



ORIGINAL

Educación interprofesional a través de la atención domiciliaria: experiencia tras 2 años de implementación en los grados de Medicina y Enfermería de la Universidad Europea de Madrid



Juan Luis González Pascual^{a,*}, Natalia Cuesta Rubio^a, Blanca Sanz Pozo^{a,b}, Pilar González Sanz^a, Andrés López Romero^c, Marcos José Muñoz Balsa^{a,c}, Eva Icaran^a y Juan José Beunza^a

^a Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud, Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón, Madrid, España

^b Centro de Salud Las Américas, Servicio Madrileño de Salud, Parla, Madrid, España

^c Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

Recibido el 16 de junio de 2017; aceptado el 22 de enero de 2018

Disponible en Internet el 5 de abril de 2018

PALABRAS CLAVE

Educación interprofesional;
Atención domiciliaria;
Trabajo en equipo;
Práctica colaborativa;
Atención primaria;
Competencias

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación interprofesional cuando estudiantes de 2 o más profesiones sanitarias aprenden juntos, para favorecer el desarrollo de las competencias interprofesionales que les van a permitir trabajar en equipo proporcionando la mejor asistencia sanitaria. En la Universidad Europea de Madrid existe un programa de educación interprofesional que trabaja las competencias de clarificación de roles, comunicación y autoridad, con estudiantes de diferentes titulaciones. Una de sus actividades es la de atención domiciliaria, en la que participan estudiantes de último curso de Medicina y de Enfermería. El objetivo de este estudio es analizar la percepción de los estudiantes que han participado en la actividad de atención domiciliaria durante el curso 2016-2017 en relación con las 3 competencias interprofesionales.

Material y métodos: Estudio cualitativo descriptivo, de corte fenomenológico. Análisis de los fragmentos de texto de las reflexiones de los estudiantes acerca de la actividad de atención domiciliaria mediante el método de comparaciones constantes (codificación abierta y codificación axial).

Resultados: Los estudiantes refieren que la actividad les ha ayudado a conocer mejor el rol y las tareas de los médicos y los enfermeros, de una forma diferente a las prácticas clínicas. En cuanto a la comunicación, la basan en el respeto y la confianza. Por último, en cuanto a la autoridad, se decantan mayoritariamente por modelos democráticos y horizontales de toma de decisiones.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanluis.gonzalez2@universidadeuropea.es (J.L. González Pascual).

Discusión: Los estudiantes perciben que la actividad resulta útil para el desarrollo de las 3 competencias interprofesionales, lo cual coincide con la literatura científica.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Interprofessional education;
Home care;
Team work;
Collaborative practice;
Primary health care;
Competencies

Interprofessional education at home care: A 2 year experience in the degrees of Medicine and Nursing at the Universidad Europea (Madrid)

Abstract

Introduction: The World Health Organization recommends implementing interprofessional education programs, where students from 2 or more health professions learn together, to improve interprofessional competency development that will help them to improve collaboration and the quality of care and services. At the Universidad Europea from Madrid there is a program on interprofessional education that develops the following competences: role, communication and authority, with students from several degrees. Home care is one of those activities, undertaken by students from the last years of medicine and nursing. The purpose of this research is to analyze the perception of the students about the interprofessional competences after taken the home care activity during the 2016-17 academic year.

Material and methods: Phenomenological qualitative design. Student's written comments were analyzed using the constant comparative method (open and axial coding).

Results: They got to know better the roles played by each other (doctors and nurses) thanks to the fact of working together. In relation to the way they communicate, they mentioned that adequate communication is based in respect and trust to each other. In relation to the different authority models, most of them tended to use and feel better in more horizontal and democratic ways of decision making.

Discussion: Students reported that the activity is useful for improving their interprofessional competencies. It is coincident with other studies.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La educación interprofesional tiene lugar cuando estudiantes de 2 o más profesiones sanitarias aprenden unos con otros, de forma interactiva, para facilitar una colaboración efectiva y mejorar los resultados en salud^{1,2}.

Este concepto cobra mayor fuerza desde principios del siglo XXI, debido a los resultados de estudios sobre errores médicos, que además de poner de manifiesto la magnitud del problema, identifican como algunas de las causas evitables la fragmentación en la asistencia sanitaria, fallos en la comunicación y errores en el trabajo en equipo³.

