, aquel docente perdurará en los estudiantes como un un facilitador que domina su disciplina y que, al mismo tiempo, se involucra afectivamente con ellos, ofreciéndoles las herramientas necesarias para comprender y atender a un paciente desde diversas miradas y lenguajes. Las actitudes, cualidades humanas y valores de el buen docente destacan en sus alumnos y les permiten tanto a ellos como a sí mismo crecer mediante la interacción, la convivencia, la realidad y su propia conciencia.

“Cuando el médico asume el rol docente adquiere más conciencia de lo que este significa y configura progresivamente su identidad pedagógica, lo que le permite asumir una función más consciente del acto educativo, con el fin de apoyar la formación de los otros” (Salazar, 2013).

Para los estudiantes el docente cumple roles tanto como persona, como profesor y como médico y, por ende, es un formador que debe propiciar el respeto por la individualidad, el interés en el desarrollo de las potencialidades, el refuerzo positivo, la empatía, la responsabilidad y la coherencia entre lo que se piensa y lo que se hace. Debe ser un innovador permanente, una fuente de entusiasmo que motive la participación en proyectos de investigación y en equipos interdisciplinarios (salazar, 2013).

La decisión de cada docente de generar interacciones directas con profesionales de otras disciplinas, las iniciativas planificadas de integración de saberes, la verbalización de casos reales, entre muchas otras formas, entrenan en la interdisciplinariedad. Muestran a profesores familiarizados con el cambio paradigmático que va desde una visión lineal a una sistémica y que comprenden la relevancia de ser agentes de modelaje práctico para sus alumnos. En otras palabras, el rol de docente conlleva una responsabilidad y voluntad de llevar el pensamiento más allá de los propios límites de su campo de estudios y de generar experiencias de diálogo y de encuentro.

La reflexión-acción-reflexión, da lugar a conocimientos colectivos (Cárdenas, 2001) y desarrolla “autonomía intelectual y responsabilidad individual y colectiva; otorga mejores niveles de autoestima para la libre discusión, la argumentación racional y las competencias comunicativas, socio-afectivas y profesionales, entre otras” (Posada , 2004).

Aún cuando el desafío de la interdisciplinariedad puede presentar dificultades como las mencionadas previamente en este estudio , la responsabilidad de sobreponerse a ellas recae tanto en docentes, centros universitarios como también en los propios estudiantes, quienes deben manifestar un juicio crítico y participativo en su propio desarrollo, por cuanto, una formación “con carácter globalizante e integrador de diversos campos del ser, el saber, el hacer y el convivir, es un propósito que merece evaluación, aplicación” (Molina,2015) y compromiso de todos los involucrados.

Capítulo 3

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

1. Pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de los alumnos de 6º y 7º año de medicina respecto a la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario y cómo visualizan su aplicación en el ejercicio profesional?

2. Objetivo General:

Identificar cómo perciben y que importancia le asignan los estudiantes de 6º y 7º año de medicina de la UDD al trabajo en equipo interdisciplinario y su aplicabilidad en el ejercicio profesional .

3. Objetivos específicos

- a. Determinar que entienden por trabajo en equipo interdisciplinario.
- b. Conocer la valoración que le otorgan a éste.
- c. Identificar su percepción respecto a la formación curricular
- d. Identificar cómo lo aplican y llevan a la práctica
- e. Determinar la percepción de las habilidades requeridas
- f. Identificar la percepción de ventajas y desventajas, beneficios y riesgos de esta modalidad de trabajo.

4. Dimensiones a evaluar:

- a. Comprensión y entendimiento del concepto
- b. Valoración
- c. Formación y apoyo docente
- d. Aplicabilidad práctica
- e. Competencias requeridas
- f. Análisis riesgo/ beneficio/ ventajas/desventajas

Capítulo 4

DISEÑO METODOLÓGICO:

El estudio aquí presentado se ha focalizado en los alumnos de 6º y 7º año de medicina, los cuales se corresponden con el “internado”. Este período constituye un momento de práctica profesional supervisada en la que los alumnos deben demostrar, tanto un nivel de competencia y disciplina técnica profesional, así como un nivel de habilidades relacionales y personales que insten y posibiliten establecer vínculos responsables y de cuidado con los pacientes y conformar equipos de trabajo de colaboración con otros. En esta etapa abandonan su pupitre teórico poniendo en práctica sus conocimientos, destrezas técnicas y competencias interpersonales y emocionales para trabajar con otros en un contexto en el que conviven diferentes profesiones de la salud.

El cómo perciben este trabajo interdisciplinario es precisamente lo que este estudio intenta explorar .

1. Tipo de estudio:

Estudio de carácter cualitativo correspondiente a un estudio de caso. Este diseño se considera adecuado para indagar las características, significados e implicaciones claves de la percepción de los estudiantes y de sus diferentes posiciones y perspectivas.

2. Muestra:

- Estudiantes de 6º y 7º año de la carrera de medicina de la UDD.
- Se consideró un arranque muestral de 16 participantes; las entrevistas se realizaron hasta saturar información, criterio que en el ámbito de la investigación cualitativa se entiende como el punto en el cual se ha escuchado ya una diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen otros elementos que aporten nueva información sobre el fenómeno de estudio (Mason M, 2010).

- La composición de la muestra fue de 8 alumnos de 6º año y 8 alumnos de 7º año de la carrera de medicina, de los cuales 4 correspondieron a sexo femenino y 4 a sexo masculino, en cada grupo. Esta composición se justificó, pues se buscaba tener la mayor amplitud de perspectiva conociendo las percepciones de aquellos que comienzan a realizar su primer internado en 6ª año y aquellos que ya están inmersos por segundo año en éste, los de 7º año. La variable sexo se introdujo analizando la posibilidad de que pudieran existir diferentes percepciones respecto al trabajo en equipo y colaboración interdisciplinaria entre estos dos géneros y de ser así podría dejarse planteada. Esta selección puede considerarse un tipo de muestreo opinático que se rige por el criterio del investigador .

Composición muestral	6º año	7º año
Sexo femenino	4	4
Sexo masculino	4	4
Total 16		

3. Instrumento de recopilación de datos (anexos 2,3,4).

- Se trabajó con entrevistas Semiestructuradas, es decir, con preguntas abiertas que siguen una pauta preestablecida e igual para todos los participantes. Se buscó abarcar con profundidad el tema en estudio y darle el mayor alcance a los objetivos propuestos, así como que cada uno de los entrevistados pudiera expresarse en su visión personal al responder y que se introdujeran preguntas cuando fuese necesario aclarar o profundizar ciertos temas. Se trató, por consiguiente, de un medio flexible y dinámico.
- El diseño de la pauta de entrevista fue diseñada por la investigadora en base a sus conocimientos previos (adquiridos a través de su experiencia laboral y formación universitaria).
- La pauta contempló áreas temáticas de acuerdo a los objetivos específicos y a las dimensiones de estudio.

- Las entrevistas fueron grabadas para disponer de un registro lo más exhaustivo posible del diálogo. Posteriormente fueron transcritas textualmente, (palabra por palabra) por la investigadora.
- El análisis se hizo computacionalmente a través del software Atlas Ti, herramienta de análisis cualitativo de datos textuales que permite organizar y analizar el material de manera sistemática. Adicionalmente, con la finalidad de profundizar este análisis, la investigadora realizó, un barrido y confirmación manual de respuestas.

4. Reclutamiento y realización de entrevistas

- El Reclutamiento de participantes fue realizado mediante una carta enviada por correo electrónico a todos los estudiantes de medicina de 6º y 7º año.
- Los correos electrónicos fueron facilitados por la asistencia académica del Centro de Bioética de la Facultad de Medicina UDD con autorización del Dr. Marcial Osorio.
- Los internos que participaron del estudio se escogieron (16 en total) en función del orden cronológico en que contestaron el mail y confirmaron su consentimiento informado (anexo 5,6).

5. Realización de entrevistas:

- El lugar de realización fue definido en conjunto con cada participante, pudiendo elegir entre modalidad presencial en Campus UDD o modalidad Online.
- Esta adaptación se estableció atendiendo a sus posibilidades reales de participar dadas las circunstancias de pandemia (Covid 19), plazos y disponibilidad de tiempo de los estudiantes.

Capítulo 5

CONSIDERACIONES ÉTICAS

1. Consideraciones éticas:

- El proyecto de investigación así como el documento de consentimiento informado se sometieron a revisión y aprobación del Comité Ético Clínico de la Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana, aprobación nº 2022-27 (anexo 7).
- La información recopilada en base a las entrevistas fue confidencial; el resguardo de ésta fue compromiso y responsabilidad de la investigadora.
- El estudio respetó la voluntad de participación y el anonimato de los participantes.
- No existía conflicto de interés entre la investigadora y la realización del estudio.

2. Valor social

El estudio propuesto representa importancia social y académica:

- a. Apunta a identificar las percepciones de los actuales internos de medicina respecto del trabajo en equipo interdisciplinario, lo que se estima tendrá impacto cuando realicen atención clínica y establezcan relaciones de curación-cuidado hacia los pacientes.
- b. Aborda el tema señalado y lo pone en evidencia como un potencial requerimiento de la formación universitaria.
- c. Incentiva a que se realicen otros estudios al respecto y que en función de sus resultados se diseñen estrategias metodológicas para reforzarlo.
- d. Representa un aliciente para promover la reflexión y la deliberación como práctica bioética dentro de las escuelas que imparten carreras relativas a la salud. Éstas sin duda, presentan innovación en técnicas, actualización de conocimientos y exigencias crecientes de habilidades, sin embargo, se visualiza como relevante

examinar si han abordado el trabajo en equipo interdisciplinario como una práctica necesaria y con valor, tanto para los futuros profesionales como para los pacientes.

- e. Al aspirar a una apertura de mirada podría situar sobre el tapete de manera más sistemática este tema y propiciar una red de discusiones al respecto en variadas esferas profesionales relativas a la salud.

