

Experiencias de residentes y especialistas en medicina de emergencias acerca del aprendizaje de profesionalismo durante su formación de posgrado

AUTOR: Diego Alejandro Vivas Giraldo, MD.

ASESOR TEMÁTICO: Diego Alejandro Jaimes Fernández, MD.

ASESOR METODOLÓGICO: Natalia Reinoso Chávez, Psic.

Trabajo de grado para optar por el título de magíster en Educación Médica.

Autor para correspondencia: Diego Alejandro Vivas Giraldo; maestría en Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana; Chía - Colombia. E-mail: diegovigi@unisabana.edu.co.

Institución del autor: Clínica Universitaria Colombia.

Grupo de investigación: epidemiología clínica aplicada, sistemas de información y tecnologías de salud.

Conflicto de interés: el investigador principal declara conflicto de interés al tener rol docente con algunos de los participantes del estudio que pudiese influir en la valoración académica de las instituciones en donde se están formando.

Agradecimientos

Agradezco a la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana por darme la oportunidad de hacer parte del programa de maestría en Educación Médica. A su director, el Doctor Jorge Restrepo, por la enseñanza y aprendizaje profundo, que sumados a la motivación constante que recibimos de su parte, ha permitido que este proceso haya valido la pena. A la Doctora Juliana Vallejo, infinitas gracias por el apoyo constante, la confianza en nosotros y la alegría que transmite en cada momento compartido durante el proceso de aprendizaje.

A mis tutores y compañía durante esta aventura. Al doctor Diego Jaimes y la psicóloga Natalia Reinoso, muchas gracias por ser una guía permanente durante la construcción de este trabajo de investigación, por hacerme creer en lo que hacemos y proyectarnos a futuro con grandes resultados.

A mis padres que han sido mi soporte y apoyo moral en los momentos más difíciles, brindándome tranquilidad, momentos de reflexión y resiliencia para seguir adelante y lograr todo lo que hasta ahora he obtenido. Sin ustedes no hubiese sido posible hacerlo.

Por último, mi mayor agradecimiento a William, quien además de ser mi mayor apoyo, es mi motivación para seguir cumpliendo sueños. Gracias por acompañarme en este viaje desde hace varios años, por creer en mí, en mis ideas y por ayudarme a cuestionarme todo lo que ocurre a mi alrededor motivándome a romper los paradigmas de la vida.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
1. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
3. ESTADO DEL ARTE.....	10
4. MARCO TEÓRICO	15
5. OBJETIVO GENERAL	23
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	24
7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	31
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
9. RESULTADOS.....	35
9.1 Presentación de resultados.....	35
9.2 Análisis temático	36
10. DISCUSIÓN.....	46
11. CONCLUSIONES	51
12. LIMITACIONES	53
REFERENCIAS	54
ANEXOS.....	61
Anexo A. Guías metodológicas.....	61
Guía metodológica de la entrevista narrativa.....	61

Guía metodológica para la construcción de textos autoetnográficos.....	63
Guía metodológica para la entrevista interactiva	66
Constructo de profesionalismo.....	68
Formato de consentimiento informado.....	72
Cronograma.....	75
Presupuesto.....	76

RESUMEN

Introducción: el profesionalismo es una competencia multidimensional basada en habilidades actitudinales y de conocimiento que permite a los profesionales en medicina tener un mejor desempeño en sus sitios de trabajo. Sin embargo, el proceso de aprendizaje y puesta en práctica de esta competencia ha estado en segundo plano en los procesos de formación de posgrado con poca claridad respecto a la concepción de profesionalismo como cualidad básica y necesaria para la interacción social.

Objetivo: conocer las experiencias de residentes y especialistas en Medicina de Emergencias acerca del aprendizaje de profesionalismo durante su formación de posgrado.

