



**¿Qué Factores Participan En El Aprendizaje Interprofesional En El Entorno Clínico De
Los Estudiantes De Pregrado De Medicina Y Enfermería?**

Autores

Andrea C. Mesa, Juan P. Gómez y Camilo E. Rincón

Universidad Del Rosario / Pontificia Universidad Javeriana

Director

Francisco Olmos, MD, MSc. PhD

Título por el que opta

Magíster en educación para profesionales de la salud

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud – Facultad de Medicina

Maestría en educación para profesionales de la salud

Universidad del Rosario – Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá - Colombia

2022

Resumen

Contexto: El aprendizaje interprofesional es cada vez más relevante dentro de la formación de todas las profesiones del área de la salud, principalmente en los sitios de práctica clínica. Algunos estudios han mostrado beneficios y también dificultades respecto a su implementación, pero aún no es claro en nuestro medio si existen particularidades frente su impacto y la percepción de los estudiantes de medicina y enfermería en espacios de interacción formales e informales.

Métodos: Se realizaron en dos instituciones Universitarias en diferentes ciudades de Colombia, entrevistas semiestructuradas y un grupo focal para indagar las experiencias de estudiantes de medicina de 10° semestre, internos de Medicina, estudiantes de enfermería de 7° y 8° semestre en relación con este aprendizaje. Para comprender este fenómeno del aprendizaje interprofesional utilizamos la teoría de Paisajes de práctica y para el análisis de los datos obtenidos, la Teoría Fundamentada Constructivista.

Resultados: Nuestros hallazgos evidencian la escasa interacción en los sitios de práctica, esto en relación con disparidades de poder entre las comunidades. También existen interacciones positivas, tanto formales como informales en el sitio de práctica que permiten la consecución de aprendizajes significativos, por otro lado, las interacciones tempranas pueden favorecer el ambiente de trabajo en el paisaje de práctica.

Conclusión: Es necesario fomentar en las Instituciones de salud y las Universidades, a nivel curricular de forma temprana actividades formales e informales que favorezcan la colaboración y el aprendizaje interprofesional. También es necesario optimizar la comunicación en el paisaje de

práctica de atención en salud, entre los integrantes de las comunidades con el fin de que sea mucho más fácil su interacción.

Palabras clave: Interprofesionalismo, Colaboración interprofesional, Aprendizaje interprofesional. Paisajes de práctica.

Introducción

En los sitios de trabajo en salud confluyen diferentes profesiones y especialidades que buscan un fin común, la atención del paciente con la mejor calidad. En muchas de estas áreas se encuentran los futuros profesionales en proceso de formación, sin embargo, no es clara la interacción entre los estudiantes de diferentes carreras en dichos espacios de trabajo, dado el predominante aprendizaje intraprofesional que persiste en los programas de pregrado, así como las consecuencias de dicha interacción en el aprendizaje (Baerheim & Raaheim, 2020; Burgess et al., 2020). Comprendiendo mejor esta relación pueden generarse intervenciones que favorezcan estrategias de aplicación en áreas de práctica para el pregrado, fomentando el trabajo colaborativo interprofesional que impacte en mejores servicios para los pacientes y sus familias.

Adicionalmente, el aprendizaje en lugares de práctica ha evidenciado que el trabajo y la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes, pueden combinarse casi proporcionalmente, siendo más motivante para el estudiante en aspectos como el profesionalismo y la interprofesionalidad que son difíciles de aprender en el aula (Baerheim & Raaheim, 2020). Con relación a la formación de médicos, en dichas áreas se encuentran estudiantes, docentes y otros profesionales que comparten un conjunto de valores y comportamientos propios, generando identidad profesional y que se soportan en las teorías socioculturales del aprendizaje (Baerheim

& Raaheim, 2020; Hudak et al, 2021; Hodson, 2020; de Nooijer et al., 2021; Nisbet et al., 2013; Stalmeijer & Varpio, 2021).

El aprendizaje interprofesional, en sus diferentes aplicaciones, ha mostrado beneficios como el desarrollo de la capacidad de compartir conocimientos, mejorando las competencias de los estudiantes en el trabajo en equipo, así como la integración de nuevas habilidades, facilitando la comunicación interprofesional y la generación de nuevos roles al implementarse tempranamente en la formación de los estudiantes de pregrado (Baerheim & Raaheim, 2020; Burgess et al., 2020; Rodrigues da Silva Noll Gonçalves et al., 2021; van Diggele et al., 2020; Fox et al., 2018). Sin embargo, aún no hay claridad en la percepción de algunos estudiantes en relación con esta forma de aprendizaje y cómo esta puede influir en su participación en los equipos en áreas de trabajo y durante las actividades de formación. Así mismo, no se ha reconocido si el aprendizaje informal en los sitios de práctica es considerado por los estudiantes como útil (Nisbet et al., 2013).

Propósito y Pregunta de Investigación

El propósito de este trabajo es indagar en los escenarios de práctica clínica cómo la interacción entre estudiantes de Medicina y estudiantes de Enfermería puede influir en la adquisición de competencias, así mismo, comprender la percepción de los estudiantes de pregrado en relación con las oportunidades de aprendizaje interprofesional tanto formal como informal, así como las condiciones que favorezcan o inhiban esta forma de aprendizaje. A partir de lo anterior surge la siguiente pregunta: ¿qué factores participan en el aprendizaje interprofesional en el entorno clínico de los estudiantes de pregrado de medicina y enfermería?

Marco Teórico

Las teorías del aprendizaje sociocultural juegan un papel importante en la educación médica, Wenger-Trayner (1990, citado por Hodson, 2020) describió las "comunidades de práctica" orientadas en tres características comunes (compromiso mutuo, dominio conjunto, repertorio compartido), su enfoque ha sido adoptado en diferentes campos, incluidos los de la medicina y educación médica. Aunque este estaba limitado en su enfoque a una sola comunidad, recientemente los principales teóricos del aprendizaje sociocultural, incluido Wenger-Trayner, han propuesto los paisajes de práctica como una teoría de cómo se desarrollan las identidades de los estudiantes (Wenger & Hutchinson, 2014).

Balmer (2021) define las Comunidades de Práctica (CoP) de Etienne Wenger, como grupos de personas que se preocupan por los mismos problemas de la vida real y que interactúan regularmente para aprender unos de otros resolviendo esos problemas, así mismo da importancia al saber cómo los estudiantes del área de la salud encuentran su camino entre las comunidades de práctica y como tendría implicaciones importantes para su desarrollo profesional. En el centro de la teoría del aprendizaje social de Wenger se encuentra la premisa de que el aprendizaje (desarrollo de competencias) y el devenir (construcción de la identidad) son procesos inseparables. A lo largo de los años, Wenger amplió sus conceptualizaciones de aprendizaje y devenir en una sola CoP. Desde el punto de vista de los paisajes de práctica, aprender y convertirse no es simplemente pertenecer a una comunidad de práctica, es además de pertenecer, tener contacto con diferentes comunidades que componen el propio paisaje de práctica.