En España, los estudios ENEAS y APEAS cifran en el 8,4 y el 7% la incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria y con la atención primaria, respectivamente^{4,5}. El 42,8% de los efectos adversos hospitalarios y el 70% de los de atención primaria eran evitables.

Para lograr una adecuada práctica colaborativa como profesionales sanitarios, la Organización Mundial de la Salud apoya que los estudiantes desarrollen durante su formación universitaria las competencias interprofesionales que les van a permitir trabajar juntos para proporcionar la mejor atención sanitaria².

A nivel mundial hay diferencias en la trayectoria e implantación de las actividades y programas de educación interprofesional entre los diferentes países y áreas

geográficas. En Estados Unidos las agencias de acreditación y las facultades universitarias tienen una serie de competencias definidas que forman parte del currículum de los estudiantes⁶. En Europa, existen 3 grupos que fomentan la educación interprofesional: el Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), el European Interprofessional Practice and Education Network (EIPEN) y el Nordic Interprofessional Education Network (NIPNET). Es en Reino Unido donde la implementación de los programas de educación interprofesional es más elevada, llegando al 60% de las universidades⁷.

En España, se comentó hace tiempo la posibilidad de introducir la educación interprofesional en las universidades, aprovechando los cambios producidos por el Espacio Europeo de Educación Superior⁸; sin embargo, hasta donde alcanza nuestro conocimiento, únicamente la Universidad Europea de Madrid está poniendo en práctica un programa de educación interprofesional, tal como se refleja en el informe mundial sobre la educación interprofesional elaborado en 2015 por CAIPE⁷. Parece que en España se ha dado más énfasis a la importancia de la práctica colaborativa interprofesional⁹, relacionada con la cultura de seguridad del paciente, que al desarrollo de esas competencias a nivel universitario.

En el programa de la Universidad Europea de Madrid participan estudiantes de Medicina, Farmacia, Biotecnología, Psicología, Enfermería, Odontología y ciclos formativos de

grado superior, dentro de la Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud. En el programa, en marcha desde el curso 2015-2016, se desarrollan las siguientes competencias interprofesionales:

- Clarificación de roles: en conflictos de ámbito sanitario asistencial es frecuente encontrar problemas de indefinición de roles o de falta de respeto a roles definidos.
- Comunicación interprofesional: la comunicación efectiva entre los miembros de un equipo multidisciplinar es absolutamente necesaria para la elaboración de un buen diagnóstico, prescripción de tratamiento y seguimiento del paciente.
- Autoridad/toma de decisiones: para conseguir una relación satisfactoria entre los profesionales sanitarios y una mejora en la asistencia al paciente, los miembros del equipo sanitario deberán conocer y respetar quién es la autoridad de cada una de las actuaciones en materia sanitaria. También puede darse el caso de que todos los miembros del equipo tengan la misma autoridad en la toma de decisiones y trabajen de igual a igual.

Una de las principales actividades de dicho programa es la de atención domiciliaria, basada en el modelo de la Universidad de Leicester¹⁰, en la que participan equipos de estudiantes de sexto curso de Medicina y de cuarto de Enfermería. Consiste en visitar juntos, en equipos de 1-2 estudiantes de Medicina y un estudiante de Enfermería, a un paciente incluido en el servicio de atención a pacientes inmovilizados de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, en su domicilio. Los criterios de inclusión se definen como personas inmovilizadas que cumplen los siguientes criterios: pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (solo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas) o tienen dificultad importante para desplazarse (les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales) independientemente de la causa, y reciben al menos una visita domiciliaria anual por parte de un profesional sanitario. Adicionalmente, para facilitar la comunicación, se tomó la decisión de excluir a los pacientes con algún tipo de demencia. No existe una lista de enfermedades predefinidas, pero dadas las características de los pacientes inmovilizados, globalmente podemos hablar de personas ancianas con hipertensión, diabetes mellitus, artrosis, etc. Los estudiantes tienen que contactar con los profesionales del centro de salud para quedar con el paciente y su cuidador y realizar la visita. Para permitir el desarrollo de las competencias interprofesionales, los estudiantes realizan la visita solos. Tienen como guía las actividades propuestas en la Cartera de Servicios de Madrid, que incluyen anamnesis, valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, exploración física focalizada, valoración detallada del tratamiento farmacológico y adherencia al mismo, plan terapéutico, plan de cuidados y atención al cuidador principal. Además, cuentan con un dossier de la actividad, que sirve a su vez de documento reflexivo para escribir lo que van realizando y sus impresiones al respecto. La visita se realiza un único día, con una duración de aproximadamente una hora. Tras la visita, plantean un plan conjunto de actuación y se reúnen durante aproximadamente 30 min con el médico y la

enfermera asignados al paciente para comentar con ellos el caso. Globalmente, la actividad dura unas 3 h.