3. Rigurosidad Científica:

- a. En el diseño del estudio, en su realización y en el análisis de datos se respetó la rigurosidad de éste basándose en criterios que se incorporan a lo largo del proceso de investigación, para garantizar la calidad y confianza del estudio.
- b. Se mantuvo la requerida reflexividad, en cuanto, la investigadora hizo el permanente ejercicio de reconocer su opinión y juicios respecto al problema de estudio; en caso de ser necesario serían registrados y mantenidos al margen para no influir en la investigación.
- c. Se mantuvo un cuaderno de campo donde se podían registrar los cambios en el proceso del proyecto de investigación, su justificación o cualquier evento que debiese considerarse. No hubo cambios, ni necesidad de anotaciones particulares.
- d. Se consideró la posibilidad de solicitar ayuda o revisión de expertos metodológicos a lo largo del trabajo de investigación para asegurar el desarrollo óptimo de éste.
- e. Se justificó la representatividad de la muestra en cuanto presupone que los participantes experimentan en su quehacer diario el fenómeno a estudiar.
- f. La metodología que se aplicó parte de una interrogante clara y definida, presenta una justificación acorde a su envergadura y posibles resultados, presenta objetivos generales y específicos definidos y acotados y es realizable en cuanto no se excede en ningún caso en recursos, no conlleva explotación de ningún tipo pues la participación fue voluntaria y siempre sujeta a todos los requerimientos y normas que resguardan la privacidad y confidencialidad de quienes participan.

4. Selección equitativa de sujetos

Se dio cumplimiento a la necesaria equidad, en cuanto el reclutamiento utilizó una invitación general e igual para todos los estudiantes de 6º y 7º año de la carrera de medicina. En este sentido, no se excluyó a nadie ni se privilegió a nadie. A todos se les ofreció la oportunidad de participar en el estudio.

5. Proporción favorable de riesgo beneficio

- a. No existieron factores de riesgo asociados para los participantes
- b. Si bien no se anticipan beneficios directos para los estudiantes, el estudio aporta a la identificación de potenciales mejoras en su propia educación y trabajo en el internado. Por otra parte, es posible que al conocer los resultados, los participantes experimenten que la colaboración, participación y apoyo interdisciplinario (investigadora es psicóloga) genera opciones de mejoramiento y apertura.

6. Evaluación independiente

Se envió la presentación de este estudio a revisión y evaluación del CEC de la Facultad de medicina de la Universidad UDD, quienes validaron su pertinencia y cumplimiento de lo aquí expuesto (nº2022-27).

7. Consentimiento informado

- a. Se estableció un documento de CI en el que se explicitó de manera clara todos los aspectos que requería saber y aceptar cada participante, ejerciendo su libertad de ser parte del estudio (anexo 6).
- b. Se informaron las acciones a seguir, el tipo de entrevistas a realizar, la confidencialidad que existiría, el lugar donde se realizarían las entrevistas y la

responsabilidad de la investigadora de dar retroalimentación respecto a los resultados/conclusiones alcanzadas una vez finalizado el proceso y posterior a la recepción de calificación de la tesis.

8. Respeto a los sujetos inscritos

- a. Se establece un adecuado proceso de consentimiento informado (CI) (anexo 6).
- b. Los estudiantes inscritos podían cambiar de opinión y decidir no ser parte del estudio sin ninguna consecuencia para ellos.
- c. Su privacidad fue respetada garantizando la confidencialidad de la información obtenida.
- d. Se les comunicó que serían informados de los resultados y de las conclusiones del estudio.
- e. La retroalimentación será realizada mediante un mail a cada participante, posterior a la revisión de esta tesis.

Capítulo 6

RESULTADOS

Los resultados se presentarán de acuerdo a las dimensiones establecidas en este estudio.

Cada entrevista fue analizada de acuerdo a las dimensiones establecidas lo que permitió hacer una unidad temática con las percepciones que eran constantes y que generalizadamente eran mencionadas por los participantes. Se acompañan algunas citas textuales que clarifican y apoyan el análisis realizado. En ellas se han usado las siguientes abreviaturas:

Ss M: Sujeto masculino;

Ss F: Sujeto femenino;

6°: Sexto año de internado

7°: Séptimo año de internado

I. Análisis por dimensión

1. Comprensión y entendimiento del concepto de trabajo en equipo interdisciplinario

Percepción estudiantes	Citas textuales
Es la labor conjunta de diferentes profesiones y roles que complementados pueden atender mejor las necesidades y enfermedades del paciente.	<p><i>“Interdisciplinariedad significa que no solo una cabeza puede ayudar a un paciente, sino que diferentes conocimientos pueden aportar para tratarlo y apoyarlo”. (Ss F, 6°)</i></p> <p><i>“Creo que lo interdisciplinario es un trabajo en equipo donde todos reman para el mismo lado pero cada uno con su propio remo. Todos se ayudan y buscan que al otro también le vaya bien” (Ss M, 7°)</i></p>
Es la sumatoria de opiniones que amplían la posibilidad de atender mejor a un paciente y que abren la mirada de cada profesional hacia un esfera que no maneja dentro de las áreas de la salud.	<p><i>“El paciente necesita que lo vean y escuchen diferentes profesionales; cada uno sabe algo de lo que es necesario y todos juntos saben más como tomar decisiones y rescatar las opiniones que le den beneficios al paciente” (Ss M, 7°)</i></p>
Es una forma de dar seguridad a los profesionales que atienden a un paciente. Al encontrar apoyos y haber tratado el tema con otros desde miradas diferentes, se logran mayores certezas y disminuye la carga de tener que tomar decisiones basadas en una sola perspectiva, la cual, podría estar sesgada por tener que ejecutarse bajo excesiva presión, en	<p><i>“Yo me sentiría mucho más confiada y segura al haber compartido lo que creo con otros que también han visto a ese paciente. Ósea uno puede ver una parte y otro ha visto la otra realidad del paciente. Las enfermeras por ejemplo o el kinesiólogo” (Ss F, 6°)</i></p> <p><i>“No sé si será por inexperiencia pero encuentro “heavy” no conversar con otros lo que le está</i></p>

<p>tiempos limitados y con escasos recursos.</p>	<p><i>pasando al paciente , sobretodo cuando son casos dificiles. Leer solamente una ficha es nada que ver” (Ss M, 6°)</i></p>
<p>Trabajar en equipo requiere ser aprendido. Conceptos tales como colaboración, objetivos comunes y ayudas mutuas dentro de un grupo que ha ido desarrollando una labor conjunta y han desarrollado lazos de confianza implica un proceso de desarrollo, de aprendizaje y de entrenamiento.</p>	<p><i>“Hay que aprender a trabajar en equipo para asumir que otro sabe lo que hace y lo hace bien” (Ss F,7°).</i></p> <p><i>“Aprender a colaborar es necesario y aunque parezca obvio uno no sabe cómo se hace. Tampoco se atreve a hacerlo en el internado porque a uno no lo consideran mucho”. (Ss F, 6°).</i></p> <p><i>“Creo que cuando uno aprende a que el paciente es mucho más que un cuerpo enfermo comienza a necesitar trabajar con otros” (Ss F, 7°)</i></p> <p><i>“lo que si debe ser dificil es tener harta confianza con otros de otras profesiones porque uno no cacha mucho lo que hacen y tampoco hay mucho tiempo para conocerlos más y tener confianza” (Ss M, 6°)</i></p>

2. Valoración del concepto de trabajo en equipo interdisciplinario

Percepción estudiantes	Citas textuales
<p>El trabajo interdisciplinario en un equipo es considerado como relevante dentro de las profesiones de la salud, obteniendo una valoración positiva.</p> <p>Aparece ligado a conceptos tales como la colaboración, la responsabilidad, el diálogo, el respeto y la tolerancia. Se precisa que las destrezas emocionales y sociales que se fomentan a través de él son indispensables en su profesión.</p>	<p><i>“La dinámica de relacionarse con otros crea competencias nuevas que uno ni siquiera sabe que podía tener” (Ss F, 7°).</i></p> <p><i>“Uno se hace responsable del paciente y de lo que decida el equipo” (Ss F,6°).</i></p> <p><i>“Permite darse cuenta que no se trata sólo de conocimientos sino de cómo otros tratan a los pacientes” (Ss F,7°).</i></p> <p><i>“Creo que desarrolla harta tolerancia y respeto hacia profesiones que uno pocas veces considera” (Ss M, 7°)</i></p>
<p>Permite la interacción cara a cara y promueve vínculos interpersonales que de otro modo no se darían. Implica un intercambio de opiniones y mayor seguridad al conversar de manera directa con otros miembros del equipo que ven al mismo paciente.</p>	<p><i>“Creo que es realmente positivo. Mirarse las caras y poder opinar sobre la realidad de un paciente es muy importante. Permite agilizar decisiones y tomarlas con algo más de certeza, aunque eso nunca es total” (Ss M, 7°)</i></p>
<p>El trabajo conjunto tiene la fuerza de ampliar conocimientos que van tanto en beneficio del paciente, como también sobre su propio aprendizaje, experiencia y seguridad.</p>	<p><i>“Con esta forma de trabajar uno se siente más segura de lo que está haciendo , es decir, siente que están todas las posibilidades de atención más cubiertas. Uno se siente menos sola en las decisiones”. (Ss F, 6°)</i></p>
<p>Trabajar de este modo debe convertirse en un hábito. El entrenamiento constante permitiría cambiar la forma de pensar, la confianza en sí mismos y el respeto hacia otros.</p>	<p><i>“ Lo que sí creo, es que este trabajo con otros, ósea como equipo de varias profesiones, se tiene que enseñar mucho y repetir en la práctica siempre, lo que no es tan común” (Ss F, 6°)</i></p>

<p>Genera vínculos emocionales hacia el paciente como entre profesionales.</p> <p>La relación clínica se amplía a una esfera más allá de la mera enfermedad. Profesional y paciente dejan de ser un “NN” y comienzan a aparecer como personas que muestran quiénes son.</p>	<p><i>“ El bienestar no sólo radica en la biología o en la enfermedad, también está en lo social, en lo personal. Aceptar eso para nosotros que estudiamos esta carrera es una tremenda responsabilidad. Yo valoro mucho esta forma de trabajar” (Ss M, 7°).</i></p> <p><i>“Yo sé que es imposible estar cerca de todos los pacientes pero en equipo alguien va a poder tener una relación más cercana y emocional y eso le va a ayudar mucho” (Ss F, 6°)</i></p>
<p>Amplía la perspectiva hacia la diversidad y aceptación de posturas y miradas diferentes que hoy caracterizan al mundo. En la actualidad la adaptación y comprensión del mundo requiere dejar sesgos y fragmentaciones.</p>	<p><i>“No entiendo cómo hoy se podría atender pacientes de otra forma si la inclusión de todos aunque sean diferentes ayuda a la misma persona.” (Ss F, 6°)</i></p>
<p>Facilita dejar de lado una mirada paternalista. Permite eliminar la idea de que la profesión, la edad o el sexo determinan quien está más capacitado. El trabajo interdisciplinario es visualizado más simétrico, en tanto, todos colaboran con sus competencias personales y conocimientos.</p>	<p><i>“No solamente el que tiene más años o el que ha leído más libros es el que puede opinar, sino que ahora nos basamos en la evidencia y si alguien tiene algo que aportar y puede demostrarlo, bienvenido sea”. (ss F, 7°)</i></p> <p><i>“Ya nosotros (los médicos) no somos los únicos importantes sino que todos los que están atendiendo a una persona” (Ss F, 7°)</i></p>