Los paisajes son dinámicos al igual que las personas, sus integrantes se mueven activamente entre comunidades de práctica relevantes para sus carreras específicas, sin embargo, mantienen algo en común y son los modos de identificación, esenciales para dar sentido a los paisajes de práctica y la posición de cada uno en el mismo. Los tres modos de identificación que

funcionan dentro y entre las comunidades de práctica son: compromiso (estar en la práctica, trabajar con otros); imaginación (hablar del futuro, construir una imagen de uno mismo en el mundo); alineación (coordinación de actividades y perspectivas, conexión de acciones a sistemas y discursos más amplios) (Balmer, 2021).

Por lo tanto, los paisajes de práctica abarcan todas las CoP y los alumnos pueden moverse entre ellas. Los límites entre las CoP son escenarios particularmente fértiles para el aprendizaje, ya sea a través de incursiones ocasionales a través de estos o mediante la participación completa en dos o más CoP. La capacidad de navegar para la adquisición de conocimiento y la formación de identidad a través del paisaje aportan un novedoso estilo de entender la formación de la identidad de los estudiantes del área de la salud, así mismo, brinda a los educadores herramientas para facilitar el viaje de los alumnos hacia la formación de la identidad (Hodson, 2020). Este concepto, conocido como *“knowledgeability”* se define como la capacidad de negociar en diversos escenarios de conocimiento práctico, permitiendo la adquisición de competencias e identidad propias, a partir de aquellas relaciones complejas que se establecen entre las personas respecto a un paisaje de práctica, convirtiéndolo en una fuente reconocida y confiable de información (Hodson, 2020; Nooijer et al, 2021; Wenger & Hutchinson, 2014). Así mismo, Kontio propone que el desarrollo de las habilidades del conocimiento ocurre de la siguiente manera: El aprendizaje no solamente se trata del desarrollo de un currículo, sino que se trata de un proceso auto transformador a través de un "paisaje" de práctica (Kontio 2015, como se citó en Hodson, 2020).

Por otro lado, la composición del paisaje depende de las dinámicas de las diferentes comunidades, por ejemplo, algunas se conforman y otras desaparecen, evolucionan o

involucionan, se fusionan o se separan, compiten o se complementan (Wenger & Hutchinson, 2014).

Los "paisajes" tienen unas características esenciales:

1. Son políticos: puede existir una dinámica de poder o de jerarquías, se reconoce como conocimiento y la competencia de una comunidad dependiendo de su posición en las políticas del paisaje.
2. En un paisaje todas las prácticas tienen una lógica interna y un set de estándares o reglas que por sí mismas no generan la práctica, sino que por el contrario la práctica la genera el practicante. Por otro lado, las prácticas no se subyacen una respecto a la otra, es decir una práctica no tiene el control sobre otra para reemplazar la lógica interna y el conocimiento de otra práctica, por el contrario, las prácticas en un paisaje se informan e influyen una entre y otra.
3. Diversidad y Límites: Pueden cruzar los límites o también puede haber unión de esos límites entre comunidades (Wenger & Hutchinson, 2014).

En conclusión, se considera que la teoría del aprendizaje sociocultural, específicamente la teoría de los paisajes de práctica respalda la educación interprofesional; permiten entender el rol de cada uno de los actores del equipo de atención en salud en la educación y aprendizaje de los futuros profesionales de la salud. Para comprender los factores que pueden influir en el Interprofesionalismo en forma positiva y negativa y responder la pregunta, se analizaron los diferentes paradigmas filosóficos de la investigación, considerando al Construccinismo como modelo útil, este afirma que la forma en que llegamos a conocer el mundo se construye a través de la interacción social, especialmente con el lenguaje, y que dichas diferencias en la percepción

del mundo provocan diferentes comportamientos (Rees et al., 2020). Partiendo de lo anterior y entendiendo la variabilidad de actores y contexto en los diferentes sitios de práctica, es más fácil comprender que las experiencias y percepciones en relación con el aprendizaje interprofesional pueden ser distintas para los estudiantes de Enfermería y Medicina (Varpio & MacLeod, 2020; Rees et al, 2020).

Metodología

Entonces, para comprender este fenómeno del aprendizaje interprofesional utilizamos la teoría de Paisajes de práctica (Wenger-Trayner, & Hutchinson, S. 2014; Balmer et al., 2021; de Nooijer et al., 2021; Hodson, 2020) y para el análisis de los datos que se obtengan de la investigación emplearemos la Teoría Fundamentada Constructivista como diseño metodológico, esta fue postulada por Glaser y Strauss en 1967 (Glaser & Strauss, 1967, citado por Eppich et al., 2019) y a través de un proceso iterativo de recopilación, codificación y análisis de datos, busca el desarrollo de la comprensión de los procesos sociales o psicosociales relacionados con un evento de interés, sin embargo, esta teoría evoluciona hacia una postura epistemológica constructivista desarrollada por Charmaz (Charmaz, 2014; Eppich et al., 2019; Watling & Lingard, 2012), en la cual su enfoque subyacente refleja la creencia de que las teorías no se pueden descubrir, sino que son construidas por el investigador y sus interacciones con los participantes y los datos. Teniendo en cuenta que el investigador juega un papel central en la construcción de la Teoría Fundamentada Constructivista (TFC), sus antecedentes, puntos de vista personales y cultura influyen en este proceso y en la forma en que se analizan los datos (Turner, 2021).

Los participantes fueron reclutados a través de muestreo propositivo en dos instituciones de Educación Superior en dos ciudades del país (Fundación Universitaria Sanitas y Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB), 16 estudiantes en total, de los cuales, 7 eran estudiantes de Medicina y 9 de enfermería, quienes se encontraban en semestres clínicos, con diferentes grados de experiencia en entornos interprofesionales, recibieron una explicación del objetivo del estudio.

Recolección de datos:

Recolectamos información inicial a través de entrevistas semiestructuradas con estudiantes de Medicina UNAB de 10 semestre, estudiantes de enfermería de 8° semestre e internos de medicina de la Fundación Universitaria Sanitas y se aclararon algunos datos adicionales y específicos en un grupo Focal en la UNAB, participando 6 estudiantes de enfermería de último año (7° y 8° semestre) y 2 estudiantes de 10° semestre de Medicina. Luego de dicha actividad, al comparar y analizar la información suministrada por los participantes, no se obtuvo información adicional, considerando que se llegó a la fase de "saturación teórica" y por tanto cesó la recolección de información (Morse, 2004 como se citó en Aldiabat y Le Navenec, 2019).