Los estudiantes completan una autoevaluación de los aspectos clínicos de la visita y también una reflexión en relación con las 3 competencias interprofesionales que han puesto en práctica en la actividad: rol del médico y de la enfermera, comunicación interprofesional y autoridad/toma de decisiones. Por su parte, los profesionales del centro de salud, tras la reunión conjunta con los estudiantes, evalúan los aspectos clínicos y las competencias interprofesionales. La realización de la actividad, el dossier cumplimentado y la evaluación de los profesionales de los centros de salud constituyen parte de la calificación de las asignaturas Practicum IV del grado en Enfermería y Atención Primaria del grado en Medicina.

El objetivo de este estudio es analizar la percepción de los estudiantes que han participado en la actividad de atención domiciliaria durante el curso 2016-2017 en relación con las 3 competencias interprofesionales.

Material y métodos

Estudio cualitativo descriptivo, de corte fenomenológico¹¹. Análisis de los fragmentos de texto de las reflexiones de los estudiantes acerca de la actividad de atención domiciliaria mediante el método de comparaciones constantes propuesto por Strauss y Corbin (codificación abierta y codificación axial)¹².

Se han revisado los 152 dossieres del curso 2016-2017 y se han seleccionado los fragmentos de texto más representativos de cada categoría, los cuales se han transcrito literalmente en el apartado de resultados.

Los estudiantes rellenaron el dossier durante la realización de la visita domiciliaria, así como antes y después de la reunión con los profesionales del centro de salud. La parte relativa a la reflexión sobre las competencias interprofesionales iba guiada por las instrucciones disponibles en la [tabla 1](#).

La gerencia de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud dio su autorización y elaboró un consentimiento informado escrito para los pacientes.

Resultados

Realización de la actividad

Durante el curso 2016-2017 participaron en el primer semestre 53 alumnos de Medicina y 21 de Enfermería, distribuidos en 22 equipos. En el segundo semestre participaron 57 estudiantes de Medicina y 21 de Enfermería, agrupados en 20 equipos. Colaboraron 29 equipos de médicos y enfermeras de 9 centros de salud urbanos de la Comunidad de Madrid.

Desarrollo de las competencias interprofesionales

En la metacategoría Clarificación de roles se han encontrado las siguientes categorías en el análisis cualitativo: Descubrimiento de roles, Rol del médico, Rol de la enfermera, Solapamiento de roles, Aumento en el conocimiento

Tabla 1 Instrucciones a los estudiantes en el dossier acerca de la reflexión sobre las competencias interprofesionales

¿Qué he aprendido tras realizar la actividad?
Reflexión personal

Las siguientes preguntas marcan los temas sobre los que es necesario reflexionar. No hay que limitarse a contestar las preguntas, sino redactar la reflexión profunda a la que llevan. Se pueden añadir más hojas si es necesario.

1. ¿Conozco los roles y responsabilidades de las profesiones de enfermería y medicina? ¿Cuáles son?
2. ¿Reconozco la necesidad del trabajo en equipo entre los profesionales de atención primaria?
¿Por qué es necesaria? ¿Qué aporta al paciente?
3. ¿Comprendo la complejidad y los retos del trabajo interdisciplinar? ¿Cuáles son?
4. ¿Me comunico de forma efectiva con otros profesionales sanitarios? ¿Cómo lo hago?
5. ¿Asumo mis responsabilidades y conozco los límites de mi autoridad/responsabilidad? ¿Cuáles son esos límites? ¿Están claros?

de roles, Complementariedad de roles, Prácticas clínicas, Roles según el nivel asistencial.

Una estudiante de Medicina escribe: «Reconozco que antes de realizar esta actividad no era consciente de cuán importante es saber cuál es el rol o responsabilidad de cada profesional». Llama la atención el comentario de un estudiante de Medicina en cuanto a su descubrimiento del rol de Enfermería: «admiro el trabajo de enfermería por encima del de los médicos, ya que son ellos (...) los que realmente pueden ver al paciente en todas sus esferas».