3. Formación y apoyo docente para el trabajo en equipo interdisciplinario

Percepción estudiantes	Citas textuales
<p>Durante la formación académica en la carrera de medicina, de manera continua se menciona que el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad es relevante, sin embargo, los alumnos plantean que esto queda en un saber teórico y que no se ha traduce ni integra a la práctica cotidiana. No perciben que este estilo de trabajo sea una herramienta que surja permanentemente y de manera espontánea al abordar la relación clínica y la atención de los pacientes.</p>	<p><i>“ Para mí la UDD es súper buena , pero muchos profes son buenos hablando desde lo teórico y no desde lo que realmente pasa en un hospital o clínica o incluso con el paciente y otros profesionales del mismo centro” (Ss F, 6°)</i></p> <p><i>“Obvio que siempre se menciona en clases que la interdisciplinariedad es necesaria y que el tema del respeto a las otras profesiones etc... pero de ahí a que uno trabaje de ese modo y practique cómo se hace, yo siento que nada. (Ss M, 6°)</i></p> <p><i>“Si no atinan a que esto hay que crearlo y enseñarlo y que la malla debe cambiar en algo, vamos a quedarnos abajo del carro. Ósea se requiere cambiar en algo y sobretodo en que cada profesor lo vaya mostrando con su ejemplo” (Ss M, 7°)</i></p> <p><i>“Todo esto no puede ser un pegue y junte materias o carreras, tiene que ser pensado con lógica, organizado y muy supervisado por profes que realmente lo practiquen” (Ss F, 7°)</i></p> <p><i>“Debería haber integración de más carreras de salud , ósea conexión y que un taller o incluso un trabajo complementara a otro y fuera evaluado tal como los demás estudios” (Ss F, 6°)</i></p>
<p>La ausencia de modelos y trabajo práctico representa una de las grandes dificultades para aprender y resolver dudas en este sentido.</p>	<p><i>“Es que muchas de las cosas que uno más aprende son porque las mira y no porque se las enseñan o repiten” (Ss F, 6°)</i></p>

<p>Persiste una postura de autoridad y superioridad de parte de los profesionales de la medicina respecto a otras profesiones de la salud.</p> <p>Si bien se menciona el concepto de interdisciplinariedad no se practica en las relaciones con kinesiólogos, enfermeras, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos etc..</p> <p>Es el médico quien establece los pasos a seguir y siempre tiene la última palabra a través de indicaciones sin mayor comunicación o sólo por medio de la ficha clínica.</p>	<p><i>“Muchos de los médicos con los que estamos no ejercen su rol de esta manera y se mantienen con la visión de “soy yo quien tiene a este paciente y yo decido” (Ss, M, 7°)</i></p> <p><i>“Puede haber un tema de egos, ósea creo que sobre todo en los médicos mayores existe esto del “diostor”. También se puede ver en algunas especialidades que tú observas que el doctor está 100% seguro y no pide más opiniones” (Ss M, 6°).</i></p>
<p>El sistema no está preparado para ejercer un trabajo más de equipo pues son pocos los recursos, el tiempo y el número de profesionales.</p>	<p><i>“Raras veces hay tiempo para que el medico tratante diga de manera directa y personal a otros lo que ve o quiere con ese paciente. Uno va asumiendo y aceptando eso y me imagino que después uno va a trabajar igual.. ojalá que no ¡! ” (Ss F 6°)</i></p> <p><i>“Es bien difícil pensar en que se pueda trabajar en equipo con distintos profesionales porque para dedicarse tanto a un solo paciente se necesitan muchos recursos y sobretodo tiempo” (Ss F 6°).</i></p> <p><i>“Hoy en día todo es tiempo, si incluso en algunas partes te dicen que puedes atender a cada paciente sólo 20 minutos y que debes haber visto en el día un numero x de personas” (Ss M, 7°)</i></p>
<p>Durante el pregrado, la interacción y trabajo conjunto con otros profesionales de la salud ha sido escaso, esporádico y remitido a ocasiones definidas, tales como cursos electivos o elecciones personales.</p>	<p><i>“No han existido clases comunes donde uno pueda oír lo que dicen otros alumnos de otras profesiones o lo que enseñan otros profesores de esas carreras y nunca hemos tenido tampoco trabajos en conjunto, entonces nunca hemos</i></p>

<p>En este sentido resulta relevante mencionar que los estudiantes no le asignan mayor importancia a las asignaturas electivas. Estas son consideradas en la medida que suman puntos o créditos y no como una real instancia de aprendizaje.</p>	<p><i>tenido una aproximación por esa parte” (Ss M 7°).</i></p> <p><i>”Creo que lo único que hemos tenido fue una vez en segundo año, un curso que se llamaba Cuidado del paciente, que ahí íbamos al hospital con el equipo de enfermería y realizábamos algunos procedimientos como curaciones, sacar sangre, pero no lo sentí como con el objetivo de darle importancia al trabajo interdisciplinario sino como para que hiciéramos la prueba de esas cosas” . (Ss F 6°).</i></p>
<p>El conocimiento de estudiantes y de internos de otras carreras es escaso y, en caso de existir, sólo es fruto de habilidades de comunicación y personalidades individuales que tienden a relacionarse más con otros y buscan el contacto.</p>	<p><i>“Siempre van a existir personas que por personalidad andan conociendo a gente de otras carreras, pero no todos somos así entonces tiene que ser algo más formal (Ss F,7°).</i></p> <p><i>“La verdad cada uno hace su pega con el tiempo y la iniciativa que tiene”. (Ss F,6°)</i></p>
<p>Muchos internos desconocen lo que hacen otras profesiones del ámbito de la salud, llegando incluso a no saber que existían y menos que trabajaban dentro de un recinto hospitalario.</p>	<p><i>" Cuando llegué al internado no sabía que hacia un asistente social ni un terapeuta ocupacional (Ss F 6°).</i></p>
<p>Perciben a la carrera de medicina como cerrada en sí misma y un tanto aislada de otras profesiones de la salud.</p>	<p><i>“Igual medicina es bien cerrada y hay una onda de superioridad” (Ss M, 6°)</i></p>

4. Aplicabilidad práctica del trabajo en equipo interdisciplinario

Percepción estudiantes	Citas textuales
<p>La aplicación práctica del trabajo en equipo interdisciplinario no aparece como una realidad diaria en la atención clínica y, más bien, observan una suerte de invisibilidad de la relevancia de otras profesiones.</p>	<p><i>“ Pienso que existe una falsa imagen o ilusión de armonía y unión entre, por ejemplo, enfermeras, kinesiólogos y médicos, cuando en realidad uno ve que cada uno hace su trabajo y que la comunicación es cuando más sólo información” (Ss M, 6°)</i></p>
<p>La interdisciplinariedad y el trabajo en equipo se observa básicamente en conversaciones informales, “de pasillo”, en las cuales, médicos de diferentes especialidades dan sus opiniones respecto a un paciente particular o bien en situaciones en las que al encontrarse de manera casual con un profesional de otra rama de la salud preguntan o comentan respecto a las instrucciones que se han dejado en la ficha. Los estudiantes refieren estas interacciones más como instancias de control de una disciplina hacia otra y no de trabajo conjunto.</p>	<p><i>“hay conversaciones de pasillo entre el doctor y otro para a hablar sobre un paciente pero nunca he visto que todos los que están haciendo algo por el paciente se junten, ósea enfermera doctor, kine, fono, no sé, asistente social.. todos los que podrían colaborar, nunca he visto”. (Ss F 7°).</i></p>
<p>Se observan escasas reuniones formales o instancias en las cuales de manera coordinada y planificada se comparta información o se definan objetivos a lograr respecto a un paciente particular. En caso de existir este tipo de reuniones los internos no son convocados. A este respecto perciben que al hacer el internado están en un rol bastante indefinido pues tienen conocimientos como para aportar, pero al no tener experiencia no son considerados y no se solicitan sus opiniones.</p>	<p><i>“Hay mucha conversación de pasillo, sí, y ahí la pega del interno es recoger todo y anotarlo y dejarlo por escrito. Entonces es responsabilidad del interno hacer de secretario y recopilar todo. También se hacen algunos grupos con actualizaciones por “Whats App”, pero generalmente son solamente los casos puntuales, como para decir "hubo una variación hoy con este paciente. Pero igual no se explica el por qué” (Ss M 6°)</i></p>

	<p><i>“Lo mismo también pasa con enfermería que a veces no saben muy bien que es lo que quiere hacer el equipo médico porque no nos entregan ni a nosotros esa información. Entonces no saben cuáles son los planes con el paciente. Sólo siguen instrucciones y por suerte que algunas se dan también el tiempo de encariñar algo a los pacientes” (Ss F, 7°)</i></p>
<p>Existen áreas clínicas en las que esta interdisciplinariedad y trabajo colaborativo de equipo se presenta de manera frecuente y casi espontánea (UCI, Urgencias).</p> <p>La razón que explicaría esto es que en estas áreas el propósito es conocido por todos, cada uno tiene su rol establecido y la seguridad viene desde el conocimiento de que sólo a través de la colaboración pueden salvar al paciente.</p> <p>Se perciben a sí mismos con poca injerencia o posibilidades de colaborar y desde su perspectiva esto limitaría estar al tanto de lo que profesionales más experimentados realizan.</p>	<p><i>“En urgencias si he visto que todos están juntos con un objetivo común, cuando hay emergencias o reanimación por ejemplo” (Ss M, 6°)</i></p> <p><i>“En la UCI he visto a las personas trabajando como equipo, donde todos son importantes, donde hay roles, pero no por carrera ni estatus, sino que más bien por la experiencia que ya tienen” (Ss F, 7°).</i></p> <p><i>“la verdad a mi me da la impresión de que nadie nos pesca mucho. Ósea hacemos cosas pero no se siente que haya ni valoración por nuestras opiniones ni intención de enseñar” (Ss M, 6°)</i></p>