La información se transcribió a través de la herramienta amberscript, almacenándose en Google Drive para luego ingresarlas al software Atlas.ti ® donde se realizó el análisis de los datos, generación de códigos iniciales y posteriormente focales y axiales, así como la realización de memos.

Durante todo el proceso se consideró fundamental la realización de memos para documentar y almacenar la información obtenida en el grupo focal y en las entrevistas, así como las sesiones de codificación (Chun et al, 2019) y el diligenciamiento del consentimiento informado para su participación y para garantizar su privacidad y la protección de datos.

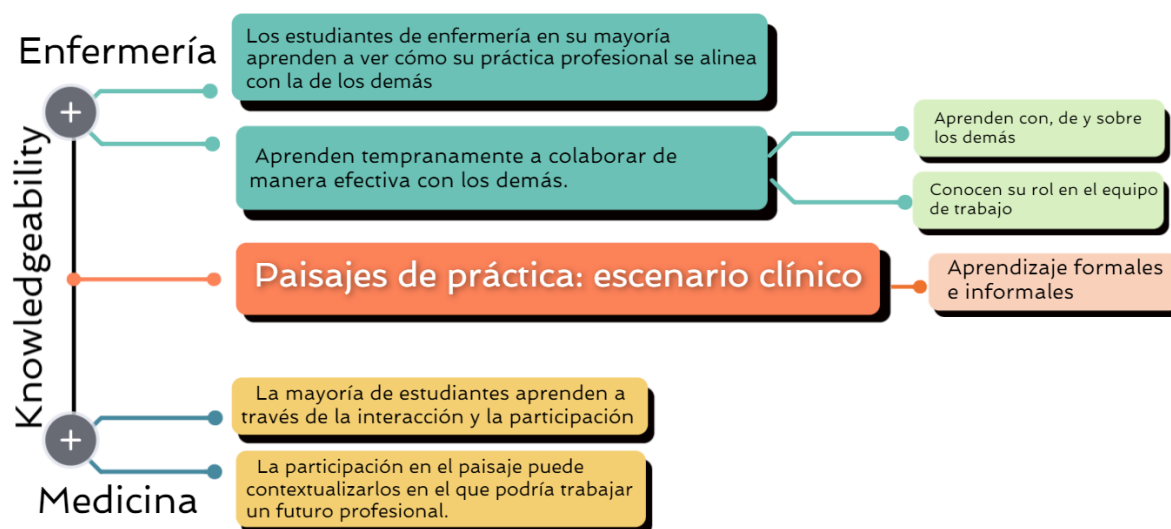
Para el desarrollo de la presente investigación se tuvo en cuenta las normas éticas acordes con la declaración de Helsinki y la Resolución No. 8430 de 1993 para Colombia. El estudio se consideró sin riesgo y fue aprobado por los comités de ética de Investigaciones de la Fundación Universitaria Sanitas y Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Resultados

En nuestro estudio evidenciamos aspectos positivos que facilitaron las relaciones y aprendizaje interprofesional, el cómo la participación temprana en el paisaje de práctica de los estudiantes de enfermería y medicina les permitió un aprendizaje en los límites de las profesiones y de sus roles. Observamos como para la comunidad de práctica (CoP) de estudiantes de enfermería fue más frecuente y más fácil la contribución ya que ellos desde semestres iniciales participan en el paisaje de práctica, formando su identidad y comprendiendo la de otras profesiones; otros resultados relevantes fueron que los estudiantes de enfermería en el escenario clínico consiguen alinear su práctica profesional con la de otros profesionales de la salud presentes en el paisaje, pero como factores opuestos a los resultados mencionados, en las entrevistas de los estudiantes de medicina encontramos algunos aspectos negativos que obstaculizan el Aprendizaje interprofesional (AIP).

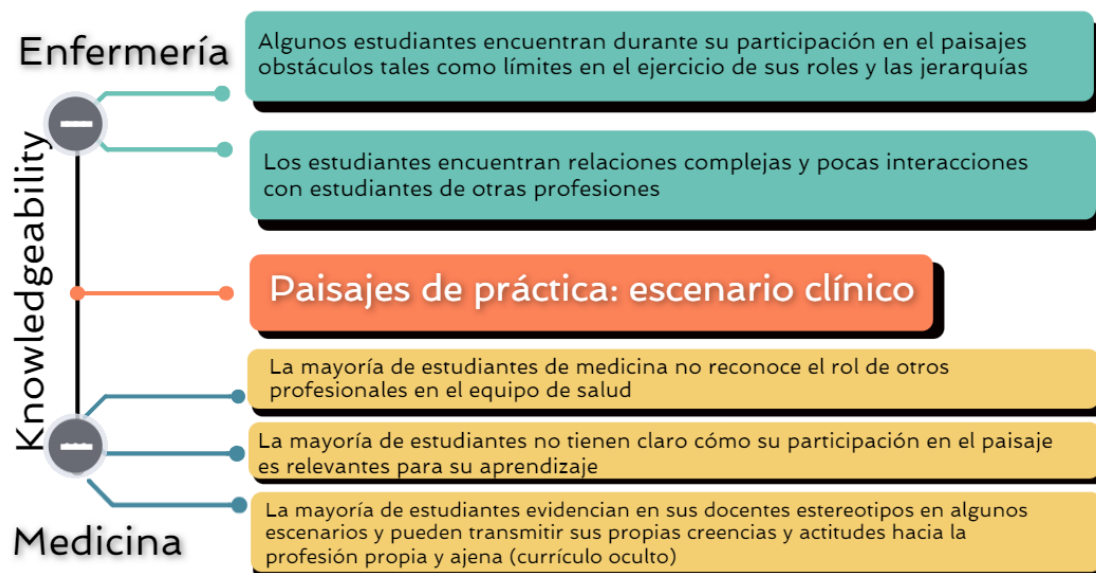
En las siguientes gráficas (*Gráfica 1 y 2*) realizamos un resumen de los resultados más relevantes en relación a la interacción y participación de los estudiantes de enfermería y medicina en el paisaje de la práctica y cómo es su impacto (positivo o negativo) en la construcción del conocimiento (knowledgeability).

FACTORES ASOCIADOS AL APRENDIZAJE INTERPROFESIONAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y MEDICINA



Gráfica 1, factores positivos para el knowledgeability (elaboración propia)

Dentro de los resultados observados encontramos como en el paisaje de práctica a través de aprendizaje interprofesional informal y formal los integrantes de las CoP, a través de su propia experiencia, aprenden de sus interacciones, participan, colaboran para la construcción del propio conocimiento para aplicarlo en la práctica profesional futura.



