



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**EVALUACIÓN DE AUTO-EFICACIA PARA TRABAJO EN EQUIPO
DESDE LAS COMPETENCIAS TRANSVERSALES EN
ESTUDIANTES DE MÉDICO CIRUJANO**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)**

KAREN NAYELLI FLORES ISLAS

Director: Dr. **JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ SORDO**

Dictaminadores: Dra. **ESPERANZA GUARNEROS REYES**

Dr. **ARTURO SILVA RODRÍGUEZ**

Vo.Bo. José Manuel Sánchez Sordo



Los Reyes Iztacala, Estado de México, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Resumen

Hoy en día, el ámbito laboral solicita empleados que tengan niveles adecuados de las competencias transversales para el trabajo, una de ellas es el trabajo en equipo (González y Wagenaar, 2003), el cual es definido por varios autores como la capacidad para colaborar coordinadamente con otros miembros de un equipo de personas para la consecución de objetivos comunes de los cuales son responsables. Por todo lo que implica trabajar en equipo, Arrea (2016), menciona que es importante que las profesiones de la salud y especialidades de medicina sepan trabajar en equipo tanto con otros médicos como con *profesionales* de otras disciplinas y así poder brindar mejor atención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a los pacientes.

Debido a esto, el concepto de autoeficacia, que Bandura (1977) define como la creencia en la capacidad de hacerle frente a cualquier obstáculo o situación que se le presente a una persona, se vuelve importante, ya que constituye un factor decisivo en el logro de metas y tareas de una persona, por lo que es necesario evaluarla en estudiantes próximos a egresar. Una de las formas de evaluar la autoeficacia es por medio de escalas, las cuales se encargan de registrar la información obtenida, para ello es necesario contar con escalas válidas y confiables.

En el presente trabajo se diseñó, validó y confiabilizó una escala para medir los niveles de autoeficacia para el Trabajo en Equipo dentro de entornos laborales en futuros egresados y posteriormente se evaluó a estudiantes próximos a egresar de la carrera de Médico Cirujano. Se contó con una muestra de 102 estudiantes de psicología para la obtención de algunas propiedades métricas del instrumento, y 82 estudiantes de medicina como muestra final, para la validez de contenido se utilizó el método CVI de Lawshe (1975), para la obtención de la consistencia interna se aplicó el método split-half de Spearman-Brown así como el coeficiente de Alfa de Cronbach. Se obtuvieron como resultados niveles altos de validez de contenido (CVI=.94) así como de consistencia interna (R=.92 y .91). Se realizó un análisis factorial

exploratorio, en el cual se encontraron tres factores. Concluyendo de este modo que el instrumento propuesto es válido y confiable para medir los niveles de autoeficacia para el trabajo en equipo dentro de entornos laborales en futuros egresados. En cuanto a la evaluación se encontró que ningún estudiante obtuvo niveles altos de autoeficacia para trabajar en equipo.

Tesis realizada gracias al Programa UNAM-PAPIME PE300420.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	5
AUTOEFICACIA.	6
COMPETENCIAS TRANSVERSALES	10
TRABAJO EN EQUIPO	11
TRABAJO EN EQUIPO EN MEDICINA.	14
MEDICIÓN EN PSICOLOGÍA	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
MÉTODO	21
OBJETIVO	21
PROCEDIMIENTO	25
FASE UNO: CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA, VALIDEZ Y CONSISTENCIA INTERNA.	25
VALIDEZ DE CONTENIDO	28
CONSISTENCIA INTERNA	32
FASE DOS: APLICACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA EL TRABAJO EN EQUIPO EN ENTORNOS LABORALES EN FUTUROS EGRESADOS DE LA CARRERA DE MÉDICO CIRUJANO	33
VALIDEZ FACTORIAL DE CONSTRUCTO	41
RESULTADOS	42
VALIDEZ	42
CONSISTENCIA INTERNA	45
ANÁLISIS FACTORIAL DE CONSTRUCTO	50
EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE AUTOEFICACIA PARA EL TRABAJO EN EQUIPO ESTUDIANTES DE MEDICINA.	54
CONCLUSIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	63
ANEXO A. ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA EL TRABAJO EN EQUIPO.	63
ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO.	68
ANEXO C. HOJA DE JUECEO PARA LOS REACTIVOS.	69
ANEXO D. PUNTUACIONES OBTENIDAS POR LOS ESTUDIANTES DE MÉDICO CIRUJANO EN AUTOEFICACIA PARA EL TRABAJO EN EQUIPO.	73

Introducción

Desde hace varios años, en América Latina se ha ido incrementando el interés en torno a la formación y certificación con base en competencias laborales, pues desde hace tiempo se han promovido proyectos sobre la certificación ocupacional, los cuales están orientados al reconocimiento formal de las capacidades laborales, independientemente de la forma en la que fueron adquiridas. En la actualidad existen diversos autores que abordan el tema de las competencias laborales en sus investigaciones, y gran parte de ellos coinciden en que estas competencias constituyen una nueva alternativa para el incremento del rendimiento laboral y la motivación, entre otros aspectos (Escobar, 2005).

Escobar (2005), menciona que los cambios que existen actualmente en el ámbito laboral han provocado cambios en las estructuras de las organizaciones existiendo una constante evolución en los puestos de trabajo. Esta nueva realidad ha modificado también el contrato de las organizaciones con sus miembros, pues ahora se basa en el desarrollo profesional de los empleados, asimismo, se busca potenciar al máximo las competencias de éstos.

Del mismo modo, West y Markiewicz (2004, citados en Gil, Rico, & Sánchez-Manzanares, 2008), argumentan que las organizaciones de hoy en día se encuentran experimentando una gran transformación, ya que en la actualidad existen diversos factores que exigen la modificación de la forma de trabajo tradicional adoptando diseños orientados al cambio y al trabajo en equipo. Los equipos aportan una gran diversidad en conocimientos, habilidades y experiencias, las cuales permiten responder de una forma rápida, flexible e innovadora a los problemas y retos que se plantean diariamente en las organizaciones. Ayoví Caicedo (2019), asimismo refiere que una organización se considera que es efectiva cuando el trabajo en equipo es efectivo. El trabajo en equipo es importante en las organizaciones en tanto que nos permite aprovechar las habilidades de cada miembro para el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas, mejorando así la productividad de las organizaciones, ya sean

empresariales, educativas, de salud, etc.

Específicamente, en el área de salud, podemos decir que tanto las diversas profesiones relacionadas con la salud y las especialidades de medicina tienen que trabajar en equipo, siendo responsables por igual de los resultados de sus actos, sin importar si son éxitos o fracasos. De no hacerlo, en la mayoría de las ocasiones se obtendrán resultados no deseados. Si un especialista trabaja de forma aislada puede generar que los pacientes reciban información que no es clara, opiniones contradictorias, provocando una incomprensión acerca de su padecimiento (Arrea Baixench, 2016). A continuación, se explicará más a detalle lo que es el trabajo en equipo y su importancia en el área de la salud, específicamente en el área médica.

Autoeficacia.

Bandura (1999), acuña el término de autoeficacia a las creencias percibidas en las propias capacidades para enfrentarse de forma adecuada a cualquier obstáculo que se presente.

Bandura (1997) menciona que: "Las creencias de autoeficacia son creencias sobre la capacidad de organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para producir determinados logros" (p. 3).

Existen cuatro fuentes de las creencias de autoeficacia, es decir, cuatro formas de influir sobre las creencias de eficacia de una persona. La forma más efectiva de crear una sensación fuerte de eficacia son llamadas experiencias de dominio, las cuales aportan la prueba de si reunimos todo lo que se necesita para lograr el éxito o no. Las experiencias de éxitos fortalecen las creencias de autoeficacia, en cambio, las experiencias de fracaso las debilitan. La segunda fuente de autoeficacia son las experiencias vicarias que son presentadas por modelos sociales. Observar que personas similares a nosotros obtienen éxito tras ser perseverante y esforzarse aumenta las creencias del observador en cuanto a que él también posee las capacidades necesarias para obtener éxito. De igual forma, observar el fracaso ajeno, aun a pesar de los

esfuerzos, reduce los juicios del observador sobre su propia eficacia. El impacto que tiene el modelado sobre las creencias de autoeficacia de las personas se encuentra influido por la similitud percibida con los modelos, es decir, cuanto mayor similitud exista con los modelos, los éxitos y los fracasos son más persuasivos (Bandura, 1999).

La tercera fuente de autoeficacia es la persuasión social, ésta se refiere a que las personas a quienes se persuade de forma verbal de que cuentan con las capacidades de dominio de determinadas actividades realizan más esfuerzo y lo sostienen por más tiempo comparado con personas que dudan de ellas mismas y piensan en sus deficiencias personales. Es más difícil crear creencias altas de eficacia por medio de la persuasión social exclusivamente que debilitarlas (Bandura, 1999).

Asimismo, las personas responden a sus estados psicológicos y emocionales al juzgar sus capacidades. Las reacciones de estrés y tensión las interpretan como señales de vulnerabilidad. En actividades que implican fuerza y persistencia, las personas tienden a juzgar su fatiga, dolores y molestias como señales de debilidad física. Los estados de ánimo también influyen en cómo las personas juzgan su eficacia personal, un estado de ánimo positivo fomenta la autoeficacia percibida, contrario a esto, un estado de ánimo negativo la reduce. En ese sentido, la cuarta forma de influir en las creencias de autoeficacia es favorecer el estado físico, reducir el estrés y las proclividades emocionales negativas (Bandura, 1999).

Ahora bien, las expectativas de eficacia son diferentes a las expectativas de respuesta-resultado. Cuando hablamos de expectativa de resultado, nos referimos a la estimación que realiza una persona de que una conducta o comportamiento determinado conducirá ciertos resultados, mientras que una expectativa de eficacia se refiere a la convicción que posee una persona de que puede realizar con éxito la conducta o comportamiento que se necesita para generar los resultados (Bandura, 1977).

La autoeficacia percibida por las personas tiene gran influencia en la elección de los entornos conductuales, pues las personas suelen evitar situaciones amenazantes creen que

exceden sus habilidades de afrontamiento, y por otro lado éstas tienden a involucrarse en otras actividades en las cuales se comportan con seguridad, ya que se consideran capaces de manejar situaciones que de otro modo serían intimidantes. Las expectativas de eficacia que posee una persona determinan cuánto esfuerzo realizará o dedicará y cuánto tiempo le hará frente a los obstáculos que se le presenten. En este sentido, cuanto más alta sea la autoeficacia percibida, más activos serán los esfuerzos (Bandura, 1977).

Así pues, resumiendo lo anterior mencionado, la autoeficacia percibida es un determinante muy importante en la elección de las actividades que realizan las personas, cuánto esfuerzo les dedicarán y cuánto tiempo mantendrán el esfuerzo para afrontar situaciones estresantes. Las creencias en la eficacia personal son una base importante de acción, ya que las personas guían sus vidas por su autoeficacia percibida (Bandura, 1977).

La autoeficacia personal compone el factor clave de la agencia humana. Si una persona cree que no tiene la capacidad de generar resultados, simplemente no intentará realizar dicho comportamiento. Al enfrentarse a las diversas situaciones de la vida, las personas las analizan y consideran cursos de acción alternativos, juzgan las habilidades que poseen para realizarlos con éxito y estiman los resultados que sus acciones pueden producir. Las personas actúan de acuerdo con sus juicios, posteriormente reflexionan sobre qué tan bien les han servido sus pensamientos para manejar las situaciones, y cambian sus pensamientos y estrategias con base a esa reflexión (Bandura, 1977).

Bandura (1997), menciona que frecuentemente los conceptos de autoestima y autoeficacia se utilizan como si se hablara del mismo fenómeno, sin embargo, se refieren a dos cosas completamente diferentes. La autoeficacia percibida se refiere a los juicios que hace una persona sobre su capacidad personal, por otro lado, la autoestima se encarga de los juicios de autovalía. De esta forma, las personas pueden juzgarse como ineficaces en una actividad sin sufrir ninguna pérdida de autoestima, ya que no invierten su autoestima en esa actividad.

Asimismo, la autoeficacia tampoco es autoconcepto. El autoconcepto por su parte se

refiere a lo que las personas creen sobre sí mismas. Si bien, las creencias de autoeficacia constituyen un aspecto importante del autoconcepto, éste incluye muchas otras creencias sobre el que no se relacionan con la autoeficacia (Gosselin & Maddux, 2003). Estas creencias pueden ser atributos físicos y rasgos de la personalidad. “Las creencias de autoeficacia en un dominio determinado contribuirán a la autoestima sólo en proporción directa a la importancia que se le dé a ese dominio” (Gosselin & Maddux, 2003, p. 4).

Mone, Baker y Jeffries (1995 citados en Bandura, 1977) mencionan que las personas necesitan una autoeficacia alta y firme para mantener el esfuerzo necesario para obtener éxito. Por lo que, en las actividades, la autoeficacia predice las metas que las personas se establecen y los logros obtenidos en el desempeño, por otro lado, la autoestima no afecta ni los objetivos ni el desempeño.

Es importante mencionar que las creencias de autoeficacia no son competencias. Las competencias se refieren a lo que las personas saben acerca del mundo y lo que saben hacer, éstas incluyen “la calidad y el alcance de las construcciones cognitivas y las representaciones conductuales de las que el individuo es capaz” (Mischel, 1973, p. 266, citados en Gosselin & Maddux, 2003). Por lo que las creencias de autoeficacia son creencias, ya sea precisas o no, sobre las competencias de una persona y la capacidad de la misma para ejercer estas competencias en determinadas situaciones.