Métodos: se realizó una investigación cualitativa con enfoque narrativo utilizando como método de recolección de información la entrevista narrativa, la entrevista interactiva y los textos autoetnográficos reflexivos acerca de las experiencias del aprendizaje de profesionalismo durante la formación de posgrado en Medicina de Emergencias. La selección en cadena permitió contar con siete participantes (tres residentes de Medicina de Emergencias y cuatro especialistas en Medicina de Emergencias, de los cuales uno era el investigador principal). Después de recolectada la información, se hizo un análisis temático con revisión por pares de la información *peer debriefing* a cargo de los investigadores, así se garantizó el rigor y la confiabilidad en la investigación.

Resultados: se analizaron siete entrevistas narrativas, siete entrevistas interactivas y siete textos autoetnográficos anónimos en los que surgieron cinco temas principales sobre la experiencia del profesionalismo de Médicos de Emergencias: 1) *role model*, 2) *anti-role model*, 3) ambiente inseguro como barrera del aprendizaje, 4) enseñanza del profesionalismo y 5) metacognición en el proceso de aprendizaje. El patrón temático encontrado en esta investigación sugiere que el ambiente hospitalario no es un lugar para aprender esta competencia, pues está mediado en el miedo a situaciones en las que no se enseña profesionalismo, sino lo contrario, como aquellas en que fueron violentados, en donde hay agresiones particulares dirigidas a las mujeres, en donde se privilegia la atención de quienes tienen mejores condiciones económicas y en donde hay negligencia o mal manejo de recursos por parte de los profesores o instituciones. En contraste a esto, se encontró también que hubo profesores que mostraron compromiso, honestidad y buen trato, siendo reconocidos por los participantes como modelos del profesionalismo en su formación.

Conclusiones: el comportamiento de los profesores en el contexto hospitalario cumple una función de *role model* a seguir por su buen ejemplo relacionado con la atención de pacientes, comunicación con colegas, estudiantes, pacientes y trabajo en equipo. De la misma forma, el comportamiento negligente, el mal uso de los recursos, y comportamientos de discriminación, agresión o matoneo se constituyen como inspiración para convertirse en lo contrario: el *anti-role model*. Sin embargo, algunos participantes reconocen que a pesar de tener ideas y propósitos claros de no querer ser

como su *anti-role model*, muchas veces se ven a sí mismos repitiendo los comportamientos reprochables que aprendieron en su periodo de formación. Además de esto, el proceso de formación de posgrado en Medicina de Emergencias marca la necesidad de implementar un currículo intencionado que incorpore dentro de sus normas institucionales (culturales) la intolerancia ante las situaciones de matoneo hacia los estudiantes.

1. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El profesionalismo es una competencia multidimensional basada en habilidades actitudinales y de conocimiento que permite a los profesionales en Medicina tener un mejor desempeño en sus sitios de trabajo (1–3). Sin embargo, el desarrollo de aprendizaje y puesta en práctica de esta competencia ha estado en segundo plano en los procesos de formación de posgrado, con poca claridad respecto a la concepción de profesionalismo como cualidad básica y necesaria para la interacción social (4,5). Estos vacíos de conocimiento y la poca estandarización de procesos de enseñanza de profesionalismo dentro de los currículos de posgrado en Medicina, específicamente en Urgencias (6), han generado en las últimas décadas dificultades de relaciones entre profesionales de la salud y debilitar la relación médico-paciente, ya que se priorizan procesos académicos tradicionales por encima de las dinámicas de comportamiento profesional que requiere un servicio de urgencias. En el pregrado de Medicina a nivel mundial están implícitas las competencias de profesionalismo dentro de los currículos, aunque el proceso de enseñanza, si bien está ligado a las actividades de formación diaria, no es reconocido por los estudiantes como una asignatura o competencia básica para su proceso de formación profesional. Mientras que, desde la perspectiva de la Medicina de Emergencias, Estados Unidos es el país pionero en establecer competencias de profesionalismo médico en Urgencias teniendo en las mallas curriculares de los programas de posgrado el proceso de enseñanza y aprendizaje de profesionalismo. Es reconocido, además, por sus residentes como una competencia importante para el ejercicio de esta especialidad. Sin embargo, en otros países y en Latinoamérica hay pocos posgrados en Medicina de Emergencias, por lo que el aprendizaje de profesionalismo es un proceso emergente en la actualidad (6–8). Las fallas en el aprendizaje de competencias de profesionalismo tiene consecuencias graves para el desarrollo profesional de los especialistas en Medicina de Emergencias, ya que durante su ejercicio clínico pueden tener dificultades para tener empatía y entablar una buena relación médico-paciente. Además, los profesionales que carecen de competencias profesionalizantes tienen menos capacidades para trabajar en equipo y entender su profesión desde una perspectiva holística tanto administrativa, social, ética y personal. Lo anterior, tiene consecuencias directas sobre el rendimiento profesional de las personas implicadas que finalmente impactan al grupo de trabajo, alejándose de la misión y la visión de las instituciones de salud (9,10).