Gráfica 2, factores negativos para el knowledgeability

Para algunos estudiantes de enfermería las dinámicas de poder y las jerarquías inhiben la participación y la colaboración en el paisaje de práctica, así mismo, estereotipos negativos hacia las otras profesiones de la salud no favorecen un aprendizaje interprofesional en el paisaje. Los estudiantes de medicina y enfermería expresaron la necesidad de crear entornos de colaboración seguros que brinden oportunidades que fomenten más y mejores escenarios de interacción positiva y comunicación con los demás profesionales del equipo de salud, como aspectos clave de estos entornos que se permita la participación en la enseñanza y decisiones compartidas para la atención de los pacientes y realización de procedimientos, enfatizando en estructuras no jerárquicas en el paisaje de práctica.

Límites entre las comunidades de Práctica

El aprendizaje interprofesional (AIP) es una estrategia clave para el aprendizaje integrado de los alumnos de diferentes profesiones. En las entrevistas realizadas, observamos cómo cuando se permitió el trabajo colaborativo y el AIP se generaron experiencias enriquecedoras y constructivas desde la mirada de los integrantes de las CoP. Así mismo, reconocieron como trabajar en conjunto contribuye a una mejor prestación de servicios de salud. Entonces, el AIP es un medio para que los diferentes miembros del equipo de la salud trabajen juntos, a través de las fronteras interprofesionales, permitiendo una mejor comprensión de los roles que cada uno desempeña, fortaleciendo habilidades de trabajo en equipo, de comunicación y con un impacto positivo en la atención al paciente.

“...Cuando nosotros estamos en prácticas siempre tenemos constante interacción con las diferentes carreras, porque enfermería debe tener un componente integrador que nos permita poder fortalecer tanto el diagnóstico del paciente como el cuidado. Entonces, sí, debe ser muy interdisciplinar, nosotros hemos tenido experiencias, por ejemplo, con fonoaudiólogos, con médicos y con fisioterapeutas...” (Estudiante de 8º semestre de Enfermería)

“Bueno sí, como tal con enfermería que es como la profesión más hermana que nosotros tenemos, con la que trabajamos todos los días” ... “Como que trato de buscar amistad con ellas. Se crea la amistad y también aprender, porque hay veces que en la carrera no nos enseñan muchas cosas, que son prácticas en el día a día, el canalizar, el colocar una ampolla, el tomar una sonda, curar heridas, es un ejemplo muy importante de eso y muy bonito tener relación amena con el servicio de enfermería. Pues con psicología no he tenido la oportunidad de participar en un ambiente profesional, pero sí he tenido la oportunidad de acercarme a otros estudiantes de psicología, aquí en la universidad y uno conversa y uno interactúa e intercambia conocimientos que pues, sí es importante”. (Estudiante de 10º semestre de Medicina)

Integrantes de las CoP apreciaron las actividades académicas de AIP desarrolladas con otras profesiones de la salud, aunque fueron limitadas, ocasionales y la mayoría informales, partiendo que en sus currículos no se cuentan con actividades de AIP; explicaron los mecanismos a través de los cuales se les permitió navegar entre las comunidades y aprender entre ellos desde cada uno de sus roles en los paisajes de práctica sin sobrepasar los límites:

“Y lo positivo de eso es que tenemos todas las miradas. Entonces nos hacen mucho más holísticos, mucho más integrales y nos permiten ver diferentes componentes. Así también, al llevarlo a la práctica, uno no se queda crudo al responderle al otro profesional, porque ya sabe en qué términos puede llegar a hablar el otro, que uno de pronto a veces desconoce o a veces falta fortalecer, porque no todos, pues a veces hablamos el mismo idioma. Pero me parece que una comunicación mucho más asertiva. “...Lo negativo es que a veces no hay una estructuración entre todos...”
(Estudiante de 8° semestre de Enfermería)

“Yo trabajo mucho con medicina de la mano”, “...a veces no rotamos al mismo tiempo” “el médico nos evalúa y nos hace el componente integrador”. Entonces y sí, compartimos mucho y nos dan una orden médica, nosotros hacemos el tratamiento, el da retroalimentación. También si hay que hacer un manejo de un paciente, de una intervención, trabajamos de la mano de ellos con la docente y nosotros en el componente de la intervención, con colocación de sondas, manejo de medicamentos, todo ese tipo de cosas.” (Estudiante de 7° semestre de enfermería)

Es clave reconocer cómo los estudiantes cuentan con algunas actividades de AIP, que les permite el fortalecimiento del trabajo colaborativo desde semestres tempranos; las percepciones de algunos estudiantes permitieron identificar aspectos positivos en interacciones formales e informales con los miembros del equipo de salud más allá del aprendizaje en el paisaje de práctica, también el intercambio de emociones.

“En mi caso, eran básicamente las clases teóricas en las que he podido tener relación con otras carreras. Por ejemplo, en primer semestre, en una materia que se llama expresión, entonces no solamente estaba medicina y enfermería, también estudiantes de ingeniería biomédica, así mismo en salud pública, en determinantes y otras electivas. Y pues también mencionaba que es muy chévere. Por ejemplo, en mi caso me parece súper chévere y es poder cómo realizar una tarea en específico que nos pone el docente, una exposición o sobre análisis de algún caso y poder tener como la visión en este caso desde dos perspectivas” (Estudiante de 10° semestre de Medicina)

Un aspecto importante que mencionan los estudiantes son interacciones informales en los paisajes de práctica diferentes a AIP, un ejemplo de ello es como reconocen otros miembros del equipo en escenarios que favorecen la futura colaboración interprofesional en el deporte, actividades lúdicas, que pueden romper barreras que se pueden generar en espacios académicos.

“Bueno, por mi parte, con el deporte, el fútbol, hice lazos con los chicos de medicina...en Cirugía tuve la oportunidad de estar con los chicos que juegan conmigo futbol, ellos haciendo la cesárea y yo viendo y luego al revés, yo atendiendo la adaptación neonatal, ¿me preguntaron cómo tengo que hacer esto y como hacer esto y cómo es aquello?... Luego en urgencias tuve la oportunidad de tener un grupo de amigas de medicina que estaban con su docente y yo con mi docente, y luego muestre que paciente están viendo ustedes Y eso me lo enseñaron a mí qué le dijo su profesor. Y claro, el aporte del médico es diferente a la parte del jefe de enfermería, Entonces entre nosotros, compartimos la historia clínica del paciente, que le va a pedir, un ejemplo fue pedir un electro, entonces yo se lo voy a tomar, le pregunto muestre usted que ve? (Estudiante de 8° semestre de Enfermería)

En el desarrollo de las entrevistas vemos cómo los participantes de cada comunidad reconocen la importancia de conectarse con otras profesiones a través de interacciones formales e informales aumentando la continuidad y calidad de los cuidados prestados a los pacientes, pero hay claramente establecidas jerarquías que dificultan y obstaculizan el ejercicio de los

verdaderos roles, así como explorar los límites de la propia profesión, específicamente en relación con enfermería.