Las creencias de autoeficacia tienen que ver con lo que la gente cree que puede hacer con sus habilidades y capacidades en determinadas condiciones. La autoeficacia no es una predicción sobre el comportamiento y no se interesa por lo que las personas creen que harán, más bien por lo que creen que pueden hacer en determinadas situaciones, en especial en las que parecen amenazantes y desafiantes (Gosselin & Maddux, 2003).

Competencias transversales

Actualmente el mercado laboral exige que los futuros trabajadores posean además de un nivel elevado de capacitación profesional, también una gran capacidad de adaptación dentro de un entorno que cambia con mucha rapidez. En este sentido, González y Wagenaar (2003), han mencionado en sus investigaciones la relevancia de que los futuros egresados desarrollen competencias transversales en el proceso de su inserción laboral.

Las competencias transversales son las que están relacionadas con el desarrollo personal, es decir, no dependen de un ámbito disciplinario específico, más bien se internan en todos los dominios de acción profesional (González & Wagenaar, 2003). De acuerdo con Sánchez (2004, citado en Tejeda, 2016), las competencias transversales, las cuales son conocidas también como genéricas, son un grupo de competencias que nacen del entrelazamiento entre las diversas disciplinas. Por lo que se comprende que dichas competencias no se encuentran directamente ligadas a ninguna disciplina, sino que pueden ser aplicadas a una gran variedad de áreas y situaciones. Asimismo, Gebbie y Gill (2008 citado en Vieira & Rigatto, 2018), mencionan que las competencias transversales son aquellas que van más allá de los límites de disciplinas o áreas específicas.

Sánchez (2004, citado en Tejeda, 2016), menciona que las competencias transversales, se identifican con destrezas genéricas tales como comunicación, trabajo en equipo, solución de problemas, liderazgo, creatividad, razonamiento, motivación y la capacidad de aprender. La Universidad de Sheffield Hallam considera como competencias transversales la comunicación, la cual incluye comunicar y presentar argumentos orales y escritos; uso de tecnologías de la información y la comunicación; competencia matemática, la cual implica interpretar y presentar información numérica; competencia social, la cual se refiere al trabajo con otros, obteniendo como resultado el desarrollo de habilidades interpersonales; competencia de aprendizaje, refiriéndose a mejorar el propio aprendizaje, además del desarrollo de habilidades de estudio y de investigación, búsqueda de información, capacidad de planificación, saber gestionar y

reflexionar acerca del propio aprendizaje y finalmente tener la capacidad de solucionar problemas (Tejeda, 2016).

Por su parte, en el estudio realizado por Valera (2010), se abordan las demandas del mercado laboral a los titulados universitarios. En dicho estudio se plantean algunas de las competencias transversales para el trabajo, las cuales son: Resolución de problemas; Toma de decisiones; Capacidad de gestión de la información; Comunicación oral y escrita; Capacidad de análisis y síntesis; Trabajo en equipo; Habilidades en las relaciones interpersonales; Aprendizaje autónomo y Liderazgo; entre otras. Lucas (2006), menciona que las competencias genéricas son necesarias para la inserción laboral de las personas en las diferentes profesiones y en la búsqueda activa de empleo.

Por tal motivo es importante centrarse en evaluar las competencias transversales de manera sistemática, ya que los futuros egresados han sido formados de manera indirecta en tales competencias probablemente desconocen la importancia que tienen éstas para su futura inmersión en el mercado laboral o no se sienten capaces de cumplir las demandas personales, sociales y psicológicas que conlleva el trabajo.

Trabajo en equipo

Las organizaciones han experimentado un gran cambio a lo largo de los últimos años, esto ha propiciado una forma de trabajar más colaborativa y cooperativa. La dificultad de las organizaciones implica trabajar por medio de objetivos en común, los cuales están relacionados con los roles adquiridos de cada miembro o funciones predeterminadas. Asimismo, la complejidad del mundo laboral y la innovación tienen como resultado que se generen diversas situaciones en las que se requiera una gran variedad de habilidades, niveles altos de conocimiento, respuestas rápidas y adaptabilidad. Y es por medio de los equipos en donde se pueden desarrollar dichas características. Es por ello que cada vez más se emplean los equipos dentro de las organizaciones (Torrelles, y otros, 2011).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, podemos plantear que una de las competencias genéricas que mayor impacto tendrá en la vida laboral de los futuros egresados es el Trabajo en Equipo, ya que como refiere Valera (2010), es una de las competencias transversales que más valoran los empleadores. Asimismo, Barraycoa & Lasaga (2010) argumentan que el trabajo en equipo es la competencia transversal que es más requerida por los empleadores y, aunado a esto, los recién egresados mencionan que es la competencia que más utilizan en el desempeño de su actividad laboral.

De esta forma, el trabajo en equipo es considerado un punto clave y una ventaja competitiva, debido a que permite aumentar la productividad, la innovación y la satisfacción en el trabajo. Aunado a esto, se considera que los equipos pueden generar más beneficios a las organizaciones que un trabajador (Torrelles, y otros, 2011). Barraycoa & Lasaga (2010) definen al trabajo en equipo como la capacidad de integrarse en grupos de trabajo para alcanzar objetivos comunes, mientras que Torrelles, y otros (2011), definen al trabajo en equipo como: La colaboración y cooperación de diversos miembros, estimulando la participación y comunicación entre ellos para generar mejoras e incrementar la calidad del trabajo realizado.

Finalmente, Cardona y Wilkinson (2006), mencionan que el trabajo en equipo es la colaboración, planificación, organización y desarrollo de un trabajo en conjunto, el trabajo en equipo requiere tener una meta en común, proponer ideas y aceptar las de otros, saber escuchar a los demás, así como colaborar y gestionar los tiempos de trabajo. En ese sentido, el trabajo en equipo es la interdependencia de actitudes entre los miembros de un grupo y no sólo es el resultado de la suma de tareas individuales.

Ahora bien, Winter (2000), argumenta que el trabajo en equipo requiere de una metodología de trabajo, en la cual en un primer momento se necesita identificar problemas ante situaciones que lo requieran para así planificar una solución que posteriormente pueda ser aplicada. Asimismo, el mismo autor menciona que es de gran importancia la resolución de conflictos y el saber comunicarse asertivamente para el trabajo en equipo, así como también el

escuchar y aceptar las ideas de los demás miembros del equipo, finalmente se requiere ser responsable cumpliendo en tiempo y forma con los trabajos solicitados.

De acuerdo con las definiciones anteriores, para el presente trabajo se define al Trabajo en Equipo dentro de entornos laborales como: “La capacidad para colaborar coordinadamente con otros miembros de un equipo de personas para la consecución de objetivos comunes de los cuales son responsables”. En ese sentido, podemos decir que el trabajo en equipo, es una competencia genérica para la vida laboral que involucra conductas y habilidades relacionadas con: comunicación interpersonal, solución de conflictos en el trabajo, planificación del trabajo, objetivos en común y colaboración con otras personas.

Torrelles, y otros (2011), mencionan que para trabajar en equipo se requiere la movilización de recursos propios y externos, de conocimientos, habilidades y aptitudes, lo cual permite a una persona adaptarse y junto a otras personas alcanzar un determinado objetivo. La no disposición de estos elementos por parte de algunas personas puede provocar que no se logren los resultados esperados y dificultar su integración en las dinámicas organizacionales donde se haya adoptado. Otro aspecto importante es que para saber trabajar en equipo no es suficiente con poseer los conocimientos de equipo, sino que es de suma importancia que dichos conocimientos sean puestos en práctica, pues no es solo saber trabajar en equipo, sino que además se tiene que saber hacer (competencias metodológicas), saber estar (competencias sociales) y saber ser (competencias personales).

Se realizó un estudio sobre trabajo en equipo en recién egresados, en el cual se obtuvo como resultado que ésta es la competencia en la que los recién egresados afirman estar mejor formados, no obstante, los empleadores consideran que los jóvenes poseen un déficit en su capacidad para trabajar en equipo. Esto quiere decir que tanto los recién egresados como los empleadores tienen diferentes concepciones de lo que es trabajar en equipo, pues los estudiantes consideran el trabajo en equipo como trabajo en grupo, mientras que para los empleados es algo más que integrar esfuerzos (Barraycoa & Lasaga, 2010).

En dicho estudio se concluye que el profesorado de las escuelas enseñe a los estudiantes que trabajar en equipo no es sólo la suma de esfuerzos. Además de que se fomenten habilidades como la comunicación interpersonal, la responsabilidad y compromiso con los demás miembros del equipo, la gestión del tiempo, la confianza y el respeto en la toma de decisiones grupales (Barraycoa & Lasaga, 2010).

Por tal motivo, es relevante evaluar y medir los niveles de auto-eficacia con relación al trabajo en equipo como competencia genérica para el trabajo, pues es considerada una habilidad personal que independientemente de la profesión o área en que se desempeñen las personas, deben poseer para desarrollarse de manera exitosa en el mercado laboral según menciona González, y otros (2003).

Trabajo en equipo en medicina.

El trabajo en equipo en los últimos años se ha convertido en un enfoque importante en el área de atención sanitaria, una parte de ello se debe al informe que fue proporcionado por el Instituto de Medicina, el cual detalla la alta tasa de errores médicos que son prevenibles y que principalmente son originados por un trabajo en equipo disfuncional o inexistente (Ribeiro, Severo, & Ferreira, 2016).

Hay poca información acerca del trabajo en equipo en el área médica. Autores como O'Connell & Pascoe (2004), argumentan que existe poca experiencia en la enseñanza del trabajo en equipo y liderazgo en la escuela de medicina. Asimismo, también mencionan que el papel y las responsabilidades de los médicos están evolucionando con los cambios que han tenido los servicios de la salud, lo cual ha generado que se requieran nuevos conocimientos y habilidades para los médicos de hoy y de mañana.

La administración de la atención de personas y poblaciones con frecuencia requiere la participación del médico trabajando en equipo. Así pues, para que la práctica clínica sea eficaz y de alta calidad, se requiere que un médico sea miembro de un equipo, frecuentemente líder

de muchos equipos, los cuales deben trabajar juntos para otorgar atención médica. En este sentido, actualmente los médicos que brindan atención a la salud deben tener conocimientos y habilidades para trabajar en equipo y poseer capacidad de liderazgo. Para lograr lo anterior, la educación profesional de los médicos debe de incluir conceptos como la estructura y la función de los equipos, así como conceptos de liderazgo. Desafortunadamente existe poca publicación en la literatura de educación médica acerca de trabajo en equipo y liderazgo en los planes de estudio de las escuelas de medicina. Solo pocos artículos han descrito proyectos curriculares para enseñar trabajo en equipo liderazgo a estudiantes de medicina o enfermería (O'Connell & Pascoe, 2004).

Se han realizado pocas investigaciones sobre el trabajo en equipo en el área médica. En un estudio que se realizó se encontró que, durante reanimaciones traumatológicas, procedimientos quirúrgicos, y tratamiento de pacientes en unidades de cuidados intensivos hay un trabajo en equipo pobre y la comunicación es deficiente (Sexton, Thomas & Helmreich, 2000).

En un estudio realizado por Schaefer, Helmreich & Scheidegger (1995), se realizaron observaciones sistemáticas del comportamiento del equipo en el quirófano, y como resultado se hizo evidente que todo el personal que trabaja como parte de un equipo en el quirófano podría beneficiarse de una capacitación formal sobre trabajo en equipo, en el cual se tomen en cuenta los factores interpersonales y que la calidad, seguridad y el desempeño podría mejorarse bastante al incluir cuestiones interpersonales en la formación y educación de todo el personal médico. Estos autores también mencionan que los factores humanos del desempeño del equipo, es decir, los factores interpersonales en el quirófano está mal documentado, pues en rara ocasión se enseñan y casi nunca se evalúan.

En otro estudio realizado por Sexton, Thomas & Helmreich (2000), se obtuvieron como resultados que los consultores quirúrgicos y los residentes calificaron el trabajo en equipo que experimentaron con otros cirujanos consultores como el más alto, el 64% y 73% reportaron

altos niveles de trabajo en equipo, mientras que el 7% y 9% reportaron niveles bajos. Los residentes de anestesia, enfermeras de anestesia y enfermeras quirúrgicas calificaron las interacciones con cirujanos consultores más bajas, sólo 10%, 26% y 28% de ellos reportaron altos niveles de trabajo en equipo.

Todo lo anterior se traduce a que los médicos del área de cirugía generalmente informan que realiza un buen trabajo en equipo con el personal de anestesia, sin embargo, el personal de anestesia no tiene una percepción recíproca. Asimismo, se encontraron diferencias entre médicos y enfermeras con relación a la calidad del trabajo en equipo en el área de cuidados intensivos. A pesar de que el 77% de los médicos de esta área reportaron niveles altos de trabajo en equipo, únicamente el 40% de las enfermeras reportó niveles altos de trabajo en equipo con los médicos (Sexton, Thomas & Helmreich, 2000).

Un aspecto importante de rescatar del estudio anterior es que más de la mitad de los encuestados reportó que les resulta difícil discutir errores, y se reconocieron diversas barreras para ello. Algunas de estas barreras son la reputación del personal y las expectativas o egos de otros miembros del equipo (Sexton, Thomas & Helmreich, 2000).