5. Competencias requeridas para desarrollar trabajo en equipo interdisciplinario

Percepción estudiantes	Citas textuales
<p>Las habilidades blandas serían las que facilitan e incrementan la posibilidad de que el trabajo en equipo interdisciplinario se lleve a cabo.</p> <p>La comunicación sería la competencia central para el entendimiento compartido y al trabajo colaborativo.</p>	<p><i>“Las habilidades sociales son súper importantes porque van para dos lados, ósea , van para el paciente y para uno mismo. Ayudan a esa persona que está enferma y a uno lo hacen ser más humilde y con menos ego” (Ss F, 7º)</i></p>
<p>Tener una visión más holística de la persona hace surgir la necesidad de colaborar y de mirar a ese paciente desde diferentes perspectivas.</p> <p>Curar y cuidar sólo se hace realidad con profesionales que logren desarrollar conocimientos actualizados, experiencia y habilidades personales que den al paciente confianza, respeto y autonomía para expresar lo que espera y necesita.</p>	<p><i>“Para mi al final las habilidades importantes son las que valoran a otros diferentes a uno mismo. Ósea a todos los que han estudiado y saben”....” (Ss F, 7º)</i></p> <p><i>“Las competencias que se necesitan son personales porque se requiere confianza, querer colaborar y respetarse”. (Ss M,7º) “</i></p>
<p>Las anotaciones en la ficha del paciente resulta ser informativo, sin embargo, en ningún momento permite integrar las visiones y generar acciones que sean adecuadas a ese paciente particular pues sólo consideran el ámbito curativo y no el de cuidado.</p>	<p><i>“Yo creo que nos falta mucho aprendizaje de integración y conocimiento personal para trabajar en conjunto y tal vez hacer que el paciente se sienta más atendido (Ss 7º, M)</i></p>
<p>Competencias tales como: capacidad de comunicación, habilidad para generar vínculos con otros, seguridad en sí mismo, empatía, transparencia, comprensión del otro, respeto mutuo, capacidad de deponer el ego, apertura para validar a otros, profesionalismo,</p>	<p><i>“Yo creo que todas las competencias tienen relación con el compromiso. Eso se logra durante la carrera y con el ejemplo que nos vayan mostrando. Es decir, si se transforma en un tema permanente y hay talleres de estas habilidades uno llega al momento de ejercer</i></p>

compromiso , colaboración, tolerancia a la frustración, querer convertirse en mejor persona para los demás y para uno mismo, motivación para aprender, humildad para pedir ayuda, capacidad de autorregularse y encontrar equilibrio, son mencionadas como muy relevantes.	<i>con esto incorporado y hasta puede exigir que se trabaje así” (Ss F, 6°).</i> <i>“Creo que en conocimientos estamos súper bien, lo otro ya es cosa de cada uno y de las competencias que tiene” (Ss, M, 7°)</i>
--	---

6. Beneficios/ventajas y riesgos/ desventajas del trabajo en equipo interdisciplinario

Percepción estudiantes	Citas textuales
Beneficios y ventajas	
Las ventajas y beneficios generados por la interdisciplinaria y el trabajo en equipo superan con creces a las posibles desventajas y riesgos.	<i>“Creo que no hay desventajas reales sino creadas por una forma paternalista y conservadora de ver la medicina” (Ss M , 7°).</i> <i>"No sé como podrían haber riesgos si está es una práctica que es inseparable de la medicina. No me imagino que un paciente enfermo sea sólo responsabilidad de uno, ósea tendríamos que creer en que existen superhéroes y superhombres” (Ss M, 7°)</i>
La estabilidad emocional de los profesionales se ve protegida en cuanto pueden sentirse más seguros, tranquilos y satisfechos con los logros alcanzados y más apoyados en las decisiones y alternativas de tratamientos.	<i>“Yo creo que es mucho más profesional y protector para uno trabajar abarcando más aspectos de la persona. Ósea claramente ayuda al paciente y a uno mismo”. (Ss F, 7°)</i>

<p>El recinto hospitalario también obtiene importantes beneficios con esta práctica, en cuanto , se transforma en un centro de mejor calidad de atención , mayor profesionalismo y tratamientos integrales.</p>	<p><i>“Si uno trabaja en un hospital o clínica que funciones así , obvio que ese lugar será mejor que otro” (Ss F, 7º)</i></p>
<p>Riesgos y desventajas</p>	
<p>En los centros de atención y recintos hospitalarios la demanda es alta. Son muchos los pacientes y pocos profesionales, por lo tanto, dar énfasis en trabajos colaborativos y de mayor participación, con más personas involucradas genera más gastos ,tiempo y requerimientos de personal capacitado.</p>	<p><i>“En Chile hay poca plata en los hospitales y trabajar así debe ser bastante más caro” (Ss M, 6º)</i></p>
<p>De no existir formación previa en este tipo de colaboración pueden aparecer conflictos o disputas por quien dirige y quien lidera. Perciben el entrenamiento, ejercicio práctico y con modelaje como una forma de evitar estas dificultades.</p>	<p><i>“Para evitar riesgos o desventajas lo que hay que hacer es desarrollar inteligencia emocional y bajar los egos”. (Ss F , 6º).</i></p> <p><i>“Tal vez como no estamos acostumbrados podrían existir recelos, egoísmos o conflictos porque siempre hay alguien que se arranca con los tarros y quiere sobresalir” (Ss F, 6º) .</i></p>

7. *Dimensión emergente: Influencia de la cultura imperante y tendencias actuales

* Durante el proceso se observó que reiterada y transversalmente emergía un tema que hemos calificado como “dimensión emergente”.

Dado que, como se expuso previamente, este tipo de entrevista permite dejar abierta la posibilidad de diálogo en torno a lo que los participantes quieran agregar, se ha incluido en el análisis como dimensión emergente el tema de “Influencia de la cultura imperante y tendencias actuales”. A continuación se explicita lo mencionado:

Percepción estudiantes	Citas textuales
<p>El aprendizaje y generación de un hábito de trabajo en equipo interdisciplinario es considerado como un recurso para combatir el individualismo actual.</p>	<p><i>“Somos bien individualistas de repente, ósea cada uno aprendió a que muchas veces se hacen mejor las cosas solo porque es más rápido” (Ss M, 6°)</i></p>
<p>Los internos entrevistados consideran que la juventud tiende a la búsqueda de resultados rápidos y concretos y en este contexto cultural y social donde esos son los códigos de conducta, un trabajo interdisciplinario podría ayudar a cambiar ese estilo que según ellos, al ejercer no es adecuado .</p>	<p><i>“Si bien yo creo que teóricamente lo interdisciplinario es básico, también creo que quita más tiempo y eso si que es escaso hoy en día, ósea sé que partir pensando eso no es bueno , pero hoy se funciona así, pero lo rápido es necesario” (Ss M, 6°).</i></p> <p><i>“Igual es mejor ver resultados más inmediatos encuentro yo..” (Ss M,7°)</i></p>
<p>Establecen que la interdisciplinariedad es la forma de dar cabida y hacer realidad la inclusión y la diversidad, hoy tan importantes y demandadas por la sociedad. Visualizan que el aceptar perspectivas y habilidades diferentes, la apertura a diferentes criterios y las decisiones compartidas pueden considerarse un gran paso</p>	<p><i>“Si esto no es obligatorio, al principio al menos, uno sigue metido en lo rápido y casi siempre eso es tomar las decisiones de a uno y darle no más” (Ss M,7°)</i></p>

<p>es la búsqueda de lo que la sociedad espera y de lo que para ellos es importante.</p>	<p><i>“La sociedad es poco solidaria y más aún en nuestro país, así es que uno es desconfiada y no se atreve a confiar en las capacidades o conocimientos de otros” (Ss F, 7º).</i></p> <p><i>“ como los médicos siempre son los que somos los “capaces”, los demás, enfermeras, terapeutas, la kine, la nutri , son como los “ayudantes” y no se les incluye obviando todo el aporte de opinión que pueden hacer”.</i></p> <p><i>“... a los internos tampoco nos pescan mucho, ósea , así como preguntarnos e incluirnos en opiniones.. re poco” .”(Ss,M, 7º).</i></p> <p><i>“Inclusión es como trending topic hoy en día y no se puede dejar de lado” (SS F.6º)</i></p>
--	---

Capítulo 7

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la tesis aquí presentada son coherentes con lo establecido en diversos estudios referidos al tema de trabajo en equipo interdisciplinario en el ámbito de la salud.

Se considera que la elección de la muestra, internos de medicina, fue adecuada para identificar la percepción de quienes comienzan su ejercicio de la profesión.

No se pesquisaron diferencias por sexo ni por año de carrera, siendo las percepciones de todos los participantes generalizadas, acordes entre sí y consistentes unas con otras.

Si bien, el proceso educativo comienza en pregrado, se va consolidando en el internado, es decir, en un momento crucial “en que el estudiante de medicina desempeña las competencias clínicas bajo la supervisión de profesores y de un equipo de salud, y a su vez, se somete a la evaluación de sus competencias tanto por estos, como por los pacientes” (Tapia, 2007). En otras palabras, los resultados y percepciones identificadas respaldan que se trata de una etapa en la que los estudiantes aplican, integran, afianzan y robustecen tanto conocimientos como actitudes y habilidades relativas a su profesión y vivencian el trabajo que desarrollan otros profesionales de la salud, teniendo la oportunidad de crear equipos interdisciplinarios.

El estudio indica que para este grupo la concepción interdisciplinaria es una máxima ineludible. Consideran que, como profesionales de la salud, no pueden dejar a un lado a otras carreras íntimamente ligadas a la curación y al cuidado y que realizar una labor conjunta y con objetivos comunes es beneficioso para atender integralmente las necesidades de un paciente, así como, para procurar mayor seguridad a los profesionales al tomar decisiones importantes.

Estas conclusiones se ven reforzadas por variados estudios, en los que aparece reiteradamente una visión positiva respecto a la relevancia de trabajar en equipo junto a diferentes disciplinas relativas a la salud.