“hay jerarquías y es una barrera para comunicarnos con los otros profesionales, partiendo desde el respeto, yo me comunico con el médico, con el especialista, con respeto no se van a crear problemas de conflictos porque estamos intercambiando ideas y opiniones para poder llegar a un punto en común o a sacar conclusiones enfocadas a actividades que van a ser beneficiosas. Entonces, siento que sí puede pasar que sean esas barreras en cuanto a pesar de que existe esa jerarquía... no le voy a hablar al especialista porque me da pena o me va a hacer quedar mal, bueno, pero es más por uno mismo... siento que no deberíamos ponernos barreras” (Estudiante de 8° semestre de Enfermería)

“... yo siento que, pues es muy notorio y más que todo por parte de medicina, muchas veces los doctores, no todos, claramente son muy sencillos, quizá porque no tienen un ego tan alto, pero la mayoría que son ultra súper especialista, sin lo son ...” “Yo he escuchado este tipo de comentarios: eso que estás diciendo es para un auxiliar de enfermería, lo que nos están diciendo es para un enfermero, eso no es para un médico. Entonces es como si en cierta parte se desvalorizará el hecho de que tenga el conocimiento. Y muchas veces los médicos no logran tener conocimiento de un procedimiento, por ejemplo, que si tiene una auxiliar”. (Estudiante de 10° semestre de Medicina)

Reconociendo el aprendizaje interprofesional

En relación con el reconocimiento de las comunidades de práctica y su influencia en el aprendizaje, hubo respuestas controversiales. Al analizar los diferentes conceptos e ideas obtenidas de las entrevistas y del grupo focal, se evidencian respuestas diferentes entre los estudiantes de cada comunidad, siendo percibidas en forma positiva por los estudiantes de enfermería de las dos instituciones analizadas:

“Nosotros el semestre pasado tuvimos diferentes opciones: cirugía, hospitalización. Tuvimos toda la parte de hospitalización de componente de cirugía y de neuro entonces nos permitió esa interacción con médicos. Y como en ese momento rotamos al tiempo, pues los médicos y los enfermeros enseñaban al tiempo a los doctores, a los estudiantes”. (Estudiante 8º, Enfermería)

“...por ejemplo la revista Medunab, es un espacio en el que tanto estudiantes de medicina, enfermería y psicología pueden estar e interactuar para realizar actividades, en este caso investigativas”. (Estudiante 8º, Enfermería)

Diferencias marcadas se encontraron entre los estudiantes de Medicina de Bogotá y Bucaramanga, siendo negativos en el primer caso, contrastando con el segundo como lo podemos ver en las siguientes citas:

“ Ah, pues la verdad Doc, no lo considero tan importante. O sea, no, no sé cuál de pronto podría ser la diferencia en que yo estuviera más relación de pronto con un estudiante de enfermería y de pronto en conocimientos, sí, a veces uno se sienta con las personas y comparte alguno que otro conocimiento, pero realmente no creo que tendría académicamente mucho impacto... Entonces digamos académicamente creo que no impacta mucho, pero sí creo que impactaría mucho en las relaciones interpersonales y eso pues influiría directamente a que las relaciones cuando estás trabajando en la clínica sean mucho mejor”. (Interno de Medicina)

En los estudiantes de Medicina de Bucaramanga, hubo contacto con otras comunidades de práctica en forma temprana y esto pudo haber influido en forma positiva en su percepción y en los beneficios de esta:

“Yo llegué a tener contacto con estudiantes de otras carreras, como por ejemplo en Determinantes de la salud, había como intercambio de información y relaciones entre esta, en la parte Clínica ya variaba por mi parte, por lo menos eran un poco más escasas. Yo vine a tener esa interacción ahorita hace poquito para este semestre y lo que me concierne fue muy positiva, porque había ciertas cosas en las cuales yo me podía apoyar mucho en la parte de enfermería y podíamos cómo establecer una mejor relación”. (Estudiante 10 º, Medicina)

Dado el aspecto positivo visto por enfermería y algunos estudiantes de Medicina, al indagar los factores que favorecen el Aprendizaje interprofesional se pudieron obtener algunas sugerencias a tener en cuenta para nuevas estrategias en los paisajes de práctica:

“...la UNAB cuenta con un laboratorio maravilloso de simulación, donde vamos a simular un código azul aquí, todos tenemos que aportar, o sea, ahí no solo va a estar el médico, las enfermeras estamos poniendo los medicamentos que se necesitan, entonces sería bueno por ese lado y ya como lo mencionaba antes... Porque a veces uno no puede ser muy espontáneo en la reanimación...” (Estudiante 8° Enfermería)

“...el aprendizaje basado en la práctica, pacientes, problemas, en simulaciones. Por ejemplo, el código rojo, pues ahí están los tres o cuatro integrantes de los diferentes profesiones ... pues ese escenario me parece muy propicio y también hay muchos, por ejemplo, pues si a nosotros nos preguntaran cuántas veces nos han enseñado a pasar una sonda o un catéter, aseguro que la gran mayoría nunca ha pasado...” (Estudiante 10° Medicina)

Estimulando las interacciones interprofesionales

En relación con las interacciones entre comunidades de práctica, se ha visto que, en nuestro medio, las mismas son escasas, predominando y siendo más frecuentes durante los primeros semestres, perdiéndose con el avance de los estudiantes a través de su comunidad de aprendizaje, sin embargo, en el momento de interactuar en el paisaje de práctica (escenario clínico), se evidenció una mayor facilidad para la participación en la comunidad de enfermería frente a la de medicina, lo cual puede estar influyendo en la importancia que le dan a este aspecto y adicionalmente a la necesidad de poder generar más interacciones en otros espacios:

“...que en clase se podían acoplar ciertas cosas que conocía, se podía preguntar. con empatía, también veíamos materias que llamamos de relleno, materias humanísticas y eso en algunas ocasiones también con estudiantes de medicina y de psicología” (Estudiante 7° Enfermería)

“cuando estaba en Básicas era un poco más la interacción por las materias que se ven adicionales como las de expresión, en parte también que veíamos de psicología, si, en esas materias podía tener interacción con estudiantes que eran del área de la salud, entonces eran de enfermería, en su mayoría de epidemiología” (Estudiante 10º, Medicina)

Adicionalmente los estudiantes expresaron la necesidad de fortalecer algunas estrategias de interacción interprofesional, que, aunque no son tan evidentes en los paisajes de práctica que habitualmente encontramos en las instituciones de salud, pueden llegar a permitir en otros campos la interacción entre comunidades de práctica y que al fortalecerse pueden generar el reconocimiento de roles y poder impactar positivamente en el aprendizaje interprofesional:

“...si no existieran esos programas como plan padrino o el centro de estudio o algunas materias de preparación, seríamos como colores diferentes, porque a veces no nos relacionamos mucho, o sea, no nos integramos, no tenemos la mente de integración diferentes a eso. Entonces medicina sería un lugar, psicología, sería otro y enfermería sería otro diferente. Desde el punto de vista de nosotros como estudiantes, ya se inició y nos toca reunirnos”. (Estudiante 8º Enfermería)