Medición en psicología

La meta de la psicología, así como la de otras ciencias empíricas es la creación de leyes o principios que nos permitan explicar y predecir el fenómeno o fenómenos que estudia, lo que quiere decir es que se pretende la descripción, explicación y predicción del comportamiento humano. Para lograr dicha meta se debe de recoger y comparar datos para establecer correlaciones, ecuaciones, etc. que permitan fundamentar las teorías. No obstante, el problema más importante para la psicología es obtener métodos que sean adecuados para la medición, pues una teoría únicamente se puede probar si las variables que se hipotetizan pueden ser medidas de forma adecuada (Aragón, 2011).

Ahora bien, Fernández & Baptista (2014), definen qué medir en psicología es “el

proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos” (Fernández & Baptista, 2014, p. 199). Sin embargo, la psicología estudia variables que no pueden ser medidas en absoluto, únicamente aproximadamente, tampoco pueden ser medidas directamente, sino indirectamente. Lo que se mide en psicología es la conducta, sin embargo, debido a lo anteriormente mencionado, más que conductas se miden atributos de la conducta, para ser más exactos, atributos psicológicos. Éstos se miden por medio de indicadores, es decir, por medio de instrumentos que indirectamente nos enseñaran una muestra del atributo que queremos medir. Ahora bien, el propósito de medir en psicología es para determinar cuánto está presente un atributo en una persona determinada (Aragón, 2011).

Es importante contemplar la naturaleza del atributo antes de medirlo, pues es probable que no exista o al menos no de la forma que es propuesta, por lo que posiblemente el atributo si exista, pero esté mal definido o medido. La cuantificación es la asignación de números para especificar la cantidad de un atributo presente (Aragón, 2011).

Para hacer una medición en psicología se utilizan instrumentos, en los cuales se registran la información y los datos que se obtienen. Se puede considerar que la medición es eficaz cuando el instrumento que se utiliza realmente representa las variables que se quieren medir, de lo contrario la medición es deficiente (Fernández & Baptista, 2014). Las pruebas psicológicas son una técnica de medición. Las pruebas miden las diferencias individuales de una persona y en cuanto a algún rasgo o tributo, su propósito es estimar dicha cantidad. Las características principales que deben poseer las pruebas psicológicas son: medida objetiva, la cual implica precisión en la medida; muestra de conductas, que se refiere a una muestra limitada de las conductas que representan el dominio conductual del atributo; técnica o procedimiento sistemático, se refiere a la noción de estandarización o tipificación; establecimiento de normas de comparación y predicción o inferencia (Aragón, 2011).

La psicología debe enfocar mucha atención al realizar los instrumentos de evaluación, pues como se mencionó anteriormente, los atributos psicológicos no pueden ser medidos con

exactitud y tampoco directamente, ya que son constructos psicológicos que intentan explicar el comportamiento. Así pues, el diseño de instrumentos para medir éstos constructos presenta diversos problemas, tales como: 1) No existe una sola aproximación a la medición de un constructo; 2) Las medidas psicológicas están basadas en una muestra representativa de conducta; 3) La medida siempre tendrá un error, y una cuestión importante es estimar ese error; 4) La falta de escalas con origen y unidades de medida bien definidas; 5) Los constructos no pueden ser definidos aisladamente, deben de establecerse relaciones con otros constructos (Aragón, 2011).

En ese sentido, para poder considerar que un instrumento es adecuado y científico debe de contar con dos requisitos fundamentales, debe ser confiable y válido. La confiabilidad se refiere a la exactitud con que un instrumento mide un objeto, con más precisión es la ausencia de errores de medición. Cuando hablamos de un instrumento válido nos referimos a que éste es válido si hace aquello para lo que fue creado, la validez de un instrumento o prueba tiene que ver con lo que mide, su eficacia y lo que se puede inferir con los puntajes que se hayan obtenido. Un aspecto importante al investigar la validez de un instrumento es que lo que es válido no es el instrumento en sí, sino la interpretación de los datos que se obtienen a través de un procedimiento específico. Los Standards of the American Psychological Association establecen tipos de validez, los cuales son: validez de constructo; validez de criterio; y validez de contenido (Aragón, 2011).

Bologna (2011), argumenta que es de suma importancia y fundamental que se defina el concepto con el que se quiere trabajar, para que de esta forma se diseñe un instrumento que refleje esa definición y finalmente aplicar el instrumento a las personas que se pretende evaluar. Esto último nos ayudará a obtener un número, que al expresar de manera cuantitativa podremos realizar comparaciones del concepto entre personas, grupos, etc.

Ahora bien, Malo (2008), argumenta que es importante mencionar que la utilización incorrecta de los instrumentos o pruebas puede traer consecuencias graves, ya que están

implicadas decisiones de gran importancia para la vida de las personas. La mayoría de los problemas surgen del uso inadecuado de los mismos, de su construcción, de sus propiedades técnicas o de un manejo incorrecto por parte de la persona que esté evaluando.

Por otro lado, para medir la autoeficacia deben construirse escalas. Las escalas de autoeficacia deben de ser adecuadas al objeto que se quiere estudiar, por lo que los reactivos de autoeficacia tienen que reflejar con total precisión el constructo que se quiere medir. Como la autoeficacia sólo hace alusión a la capacidad percibida por las personas, los reactivos tienen que ser redactados en términos de *puedo hacer* y no *lo haré* (Bandura, 2001).

Cuando se mida la autoeficacia, en la escala que se construya deben de aplicarse niveles de demandas de las tareas para que se representen diferentes grados de dificultad o impedimento para la obtención de éxito. Si no existen obstáculos para superarse, la actividad o la tarea que se pretende evaluar será realizada fácilmente y se obtendrá como resultado que todos los participantes posean autoeficacia alta en esa demanda (Bandura, 2001).

Un aspecto importante sobre la construcción de escalas de autoeficacia es que los reactivos tienen que ser redactados de acuerdo al nivel de lectura de las personas que participarán en la aplicación. Los reactivos tienen que ser redactados de forma breve y explícita, se recomienda realizar un pretest para verificar que sean claros y fáciles de comprender. En la metodología para medir la autoeficacia las personas juzgan las creencias en su capacidad para realizar las demandas solicitadas. Los participantes registran sus respuestas en una escala de 100 puntos, la cual se divide en intervalos de 10 puntos, que varían del 0 (no me siento capaz de poder hacerlo), pasando por grados intermedios como 50 (relativamente capaz de poder hacerlo), hasta una completa seguridad, 100 (seguro de poder hacerlo) (Bandura, 2001).

Algo que afecta mucho a las evaluaciones psicológicas es la falta de instrumentos validados y estandarizados en los contextos de su aplicación. Es por todo lo anterior que en el presente trabajo se construyó una escala confiable y válida de autoeficacia para el Trabajo en

Equipo en ambientes laborales para los futuros egresados, ya que no existe una escala de ese tipo con esas características que se encuentre disponible para su aplicación.

Planteamiento del problema

Desde hace muchos años se han realizado estudios para identificar cuáles son los factores que afectan la seguridad de los pacientes, como consecuencia de ello, se encontró que la interacción entre los médicos y los técnicos se encuentran involucrados en la asistencia a los pacientes afecta a la seguridad de los mismos. Los estudios indican que entre el 25% y 75% de los errores médicos se relacionan con problemas en la comunicación entre los integrantes del equipo. Se ha demostrado que los equipos tienen menos errores que los individuos, ya que cada integrante del equipo conoce sus responsabilidades y las de los otros miembros (Randu, 2016).

En ese sentido, se puede observar que es fundamental que los médicos cuenten con la capacidad de trabajar en equipo. Los médicos, como en cualquier otra profesión se ven en la necesidad de estar en contacto con otras personas para realizar su trabajo, vuelve tales como enfermeras, psicólogos, o incluso otros médicos con distintas especialidades. De acuerdo con lo anterior, se puede decir que es relevante desempeñarse adecuadamente con los demás miembros del equipo. Al contar con personal capacitado en esta competencia transversal la seguridad del paciente incrementa, los errores médicos se minimizan, se reducen los gastos generados por negligencia y complicaciones de los pacientes debido a la falta de trabajo en equipo. Por tal motivo, es importante conocer qué tan eficaces se consideran los estudiantes de la carrera de Médico Cirujano para el trabajo en equipo y de esta forma, diseñar una futura capacitación para que puedan aumentar su autoeficacia.

Método

Objetivo

El presente trabajo tiene el propósito de evaluar y conocer los niveles de autoeficacia para el trabajo en equipo que tienen los estudiantes próximos a egresar de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Objetivos específicos/particulares:

- Construir una escala válida y confiable de autoeficacia para el Trabajo en Equipo en ambientes laborales
- Obtener normas de puntuación (Z) para la competencia de Trabajo en equipo en ambientes laborales.

Muestra

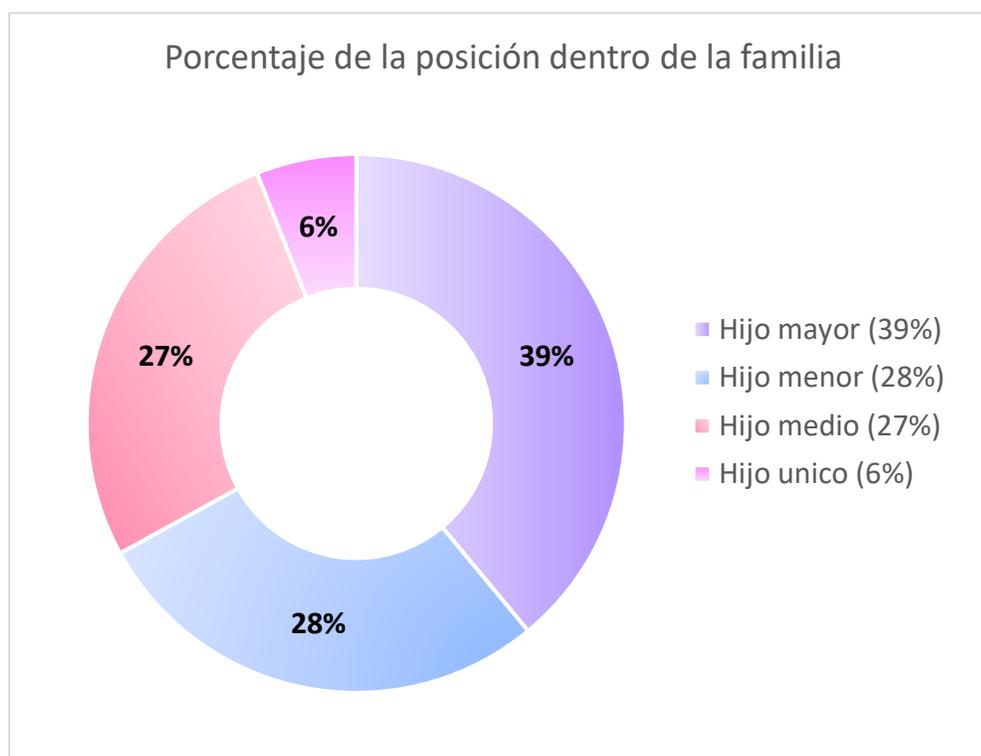
Se utilizó una muestra no probabilística de 82 estudiantes próximos a egresar de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. De los 82 estudiantes, 64 fueron mujeres y 18 hombres. El promedio de edad de los estudiantes fue de 23 años, la mayoría viven en la Ciudad de México 51.21%, seguido por el Estado de México 39.02%. Algunas de las variables indagadas por medio de un cuestionario de datos sociodemográficos, arroja de igual manera que el 79.26% viven con sus padres, mientras que el 9.75% que viven con su pareja, el resto de ellos viven solos o con otro familiar. El 89.02% son solteros, 8.53% viven en unión libre y 3.43% están casados. Sólo el 9.76% de los estudiantes evaluados tienen hijos.

De igual modo se encontró que la mayoría son hijos mayores, pues representan el 39.02%, el 28% son hijos menores, 27% hijos de en medio y sólo 6% son hijos únicos. En cuanto a los ingresos se refiere, el 46.34% reportó que sus ingresos familiares mensuales

ascienden entre 4,500 a 9,000 pesos. El 53.65% ha trabajado de manera formal, el 31.70% de los estudiantes está trabajando actualmente. De igual modo cabe mencionar que la mayoría de los padres de los estudiantes (67.07%) ha trabajado de manera formal en una empresa o institución, además el 53.65% de los padres han tenido un negocio propio. Únicamente el 49% de estudiantes ha recibido formación laboral durante su formación académica. A continuación, se presentan algunas gráficas de los datos obtenidos.