Revisiones sistemáticas coinciden en que los estudiantes hacen una alta valoración de este enfoque de trabajo, considerándolo como importante para su formación, su futura práctica médica, para mejorar la calidad de la atención, para el desarrollo de la colaboración y para el logro de un entendimiento que permite desarrollar futuras iniciativas en materias de salud (Pfieffer, 2018); (Zhou,2021); (Wilbur, 2015).

En relación a la formación universitaria, los estudiantes entrevistados perciben su formación como mayoritariamente teórica. Plantean que existen pocas instancias para poner en ejercicio el trabajo en equipo y, más aún, de carácter interdisciplinario. Establecen que la insuficiente práctica es una interferencia y obstáculo a la interacción, a la colaboración y al establecimiento de metas comunes con otros profesionales. Por otra parte, mencionan que la ausencia de “docentes-modelos” dificulta el aprendizaje experiencial.

En conformidad con variadas investigaciones, los internos conciben el rol de los docentes como el que debe enseñar conduciendo la teoría hacia la práctica y la creación de hábitos que los acerquen a otras profesiones ligadas a la salud. Señalan que en esta etapa desarrollar habilidades interpersonales, de comunicación y colaboración, entre otras, es requerido, siendo los profesores los capacitados para modelar, incentivar y generar instancias de comprensión, valoración y aplicación concreta de la interdisciplinariedad.

Para que el “proceso enseñanza-aprendizaje se desarrolle con calidad, es necesario que el docente modele y desarrolle didácticamente la asignatura considerando las exigencias curriculares interdisciplinarias, las diferencias individuales y el contexto grupal” (Gómez Aguado, 2016).

En esta línea, los alumnos de nuestro estudio refieren que son los profesores y las universidades quienes tienen la responsabilidad de formarlos en trabajo en equipo, coincidentemente con lo definido por Rodríguez-Torres (2021), quien plantea que son “las universidades las que deben formar integralmente al futuro profesional, es decir, con la

capacidad de comprensión de su contexto y el del paciente, para con ello resolver , de manera creativa y colaborativa, los desafíos de la atención clínica”.

Thistlethwaite (2018) considera que es la formación interdisciplinaria la que prepara a los estudiantes para trabajar en equipo, colaborar de manera efectiva en la atención al paciente, desarrollar habilidades de liderazgo, de comunicación y de resolución de conflictos, y,

Ferreira (2018) en un estudio titulado "La importancia del trabajo en equipo interdisciplinario en la formación de médicos: percepciones de los estudiantes y profesores de medicina", concluye que tanto estudiantes como profesores perciben la relevancia del trabajo en equipo interdisciplinario, visualizándolo como esencial en la formación de médicos competentes”.

Tejera (2019) plantea que la interdisciplinariedad es una forma de pensar y de proceder que genera cambios en la forma de ver el mundo. La carencia de ella tiene consecuencias negativas en la calidad de la formación de los estudiantes, puesto que su esencia radica en su carácter educativo, formativo y transformador. La autora reitera que resulta necesario un cambio de actitud por parte de los profesores en la forma de impartir la docencia y fomentar el empleo de métodos más dinámicos y activos en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Srich (2014) en el estudio “Interdisciplinariedad en la formación académica, laboral e investigativa de los estudiantes de Medicina de Camagüey”, concluye que “el estudio, el trabajo y la investigación deben ser planificados, organizados, orientados y evaluados con un enfoque interdisciplinario, lo que adquiere una prioridad desde el trabajo metodológico” y agrega que “desde el punto de vista psicológico, el trabajo interdisciplinario contribuye a desarrollar el pensamiento de los estudiantes al permitirles alcanzar una forma de pensar que refleja sistemas de conocimientos integrados, más próximos a la realidad y a sus necesidades de generar afectos y modos de actuación consecuentes con el propósito que se persigue”.

Tal como lo avalan las investigaciones previamente señaladas es, sin lugar a dudas, la formación universitaria una condición indispensable para el desarrollo de una actitud y hábito de trabajo en equipo interdisciplinario. Su enseñanza requiere que la entrega de conocimientos vaya más allá del aprendizaje de un saber especializado. Se requiere que tanto el establecimiento universitario como los docentes comprendan que la complejidad

del contexto actual , la realidad multidimensional de los pacientes, la velocidad de los cambios y las crecientes necesidades de salud, demandan formar a los estudiantes con apertura, miradas holísticas, adaptativas y de colaboración.

Resulta de gran relevancia mencionar en este punto, que la percepción de los estudiantes entrevistados respecto a sí mismos como internos se muestra minimizada y muy poco reconocida de parte de quienes tienen mayor experiencia. Plantean que su labor generalmente se limita a ser “ayudantes” o “tomadores de instrucciones”.

En un estudio llevado a cabo por Beca JP, (2011), titulado “Los estudiantes de medicina como parte del equipo de salud”, los entrevistados (4º-5º año) comentan "tenemos el rol de apoyar, aconsejar, acoger porque a veces los doctores están apurados y frecuentemente quedan dudas que no se han solucionado", "en un equipo, si falta uno no funciona ... pero si faltamos nosotros funciona todo igual". ... y concluye que “aun cuando en general los estudiantes no son considerados como un aporte a la labor del equipo de salud, ellos pueden asumir un rol que se debe especificar más, para lo cual deben adquirir las competencias respectivas. Esto contribuirá a mejorar la formación de los futuros médicos, el efectivo trabajo multidisciplinar en salud y la calidad de atención a los enfermos”.

Los docentes y las mallas curriculares establecidas requieren cambios y ajustes. La creación de vínculos y el reconocimiento de la interdependencia permiten y fomentan el desarrollo no sólo de nuevos conocimientos, sino también, de nuevas competencias. La comunicación, colaboración, valoración y respeto por otros, la humildad, la flexibilidad y la apertura , entre otras, son habilidades necesarias; son un “deber” y son propias de un trabajo interdisciplinario dentro de un equipo, en tanto responden a un mundo globalizado y entrenan en el pensamiento reflexivo, juicio crítico , diálogo y prudencia. La reforma de la enseñanza conduce a la reforma del pensamiento y la reforma del pensamiento conduce a la reforma de la enseñanza (Morín, 2001).

Respecto a las competencias interpersonales y emocionales, los internos refieren que son esenciales para desarrollar el trabajo en equipo interdisciplinario. En este sentido, los beneficios son variados y aplican a la compleja totalidad de todos aquellos involucrados en una relación clínica y comprometidos con la curación y el cuidado de un paciente.

Los hallazgos de algunas investigaciones confirman que el desarrollo de competencias emocionales minimiza la ansiedad y genera mayor bienestar psicológico y emocional al estudiante durante su etapa formativa y profesional (Ramirez, 2019).

Este aspecto resulta de importancia gravitante, en cuanto, desde la perspectiva de la investigadora, los internos, es decir, futuros profesionales que se harán responsables de ayudar a otro, deben aprender de las experiencias y conocimientos de aquellos que los preceden. Requieren para ello tener oportunidades de participar en situaciones clínicas e incluso de asumir roles de liderazgo dentro de un equipo, siempre bajo la mirada, supervisión y apoyo de los más experimentados. Sin duda alguna, este tipo de labores aportan más conocimientos, afianzan y robustecen los ya logrados, pero adicionalmente y de excesiva relevancia, aprenden competencias y habilidades indispensables para la relación clínica, es decir, aprenden a comportarse como médicos. Adquieren habilidades de escucha y de verbalización con las cuales su conducta se vuelve más apropiada a las circunstancias y a sus interlocutores; habilidades de tolerancia, valoración y respeto de opiniones que discrepan de las propias y junto a eso, aprenden la práctica de preguntar, aclarar, argumentar y discutir productivamente; generan competencias decisionales bajo presión e incertidumbre y generan valores como la prudencia y la templanza.

Un estudio realizado por Di Matteo (2022), concluye que competencias interpersonales y emocionales tienden a disminuir a medida que los estudiantes de medicina avanzan en su formación académica. Es decir, el poco refuerzo y escasa práctica habitual generaría que paulatinamente vayan perdiendo tanto su enfoque en la atención holística del paciente como en la comunicación con otros profesionales.

Esta afirmación resulta consistente con lo que mencionan los estudiantes entrevistados en esta tesis, en cuanto a que perciben como una debilidad el que no se enfatice el entrenamiento constante y el modelaje práctico dentro del currículo universitario. Por otra

parte mencionan que el mantener vínculos, en la mayoría de los casos, depende de la personalidad de cada cual y no refleja un aprendizaje internalizado durante la carrera.

En la medida que no exista conciencia respecto al rol del trabajo en equipo de carácter interdisciplinario, es posible que la especialización y el conocimiento individual adquiera mayor prevalencia. En otras palabras, la ausencia de estrategias definidas para su ejecución pone en riesgo el desarrollo de trabajo colaborativo y comunicación así como la comprensión de los pacientes sobre su pronóstico, el propósito de la atención, las expectativas y la participación en el tratamiento (Lee R.G, 2003).

Consideramos necesario generar instancias en las que estas habilidades se fomenten dentro de la formación académica a través de distintas metodologías promoviendo así el conocimiento de otras disciplinas, el desarrollo de confianzas entre ellas y el uso de la argumentación, el análisis y el consenso.

Este enfoque de trabajo podría contrarrestar también uno de los resultados obtenidos en este estudio respecto a la dimensión emergente de “Cultura imperante y tendencias actuales”, en la que se advierte que las soluciones rápidas, tendientes a la inmediatez de resultados y de la información, son parte de los códigos que rigen y priman en las nuevas generaciones. Sin duda, el desarrollo de confianza, el respeto y la colaboración requieren de tiempo, de esfuerzo, de voluntad y no se transita hacia ellas mediante un “click”, por lo cual, resulta complejo y difícil luchar contra esta tendencia. Sin embargo, esto más que desanimar debe ser una oportunidad y un motor de búsqueda de nuevas iniciativas e instancias que le otorguen valor al trabajo en equipo y que desarrollen las competencias requeridas de manera transversal a la formación de todas las profesiones vinculadas a la salud.

Por otro lado, se considera que las características propias de la juventud, no deben subestimarse, sino muy por el contrario, pueden ser aprovechadas para generar visiones nuevas y actualizadas de nuevas herramientas tecnológicas que posibiliten acercarse, comunicarse y mantener contacto estrecho con los pacientes y/o formar equipos interdisciplinarios.