Aprendiendo de otras comunidades

En el entorno clínico las interacciones para la adquisición de competencias y aprendizaje interprofesional en diferentes comunidades de práctica es variable y se destacan algunas experiencias en las que ha sido nulo o escaso, pero por otro lado se destacan experiencias positivas tanto para los estudiantes de medicina como de enfermería, por ejemplo, en los estudiantes de medicina se logra apreciar que cuando presentan interacciones positivas informales con enfermería en el sitio de práctica, ellos adquieren competencias principalmente de tipo procedimental y no tanto de aspecto teórico, como se describe a continuación:

"Por lo menos yo nunca había pasado una sonda por ejemplo y cuando la estaba pasando me enseñó una enfermera y siempre tuvo la disposición de hacerlo. Entonces es algo muy bonito y de lo que uno siempre puede aprender" (Estudiante 10° Medicina)

"Váyase con las enfermeras y aprenda de ellos o enséñeles, pues si usted ve que están haciendo una técnica mal y la podemos corregir o por el contrario, muchas veces, aunque es una labor de canalizar, eso lo debería hacer un jefe de servicio, Bueno, hay personas que nunca han canalizado y claro, ello proporciona una ventaja, te enseña muchas cosas que uno las va aprendiendo" (Estudiante 10° medicina)

Por otro lado, respecto a los estudiantes de enfermería, se puede evidenciar que sus interacciones no formales con médicos favorecen la adquisición de aprendizaje significativo tanto de tipo teórico como procedimental en relación con la condición clínica de los pacientes que se atienden mutuamente, tal como se puede evidenciar en estas citas:

"Cuando estaba en la rotación de obstetricia, ellos siempre nos explicaban como todo lo de las maniobras de los bebés, igual en salas de cirugía también hay médicos que le decían cómo hacer las cosas, decían: venga y le enseñó. Entonces no se limitaban como solo a compartir ese conocimiento con sus estudiantes, sino era con todos" (Estudiante 8° Enfermería)

Sin embargo, lo que se puede evidenciar por el momento es que la mayoría de estas interacciones, para la adquisición de competencias son de tipo informal, pero son valiosas dentro de ese aprendizaje interprofesional.

"En urgencias tuve la oportunidad de tener un grupo de amigas de medicina que estaban con su docente y yo con mi docente y claro, el aporte del médico es diferente a la parte de la jefe de enfermería, Entonces entre nosotros, pues compartimos la clínica" (Estudiante 8° Enfermería)

Teniendo en cuenta lo anterior, se podrían sugerir espacios de tipo formal por parte de las Instituciones para que los estudiantes puedan evidenciar lo valioso del aprendizaje y consecución de competencias navegando y/o cruzando los límites de las diferentes comunidades de práctica de enfermería y de medicina respectivamente.

Una parte importante del aprendizaje en el entorno clínico fue el aprendizaje a partir de su propia experiencia, reconociendo que la mayoría de las habilidades se adquieren mediante la interacción informal del día a día, por lo cual, debemos reconocer las contribuciones del aprendizaje interprofesional informal.

Discusión

Nuestro estudio fue realizado en dos instituciones de ciudades diferentes del país en las cuales las condiciones socioeconómicas y culturales son diferentes, sin embargo, en ambas instituciones se encontró que, por parte de los estudiantes de enfermería las interacciones tempranas en el paisaje de práctica permitieron que tuvieran interacciones positivas favoreciendo el aprendizaje y/o colaboración interprofesional con los estudiantes y/o profesionales de medicina, esto también favoreció que pudieran entender su rol y el de los demás en el sitio de trabajo, por otro lado como aspectos negativos se encontró que las jerarquías juegan un papel importante ya que pueden ser inherente por parte de los médicos hacia los profesionales de enfermería y esto puede limitar las interacciones.

Por otro lado respecto a los estudiantes de medicina hay diferencias entre ambas instituciones, en Unisanitas los estudiantes no identificaron como positivas las interacciones con los profesionales de enfermería y con los estudiantes fueron escasas, esto relacionado

principalmente a actitudes irrespetuosas hacia ellos y pocos escenarios que permitieran las interacciones tempranas, por otro lado en la UNAB los estudiantes de medicina si manifiestan haber tenido interacciones positivas, permitiendo tanto aprendizaje como colaboración interprofesional sobre todo para la adquisición de competencias procedimentales propias de esa comunidad de práctica y reconocimiento del rol e importancia de ambas profesiones para el cuidado del paciente, así mismo, resaltan que la comunicación y el respeto fueron fundamentales para que esas interacciones fueran valiosas.

En nuestro estudio se evidencia que hay una percepción positiva del aprendizaje interprofesional por parte de los estudiantes de enfermería de ambas universidades, similar al estudio de van Diggele et al (2021) donde los estudiantes de enfermería fueron los que encontraron mayores beneficios del aprendizaje colaborativo.

Se destacan puntos clave como por ejemplo la oportunidad de practicar su profesión en un equipo interprofesional y la posibilidad de conocer, comunicarse e interactuar con estudiantes de otras disciplinas para lograr aprendizaje.

También se encuentran diferencias, por ejemplo el estudio de van Diggele et al (2021) se realizó una actividad interprofesional: The Health Collaboration Challenge (HCC) para resolución de casos clínicos, a diferencia de nuestro estudio que tiene en cuenta sólo actividades formales e informales en el entorno clínico, ellos tuvieron en cuenta no solo la opinión de los estudiantes de enfermería o de medicina, también otras disciplinas como por ejemplo odontología, fisioterapia, farmacología, terapia ocupacional, nutrición, educación física, patología, técnicos de radiología, lo cual difiere de nuestro estudio.

Así mismo, respecto al estudio Friedrich et al (2021), tiene en común con nuestro estudio que se realizó con estudiantes de medicina y de enfermería de último año de su programa, sin embargo, existen diferencias, por ejemplo fue realizado en un área clínica especial de pacientes pediátricos y aplicaron una estrategia de aprendizaje llamada SIESTA (Speed Interprofessional Peer Teaching Paediatric) cuya duración era de 30 minutos y se orientó hacia los motivos de consulta más frecuentes en los pacientes pediátricos, por ejemplo bronquiolitis, gastroenteritis etc.

El objetivo de esta actividad a nivel interprofesional era que los participantes entendieran los roles de las diferentes profesiones y apreciaran su experticia, así mismo que pudieran explicar su punto de vista como miembros de un equipo interprofesional, discutieran preguntas acerca del caso y que pudieran ser capaces de elegir los contenidos que fueran relevantes respecto al cuidado del paciente.