Figura 1

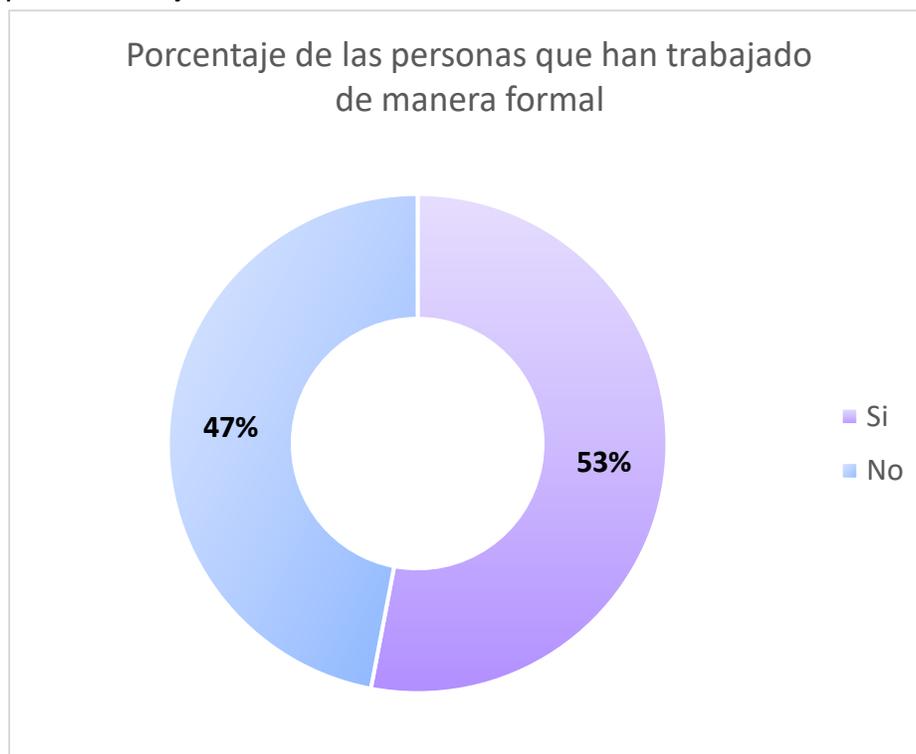
Posición que ocupan dentro de su familia



Nota: La gráfica muestra el porcentaje de la posición que ocupan los estudiantes de Médico Cirujano dentro de la familia. Fuente: Elaboración propia.

Figura 2

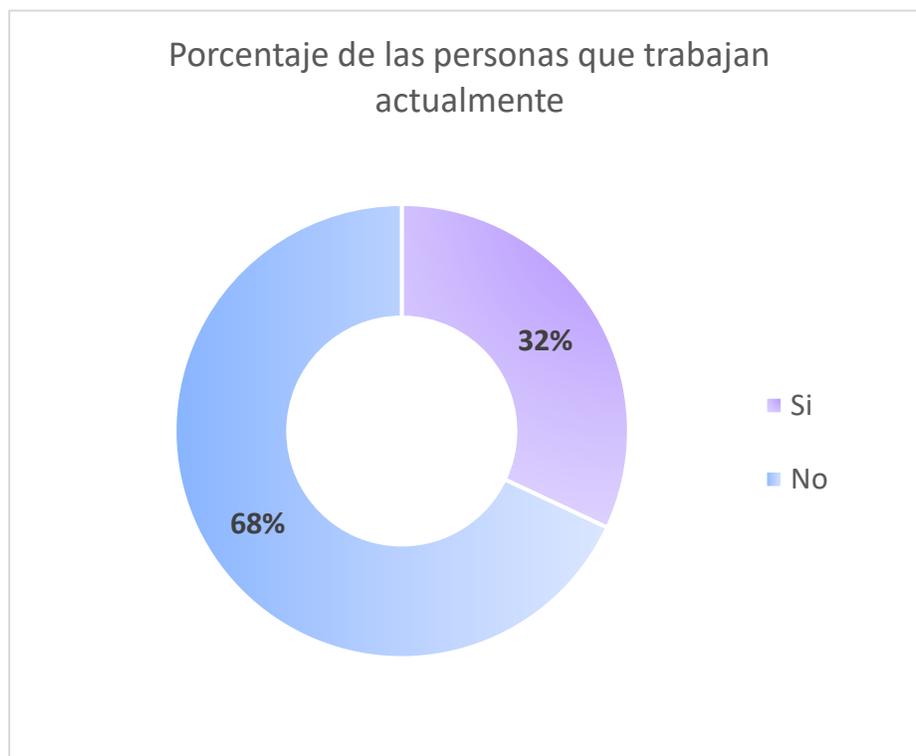
Estudiantes que han trabajado.



Nota: La gráfica muestra el porcentaje de los estudiantes de Médico Cirujano que han trabajado de manera formal. Fuente: Elaboración propia.

Figura 3

Estudiantes que trabajan actualmente.



Nota: La gráfica muestra el porcentaje de los estudiantes de Médico Cirujano que trabajan actualmente. Fuente: Elaboración propia.

Figura 4

Estudiantes que han recibido información laboral en su formación académica.



Nota: La gráfica muestra el porcentaje de los estudiantes de Médico Cirujano que han recibido formación laboral en su formación académica. Fuente: Elaboración propia.

Procedimiento**Fase uno: Construcción de la escala, validez y consistencia interna.**

En esta primera fase se llevó a cabo la construcción de una escala para medir los niveles de creencias de autoeficacia para el trabajo en equipo en futuros egresados desde el enfoque de las competencias transversales, para ello se investigó acerca de lo que es el trabajo en equipo y basándose en la literatura se definió la variable como: *La capacidad para colaborar coordinadamente con otros miembros de un equipo de personas para la consecución de*

objetivos comunes de los cuales son responsables. Después se elaboró un banco de reactivos para la escala, basados en la guía para la Construcción de escalas de autoeficacia propuesta por Bandura (2006). Se utilizó un registro de respuestas de 10 puntos, en los cuales 0 es *no me siento capaz de poder hacerlo*, teniendo grados intermedios como 5 que es *relativamente capaz de poder hacerlo*, hasta 10 que es *seguro de poder hacerlo*.

Luego de definir la variable y elaborar el banco de reactivos o ítems de acuerdo con la guía de Bandura (2006), se seleccionaron 20 posibles reactivos para componer la escala, los cuales se enuncian a continuación:

Qué tan capaz me siento de:

1. Tener buenas relaciones sociales con los compañeros de equipo, aunque tengan formas de pensar diferentes a las mías.
2. Comprometerme con la entrega final del trabajo del equipo en el tiempo estimado.
3. Escuchar con atención las sugerencias de los demás miembros del equipo para planear el trabajo.
4. Colaborar en equipo con personas de otras áreas o profesiones, aunque no sea mi área de conocimiento.
5. Respetar las propuestas de otros compañeros, aunque sean diferentes a las mías.
6. Realizar de manera minuciosa y detallada el trabajo, aunque tenga mucha carga laboral.
7. Trabajar con equipos a distancia mediante herramientas de cómputo sin que

me distraiga en las redes sociales.

8. Escuchar respetuosamente las opiniones de los demás compañeros de equipo, aunque no esté totalmente de acuerdo.
9. Comunicar a mis compañeros inconformidades con las funciones que estoy desempeñando dentro del equipo.
10. Colaborar con mis compañeros para realizar un trabajo solicitado de manera urgente.
11. Trabajar con personas de edad o experiencias diferentes a las mías.
12. Trabajar con equipos a distancia mediante herramientas de cómputo o tecnológicos gestionando mis propios tiempos.
13. Mostrar apertura para la resolución de los conflictos interpersonales que puedan surgir entre los integrantes del equipo.
14. Propiciar un clima de equipo agradable aún bajo presión.
15. Participar activamente con mis compañeros proponiendo ideas en la planificación del trabajo antes de llevarlo a cabo.
16. Respetar los horarios y los tiempos de trabajo acordados por el equipo.
17. Mantener una buena relación laboral con un integrante del equipo que no sea de mi agrado.
18. Integrarme a un nuevo equipo laboral cuando ya se estableció la forma de trabajo.

19. Confiar en el trabajo de los compañeros del equipo a pesar de no tener mucho tiempo de conocerlos.

20. Integrar las ideas de otros con las mías para cumplir los objetivos del proyecto de trabajo.

Validez de Contenido

Después de redactar los reactivos se procedió a calcular el índice de validez de contenido, para ello se utilizó el método CVI (Content Validity Index) de Lawshe (1975, citado en Tristán, 2008). Este autor propuso un modelo que consiste en organizar un Panel de Evaluación de Contenido integrado por especialistas o expertos en el área o tareas que se pretende evaluar, las cuales pueden ser competencias, conocimientos, habilidades, funciones etc. Dichos especialistas o expertos deben de contar con los ítems o reactivos que se pretende analizar y sobre los cuales emitirán su opinión en tres categorías: esencial, útil pero no esencial, no necesario. Lawshe (1975, citado en Tristán, 2008), postula que dichas categorías están relacionadas con el conocimiento, habilidad o competencia que mide cada reactivo y la relación de éste con el constructo a evaluar.

En otras palabras, el método de Lawshe (1975, citado en Tristán, 2008), se basa en la valoración de cada uno de los ítems o reactivos del instrumento realizada por un grupo de expertos en el tema, de esta forma el índice de validez de contenido es determinado por medio del acuerdo entre jueces expertos en la temática que se aborda.

En la presente investigación, se solicitó la ayuda de siete expertos en el tema, todos son docentes de la carrera de Psicología de la FES Iztacala de la UNAM. A cada experto se le proporcionó un formato que incluía en columnas los reactivos a analizar con el objetivo de que emitiera su opinión sobre cada uno de los reactivos. Como propone Lawshe (1975, citado en Tristán, 2008), se realizaron tres categorías para que cada experto seleccionara la casilla que

considerara adecuada al reactivo: esencial, útil pero no esencial, no necesario.

Luego de que los expertos emitan su opinión respecto a cada ítem o reactivo en las tres categorías anteriormente mencionadas, se debe determinar el número de coincidencias en la categoría esencial. Para que se considere que el reactivo o ítem tiene un cierto grado de validez de contenido se debe contar con más del 50% de acuerdo de los expertos (Tristán, 2008).

Los valores del CVI oscilan entre -1 y 1, las puntuaciones obtenidas cercanas a 0 son bajas (reactivos no necesarios), y puntuaciones cercanas a 1 se consideran puntuaciones altas (reactivos esenciales). Una de las ventajas del CVI de Lawshe es que se enfoca en medir el grado de acuerdo entre los expertos en la categoría de útil y no el nivel de desacuerdo entre los mismos. Se considera que el grado de acuerdo entre los expertos para los reactivos que califican como útiles provee la información necesaria para la selección de los reactivos válidos que deben de conformar las escalas (Tristán, 2008).

Para obtener el índice de validez se usó en primera instancia la siguiente fórmula:

$$VCI = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

En dicha fórmula, n se refiere al número de expertos que han otorgado la calificación de útil al reactivo y N se refiere al número total de expertos. En este sentido, se calcula el número de expertos que consideran útil al reactivo menos el número total de los expertos entre 2 sobre el número total de los expertos sobre 2. El resultado de esta fórmula nos indicará el índice de validez de contenido (-1 a +1) del reactivo evaluado, por tal motivo, se debe realizar con cada uno de los reactivos que componen la escala a validar, posteriormente se obtendrá la sumatoria de éstos y se dividirá entre el número total de reactivos aceptados o considerados

útiles (Tristán, 2008).

Ahora bien, como ya se mencionó el CVI es un índice que arroja la validez de contenido con base en un juicio de expertos, es importante mencionar que uno de los principales problemas que los investigadores enfrentan al obtener la validez de contenido de los reactivos de la escala, es que desde el modelo de Lawshe, se necesita grandes cantidades de expertos (Tristán, 2008), por lo que en situaciones en las que no es posible contar con un gran número de expertos que puedan emitir un juicio es posible utilizar la adecuación al modelo de Lawshe (1975, citado en Tristán, 2008), realizada por Tristán (2008). En dicha adecuación se obtiene la validez de las pruebas objetivas requiriendo el apoyo de pocos panelistas expertos para validar los reactivos utilizando la siguiente expresión:

$$CVR' = \frac{CVR + 1}{2}$$

En esta fórmula CVR es la razón de validez de contenido para cada reactivo o ítem (CVI). Se toma el valor obtenido para cada ítem con la fórmula propuesta por Lawshe (1975, citado en Tristán, 2008), y se le suma 1, posteriormente se divide entre 2. Por lo que obtenemos valores ajustados de CVI con pocos expertos como fue el caso de este trabajo que contó con siete expertos. Para que un reactivo se considere útil debe tener un valor de acuerdo mínimo de 0.43, lo que quiere decir que 5 expertos deben de estar de acuerdo, si existen valores menores a 0.43, el reactivo debe ser rechazado.

Una vez que se han ajustado todos los CVI con la fórmula de Tristán (CVR') los valores que se obtuvieron deben ser sumados y divididos entre el total de reactivos aceptados para obtener el índice global de validez de contenido de toda la escala (Vargas, Máynez, Cavazos y

Cervantes, 2016), valores cercanos a 1 indican mayor validez global de contenido:

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVRi}{M}$$

En la siguiente tabla Tristán (2008), menciona el número de desacuerdos y acuerdos de los especialistas posibles para contemplar un ítem o reactivo válido de acuerdo con el número de expertos que evalúa la escala.

Tabla 1

Valores de CVR mínimos.

Panelistas	Acuerdos en "esencial"	No acuerdos	χ^2	CVRo	CVR Lawshe	Diferencia CVR- CVRLawshe
2	3	-1	Caso imposi ble			
3	3	0	3.000	1.000	No reportados	
4	4	0	4.000	1.000		
5	5	0	5.000	1.00	1	0.00
6	6	0	6.000	1.00	1	0.00
7	7	0	7.000	1.00	1	0.00
8	7	1	4.500	0.75	0.75	0.00

9	8	1	5.444	0.78	0.78	0.00
10	8	2	3.600	0.60	0.62	0.02
11	9	2	4.455	0.64	0.59	0.05
12	9	3	3.000	0.50	0.56	0.06
13	10	3	3.769	0.54	0.54	0.00
14	11	3	4.571	0.57	0.51	0.06
15	11	4	3.267	0.47	0.49	0.02
20	14	6	3.200	0.40	0.42	0.02
25	17	8	3.240	0.36	0.37	0.01
30	20	10	3.333	0.33	0.33	0.00
35	23	12	3.457	0.31	0.31	0.00
40	26	14	3.600	0.30	0.29	0.01

Consistencia Interna

Ahora bien, para obtener la confiabilidad de la escala de autoeficacia para el trabajo en equipo en entornos laborales utilizada en este trabajo, se utilizaron dos métodos con apoyo del software estadístico SPSS en su versión 25. Primero se llevó a cabo el análisis de los reactivos respondidos por 102 estudiantes de psicología utilizando el método Split-half, el cual consiste en la división de la prueba en reactivos pares y nones y la posterior correlación de ambos utilizando la fórmula propuesta por Spearman:

$$R = \frac{2r}{1 + r}$$

En esta fórmula r se refiere al valor de correlación obtenido para las dos mitades. Los valores cercanos de R a 1 indican una fuerte consistencia interna del instrumento. Finalmente se aplicó el Alfa de Cronbach para confirmar los niveles de consistencia interna obtenidos por el método anterior, y obtener la matriz de correlaciones entre los reactivos y los valores de Alfa por ítem en caso de suprimirlos. Los valores obtenidos de Alfa cercanos a 1 suponen una alta confiabilidad de las pruebas (Bojorquez, López y Hernández, 2013).