El rol del médico se orienta, en opinión de los estudiantes, hacia la «anamnesis», la «exploración física», la «historia clínica», la «solicitud de pruebas diagnósticas», el «diagnóstico», los «procesos agudos», «recetar tratamientos», la «terapéutica», el «tratamiento», la «información a los pacientes» y el «plan terapéutico».

El rol de la enfermera se orienta hacia la «capacidad funcional», la «valoración por patrones funcionales», las «escalas», el «bienestar», la «valoración del domicilio», los «cuidados», los «cuidados básicos», el «plan de cuidados», la «situación familiar», los «cuidadores», «curar», las «técnicas», la «toma de constantes», «ejecutar el tratamiento pautado», el «seguimiento de los pacientes», «vigilar», el «apoyo emocional», las «actividades preventivas» y la «educación para la salud», y tiene un componente de «contacto más estrecho» o ser «más cercana al paciente».

No obstante, se refleja que ambos roles «son complementarios» porque ambas profesiones «tienen un objetivo en común». Una estudiante de Medicina explica: «pensaba tenerlos claros pero a la hora de trabajar en equipo algunas cosas se nos solapaban y no teníamos demasiado claro de quién era función (toma de constantes, escalas y revisión de la medicación sobre todo)».

La actividad ha servido para potenciar el conocimiento de los roles, como escribe un estudiante de Enfermería: «gracias a esta actividad (...) me ha permitido intensificar

aún más (...) el conocimiento de cada rol dentro del mismo equipo»; o varios de Medicina: «desde mi punto de vista los estudiantes de medicina no teníamos muy claro cuál iba a ser el rol del estudiante de enfermería en esta actividad», «con esta actividad me quedó más claro los roles de médico y del enfermero».

Esto es independiente de las prácticas clínicas que se realizan a lo largo de la carrera, como explica un estudiante de Medicina: «a pesar de haber estado en contacto con ellos a lo largo de nuestras prácticas, en pocas ocasiones hemos trabajado de forma conjunta».

Se reconoce que los roles son diferentes en atención primaria y en el hospital, como indican estudiantes de Medicina: «Los roles (...) cambian con respecto a lo que vemos en el hospital. En atención primaria se trabaja más conjuntamente (...) la enfermería adquiere un valor aún más importante y una mayor responsabilidad», «en el hospital que es donde realizamos la gran mayoría de nuestras prácticas el trabajo en equipo es menor, cada profesional va un poco por su cuenta».

En la metacategoría Comunicación interprofesional se han encontrado las siguientes categorías en el análisis: Características de una buena comunicación, Importancia para los pacientes.

Una estudiante de Medicina escribe: «tiene que ser de la forma más organizada y educada posible (...) tiene que haber una libertad de expresión entre ambos profesionales». La palabra «respeto» se repite en la gran mayoría de los comentarios de estudiantes tanto de Medicina como de Enfermería. Una estudiante de Medicina menciona también «lo importante que es confiar el uno en el otro», y otro de Enfermería, «la necesidad de confianza en el trabajo de un compañero». Otras características de la comunicación que se repiten son «empatía» y «escucha activa».

En cuanto a la importancia de la comunicación interprofesional sobre los pacientes, estudiantes de Medicina explican que «dialogando con los distintos profesionales se llega a mayor profundidad a la situación del paciente», «con esta actividad se ha recalcado la importancia de dicha comunicación habiendo, bajo mi punto de vista (...) beneficio para el paciente», «por primera vez trabajando codo con codo con un estudiante de enfermería, es la facilidad con la que podemos interactuar con el paciente y cómo mejora la práctica clínica si hay complicidad y entendimiento entre ambos». En la misma línea, una estudiante de Enfermería escribe: «La comunicación entre los distintos grupos aporta una mejor calidad asistencial». Profundizando en ello y destacando las consecuencias de una mala comunicación, una estudiante de Medicina indica: «las consecuencias de una falta de comunicación interdisciplinar pueden llegar a provocar situaciones de elevada gravedad en la salud del paciente», y una estudiante de Enfermería: «una mala comunicación entre nosotros perjudicará al paciente».