Finalmente la actividad se realizó en un ambiente seguro que permitió generar cooperación entre los estudiantes, mejorar la comunicación, entender la profesión de cada uno de los participantes, mejorar también la actitud entre una y otra profesión y lograr aprendizaje; en comparación en nuestro estudio no se realizó una actividad académica interprofesional específica, por el contrario se indago acerca de las experiencias en todos los semestres clínicos y se encontró que la gran mayoría de interacciones entre estudiantes de medicina y enfermería fueron de tipo informal en el paisaje de práctica y las formales ocurrieron predominantemente en los semestres de ciencias básicas, así mismo, los factores que promovieron el aprendizaje interprofesional ocurrieron principalmente entre estudiantes de enfermería con médicos generales o especialistas y los estudiantes de medicina con enfermeras jefe, pero las interacciones entre estudiantes para lograr aprendizaje interprofesional fueron escasas.

Llama la atención en nuestro estudio que tanto a nivel de enfermería como de medicina se evidenció que la falta de colaboración interprofesional se debe a la falta de comunicación efectiva en el sitio de trabajo, hallazgos similares al estudio de Busari et al (2017) en el cual encontraron diferentes perspectivas que pueden explicar la falta de colaboración interprofesional, por ejemplo ellos encontraron que en el servicio de enfermería la ausencia de esta colaboración se debió a la existencia de una relación jerárquica entre médicos y enfermeras, también por la ausencia de un ambiente laboral adecuado que permitiera las transferencia de conocimiento, la formulación de preguntas acerca de los pacientes y de su cuidado.

Respecto a los médicos también se encontró en ese estudio que la ausencia de colaboración interprofesional se debe a las jerarquías y posiblemente a que no tienen en cuenta el rol y la autonomía profesional de enfermería.

Minamizono et al (2013), encontró en Japón percepciones negativas acerca de la colaboración interprofesional por parte de médicos sobre todo relacionadas con la edad de los participantes (tuvo una peor percepción con el grupo de edad entre 30-39 años) esto relacionado a jerarquías propias del hospital y a nivel cultural por las reglas sociales del país, en nuestro estudio la edad de los entrevistados fue más baja, sin embargo, los estudiantes de medicina de Unisanitas tuvieron concepto similar que los entrevistados en el estudio de Minamizono a diferencia de los estudiantes de medicina de la UNAB.

Por otro lado, en nuestro estudio identificamos que las interacciones tempranas entre las diferentes profesiones pueden favorecer el aprendizaje y la colaboración interprofesional en el paisaje de práctica, así mismo, Minamizono et al (2013), sugieren que reuniones regulares multiprofesionales ayuda a una mejor comunicación verbal y favorece a una colaboración

efectiva, ya que cuando se carecen de ellas puede que los profesionales de la salud no vean las ventajas de la colaboración interprofesional.

Respecto al estudio de van Duin et al (2022), explora las experiencias de la colaboración interprofesional de médicos junior (experiencia laboral mínima de 6 meses y máxima de 3 años). En este estudio llama la atención que la obtención de datos se realizó a través de imágenes en las cuales los participantes dibujaron sus experiencias de colaboración interprofesional y posteriormente correlacionaron los dibujos con entrevistas semiestructuradas. Con los datos obtenidos agruparon tres categorías: 1. Aprendizaje interprofesional implícito (retroalimentación, emociones y supervisión), 2. transición a ser médico (percepción de roles y dinámicas de equipo) y 3. juicios de valor.

En la categoría de aprendizaje interprofesional implícito, los participantes manifestaron que no se les facilitó el aprendizaje interprofesional debido a los límites entre las comunidades, sobre todo respecto a la retroalimentación en el sitio de práctica ya que usualmente era realizada por los médicos mayores (intraprofesional), pero no realizada directamente por enfermeras jefe, lo que limitó la comunicación, conllevando a frustraciones en el equipo de trabajo, así mismo, algunos de los participantes manifestaron que no le vieron la importancia a la colaboración interprofesional dado que sus supervisores no lo percibieron como un objetivo de aprendizaje y que podría verse limitado por jerarquías, estos hallazgos son similares a nuestro estudio pues usualmente las pocas interacciones que tenían los estudiantes de medicina de Unisanitas con los estudiantes de enfermería o con las profesionales ya graduados de enfermería impidió tener adecuados canales de comunicación, que además podría verse influenciado por las jerarquías inherentes del paisaje de práctica.

En cuanto a la segunda categoría van Duin et al (2022), hicieron un mayor énfasis en la percepción de roles y dinámicas de equipo, en nuestro caso no lo profundizamos pues nuestra población fue de estudiantes de último año, pero no profesionales graduados que pueden llegar a tener roles de mayor responsabilidad con un equipo interprofesional en el paisaje de práctica de atención en salud.

Respecto a la tercera categoría van Duin et al (2022), los participantes valoraron de acuerdo con los desenlaces clínicos de los pacientes si eran favorables o desfavorables como colaboración interprofesionales positiva o negativa, en nuestro caso la percepción positiva o negativa del aprendizaje y la colaboración interprofesional dependió principalmente del respeto y calidad de las interacciones y de la consecución de competencias o aprendizajes en escenarios formales o informales de las diferentes comunidades de práctica.

En conclusión, consideramos que es necesario fomentar en las Instituciones de salud y las Universidades, a nivel curricular desde los primeros semestres actividades formales e informales que favorezcan la colaboración y el aprendizaje interprofesional, de esta manera se pueden optimizar los canales de comunicación entre los integrantes de las comunidades con el fin de que cuando lleguen a realizar sus prácticas clínicas en el sitio de trabajo sea mucho más fácil su interacción, de esta forma se pueden derribar las barreras que hemos encontrado como las jerarquías inherentes entre las distintas profesiones, esto va a conllevar a que los estudiantes puedan adquirir competencias entre las diferentes comunidades de práctica, ya que se espera que exista un ambiente sano de aprendizaje en el sitio de trabajo.

Limitaciones:

En nuestro estudio la exploración de factores socioculturales fue limitada, creemos que, si se hubiera profundizado en los orígenes y en el estrato socioeconómico, podríamos haber obtenido otra información relevante del fenómeno que hubiera explicado su comportamiento en el paisaje de práctica de atención en salud, la percepción entre las diferentes comunidades de práctica y cómo estos factores pueden participar en las interacciones.

Implicaciones para la práctica:

El AIP mejora la comunicación y permite entender los roles de otras profesiones, así mismo, favorece la construcción de conocimientos, cierra brechas existentes, proporcionando un entorno seguro para aceptar, reflexionar y estimular la retroalimentación interprofesional en los paisajes de práctica.