Fase dos: Aplicación de la escala de autoeficacia para el trabajo en equipo en entornos laborales en futuros egresados de la carrera de Médico Cirujano

Ahora bien, una vez que se obtuvo la validez y la consistencia interna, se realizó un formato digital de la escala diseñada utilizando el software Limesurvey versión 4 alojado en el servidor www.cognociendo.unam.mx (figura 5).

Figura 5

Software Limesurvey versión 4.



Nota: La figura muestra el software en el cual se digitalizó la escala realizada. Fuente:
Elaboración propia.

En el formato digital se incluyó un consentimiento informado en el que se menciona la confidencialidad de los datos recabados (figura 6). Además, se incluyeron preguntas sociodemográficas (figura 7) con opciones de respuesta y los reactivos finales de la escala en forma de escala likert (figura 8).

Figura 6

Consentimiento informado digitalizado.

Cognociendo
Investigación + Desarrollo + Innovación

100%

Consentimiento informado

*Los siguientes cuestionarios forman parte de un proyecto académico cuyo fin es conocer los niveles de **auto-eficacia** para la inserción **laboral** de la población estudiantil de la FES Iztacala. Se compone de 4 escalas con las cuales se medirán cuestiones relacionadas con el Trabajo en Equipo, la Capacidad de Comunicación Oral y Escrita y la Capacidad de Gestión de Información así como otros aspectos relevantes para la inclusión laboral. Al término de esta evaluación los datos se analizarán con fines estadísticos y de manera **anónima**. Los resultados serán entregados de manera **individual** para que puedas consultarlos y conocer tus áreas de oportunidad y **fortalezas**.

Para cualquier duda o comentario te puedes dirigir al responsable del proyecto:
Dr. José Manuel Sánchez Sordo
jose.sordo@iztacala.unam.mx

Para continuar por favor da clic en el botón "Siguiente"

Elija una de las siguientes opciones.

Si, deseo continuar

Nota: En la figura se muestra el consentimiento informado que se realizó para el presente trabajo digitalizado en el Software Limesurvey versión 4. Fuente: Elaboración propia.

Figura 7

Datos sociodemográficos.

Cognociendo
Investigación + Desarrollo + Innovación

Demográficos

En esta sección encontrarás una serie de preguntas demográficas, por favor proporciona la información que se te solicita.
Recuerda que los datos obtenidos se utilizarán sólo con fines estadísticos.

*¿Cuál es tu género?

Elija una de las siguientes opciones.

Esta pregunta es de respuesta obligatoria

Masculino

Femenino

Otro

Nota: En la figura se muestra una de las páginas de los datos sociodemográficos digitalizados

en el Software Limesurvey versión 4. Fuente: Elaboración propia.

Figura 8

Escala digital de autoeficacia para trabajo en equipo en entornos laborales.



Investigación + Desarrollo + Innovación



Trabajo en equipo

***Esta breve escala tiene por objetivo conocer tu nivel de eficacia para realizar actividades relacionadas con el Trabajo en Equipo en entornos laborales. Para ello sitúate en una posible situación laboral y por favor responde estas preguntas.**

Lee cada una de las afirmaciones, y marca con un punto el número que consideres que más se ajusta a tu realidad personal en una posible situación laboral.

Utiliza la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones:
(PUNTUACIONES CERCANAS A 0 INDICAN POCA SEGURIDAD Y CERCANAS A 10 INDICAN MUCHA SEGURIDAD).

EN MI FUTURO TRABAJO ME SIENTO CAPAZ DE:

	0 (No puedo hacerlo)	1	2	3	4	5 (Relativamente seguro de poder hacerlo)	6	7	8	9	10 (Seguro de poder hacerlo)
Tener buenas relaciones sociales con los compañeros del equipo aunque tengan formas de pensar diferentes a las mías.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprometirme con la entrega final del trabajo del equipo en el tiempo establecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nota: En la figura se muestra una de las páginas de la escala que se realizó digitalizada en el Software Limesurvey versión 4. Fuente: Elaboración propia.

Los datos sociodemográficos solicitados fueron los siguientes:

- ¿Cuál es tu género?
 - Masculino.
 - Femenino.
 - Otro.
- ¿Cuál es tu edad?
 - Respuesta abierta.
- ¿De dónde eres originario?

- Las opciones de respuesta corresponden a las 22 entidades de la República Mexicana.
- ¿Cuál es tu estado civil?
 - Soltero.
 - Casado.
 - Unión libre.
 - Divorciado.
 - Viudo.
- ¿Tienes hijos?
 - Si.
 - No.
- Actualmente ¿con quién vives?
 - Padres.
 - Solo.
 - Pareja.
 - Amigos/compañeros.
 - Algún familiar.
- ¿Cuál es la posición que ocupas dentro de tu familia?
 - Hijo mayor.
 - Hijo de en medio.
 - Hijo menor.
 - Hijo único.
- ¿Dónde realizaste tus estudios de bachillerato?
 - Escuela pública.
 - Escuela privada.
- ¿En qué modalidad realizaste tus estudios de bachillerato?

- Escolarizada.
 - Abierta.
 - A distancia.
- ¿A cuánto ascienden tus ingresos mensuales familiares?
 - Menos de \$4,000.
 - De \$4,500 a \$9,000.
 - De \$10,000 a \$18,000.
 - De \$30,000 a \$40,000.
 - De \$45,000 a \$50,000.
 - Más de \$100,000.
- ¿Has trabajado de manera formal en alguna empresa, comercio o organización?
 - Si.
 - No.
- ¿Trabajas actualmente?
 - Si.
 - No.
- ¿Alguno o ambos padres/tutores, trabajan/han trabajado dentro de una empresa o institución de manera formal?
 - Si.
 - No.
- ¿Alguno o ambos padres/tutores, tienen/han tenido un negocio propio?
 - Si.
 - No.
- ¿Tienes computadora en casa con acceso a internet?
 - Si.
 - No.

- ¿Cómo calificas tus habilidades sobre el uso de computadoras e internet?
 - Buenas.
 - Regulares.
 - Malas.

- ¿Consideras que dentro de tu formación académica has recibido información sobre la inserción en la vida laboral?
 - Si.
 - No.

Para realizar la evaluación de los niveles de autoeficacia se solicitó la presencia de los 82 estudiantes de los últimos semestres de la carrera de Médico Cirujano de la FES Iztacala en el auditorio de la Facultad, quienes respondieron la escala de autoeficacia además de datos sociodemográficos, algunos de forma impresa y otros en su versión digital (ver anexo A) debido a cuestiones técnicas. Es importante mencionar que en ambos formatos se les presentó el consentimiento informado (anexo B).

Una vez recabada la información se analizaron los datos obtenidos con apoyo del software estadístico Excel 2016 así como del SPSS en su versión 25. Para ello primero se realizó la prueba de normalidad (kolmogorov-smirnov) sobre los datos recabados para posteriormente obtener las normas de puntuación para la escala de autoeficacia (puntuaciones z).

Haciendo uso de la siguiente fórmula se obtuvieron las puntuaciones z:

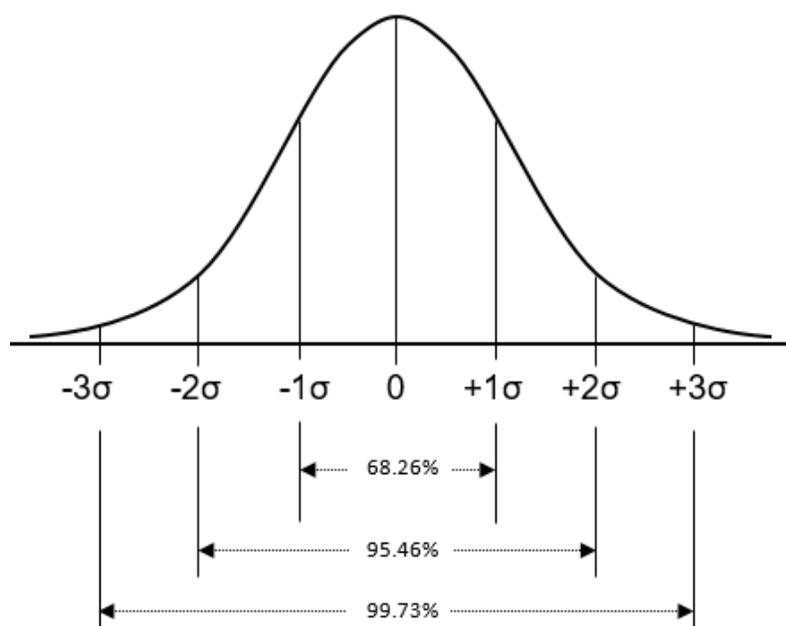
$$Z = \frac{x - \bar{x}}{s}$$

Donde z es la puntuación tipificada a obtener, x es el dato “crudo” de obtenido por cada participante, \bar{x} es la media y s la desviación estándar. En las pruebas que consiguen

puntuaciones estandarizadas, la ejecución de una persona se compara con la ejecución de un determinado grupo o población, es decir, un grupo normativo. Hablamos de normalización cuando al aplicar una prueba a la muestra seleccionada de la población meta con el objetivo de obtener puntuaciones normales, la distribución de las puntuaciones sigue una curva normal. Aunque no sea perfectamente una curva normal, si el error es mínimo se ajustan los datos de la distribución a una curva normal. Las puntuaciones z son aquellas que se derivan de la curva normal. En la distribución normal, la media equivale a 0 y la desviación estándar a 1 (ver figura 9). Los resultados obtenidos se muestran en el siguiente apartado.

Figura 9

Distribución de datos en una curva normal.



Nota: En la figura se muestra la distribución de datos en una curva normal. Fuente: Elaboración propia.

Validez factorial de constructo

Finalmente, se realizó un análisis factorial exploratorio de los reactivos de la escala, el cual es una técnica que se aplica con frecuencia en estudios que se relacionan con la construcción de instrumentos y su validación, esto debido a que nos ayuda a explorar los factores comunes que explican las respuestas a los reactivos que componen un instrumento (Lloret, Ferreres, Hernández, & Tomás, 2014).

En cuanto al tamaño de la muestra requerida para poder llevar a cabo el análisis factorial, Lloret, Ferreres, Hernández, & Tomás (2014) mencionan que las muestras más grandes son mejores que las pequeñas, sin embargo, no siempre es posible tener acceso a una muestra grande. Así mismo, mencionan que algunos autores como Guadagnoli y Velicer (1988, citados en Lloret, Ferreres, Hernández, & Tomás, 2014) sugieren que el tamaño de la muestra mínimo sea de 50 a 400 personas. Por otro lado, Comrey y Lee (1992, citados en Lloret-Segura et al., 2014), refieren que el tamaño de la muestra se puede clasificar de acuerdo con el número de personas de la siguiente manera: 50 (muy deficiente), 100 (deficiente), 200 (aceptable), 300 (bueno), 500 (muy bueno), 1000 o más (excelente).

Para realizar el análisis factorial se utilizó una muestra de 492 estudiantes de las 6 carreras (Psicología, Biología, Enfermería, Optometría, Cirujano Dentista, Médico Cirujano y SUAyED) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala próximos a egresar, lo cual de acuerdo con los criterios mencionados anteriormente, podemos considerar nuestra muestra como buena para realizar el análisis. Para ejecutar el análisis se utilizó el paquete de análisis estadístico SPSS (versión 25).

Resultados

Validez

En el presente apartado se describirán los datos que se obtuvieron al realizar los procedimientos para obtener el índice de validez de contenido de la escala. En la tabla 2 se puede observar la validez de contenido de la escala con base en el juicio de expertos (ver anexo C) por el método CVI de Lawshe (1975).

Tabla 2.

Validez de contenido de la escala de autoeficacia para el trabajo en equipo en entornos laborales de acuerdo con el juicio de expertos.