La demanda de inclusión y aceptación de la diversidad también puede ser una oportunidad de beneficio para los pacientes, los profesionales más experimentados y para los internos. Incluir y considerar a otros con diferencias en capacidades, culturas, niveles educacionales, prácticas religiosas, entre otras, genera comprensión, empatía, necesidad de conocer al “diferente” y de interiorizarse de su biografía con el fin de buscar su mejor tratamiento y cuidado. En síntesis, lo que los estudiantes mencionan respecto a la diversidad e inclusión puede lograrse a través de aprender a trabajar en equipo con diferentes profesionales de la salud.

Para finalizar esta discusión y poner de relieve la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario en la atención sanitaria, queremos hacer referencia a una de las grandes crisis en materia de salud que hemos enfrentado en el último tiempo: La Pandemia de Covid 19.

En ella, los profesionales de la salud han trabajado juntos en todo el mundo para proporcionar atención a los pacientes afectados por la pandemia.

Incluso en un mundo cada vez más especializado y tecnológico, se ha puesto de relieve que en el área de la salud es posible trabajar en equipos interdisciplinarios si se fomenta una cultura de colaboración, de apoyo y de compromiso con un propósito.

El estudio presentado por Jun Wen (2021), titulado “Many brains are better than one: the importance of interdisciplinary studies on COVID-19”, concluye que el Covid 19, desafió a los investigadores tanto de las ciencias médicas de la salud como de las ciencias sociales a compartir información, demostrando que dominios de investigación aparentemente dispares pueden cooperar en esfuerzos de investigación oportunos a través del trabajo interdisciplinario.

Lo logrado en estas circunstancias de tanta adversidad debe ser un aliciente para asumir el desafío de generar cambios, instaurar metodologías interactivas y vinculares, reformular la relación docente- estudiante y muy relevante, aceptar que las competencias personales son no sólo importantes sino necesarias para la atención en salud y la relación clínica. Hacer esto será una demostración concreta de que ni los pacientes, ni sus familias ni los alumnos son receptores pasivos sino agentes partícipes de su desarrollo.

Capítulo 8

CONCLUSIÓN

Trabajar en equipos interdisciplinarios es percibido como un valor agregado y un requerimiento valórico en la formación de médicos y otros profesionales de la salud.

Existen desafíos significativos en la implementación efectiva de un enfoque interdisciplinario. Instancias experienciales concretas y desarrolladas desde pregrado favorecerían que los alumnos aprendan a comunicar sus saberes mediante una constante socialización y validación de otros profesionales.

El rol de los docentes constituye un ancla indispensable para favorecer las interrelaciones, la generación de actitudes humanas y aptitudes profesionales, es decir para entender el aprendizaje como intelectual y también emocional.

La interdisciplinariedad no es un fin en sí misma; es un medio para abordar de manera holística la salud de los pacientes y darle sentido a una profesión eminentemente vincular como es la medicina.

Para esta investigadora ha sido un gran aliciente poner una vez más el tema del trabajo en equipo y la interdisciplinariedad como una necesidad. Generar conciencia paulatina es ya un gran paso en este recorrido que avanza a medida que el ser humano sigue su camino.

La universidad es el lugar donde se debe enseñar y desarrollar el pensamiento de largo plazo; el futuro comienza a ser construido desde estas bases y esa comprensión nos acompaña el resto de nuestra vida como una responsabilidad humana.

Capítulo 9 BIBLIOGRAFÍA

Agazzi, E. (2002). El desafío de la interdisciplinariedad: Dificultades y logros. Grupo de Estudios Peirceanos. <https://www.unav.es/gep/DesafioInterdisciplinaridad.html>

Alsabri, MD et al. 2022 . Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient Safety in Emergency Departments: A Systematic Review. *Journal of patient safety*, 18(1), e351–e361. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000782>

Baier, A. (1985). Postures of the mind: Essays on mind and morals. Methuen Young Books.

Beca I, Juan Pablo, Gómez B, María Inés, Browne L, Francisca, & Browne S, Jorge. (2011). Los estudiantes de medicina como parte del equipo de salud. *Revista médica de Chile*, 139(4), 462-466. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000400007>

Borrill, C., West, M., Shapiro, D., & Rees, A. (2000). Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Healthcare Management*, 6(8), 364-371. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2000.6.8.19300>

Cardenas, A. (2001). El desafío de la interdisciplinariedad en la formación de docentes. *Revista Electrónica Diálogos Educativos*, http://www.umce.cl/~dialogos/n01_2001/cardenas.swf

Carrizo L. (2004). Educación en valores y ciudadanía en Iberoamérica. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI). Recuperado de https://www.academia.edu/847073/Interdisciplinariedad_y_valores

Carvajal, Y. (2010). Interdisciplinariedad: Desafío para la educación superior y la investigación. *Revista Luna Azul* ISSN 1909-2474 <http://www.scielo.org.co/pdf/luaz/n31/n31a11.pdf>

Cortina, a. (2005). Bioética: un impulso para la ciudadanía activa. *revista brasileira de bioética*, 1(4), 337–349. <https://doi.org/10.26512/rbb.v1i4.8090>

Covas Álvarez, O. (2004). Educación ambiental a partir de tres enfoques: comunitario, sistémico e interdisciplinario. *Revista Iberoamericana De Educación*, 35(1), 1-7. <https://doi.org/10.35362/rie3512941>

Di Matteo Carbone, R. A. (2022). Licenciatura en Psicomotricidad. Trabajo final de grado. Universidad Católica del Uruguay. <https://liberi.ucu.edu.uy/xmlui/bitstream/handle/10895/1737/80501.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ferreira, M., Vieira, M., Coutinho, L., Ferreira, P., & Fronteira, I. (2018). La importancia del trabajo en equipo interdisciplinario en la formación de médicos: percepciones de los estudiantes y profesores de medicina. *Journal of Interprofessional Care*. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1426943>

Follari R, 2007). La interdisciplina en la docencia Polis, *Revista de la Universidad Bolivariana*, vol. 6, núm. 16, 2007, pp. 1-12 Universidad de Los Lagos Santiago, Chile 16. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30501603>

Franco, R. M. (2021). Interdisciplinariedad, medicina y educación médica: caminos de encuentro y transformación. *Revista Venezolana De Salud Pública*, 9(1), 67-87. Recuperado a partir de <https://revistas.uclave.org/index.php/rvsp/article/view/3247>

Garro Gil , Nuria, 2017, Relation, relational rationality and reflexivity: Three fundamental concepts of relational sociology . *Revista Mexicana de Sociología*
<http://mexicanadesociologia.unam.mx/index.php/v79n3/242-v79n3-a7>

Gómez Aguado R, Díaz Díaz Bárbara Y, Fernández Camargo I, Naithe Pérez D, 2016. Percepción de estudiantes sobre el proceso enseñanza aprendizaje en la asignatura de Enfermería Pediátrica. *Rev haban cienc méd* [Internet] Disponible en: Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n4/rhcm14416.pdf>

Hall, J. A., Roter, D. L., & Rand, C. S. (1981). Communication of affect between patient and physician. *Journal of health and social behavior*, 22(1), 18-30.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7240703/>

Henoa Villa, César Felipe, García Arango, David Alberto, Aguirre Mesa, Elkin Darío, González García, Arturo, Bracho Aconcha, Rosa, Solorzano Movilla, Jose Gregorio, Arboleda Lopez, Adriana Patricia. 2017 Multidisciplinariedad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad en la formación para la investigación en ingeniería. *Revista Lasallista de Investigación*, 14(1), 179-197 [fecha de Consulta 5 de Marzo de 2022]. ISSN: 1794-4449.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69551301017>

Jacobs, Jerry A. 2014 . "The Critique of Disciplinary Silos." In *In Defense of Disciplines: Interdisciplinarity and Specialization in the Research University* University of Chicago Press, 2014. Chicago Scholarship Online, 2014.
<https://doi.org/10.7208/chicago/9780226069463.003.0002>.

Klein, J.T. (2008). Evaluation of interdisciplinary and transdisciplinary research: a literature review. *American journal of preventive medicine*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749379708004200>

Lapkin, S., Levett-Jones, T., Gilligan, C., & McMillan, M. (2013). A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Education Today*, 33(2), 90-102. DOI: 10.1016/j.nedt.2011.11.006
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691711003475>

Lee, J. S., Nam, E. W., Kim, H. R., & Park, H. (2018). Effects of an interprofessional team-based learning program on internal medicine clerkship students' perceptions of teamwork and interdisciplinary collaboration. *American Journal of Medical Quality*, 33(5), 462-468. DOI: 10.1177/1062860617749053
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1062860617749053>

Lee, R. G., & Garvin, T. (2003). Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Social Science & Medicine*, 56(3), 449-464.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00045-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00045-3)

León, A. (2007). Qué es la educación. *Educere*, 11(39), 595-604. Recuperado en 27 de marzo de 2023, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102007000400003&lng=es&tlng=es.

Llanos D; Martínez R. (2016)Una breve reflexión epistemológica sobre la sociedad ideal aristotélica y la polis griega, según su obra política
<https://www.redalyc.org/journal/555/55548904006/html/>

Luctkar-Flude A, et al. (2017): "Perceptions of interprofessional teamwork in low-acuity settings: A qualitative study"
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5341112/>

Margarit, L. 2000. "Roberto Juarroz: La palabra en una casa de espejos," *Inti: Revista de literatura hispánica*: No. 52, Article 8. Available at:
<https://digitalcommons.providence.edu/inti/vol1/iss52/8>

Mason, M. (2010). Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung Forum: Qualitative Social Research*, 11(3).
<https://doi.org/10.17169/fqs-11.3.1428>

Max-Neef, M. (2004). *Fundamentos de la transdisciplinariedad*. Ecological Economics. Universidad Austral de Chile.
<http://ecosad.org/phocadownloadpap/otrospublicaciones/max-neef-fundamentostransdisciplinariedad.pdf>

Mayer, D (2021) Connecting with patients.
<https://psmf.org/news/connecting-with-patients>

Mazzanti Di Ruggiero, M (2006). "Formar mentes bioéticas". Una alternativa metodológica de formación de docentes y estudiantes en bioética a través del programa escolar de Ciencias Naturales. *Persona y Bioética*, 10 (2),46-81.[fecha de Consulta 5 de Marzo de 2022]. ISSN: 0123-3122.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83210204>

Miziara, ID, & Silvia Molleis Galego Miziara, C. (2018). Edmund Pellegrino: moralidad médica y la teoría del consenso moral. *Revista Bioética*, 26 (2), 183-188.
<https://doi.org/10.1590/1983-80422018262238>

Mendoza F, Alfonso. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 555-564. Recuperado en 06 de febrero de 2022
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007&lng=es&tlng=es.