Referencias

- Aldiabat, K. M., & Le Navenec, C. L. (2018). Data saturation: The mysterious step in grounded theory methodology. *Qualitative Report*, 23(1), 245–261. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2018.2994>
- Andrade, C. (2021). The Inconvenient Truth About Convenience and Purposive Samples. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(1), 86–88. <https://doi.org/10.1177/0253717620977000>
- Baerheim, A., & Raaheim, A. (2020). Pedagogical aspects of interprofessional workplace learning: a case study. *Journal of Interprofessional Care*, 34(1), 59–65. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1621805>

- Balmer, D. F., Rosenblatt, S., & Boyer, D. (2021). Navigating landscapes of practice: A longitudinal qualitative study of physicians in medical education. *Medical Education*, 55(10), 1205–1213. <https://doi.org/10.1111/medu.14572>
- Burgess, A., Kalman, E., Haq, I., Leaver, A., Roberts, C., & Bleasel, J. (2020). Interprofessional team-based learning (TBL): how do students engage ? *BMC Medical Education*, 20(118), 1–11.
- Busari, J. O., Moll, F. M., & Duits, A. J. (2017). Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: A case report from a small-scale resource limited health care environment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 227–234. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S140042>
- Charmaz, K. (2014) *Constructing Grounded Theory*. 2nd ed. Los Angeles: SAGE.
- de Nooijer, J., Dolmans, D. H. J. M., & Stalmeijer, R. E. (2021). Applying Landscapes of Practice Principles to the Design of Interprofessional Education. *Teaching and Learning in Medicine*. <https://doi.org/10.1080/10401334.2021.1904937>
- Chun Tie, Y., Birks, M., & Francis, K. (2019). Grounded theory research: A design framework for novice researchers. *SAGE Open Medicine*, 7, 205031211882292. <https://doi.org/10.1177/2050312118822927>
- Eppich, W. J., Olmos-Vega, F. M., & Watling, C. J. (2019). Grounded Theory Methodology: Key Principles. *Healthcare Simulation Research*, 127–133. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26837-4_18
- Etikan, I. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American*

Journal of Theoretical and Applied Statistics, 5(1), 1.
<https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>

Fox, L., Onders, R., Hermansen-Kobulnicky, C. J., Nguyen, T. N., Myran, L., Linn, B., & Hornecker, J. (2018). Teaching interprofessional teamwork skills to health professional students: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 127–135.

<https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1399868>

Friedrich, S., Straub, C., Bode, S. F. N., & Heinzmann, A. (2021). SIESTA: a quick interprofessional learning activity fostering collaboration and communication between paediatric nursing trainees and medical students. *BMC Medical Education*, 21(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/s12909-021-02880-9>

Gonzalez, P., Aponte, C., Gongora, S., Leal, J., Carrillo, D., Diaz-Martinez, L., & Jorge, R. (2021). Comunidades de práctica en educación médica: relación con la enseñanza clínica. *Educación Médica*, 22, 509–513.

Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta, Ciudad de México, México: *Editorial Mc Graw Hill Education*, Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p.

Hodson, N. (2020). Landscapes of practice in medical education. *Medical Education*, 54(6), 504–509. <https://doi.org/10.1111/medu.14061>

Hudak, N. M., Ross, E., Bynum, W., Pasha, N., Phillips, B., & Melcher, B. Q. (2021). Professional development for facilitators of interprofessional education: Participation and outcomes of a pilot program. *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 24(May

2020), 100431. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2021.100431>

Hussein, M., Hirst, S., Salyers, V., & Osuji, J. (2014). Using Grounded Theory as a Method of Inquiry: Advantages and Disadvantages. *The Qualitative Report*, 19(27), 1–15. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2014.1209>

Kahlke, R., Bates, J., & Nimmon, L. (2019). When I say ... sociocultural learning theory. *Medical Education*, 53(2), 117–118.

Kennedy, T. J. T., & Lingard, L. A. (2006). Making sense of grounded theory in medical education. *Medical Education*, 40(2), 101–108. <https://doi-org/10.1111/j.1365-2929.2005.02378.x>

Minamizono, S., Hasegawa, H., Kaneko, Y., Motohashi, Y., Inoue, Y. (2013). Physician's Perceptions of Interprofessional Collaboration in Clinical Training Hospitals in Northeastern Japan. *Journal of Clinical Medicine Research*, 5(5), 350–355. <https://doi.org/10.4021/jocmr1474w>

Nisbet, G., Lincoln, M., & Dunn, S. (2013). Informal interprofessional learning: An untapped opportunity for learning and change within the workplace. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 469–475. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.805735>

Rees, C. E., Crampton, P. E., & Monrouxe, L. V. (2020). Re-visioning academic medicine through a constructionist lens. *Academic Medicine*, 95(6), 846-850.

Rieger, K. L. (2019). Discriminating among grounded theory approaches. *Nursing Inquiry*, 26(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/nin.12261>

- Rodrigues da Silva Noll Gonçalves, J., Noll Gonçalves, R., da Rosa, S. V., Schaia Rocha Orsi, J., Moysés, S. J., & Iani Werneck, R. (2021). Impact of interprofessional education on the teaching and learning of higher education students: A systematic review. *Nurse Education in Practice*, 56(May). <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103212>
- Stalmeijer, R. E., McNaughton, N., & Van Mook, W. N. K. A. (2014). Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Medical Teacher*, 36(11), 923–939. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.917165>
- Stalmeijer, R. E. L., & Varpio. (2021). The wolf you feed: Challenging intraprofessional workplace-based education norms. *Medical Education*, 55(8), 894–902. <https://doi.org/10.1111/medu.14520>
- Timonen, V., Foley, G., & Conlon, C. (2018). Challenges when using grounded theory: A pragmatic introduction to doing GT research. *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1177/1609406918758086>
- Turner, C., & Astin, F. (2021). Grounded theory: what makes a grounded theory study? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 285–289. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa034>
- van Diggele, C., Roberts, C., Burgess, A., & Mellis, C. (2020). Interprofessional education: tips for design and implementation. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02286-z>
- van Duin, T. S., de Carvalho Filho, M. A., Pype, P. F., Borgmann, S., Olovsson, M. H., Jaarsma, A. D. C., & Versluis, M. A. C. (2022). Junior doctors' experiences with interprofessional

collaboration: Wandering the landscape. *Medical Education*, 56(4), 418–431.
<https://doi.org/10.1111/medu.14711>

Varpio, L., & MacLeod, A. (2020). Philosophy of Science Series: Harnessing the Multidisciplinary Edge Effect by Exploring Paradigms, Ontologies, Epistemologies, Axiologies, and Methodologies. *Academic Medicine*, 95(5), 686-689.

Watling, C. J., & Lingard, L. (2012). Grounded theory in medical education research: AMEE |Guide No. 70. *Medical Teacher*, 34(10), 850–861.
<https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.704439>

Wenger-Trayner, E., & Hutchinson, S. (2014). Learning in Landscapes of Practice. In *Learning in Landscapes of Practice*. <https://doi.org/10.4324/9781315777122>