Reactivo	Ítem	Útil	Útil pero no esencial	No útil	CVI	CVR'
Tener buenas relaciones sociales con los compañeros de equipo, aunque tengan formas de pensar diferentes a las mías.	1	7	0	0	1	1
Comprometerme con la entrega final del trabajo del equipo en el tiempo estimado.	2	7	0	0	1	1
Escuchar con atención las sugerencias de los demás miembros del equipo para planear el trabajo.	3	7	0	0	1	1
Colaborar en equipo con personas de otras áreas o	4	6	1	0	0.71	0.85

profesiones aunque no sea mi área de conocimiento.						
Respetar las propuestas de otros compañeros, aunque sean diferentes a las mías	5	7	0	0	1	1
Realizar de manera minuciosa y detallada el trabajo aunque tenga muchas cargas laborales.	6	6	1	0	0.71	0.85
Trabajar con equipos a distancia mediante herramientas de cómputo sin que me distraiga en las redes sociales.	7	7	0	0	1	1
Escuchar respetuosamente las opiniones de los demás compañeros de equipo, aunque no esté totalmente de acuerdo.	8	7	0	0	1	1
Comunicar a mis compañeros inconformidades con las funciones que estoy desempeñando dentro del equipo.	9	7	0	0	1	1
Colaborar con mis compañeros para realizar un trabajo solicitado de manera urgente.	10	7	0	0	1	1
Trabajar con personas de edad o experiencias diferentes a las mías.	11	7	0	0	1	1
Trabajar con equipos a distancia mediante herramientas de	12	6	1	0	0.71	0.85

cómputo o tecnológicos gestionando mis propios tiempos.						
Mostrar apertura para la resolución de los conflictos interpersonales que puedan surgir entre los integrantes del equipo.	13	7	0	0	1	1
Propiciar un clima de equipo agradable aún bajo presión.	14	7	0	0	1	1
Participar activamente con mis compañeros proponiendo ideas en la planificación del trabajo antes de llevarlo a cabo.	15	7	0	0	1	1
Respetar los horarios y los tiempos de trabajo acordados por el equipo.	16	6	0	0	0.71	0.85
Mantener una buena relación laboral con un integrante del equipo que no sea de mi agrado.	17	5	2	0	0.42	0.71
Integrarme a un nuevo equipo laboral cuando ya se estableció la forma de trabajo.	18	7	0	0	1	1
Confiar en el trabajo de los compañeros del equipo a pesar de no tener mucho tiempo de conocerlos.	19	6	1	0	0.71	0.85
Integrar las ideas de otros con las mías para cumplir los objetivos del proyecto de trabajo.	20	6	1	0	0.71	0.85

CVI	0.93
CVI'	0.94

Nota: En la tabla se muestra los resultados de la validez de contenido de la escala de autoeficacia para el trabajo en equipo en entornos laborales obtenido de acuerdo con el juicio de los expertos. Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla anterior, se obtuvo un valor de .94 de CVI', lo que indica un alto índice de validez global del contenido de los reactivos o ítems, puesto que cada reactivo obtuvo valores superiores a .70 respecto al grado de acuerdo entre los expertos en la categoría de *ítem útil*. Esto quiere decir que la escala es válida en contenido para medir el Trabajo en Equipo en entornos laborales, ya que refleja en un 94% las características que se quieren medir de la variable (Urrutia, Barrios y Gutiérrez, 2014).

Consistencia interna

Luego de obtener el índice de validez de contenido de la escala se obtuvo la consistencia interna de la misma por medio de métodos estadísticos, los cuales son Spearman-Brown (división por mitades) y Alfa de Cronbach. A continuación, se muestran las estadísticas descriptivas que se obtuvieron por la muestra de 102 estudiantes de la carrera de psicología de la FES Iztacala, UNAM y posteriormente los niveles de confiabilidad obtenidos por los métodos mencionados.

Tabla 3*Resumen de procesamiento de casos.*

	N	%
Casos	Válido	102
	Excluido	0
	Total	102

Nota: En la tabla se muestra el resumen del procesamiento de casos. Fuente: Elaboración propia.

Lo que podemos observar en la tabla es que el 100% de las respuestas de los estudiantes (n=102) fueron tomadas en cuenta para la estimación de la consistencia interna de la escala por el software de análisis estadístico SPSS v.25. En la tabla 4 se puede observar que la media de respuesta para la mayoría de los elementos fue de 8, esto quiere decir que fue una respuesta en promedio alta de autoeficacia para cada uno de los reactivos, dado que los valores de respuesta iban del 0 al 10, ya que cero indica nula autoeficacia y diez autoeficacia muy alta.

Tabla 4*Estadísticas por cada reactivo.*

Reactivo	Media	Desviación estándar	N
Tener buenas relaciones sociales con los compañeros de equipo aunque tengan formas de pensar diferentes a las mías.	8.40	1.649	102
Comprometerme con la entrega final del	9.17	1.350	102

trabajo del equipo en el tiempo estimado.

Escuchar con atención las sugerencias de los demás miembros del equipo para planear el trabajo.	8.97	1.382	102
Colaborar en equipo con personas de otras áreas o profesiones, aunque no sea mi área de conocimiento.	8.76	1.373	102
Respetar las propuestas de otros compañeros, aunque sean diferentes a las mías	8.81	1.398	102
Realizar de manera minuciosa y detallada el trabajo, aunque tenga mucha carga laboral.	7.77	2.225	102
Trabajar con equipos a distancia mediante herramientas de cómputo sin que me distraiga en las redes sociales.	6.91	2.783	102
Escuchar respetuosamente las opiniones de los demás compañeros de equipo, aunque no esté totalmente de acuerdo.	9.02	1.400	102
Comunicar a mis compañeros inconformidades con las funciones que estoy desempeñando dentro del equipo.	7.88	2.016	102
Colaborar con mis compañeros para realizar un trabajo solicitado de manera urgente.	8.96	1.462	102
Trabajar con personas de edad o experiencias diferentes a las mías.	8.78	1.405	102

Trabajar con equipos a distancia mediante herramientas de cómputo o tecnológicos gestionando mis propios tiempos.	8.60	1.825	102
Mostrar apertura para la resolución de los conflictos interpersonales que puedan surgir entre los integrantes del equipo.	8.36	1.839	102
Propiciar un clima de equipo agradable aún bajo presión.	8.39	1.678	102
Participar activamente con mis compañeros proponiendo ideas en la planificación del trabajo antes de llevarlo a cabo.	8.73	1.690	102
Respetar los horarios y los tiempos de trabajo acordados por el equipo.	8.77	1.482	102
Mantener una buena relación laboral con un integrante del equipo que no sea de mi agrado.	8.11	1.949	102
Integrarme a un nuevo equipo laboral cuando ya se estableció la forma de trabajo.	8.30	1.779	102
Confiar en el trabajo de los compañeros del equipo a pesar de no tener mucho tiempo de conocerlos.	7.56	2.223	102
Integrar las ideas de otros con las mías para cumplir los objetivos del proyecto de trabajo.	8.82	1.375	102

Nota: En la tabla se muestran las estadísticas por cada reactivo. Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de los métodos que se utilizaron para obtener la consistencia interna se muestran a continuación, es importante mencionar que se obtuvieron niveles altos de fiabilidad

para la escala. Con el método del coeficiente de Spearman-Brown se obtuvo una $R = .927$, esto quiere decir que existen niveles altos de fiabilidad para la escala (tabla 5), además estos niveles se confirmaron con el Alfa de Cronbach como se muestra en la tabla 6. que quiere decir que la escala construida presenta niveles altos de consistencia.

Tabla 5

Valores de confiabilidad por el método de mitades.

Correlación entre mitades		0.865
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual	0.927

Nota: En la tabla se muestran los valores de confiabilidad obtenidos mediante el método de mitades. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6

Consistencia interna por Alfa de Cronbach.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N. de elementos.
0.917	0.925	20

Nota: En la tabla se muestran los valores de confiabilidad obtenidos mediante el método de mitades. Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la tabla 6, se obtuvo valores altos de alfa (0.917), lo interna, teniendo en cuenta que ésta se determina en un intervalo de 0 a 1, los valores superiores a 0.7 representan niveles aceptables de confiabilidad (Celina y Campo, 2005), por tal motivo se

puede decir que esta escala es confiable para medir Trabajo en Equipo dentro de entornos laborales en futuros egresados.

Análisis factorial de constructo

Después de obtener los índices de validez de contenido y confiabilidad de la escala, se realizó un análisis factorial exploratorio de los ítems que la componen, teniendo como objetivo obtener una aproximación a su validez factorial de constructo.

Tabla 7.

Prueba de KMO y Bartlett

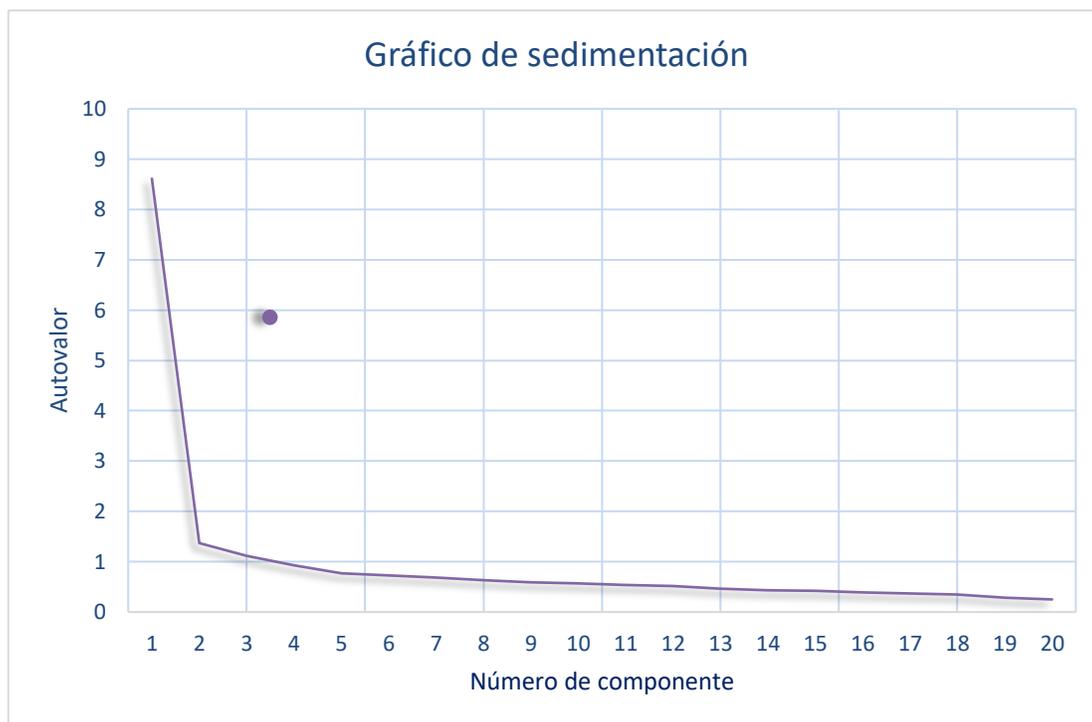
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.941
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	4474.780
	gl	190
	Sig.	0.000

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7, podemos observar que para las pruebas KMO y Bartlett se obtuvo valores cercanos a 1 y niveles óptimos de significancia, lo que significa que es pertinente llevar a cabo el análisis factorial de los ítems con los datos obtenidos en la muestra (n=492).

Figura 10.

Sedimentación de los componentes de la escala.



Fuente: Elaboración propia.

Como podemos observar en la figura 10, los componentes con autovalores mayores (índices de varianza) son el 1, 2 y 3, lo que quiere decir que son tres factores los que componen la escala como se detallará a continuación.

Tabla 8.

Matriz de componentes rotados y porcentajes de varianza explicada.

Reactivos	Factores		
	1	2	3
15.- Participar activamente con mis compañeros proponiendo ideas en la planificación del trabajo antes de llevarlo a cabo.	.739		
2.- Comprometerme con la entrega final del trabajo del equipo en el tiempo estimado.	.684		

10.- Colaborar con mis compañeros para realizar un trabajo solicitado de manera urgente.	.661
6.- Realizar de manera minuciosa y detallada el trabajo, aunque tenga mucha carga laboral.	.640
11.- Trabajar con personas de edad o experiencias diferentes a las mías.	.626
16.- Respetar los horarios y los tiempos de trabajo acordados por el equipo.	.618
12.- Trabajar con equipos a distancia mediante herramientas de cómputo o tecnológicos gestionando mis propios tiempos.	.595
20.- Integrar las ideas de otros con las mías para cumplir los objetivos del proyecto de trabajo.	.554
4.- Colaborar en equipo con personas de otras áreas o profesiones, aunque no sea mi área de conocimiento.	.552
7.- Trabajar con equipos a distancia mediante herramientas de cómputo sin que me distraiga en las redes sociales	.520
9.- Comunicar a mis compañeros inconformidades con las funciones que estoy desempeñando dentro del equipo.	
19.- Confiar en el trabajo de los compañeros del equipo a pesar de no tener mucho tiempo de conocerlos.	.785
17.- Mantener una buena relación laboral con un integrante del equipo que no sea de mi agrado.	.681
1.- Tener buenas relaciones sociales con los compañeros del equipo, aunque tengan formas de pensar diferentes a las mías.	.634
18.- Integrarme a un nuevo equipo laboral cuando ya se estableció la forma de trabajo.	.624
14.- Propiciar un clima de equipo agradable aún bajo presión.	.539
13.- Mostrar apertura para la resolución de los conflictos interpersonales que puedan surgir entre los integrantes del equipo.	

8.- Escuchar respetuosamente las opiniones de los demás compañeros de equipo, aunque no esté totalmente de acuerdo.				.803
5.- Respetar las propuestas de otros compañeros, aunque sean diferentes a las mías.				.751
3.- Escuchar con atención las sugerencias de los demás miembros del equipo para planear el trabajo.				.738
Porcentaje de varianza explicada por factor:	23.54%	17.59%	14.34%	
Porcentaje total de varianza explicada:	55.48%			

Fuente: Elaboración Propia

Como se muestra en la tabla 8, el análisis factorial arrojó tres factores que explican el 55.48% de la varianza total. Dichos factores se componen de los reactivos: 15, 2, 10, 6, 11, 16, 12, 20, 4, 7 (*factor 1*), reactivos: 19, 17, 1, 18, 14 (*factor 2*), y reactivos: 8, 5 y 3 (*factor 3*).