Molina M, Nancy 2015 . Formación bioética en ciencias de la salud.
<https://doi.org/10.19052/sv.3544>

Morin, E. (2001). La interdisciplinariedad. *Cuadernos de Antropología y Pensamiento Crítico*,
<https://revistas.ucm.es/index.php/CAMP/article/view/CAMP0101110125A/2615>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Health Care Services, Board on Global Health, & Committee on Improving the Quality of Health Care Globally. (2018). *Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide*. National Academies Press (US).

Naylor, M. D., et al (2017). The importance of teams in improving outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of General Internal Medicine*, 32(7), 761-766. DOI: 10.1007/s11606-017-4076-7
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-017-4076-7>

Nicolescu, B. (2013). *Transdisciplinarity: Theory and practice*. Hampton Press.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36468289/Transdisciplinary_Theory_Practice-2013-libre.pdf?1422763330

Paravic Klijn, T., et al. (2021). Trabajo en equipo y calidad de la atención en salud. *Ciencia Y Enfermería*, 27.
<https://doi.org/10.29393/CE27-41TETM20041>

Pérez. V (2013) ¿Qué es “trato digno” para los pacientes? Universidad Miguel Hernández, Departamento de Psicología, España, Marcela Pezoa G., Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Elementos que componen el trato digno Informe Global.
https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004_recurso_1.pdf

Pfeifer, H. et al (2018). Medical student perspectives on interprofessional education: a systematic review of the literature. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 15, 30. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5986568/>

Posada, 2004. Formación superior basada en competencias, interdisciplinariedad y trabajo autónomo del estudiante
<https://rieoei.org/RIE/article/view/2870/3814>

Quiñonez J. , et al. (2016) “El trabajo interdisciplinario en la carrera de medicina: consideraciones teóricas y metodológicas”
<https://www.mediagraphic.com/pdfs/medisur/msu-2016/msu162p.pdf>

Ramírez L et al. 2019. Estudio y desarrollo de las competencias emocionales en estudiantes de medicina. Una aproximación bibliométrica. *Investigación en educación médica*, 8(31), 92-102. Epub 01 de diciembre de 2019.
<https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.31.19193>

Rapimán Salazar, M, et al . 2020. Paul Ricoeur y una vida buena con otros y para otros: a propósito del trabajo en equipo en salud. *Acta bioethica*, 26(1), 37-42.
<https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2020000100037>

Rodriguez , 1997 . La interdisciplinariedad: Acción comunicativa científica y humana
http://ayura.udea.edu.co/servicios/1_5.htm.

Rodriguez-Torres, Angel; et al . 2021. La percepción de los estudiantes universitarios en relación con el trabajo interdisciplinario. *Revista Espacios*.
<https://www.revistaespacios.com/a21v42n11/a21v42n11p06.pdf>

Rosen, M. A., Diaz Granados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *The American psychologist*, 73(4), 433–450.
<https://doi.org/10.1037/amp0000298>

Salazar Blanco, Olga Francisca, Galindo, Leonor Angélica, & Ríos Patiño, David. (2013). El caso de una buena práctica de Educación Médica. *Iatreia*, 26(1), 25-33. Retrieved April 06, 2023, from
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932013000100003&lng=en&tlng=es.

Scrich Vázquez, Aldo Jesús, Cruz Fonseca, Leticia de los Ángeles, Márquez Molina, Germán, & Infante Delgado, Ivisel. (2014). Interdisciplinariedad en la formación académica, laboral e investigativa de los estudiantes de Medicina de Camagüey. *Humanidades Médicas*, 14(1), 87-108. Recuperado en 15 de marzode 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000100007&lng=es&tlng=es.

Stokols D. (2006). Toward a science of transdisciplinary action research. *American journal of community psychology*, 38(1-2), 63–77.
<https://doi.org/10.1007/s10464-006-9060-5>

Tapia Villanueva, Rosa M, Núñez Tapia, Rosa M, Syr Salas Perea, Ramón, & Rodríguez-Orozco, Alain R. (2007). El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto

latinoamericano. Educación Médica Superior, 21(4) Recuperado en 24 de febrero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005&lng=es&tln=es.

Tejera Chillón N de la, Cortés Sendón C, Viñet Espinosa LM, 2019 . La interdisciplinariedad en el contexto universitario. Panorama Cuba Salud.
http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/1193/pdf_329

Thistlethwaite J. (2012). Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical education*, 46(1), 58–70.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x>

Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T. A., Mulhall, A., & Thompson, D. R. (2005). A review of the research literature on skill mix in nursing practice in the UK. *International Journal of Nursing Studies*, 42(3), 253-262. DOI: 10.1016 /j.ijnurstu.2004.08.005
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748904001938>

Van der Linde, G. 2014. ¿Por qué es importante la interdisciplinariedad en la educación superior?. *Cuaderno De Pedagogía Universitaria*, 4(8), 11-12.
<https://doi.org/10.29197/cpu.v4i8.68>

Wen J, Wei Wang, Metin Kozak, Xinyi Liu & Haifeng Hou (2021) Many brains are better than one: the importance of interdisciplinary studies on COVID-19 in and beyond tourism, *Tourism Recreation Research*, 46:2, 310-313,
<https://doi.org/10.1080/02508281.2020.1761120>

Wiecha, J., & Pollard, T. (2004). The interdisciplinary eHealth team: chronic care for the future. *Journal of medical Internet research*, 6(3), e22.
<https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e22>

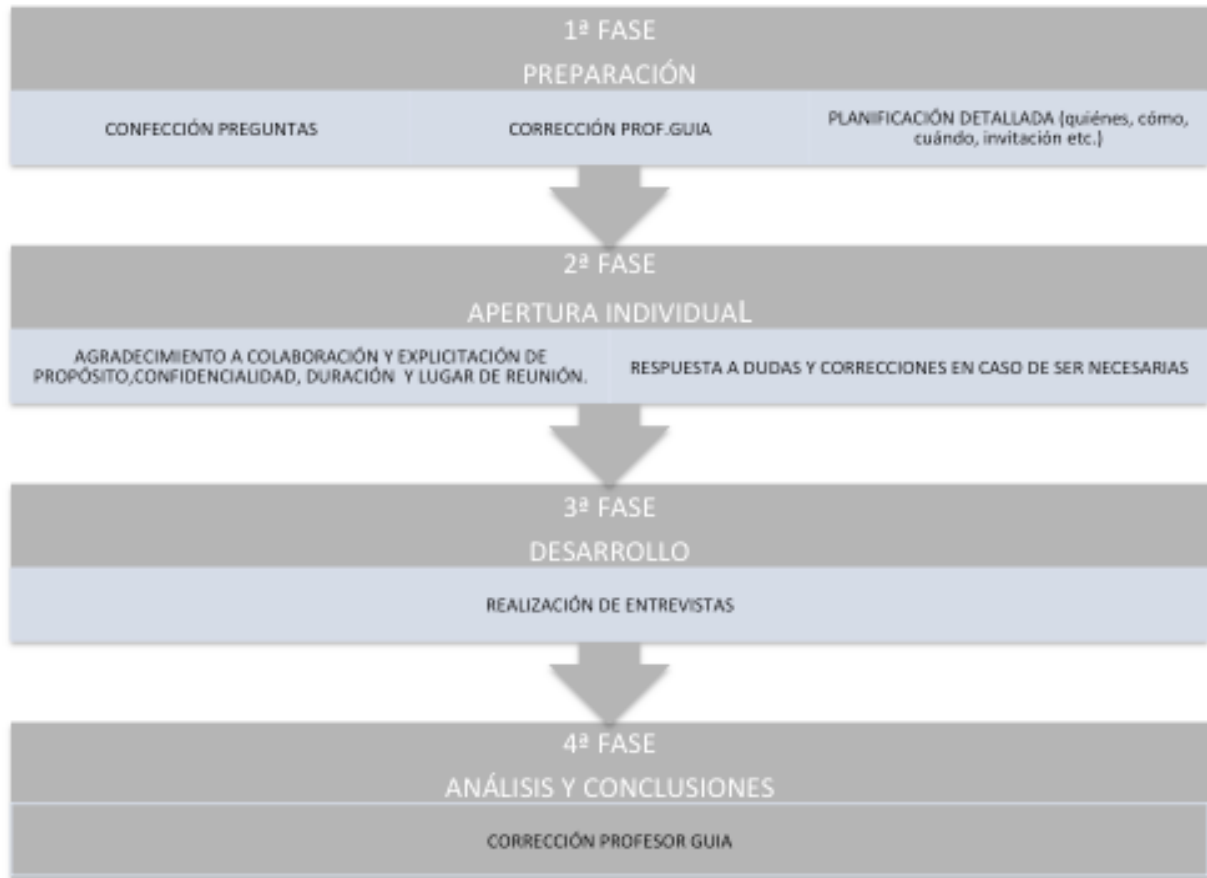
Wilbur, K., Kelly, .2015. Interprofessional impressions among nursing and pharmacy students: a qualitative study to inform interprofessional education initiatives. *BMC Med Educ* 15, 53
<https://doi.org/10.1186/s12909-015-0337>

Zhou Y, Zheng Li, Yingxin Li, 2021. Interdisciplinary collaboration between nursing and engineering in health care: A scoping review, *International Journal of Nursing Studies*,
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748921000328>.