Desde hace muchos años, aproximadamente en 1900, los temas relacionados con profesionalismo eran secundarios, siendo la Medicina una profesión sometida 100 % al escrutinio sociológico (4). La necesidad de reclamar el estatus profesional dentro de la formación médica y de otras profesiones de la salud ha requerido reflexión, introspección y redireccionamiento de su principio altruista. Inclusive, a pesar de que en los años noventa se dio el movimiento moderno de profesionalismo en Medicina, esta se sigue viendo como un negocio lucrativo, manteniendo las antítesis a las hipótesis de los principios básicos de profesionalismo Médico en el mundo (8). Dichas carencias de enseñanza

y aprendizaje de profesionalismo médico han permitido el análisis de diferentes factores asociados en diferentes escuelas de medicina, sobre todo en Estados Unidos desde mediados del siglo XXI.

En el caso de Latinoamérica, y específicamente en Colombia, son pocas las publicaciones relacionadas con aprendizaje y enseñanza de profesionalismo médico. Aunque los resultados concuerdan en la importancia y la necesidad de adquirir estas competencias, impresiona que en el ejercicio profesional no se está aplicando. Sin embargo, hay programas de Medicina y posgrados que las tienen implícitas en sus currículos (7). Por estas razones, fue de vital importancia hacer una investigación dirigida a comprender las experiencias de residentes y especialistas en Medicina de Emergencias acerca del aprendizaje del profesionalismo durante su formación de posgrado, que permitiera conocer la noción del concepto e indagar sobre la identificación del *role model* en el proceso de enseñanza y aprendizaje durante su residencia (11).

Para abordar esta temática, se utilizó una metodología cualitativa desde el enfoque narrativo con método autoetnográfico con el objetivo de tener información a partir de entrevistas narrativas, interactivas y textos autoetnográficos que permitieron determinar, a partir de las experiencias en la formación de posgrado, los factores que deben tenerse en cuenta para mejorar los procesos de aprendizaje. Se indagó sobre una perspectiva más profunda y personal sobre cómo los profesionales médicos de nuestra población vivieron la enseñanza del profesionalismo en la residencia de Medicina de Emergencias. Se obtuvo información suficiente y relevante para plantear hipótesis que permitan implementar intervenciones que mejoren la aplicación y los procesos de profesionalismo médico en los servicios de urgencias y en las mallas curriculares de posgrados en Medicina de Emergencias (11–13).

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las experiencias de residentes y especialistas en Medicina de Emergencias acerca del aprendizaje del profesionalismo durante su formación de posgrado?

3. ESTADO DEL ARTE

Concepciones del profesionalismo médico como competencia: el profesionalismo médico en general y en los servicios de urgencias, es una competencia necesaria para el buen desempeño profesional. La mayoría de las instituciones educativas y prestadoras de servicios de salud tienen inmerso en su macro y microcurrículo la enseñanza y aplicación del profesionalismo. Sin embargo, en los microcurrículos no siempre se encuentra, asumiendo que es un comportamiento implícito al actuar médico durante su formación y posterior a esta. Por esta razón, se hace necesario evaluar y determinar la enseñanza de los valores centrales del profesionalismo por medio de establecer las experiencias tanto del personal de la salud como del personal en formación y de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias para recibir atención médica. Existen diferentes métodos para determinar las experiencias de las personas acerca de las competencias del profesionalismo médico, siendo los enfoques cualitativos los más comunes debido a que abordan desde la subjetividad y la perspectiva personal diversas experiencias de las personas implicadas en este rol social, permitiendo plantear hipótesis para, en el futuro, hacer intervenciones en el ámbito cultural y social que mejoren el actuar profesional de las personas. Por consiguiente, con el paso del tiempo se han publicado varios trabajos relacionados con profesionalismo médico que, desde la narrativa, han hecho un abordaje temático y de las experiencias acerca de las competencias primarias del profesionalismo en diferentes contextos de la formación en Medicina (10).