De acuerdo con el análisis realizado se toma la decisión de nombrar a cada factor con respecto a la naturaleza del contenido de los reactivos que le componen de la siguiente forma:

- *Factor 1: Apertura y compromiso* (hace referencia a capacidades relacionadas con colaborar con las otras personas y comprometerse).
- *Factor 2: Buenas relaciones sociales* (hace referencia a capacidad de mantener una buena interacción con las demás personas).
- *Factor 3: Respeto y escucha activa* (hace referencia a la capacidad para escuchar con comprensión y cuidado, además de tolerar a las personas, opiniones, pensamientos y actos, aunque no se compartan los mismos).

Después de ubicar los factores, se procedió a calcular el nivel de alfa de Cronbach para cada uno de ellos, obteniendo valores altos y aceptables: Factor 1 $\alpha = 0.88$ Factor 2 $\alpha = 0.81$ Factor 3 $\alpha = 0.79$.

Evaluación de los niveles de autoeficacia para el trabajo en equipo estudiantes de medicina.

Luego de realizar la evaluación a los 82 estudiantes próximos a egresar de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, se procedió a aplicar la prueba de normalidad (kolmogorov-smirnov) sobre los datos obtenidos. Los resultados que se obtuvieron se muestran a continuación:

Tabla 9

Prueba Kolmogorov-Smirnov para una muestra.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov

N	82
Sig.	0.066

Nota: En la tabla se muestran los resultados obtenidos al aplicar la prueba Kolmogorov-Smirnov. Fuente: Elaboración Propia.

Como se puede observar, se obtuvo un nivel de significancia de 0.066, esto quiere decir que al ser mayor de 0.05 la respuesta de la muestra sigue la curva de normalidad, es decir, los datos se comportan de forma normal.

Una vez realizada la prueba de normalidad, se obtuvieron las normas de puntuación para la escala de autoeficacia en los estudiantes de medicina (anexo D). Los resultados que se obtuvieron son los siguientes:

Tabla 10.

Puntuaciones obtenidas por los estudiantes de Médico Cirujano en autoeficacia para el Trabajo en Equipo.

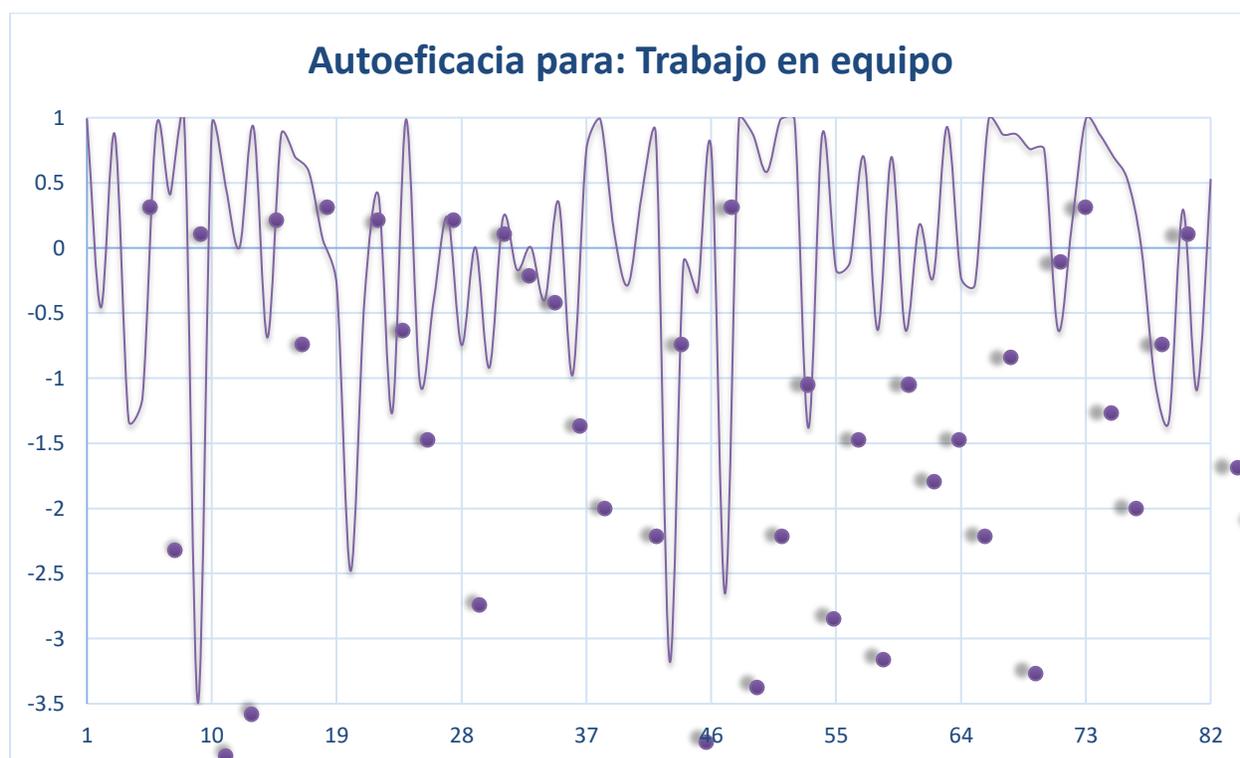
Suma total	Puntuaciones Z	Puntuaciones T	Nivel de autoeficacia
114 - 165	-3.98 - -1.03	10.16 - 39.64	Baja
166 - 200	-0.97 - 0.98	40.22 - 59.87	Normal

Nota: En la tabla se muestran las puntuaciones obtenidas en la escala de autoeficacia para el trabajo en equipo de los estudiantes de Médico Cirujano y el nivel de autoeficacia obtenida.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 11.

Desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la competencia de Trabajo en Equipo



Nota: En la gráfica podemos observar las desviaciones estándar de los estudiantes de la carrera de Médico Cirujano. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 11, podemos observar que la mayoría de las puntuaciones que se

obtuvieron en la competencia evaluada de trabajo en equipo para el trabajo de los alumnos de la carrera de Médico Cirujano se encuentran dentro de la norma ($Z = -1, 1$). Es importante mencionar que no se encontraron puntuaciones altas, lo que indica que los niveles de autoeficacia encontrados en los estudiantes fueron bajos y normales. Esto quiere decir que el 85.36% de los estudiantes obtuvo puntuaciones medias de autoeficacia y el 14.64% restante obtuvo puntuaciones bajas.

Si retomamos la definición de trabajo en equipo planteada anteriormente para el presente trabajo, la cual es “La capacidad para colaborar coordinadamente con otros miembros de un equipo de personas para la consecución de objetivos comunes de los cuales son responsables “, podemos decir que las personas que obtuvieron puntuaciones bajas son aquellas que no se creen capaces de trabajar en coordinación con otras personas dentro de un equipo para lograr objetivos en común. Mientras que las personas que obtuvieron puntuaciones medias se consideran un poco más capaces de colaborar coordinadamente con otros miembros del equipo con el fin de alcanzar los objetivos en común de los que son responsables.

Conclusiones

De acuerdo con la definición de las competencias transversales descrita anteriormente podemos concluir que aún a pesar de realizar la consistencia interna en una muestra de la carrera de psicología esto probablemente no afecta los resultados obtenidos al aplicar la escala en la carrera de Médico Cirujano, ya que como menciona Sánchez (2004, citado en Tejeda, 2016), estas competencias no están conectadas de forma directa con ninguna disciplina o área, por el contrario, pueden ser aplicadas a diversas áreas profesionales y situaciones. Esto quiere decir, que independientemente de la carrera con la que se realizó la confiabilidad de la escala de trabajo en equipo, ésta al medir una competencia transversal puede ser aplicada a cualquier otra carrera o área sin afectar sus resultados.

Por otro lado, algunos datos que son importantes de mencionar son que dentro de los resultados de los datos sociodemográficos, sólo el 53.65% ha trabajado de manera formal, el 31.70% de los estudiantes está trabajando actualmente y el 49% de los estudiantes evaluados reportó no haber recibido información para la inserción laboral a lo largo de su trayectoria académica, esto se torna relevante porque pudo ser uno de los factores que influyó en las puntuaciones bajas obtenidas por parte de los estudiantes.

Por otro lado, de acuerdo con los resultados de las puntuaciones obtenidas se puede concluir que ninguno de los estudiantes evaluados de la carrera de Médico Cirujano obtuvo puntuaciones altas, lo que indica que los niveles de autoeficacia encontrados en los estudiantes corresponden a niveles bajos y normales. Esto es de gran importancia conocerlo, ya que como menciona Valera (2010), el Trabajo en equipo es una de las competencias transversales que más valoran los contratantes. Por lo que, es inquietante que en la investigación realizada se encontró que ningún estudiante tiene autoeficacia alta en una de las competencias que tendrá un gran impacto en su futura vida laboral.

Ahora bien, se encontró que el 85.36% de los estudiantes obtuvo puntuaciones normales de autoeficacia para la competencia y que el 14.64% restante obtuvo puntuaciones bajas, no obstante, en el estudio realizado por Sexton, Thomas & Helmreich (2000) se obtuvo que los consultores quirúrgicos y los residentes reportaron el trabajo en equipo que experimentaron con otros cirujanos consultores con niveles altos, sin embargo, los residentes de anestesia, enfermeras de anestesia y enfermeras quirúrgicas reportaron niveles bajos. Lo que sugiere que su autoeficacia en el trabajo en equipo puede ser normal, pero su desempeño puede ser insuficiente, ya que como mencionan O'Connell & Pascoe (2004) existe poca experiencia en la enseñanza del trabajo en equipo en la escuela de medicina, lo cual puede influir en que estudios como el realizado por Sexton, Thomas & Helmreich (2000) se encuentre que el trabajo en equipo sea pobre y con una comunicación deficiente.

En el estudio de Sexton, Thomas & Helmreich (2000), en relación con los médicos, las enfermeras se mostraron menos positivas para hablar, sentirse apoyadas por las otras personas, buena colaboración médico-enfermera, resolver conflictos y la atención a los comentarios de la enfermera. Por su parte, los cirujanos y anesthesiólogos parecían más satisfechos con la colaboración médico-enfermera que las enfermeras, a pesar de no saber con claridad los orígenes de estas actitudes discrepantes, existen diferencias fundamentales entre enfermeras y médicos, entre ellas el estatus, autoridad, género, capacitación y las responsabilidades de atención al paciente. Lo que las enfermeras describieron como una buena colaboración es "que se respeten sus aportes", mientras que los médicos describieron una buena colaboración como tener enfermeras "que anticipan sus necesidades y siguen las instrucciones".

Lo anterior puede dificultar que se lleve a cabo de forma adecuada el trabajo en equipo; competencia que ambas disciplinas requieren para desempeñar su trabajo, ya que como argumenta Winter (2000), es muy importante la resolución de conflictos y saber comunicarse de

forma asertiva para trabajar en equipo, así como escuchar y aceptar ideas del resto de los miembros del equipo.

Al respecto Schaefer, Helmreich y Scheidegger (1995), refieren que el desempeño de un equipo en el quirófano está mal documentado, en pocas ocasiones se enseña y casi nunca se evalúa. Es un hecho que hay muy pocas investigaciones respecto al trabajo en equipo y la calidad del mismo en el área médica. Schaefer, Helmreich y Scheidegger (1995), mencionan que todo el personal que trabaja como parte de un equipo en el quirófano puede beneficiarse de una capacitación formal en dicha competencia, en la cual se aborde los factores humanos interpersonales. Aunado a esto, la calidad, seguridad y desempeño podría mejorar en gran medida incluyendo cuestiones interpersonales en la formación y educación de todo el personal médico.

Lo anterior es relevante en tanto que en el área médica, muchos profesionales con diferentes antecedentes y experiencia realizan diversas actividades que van dirigidas hacia un objetivo que tienen en común, el cual es el bienestar del paciente (Schaefer, Helmreich y Scheidegger, 1995). Asimismo, O'Connell & Pascoe (2004), argumentan que para lograr lo anterior, la educación profesional de los médicos debe de incluir conceptos como la estructura y la función de los equipos, además de conceptos como liderazgo. Desafortunadamente no existen muchas publicaciones sobre el trabajo en equipo y liderazgo en los planes de estudio de las escuelas de medicina.

Lo expuesto anteriormente permite concluir que se necesita más investigación sobre cómo es el trabajo en equipo y su calidad en el área médica. Aunado a esto, es de gran importancia que el personal médico, incluyendo los médicos cirujanos se capaciten en dicha competencia desde su formación como profesionales, pues es relevante tanto para su inserción laboral como para el desempeño de su trabajo, así como también se vuelve necesario realizar un entrenamiento que les pueda permitir aumentar su autoeficacia y su desempeño laboral

Bibliografía

- Aragón, L. (2011). Conceptos fundamentales en la evaluación psicológica. En L. Aragón, Evaluación Psicológica. Historia, fundamentos, teórico-conceptuales y psicometría (págs. 25-37). México: Manual Moderno.
- Aragón, L. (2011). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. En L. Aragón, Evaluación Psicológica. Historia, fundamentos, teórico-conceptuales y psicometría (págs. 38-61). México: Manual Moderno.
- Arrea Baixench, C. (2016). Más sobre el trabajo en equipo. *Acta Médica Costarricense*, 58(3), 96-99.
- Ayoví Caicedo, J. (2019). Trabajo en equipo: clave del éxito de las organizaciones. *FIPCAEC*, 4(10), 58-76.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of control*. Worth Publishers.
- Bandura, A. (1999). *Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. . Desclee de Brouwer.
- Bandura, A. (2001). *Guía para la construcción de escalas de autoeficacia*. Universidad de Standford.
- Barraycoa, J., & Lasaga, O. (2010). La competencia de trabajo en equipo: Más allá del corta y pega. *Vivat Academia*, 63-69.
- Bojórquez, J., López, L., & Hernández, M. (2013). Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab. 11° Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology. Cancún, México.
- Bologna, E. (2011). *Estadística para psicología y educación*. Argentina: Editorial Brujas.