Capítulo 10

ANEXOS

Anexo 1: Entrevistas



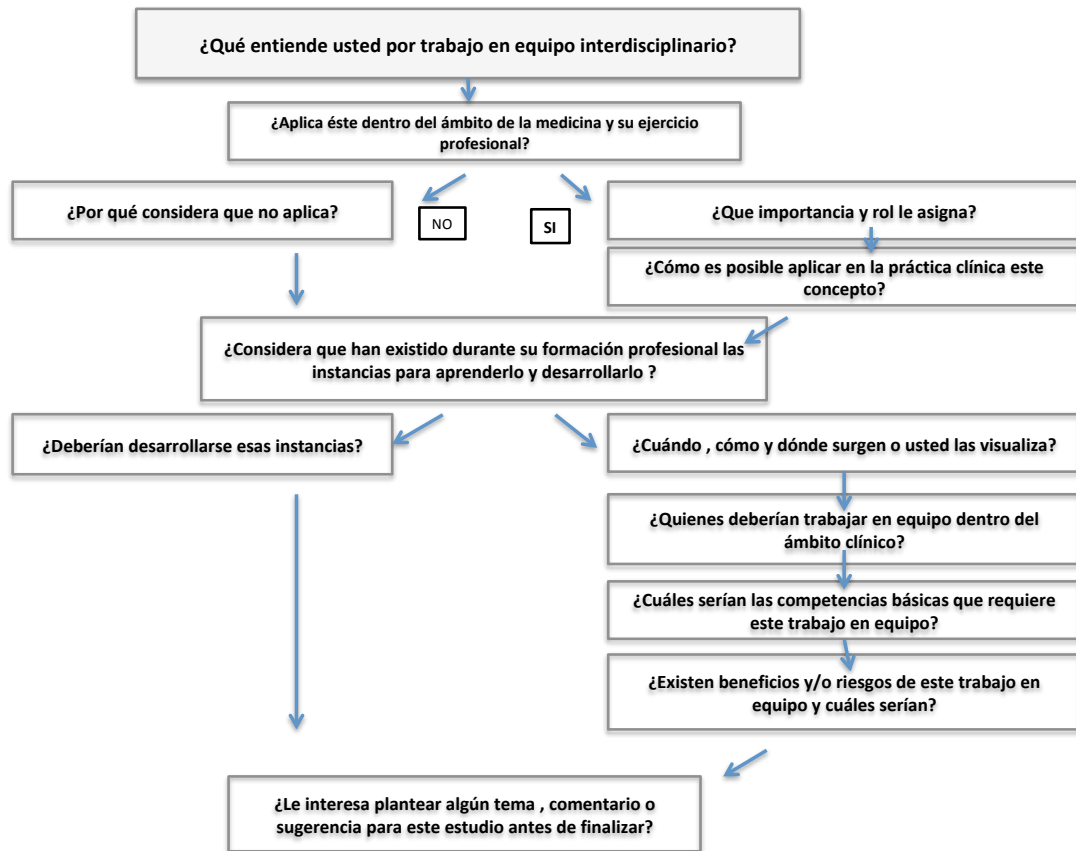
Anexo 2: Objetivos /Dimensiones / Preguntas

Objetivos específicos	Dimensiones	Preguntas
Determinar que entienden por trabajo en equipo interdisciplinario.	Comprensión y entendimiento	1.- Qué entiende usted por trabajo en equipo interdisciplinario? 2.- Según su opinión , aplica éste dentro del ámbito de la medicina y el ejercicio profesional?
Conocer la valoración que le otorgan a éste.	Valoración	3.- Qué importancia y que rol le asigna a esta modalidad de trabajo?
Identificar cómo lo aplican y llevan a la práctica.	Aplicabilidad práctica	5.- Cómo percibe usted qué es posible aplicar en la práctica clínica este concepto?
Identificar percepción respecto a formación curricular	Formación y apoyo docente	6.- ¿Considera usted que han existido durante su formación profesional las instancias para aprenderlo y desarrollarlo? 7.- ¿Cuándo , cómo y dónde? 8.- ¿Deberían desarrollarse esas instancias? 9.-¿Qué disciplinas considera usted que deberían trabajar en equipo dentro de su ámbito de acción?
Determinar percepción de habilidades requeridas	Competencias requeridas	10.- ¿Cuáles diría usted que son competencias básicas requeridas para realizar un buen trabajo en equipo interdisciplinario?
Identificar percepción de ventajas y desventajas, beneficios y riesgos de esta modalidad de trabajo.	Análisis riesgo/ beneficio/ ventaja/desventaja (FODA)	11.- ¿Cuales son los beneficios y fortalezas que usted visualiza de esta modalidad y cuáles son sus riesgos y desventajas?

Anexo 3. Pauta de entrevista – Preguntas

Preguntas
1. Qué entiende usted por trabajo en equipo interdisciplinario?
2. Según su opinión , aplica éste dentro del ámbito de la medicina y el ejercicio profesional?
3. Qué importancia y que rol le asigna a esta modalidad de trabajo?
4. Por qué considera que no aplica?
5. Cómo percibe usted qué es posible aplicar en la práctica clínica este concepto?
6. Considera usted que han existido durante su formación profesional las instancias para aprenderlo y desarrollarlo?
7. Cuándo , cómo y dónde?
8. Deberían desarrollarse esas instancias?
9. Qué disciplinas considera usted que deberían trabajar en equipo dentro de su ámbito de acción?
10. Cuáles diría usted que son competencias básicas requeridas para realizar un buen trabajo en equipo interdisciplinario?
11. Cuales son los beneficios/fortalezas de esta modalidad y cuáles son los riesgos/desventajas, impedimentos de implementación?
12. Le interesa plantear algún tema relacionado o comentario, sugerencia para este estudio?

Anexo 4: Diagrama Flujo preguntas- respuestas



Anexo 5 : Comunicación a participantes



Te invitamos a participar en un estudio de Investigación.

Estás invitada e invitado a participar en un estudio de investigación destinado a identificar la percepción que tienen los estudiantes de medicina de 6° y 7° año respecto al trabajo en equipo interdisciplinario.

El estudio busca ser un aporte a la formación profesional en Medicina y ha sido aprobado por el Comité ético científico de la UDD para su realización (CEC, ceccasudd@udd.cl).

Tu participación es voluntaria; consistirá en una entrevista de diálogo que se realizará en modalidad on line o presencial en el campus de la UDD (a convenir por ambas partes); durará alrededor de 45 a 60 minutos y será grabada para facilitar el registro y no entorpecer la conversación.

El que decidas participar de este estudio no conlleva ningún tipo de perjuicio para ti. Lo que tu converses en esta entrevista y tus opiniones serán totalmente confidenciales y en ningún caso usadas de modo particular o personalizado.

Una vez finalizado el estudio tendrás derecho a conocer sus resultados para lo cual se realizarán presentaciones en el mismo establecimiento y/o se te enviará la información por mail.

El estudio es dirigido por la psicóloga Julieta Soto Grimberg, quien cursa último año de Magister en Bioética Médica en la UDD.

Tu participación es muy valiosa.

Inscríbete o haz tus consultas respondiendo este mail y serás contactado por Julieta Soto:

julsotog@udd.cl; jspropositivo@gmail.com

Anexo 6 . Documento consentimiento informado

Yo,, estudiante deaño de la carrera de medicina de la UDD , con fecha del año 2022, estoy interesado en participar de el estudio: “Identificación de la percepción que tienen los estudiantes de 6° y 7° año de medicina de la UDD respecto a la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario”

Se me han informado mis derechos, las acciones a seguir , los pasos que implica, el tipo de entrevistas a realizar , la confidencialidad que existirá, el lugar donde se podrían realizar las entrevistas y la responsabilidad de la investigadora respecto a dar retroalimentación de los resultados y conclusiones alcanzadas.

En forma de consentimiento , firman:

Participante:

Rut :

Investigadora Julieta Soto Grimberg

Rut :9094172-0

En Santiago de Chile , 2022.

Anexo 7. Documento aprobación CEC

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE MEDICINA
CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO
UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO



ACTA DE APROBACIÓN 2022-27

Fecha: Santiago, 20 de mayo 2022

Protocolo: "Identificación de la percepción que tienen los estudiantes de 6º y 7º año de medicina de la UDD respecto a la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario"

Investigador Responsable: Julieta Soto

Institución: Tesis Magister en Bioética
Facultad de Medicina-Clinica Alemana-Universidad del Desarrollo

Los siguientes documentos han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos que involucra sujetos humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

- Carta al Comité
- Protocolo del proyecto
- CV investigador
- Pautas de entrevistas
- Tarjeta de invitación para el participante
- Formulario de Consentimiento Informado

Para otorgar la presente Acta de Aprobación, se consideraron los siguientes aspectos éticos:

- 1.- Valor social: El objetivo del trabajo es conocer la percepción de los alumnos de 7º año de medicina respecto a la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario y cómo visualizan su aplicación en el ejercicio profesional.
- 2.- Validez Científica: Diseño adecuado para responder la pregunta de investigación
- 3.- Evaluación riesgo/beneficio: favorable
- 4.- Conflictos de interés: no se evidencian
- 5.- Consentimiento informado: completo y comprensible
- 6.- Protección de los derechos de los participantes: adecuada

Basándose en lo antedicho, el Comité emite esta acta de aprobación para la realización del proyecto.

Facultad de Medicina UDD | Clínica Alemana de Santiago. Mail ceccasudd@udd.cl



El Comité solicita que el investigador:

- Para nuevas correspondencias referentes a este proyecto, se le solicita utilizar el número **2022-27**
- Una vez finalizado el proyecto, el Comité deberá ser informado de los resultados del estudio.



Dr. Marcial Osorio
Presidente
Comité Ético Científico



Nómina de los integrantes del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo:

NOMBRE	PROFESIÓN	CARGO
Marcial Osorio Fuenzalida	Médico	Presidente
M. Bernardita Portales Velasco	Fonoaudióloga	Vice-presidenta
Javiera Bellolio	Abogado	Secretaria
Alejandra Valdés Valdés	Matrona	Integrante
Juan Alberto Lecaros Urzúa	Abogado	Integrante
María Loreto Rojas Durán	Arquitecto	Miembro de la comunidad
Paula Muñoz Venturelli	Médico	Integrante
Sofía Salas Ibarra	Médico	Integrante
Andrea Schilling Redlich	Médico	Integrante
Gonzalo López Gaete	Abogado	Integrante
J. Pablo Undurraga Fourcade	Médico	Integrante
Iris Delgado Becerra	Profesora, M.Sc. Bioestadística	Integrante
Mariana Dittborn	Médico	Revisora externa

Facultad de Medicina UDD | Clínica Alemana de Santiago. Mail ceccasudd@udd.cl



Mis agradecimientos a mi marido, mis hijos y Blanquita que me ayudaron a compatibilizar este magister con el día a día durante más de dos años; a los estudiantes que participaron e hicieron posible este estudio y a todo el equipo del Centro de Bioética de la UDD por su gran dedicación.

Santiago de Chile , Abril 2023