En la metacategoría Autoridad/toma de decisiones, las categorías resultantes del análisis cualitativo son: Límites difusos, Cambio de modelo de autoridad, Tipo de modelo de autoridad (horizontal versus vertical).

Una estudiante de Medicina escribe: «Siempre tiene que haber alguien que lidere la situación (...) cada profesional tiene que asumir sus responsabilidades y saber cuáles son sus límites (...) lo que pasa es que los límites nunca están muy claros, lo cual es fuente de conflictos». No obstante,

hay aspectos en los que los límites parecen más claros, como la prescripción de fármacos, como indica un estudiante de Medicina: «en temas de tratamientos los médicos recetamos y aunque nos podamos equivocar, es nuestro criterio, no el de un enfermero», aunque matiza una estudiante de Enfermería: «hay decisiones sobre medicación, que solo las puede tomar el médico, pero desde enfermería podemos sugerir al médico una revisión del plan terapéutico si vemos algo anómalo», y añade un estudiante de Medicina: «Alterar/cambiar la medicación sin conocer qué actividades está llevando a cabo enfermería puede conllevar grandes consecuencias como hipoglucemias no esperadas, caídas».

En cuanto al cambio de modelo de autoridad, un estudiante de Medicina indica: «Siempre se ha asumido un rol paternalista por parte del médico, tanto con los pacientes como con los enfermeros y eso hoy en día está cambiando, los enfermeros tienen cada vez más autonomía e independencia».

Por otro lado, los estudiantes se posicionan hacia una forma de trabajo horizontal y colaborativa, como escribe una estudiante de Enfermería: «he percibido un trabajo de igual a igual entre los miembros de mi equipo», y diferentes estudiantes de Medicina: «poniendo en común nuestras opiniones, discutir juntos las opciones, llegando a una conclusión común», «todavía existe la costumbre de mirar la salud como áreas ordenadas según jerarquía (...) creo en la relación horizontal de los profesionales sanitarios y creo que cuanto menos jerárquica es la relación mejores resultados», «tratar a todos por igual, como un equipo en el que nadie está por encima de nadie», «la relación médico-enfermería no es una jerarquía vertical, debe ser horizontal». No obstante, también hay algún estudiante que opina de forma ligeramente diferente, como escribe uno de Medicina: «el médico termina por tener un rol superior jerárquicamente y es el que toma las decisiones de tratamiento y manejo del paciente». Se repite en varios estudiantes la idea de los límites de la autoridad en torno a «los conocimientos que uno tiene», así como «las capacidades de cada uno».

Discusión

Los estudiantes perciben que la actividad ha sido útil para profundizar en el conocimiento de los roles de médicos y enfermeras, independientemente de que hayan coincidido ya en centros de prácticas. La comunicación interprofesional es percibida como una competencia clave para el trabajo en equipo, y se basa en opinión de los estudiantes en el respeto y la confianza mutuas. En el caso de la competencia de Autoridad/toma de decisiones, la mayoría de los estudiantes reflejan límites difusos entre las profesiones, y la preferencia por modelos de autoridad democráticos, con diálogo y toma de decisiones compartidas.

Este estudio es el primero que refleja los resultados de una actividad de educación interprofesional con pacientes reales en atención domiciliaria en España, según la percepción de los estudiantes de Medicina y Enfermería que han participado en ella.

Aunque nosotros hemos tomado como referencia el modelo de Leicester¹⁰, en el ámbito internacional hay otras experiencias similares, con pacientes reales no

institucionalizados¹³⁻¹⁶. Este tipo de actividades son reconocidas por los estudiantes como momentos clave en su formación interprofesional¹⁷.

Comparando nuestros resultados con los de la experiencia durante 10 años en Leicester, se afirma que el modelo tiene el potencial de motivar y preparar a los futuros profesionales para el trabajo en equipo¹⁰. En nuestro caso vemos como los estudiantes perciben complementariedad en los roles de médico y enfermera, valoran la comunicación interprofesional y se posicionan en modelos horizontales de autoridad, lo cual puede favorecer el trabajo en equipo.

En otros estudios han usado escalas de autopercepción^{13-15,18,19}, que no permiten una comparación directa con el método cualitativo usado en este estudio. No obstante, se afirma que la autopercepción de los estudiantes acerca de sus competencias interprofesionales mostraba una tendencia positiva tras las actividades interprofesionales^{13,18,19}, y que los estudiantes aumentaban su confianza acerca de las habilidades comunicativas¹⁵, aspectos que también se pueden observar en nuestro estudio.