- Cardona, P., & Wilkinson, H. (2006). Trabajo en equipo. Madrid, España: IESE Business School.
- Celina, H., & Campo, A. (2015). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572 – 580.
- Escobar Valencia, M. (2005). Las competencias laborales: ¿La estrategia laboral para la competitividad de las organizaciones? *Estudios Gerenciales*, 31-55.
- Gil, F., Rico, R., & Sánchez-Manzanares, M. (2008). Eficacia de equipos de trabajo. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 25-31.
- González, J., & Wagenaar, R. (2013). Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final. Fase Uno. Universidad de Deusto: Bilbao.
- Gosselin, J., & Maddux, J. (2003). Self-Efficacy. *Psychology faculty publications.*, 218-238.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169.
<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Lucas, S. (2006). Orientación Profesional e Inserción Sociolaboral con distintos colectivo. Curso de Doctorado de la Universidad de Valladolid (inédito).
- Malo, D. (2008). La medición en psicología como herramienta y como reflexión ética en el ejercicio del psicólogo. *Psicogente*, 11(19), 46-51.
- O'Connell, M., & Pascoe, J. (2004). Undergraduate Medical Education for the 21st Century: Leadership and Teamwork. *Family Medicine*, 51-56.
- Ribeiro, L., Severo, M., & Ferreira, M. (2016). Performance of a core of transversal skills: self-perceptions of undergraduate medical students. *BMC Medical Education*.
- Schaefer, H., Helmreich, R., & Scheidegger, D. (1995). Safety in the operating theatre - Part 1:

- Interpersonal relationships and team performance. *Current Anaesthesia and Critical Care*, 48-53.
- Sexton, B., Thomas, E., & Helmreich, R. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*, 745-749.
- Silva, A. (2004). *Métodos cuantitativos en Psicología*. México: Trillas.
- Tejeda, R. (2016). Las competencias transversales, su pertinencia en la integralidad de la formación de profesionales. *Didáctica y Educación*, 199-228.
- Torrelles, C., Coiduras, J., Isus, S., & Carrera, F. (2011). Competencia de Trabajo en Equipo: definición y categorización. *Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 329-344.
- Tristán, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido en un instrumento objetivo. *Avances en medición* 6, 37-48.
- Valera, R. (2010). El proceso de formación del profesional en la educación superior basado en competencias: el desafío de su calidad, en busca de una mayor integralidad de los egresados. *Civilizar*, 10(18), 117-134.
- Vieira, S., & Rigatto, R. (2018). Sexual and reproductive health: team competences in Primary Health Care services. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(11), 3481-3490.
- Winter, R. (2000). *Los equipos de calidad: Manual de trabajo en equipo*. Madrid España: Díaz de Santos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(No puedo hacerlo)					(Relativamente seguro de poder hacerlo)					(Seguro de poder hacerlo)

sugerencias de los demás miembros del equipo para planear el trabajo.

Colaborar en equipo con personas de otras áreas o profesiones aunque no sea mi área de conocimiento.

Respetar las propuestas de otros compañeros, aunque sean diferentes a las mías

Realizar de manera minuciosa y detallada el trabajo, aunque tenga mucha carga laboral.

Trabajar con equipos a distancia mediante herramientas de cómputo sin que me distraiga en las redes sociales.

Escuchar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(No puedo hacerlo)					(Relativamente seguro de poder hacerlo)					(Seguro de poder hacerlo)

respetuosamente
las opiniones de los
demás compañeros
de equipo, aunque
no esté totalmente
de acuerdo.

Comunicar a mis
compañeros
inconformidades
con las funciones
que estoy
desempeñando
dentro del equipo.

Colaborar con mis
compañeros para
realizar un trabajo
solicitado de
manera urgente.

Trabajar con
personas de edad o
experiencias
diferentes a las
mías.

Trabajar con
equipos a distancia
mediante
herramientas de
cómputo o
tecnológicas
gestionando mis

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(No puedo hacerlo)					(Relativamente seguro de poder hacerlo)					(Seguro de poder hacerlo)

propios tiempos.

Mostrar apertura para la resolución de los conflictos interpersonales que puedan surgir entre los integrantes del equipo.

Propiciar un clima de equipo agradable aún bajo presión.

Participar activamente con mis compañeros proponiendo ideas en la planificación del trabajo antes de llevarlo a cabo.

Respetar los horarios y los tiempos de trabajo acordados por el equipo.

Mantener una buena relación laboral con un integrante del equipo que no sea de mi agrado.

Integrarme a un

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(No					(Relativamente					(Seguro de
puedo					seguro de poder					poder
hacerlo)					hacerlo)					hacerlo)

nuevo equipo
laboral cuando ya
se estableció la
forma de trabajo.

Confiar en el trabajo
de los compañeros
del equipo a pesar
de no tener mucho
tiempo de
conocerlos.

Integrar las ideas de
otros con las mías
para cumplir los
objetivos del
proyecto de trabajo.

Anexo B. Consentimiento informado.

El siguiente cuestionario forma parte de un proyecto académico cuyo fin es conocer los niveles de autoeficacia para la inserción laboral de la población estudiantil de la FES Iztacala. Se compone de una escala en el cual se medirán cuestiones relacionadas con el Trabajo en equipo, así como otros aspectos importantes para la inclusión laboral. Al termino de esta evaluación los datos los datos se analizarán con fines estadísticos y de manera anónima. Los resultados serán entregados de manera individual para que puedas consultarlos y conocer tus áreas de oportunidad y fortalezas.

Para cualquier duda o comentario te puedes dirigir al responsable del proyecto:

Dr. José Manuel Sánchez Sordo.

jose.sordo@iztacala.unam.mx

Para continuar da vuelta a la página.

Anexo C. Hoja de jueceo para los reactivos.

Muchas gracias por aceptar fungir como juez experto para validar esta escala, cuyo objetivo es valorar los niveles de Auto-eficacia percibida para el trabajo en equipo en ambientes laborales.

Por trabajo en equipo nos referimos de manera conceptual a: La capacidad para colaborar coordinadamente con otros miembros de un equipo de personas para la consecución de objetivos comunes de los cuales son responsables.

Para la calificación de esta escala en su rol de experto, únicamente se debe de puntuar en la categoría que mejor refleje al ítem (siendo “**esencial**” la referida para tomar en cuenta al ítem como aceptable para utilizarse en la escala final).

Por favor marque con una **X** la categoría que considere que corresponde a cada Ítem.

Ítem	Esencial	Útil	No
Me siento capaz de...		pero no esencial	necesario
<hr/>			
1. Tener buenas relaciones sociales con los compañeros de equipo aunque tengan formas de pensar diferentes a las mías.			
<hr/>			
2. Comprometerme con la entrega final del trabajo del equipo en el tiempo estimado.			
<hr/>			
3. Escuchar con atención las sugerencias de los demás miembros del equipo para planear el trabajo.			

Ítem Me siento capaz de...	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
4. Colaborar en equipo con personas de otras áreas o profesiones aunque no sea mi área de conocimiento.			
5. Respetar las propuestas de otros compañeros, aunque sean diferentes a las mías			
6. Realizar de manera minuciosa y detallada el trabajo aunque tenga mucha carga laboral.			
7. Trabajar con equipos a distancia mediante herramientas de cómputo sin que me distraiga en las redes sociales.			
8. Escuchar respetuosamente las opiniones de los demás compañeros de equipo, aunque no esté totalmente de acuerdo.			
9. Comunicar a mis compañeros inconformidades con las funciones que estoy desempeñando dentro del equipo.			

Ítem Me siento capaz de...	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
10. Colaborar con mis compañeros para realizar un trabajo solicitado de manera urgente.			
11. Trabajar con personas de edad o experiencias diferentes a las mías.			
12. Trabajar con equipos a distancia mediante herramientas de cómputo o tecnológicos gestionando mis propios tiempos.			
13. Mostrar apertura para la resolución de los conflictos interpersonales que puedan surgir entre los integrantes del equipo.			
14. Propiciar un clima de equipo agradable aun bajo presión.			
15. Participar activamente con mis compañeros proponiendo ideas en la planificación del trabajo antes de llevarlo a cabo.			

Ítem	Esencial	Útil	No
Me siento capaz de...		pero no esencial	necesario
<hr/>			
16. Respetar los horarios y los tiempos de trabajo acordados por el equipo.			
<hr/>			
17. Mantener una buena relación laboral con un integrante del equipo que no sea de mi agrado.			
<hr/>			
18. Integrarme a un nuevo equipo laboral cuando ya se estableció la forma de trabajo.			
<hr/>			
19. Confiar en el trabajo de los compañeros del equipo a pesar de no tener mucho tiempo de conocerlos.			
<hr/>			
20. Integrar las ideas de otros con las mías para cumplir los objetivos del proyecto de trabajo.			

Anexo D. Puntuaciones obtenidas por los estudiantes de Médico Cirujano en autoeficacia para el Trabajo en Equipo.

Suma total	Puntuaciones Z	Puntuaciones T	Nivel de Autoeficacia
200	0,9878612717	59,87861272	Normal
175	-0,4572254335	45,42774566	Normal
198	0,8722543353	58,72254335	Normal
160	-1,324277457	36,75722543	Baja
163	-1,150867052	38,49132948	Baja
199	0,9300578035	59,30057803	Normal
190	0,4098265896	54,0982659	Normal
200	0,9878612717	59,87861272	Normal
114	-3,983236994	10,16763006	Baja
199	0,9300578035	59,30057803	Normal
191	0,4676300578	54,67630058	Normal
183	0,005202312139	50,05202312	Normal

199	0,9300578035	59,30057803	Normal
171	-0,6884393064	43,11560694	Normal
198	0,8722543353	58,72254335	Normal
195	0,6988439306	56,98843931	Normal
193	0,5832369942	55,83236994	Normal
184	0,06300578035	50,6300578	Normal
178	-0,2838150289	47,16184971	Normal
140	-2,480346821	25,19653179	Baja
176	-0,3994219653	46,00578035	Normal
190	0,4098265896	54,0982659	Normal
161	-1,266473988	37,33526012	Baja
200	0,9878612717	59,87861272	Normal
165	-1,035260116	39,64739884	Baja
176	-0,3994219653	46,00578035	Normal
187	0,236416185	52,36416185	Normal

170	-0,7462427746	42,53757225	Normal
183	0,005202312139	50,05202312	Normal
167	-0,9196531792	40,80346821	Normal
187	0,236416185	52,36416185	Normal
180	-0,1682080925	48,31791908	Normal
183	0,005202312139	50,05202312	Normal
176	-0,3994219653	46,00578035	Normal
189	0,3520231214	53,52023121	Normal
166	-0,9774566474	40,22543353	Normal
196	0,7566473988	57,56647399	Normal
200	0,9878612717	59,87861272	Normal
185	0,1208092486	51,20809249	Normal
178	-0,2838150289	47,16184971	Normal
190	0,4098265896	54,0982659	Normal
198	0,8722543353	58,72254335	Normal

128	-3,173988439	18,26011561	Baja
181	-0,1104046243	48,89595376	Normal
177	-0,3416184971	46,58381503	Normal
196	0,7566473988	57,56647399	Normal
137	-2,653757225	23,46242775	Baja
200	0,9878612717	59,87861272	Normal
198	0,8722543353	58,72254335	Normal
193	0,5832369942	55,83236994	Normal
200	0,9878612717	59,87861272	Normal
200	0,9878612717	59,87861272	Normal
159	-1,382080925	36,17919075	Baja
198	0,8722543353	58,72254335	Normal
180	-0,1682080925	48,31791908	Normal
181	-0,1104046243	48,89595376	Normal
195	0,6988439306	56,98843931	Normal

172	-0,6306358382	43,69364162	Normal
195	0,6988439306	56,98843931	Normal
172	-0,6306358382	43,69364162	Normal
186	0,1786127168	51,78612717	Normal
179	-0,2260115607	47,73988439	Normal
199	0,9300578035	59,30057803	Normal
179	-0,2260115607	47,73988439	Normal
178	-0,2838150289	47,16184971	Normal
200	0,9878612717	59,87861272	Normal
198	0,8722543353	58,72254335	Normal
198	0,8722543353	58,72254335	Normal
196	0,7566473988	57,56647399	Normal
196	0,7566473988	57,56647399	Normal
172	-0,6306358382	43,69364162	Normal
186	0,1786127168	51,78612717	Normal

200	0,9878612717	59,87861272	Normal
198	0,8722543353	58,72254335	Normal
195	0,6988439306	56,98843931	Normal
192	0,525433526	55,25433526	Normal
183	0,005202312139	50,05202312	Normal
165	-1,035260116	39,64739884	Baja
160	-1,324277457	36,75722543	Baja
188	0,2942196532	52,94219653	Normal
164	-1,093063584	39,06936416	Baja
192	0,525433526	55,25433526	Normal