En 2 estudios, que además incluían preguntas abiertas como parte de la evaluación^{14,16}, se encuentra que los estudiantes referían haber aprendido más acerca de los roles y las responsabilidades de otras profesiones, lo cual coincide con los resultados de nuestra investigación.

Fortalezas y debilidades

Esta investigación es la primera que muestra resultados de una actividad interprofesional en atención domiciliaria con pacientes reales en España, y una de las pocas que existen en el ámbito iberoamericano en relación con la educación interprofesional. La metodología utilizada permite una comprensión en profundidad de las percepciones de los estudiantes, dándoles voz.

No obstante, también presenta sus limitaciones. Como todo estudio cualitativo, los resultados no son cuantificables ni directamente extrapolables. Además, no cuenta con grupo control ni es longitudinal, por lo que no es posible comparar con la percepción de los estudiantes antes de la actividad.

Perspectivas futuras

Dado el énfasis que a nivel internacional se hace de la educación interprofesional y los resultados de este estudio, coincidentes con la literatura revisada, en el que se muestra que los estudiantes perciben que les ayuda a desarrollar las competencias de clarificación de roles, comunicación interprofesional y autoridad/toma de decisiones, consideramos que la actividad de atención domiciliaria con estudiantes de Medicina y Enfermería debe continuar realizándose en nuestra universidad, y que puede ser útil para replicarse o adaptarse en otras universidades.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. CAIPE. The Centre for the Advancement of Interprofessional Education [sede web] 2016 [consultado 12 Jun 2017]. Disponible en: <https://www.caipe.org/>
2. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
4. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
5. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
6. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2017.
7. Barr H. Interprofessional education. The genesis of a global movement. Fareham, UK: CAIPE; 2015.
8. Pumar Méndez MJ, Canga Armayor N, Díaz Navarlas MT, Wakefield A. The potential advantages and disadvantages of introducing interprofessional education into the healthcare curricula in Spain. *Nurse Educ Today*. 2008;28:327–36.
9. Miró Bonet M. Práctica colaborativa interprofesional en salud: conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales. *Educ Med*. 2016;17 Supl 1:21–4.
10. Anderson ES, Lennox A. The Leicester Model of Interprofessional Education: Developing, delivering and learning from student voices for 10 years. *J Interprof Care*. 2009;23:557–73.
11. Solano Ruiz MC. Fenomenología - Hermeneútica y Enfermería. *Cul Cuid*. 2006;19:5–6.
12. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
13. Reilly JM, Aranda MP, Segal-Gidan F, Halle A, Han PP, Harris P, et al. Assessment of student interprofessional education (IPE) training for team-based geriatric home care: Does IPE training change students' knowledge and attitudes? *Home Health Care Serv Q*. 2014;33:177–93, <http://dx.doi.org/10.1080/01621424.2014.968502>
14. Conti G, Bowers C, O'Connell MB, Bruer S, Bugdalski-Stutrud C, Smith G, et al. Examining the effects of an experiential interprofessional education activity with older adults. *J Interprof Care*. 2016;30:184–90, <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2015.1092428>
15. Vaughn LM, Cross B, Bossaer L, Flores EK, Moore J, Click I. Analysis of an interprofessional home visit assignment: Student perceptions of team-based care, home visits, and medication-related problems. *Fam Med*. 2014;46:522–6.
16. García-Huidobro D, Skewes S, Barros X, Pizarro C, Gawinski BA. Learning together to work together: Interprofessional education for students in a primary care setting in Chile. *Fam Med*. 2013;45:272–5.
17. Roy V, Collins LG, Sokas CM, Lim E, Umland E, Speakman E, et al. Student reflections on interprofessional education: Moving from concepts to collaboration. *J Allied Health*. 2016;45:109–12.
18. Zaudke JK, Paolo A, Kleoppel J, Phillips C, Shrader S. The impact of an interprofessional practice experience on readiness for interprofessional learning. *Fam Med*. 2016;48:371–6.
19. Zeeni N, Zeenny R, Hasbini-Danawi T, Asmar N, Bassil M, Nasser S, et al. Student perceptions towards interprofessional education: Findings from a longitudinal study based in a Middle Eastern university. *J Interprof Care*. 2016;30:165–74, <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2015.1117060>