Estudios narrativos sobre las experiencias del profesionalismo y sus dimensiones: en el año 2006, V. Jha y colaboradores publicaron un artículo en el que, por medio de entrevistas semiestructuradas, describieron los puntos de vista y las experiencias acerca del profesionalismo médico encontrando dos grandes grupos: el primero conceptual (honestidad, confiabilidad y competencia) y el segundo conductual (comunicación efectiva, tratamiento a pacientes por igual, trabajo en equipo), siendo estos factores premisas importantes para aportar a la formación profesional de los estudiantes de Medicina (14).

En el año 2004, se publicó una revisión sistemática de la literatura que encontró tres temas constitutivos de profesionalismo en Medicina: el profesionalismo público, el profesionalismo interpersonal y el profesionalismo intrapersonal, concluyeron que el concepto de profesionalismo es multidimensional y debe conceptualizarse como tal (15).

Posteriormente, en el año 2010, se hicieron algunas publicaciones relacionadas con experiencias en el aprendizaje de competencias de profesionalismo en Medicina. La primera fue realizada por Jennifer Galle, quien cuenta la experiencia que tuvo como estudiante de Medicina en un plan de educación interprofesional, usando un diario reflexivo y recordaciones emocionales. Esta autoetnografía sugiere que la educación interprofesional incorpora actividades reflexivas para mejorar la comprensión de roles, responsabilidades y perspectivas profesionales de los estudiantes

promoviendo el pensamiento crítico y el crecimiento profesional (16). La segunda publicación de Orit Karnieli-Miller y colaboradores, quienes por medio de narrativas de incidentes críticos durante el proceso de aprendizaje de estudiantes de Medicina profundizaron acerca del currículo oculto, encontraron que a partir de las narrativas de los estudiantes que el respeto y la buena comunicación con familiares, pacientes y colegas se enseñaron poderosamente, además de experiencias con comportamientos positivos y negativos que configuraron las experiencias de los estudiantes sobre su profesión y sus valores (17).

Profesionalismo médico y el análisis desde la autoetnografía: Katie E. Warne publicó un texto autoetnográfico en el año 2009 de un estudiante que describe desafíos y recompensas en su primer encuentro de campo con la muerte durante la práctica clínica. Habla de algunas intervenciones ocupacionales importantes en el proceso de preparación para la muerte del paciente, siendo este último un trabajo clave para la formación del personal que trabaja con pacientes al final de la vida, ya que les ayudará a comprender y apoyar mejor los procesos de fin de vida cuando tengan la oportunidad de vivirlo dentro de su formación profesional (18).

Otra publicación interesante respecto a las competencias de profesionalismo es la de Aaron W. Bernard y colaboradores, quienes hicieron un análisis de 377 textos autoetnográficos sobre profesionalismo de estudiantes de Medicina. Encontraron experiencias clínicas que influyeron en el desarrollo profesional derivado en algunos casos de planes de estudio informales que variaban según los temas y la especialidad (19).

Existen autores como Laura Farrel dedicados a la investigación cualitativa narrativa relacionada con temas de profesionalismo. A continuación, se exponen dos de sus más importantes trabajos relacionados con este tema. El primero es una autoetnografía en la cual discute aspectos importantes como la ética del “yo” y sus limitaciones. El segundo, igualmente desde la narrativa, por medio de la autoetnografía, explora reflexiones narrativas sobre las interacciones de 23 estudiantes en procesos de realimentación orientada a objetivos durante encuentros cortos. Concluyeron que la realimentación es una acción necesaria para la excelente formación de profesionales en todos los campos (20,21).

Hay una publicación muy interesante de Elissa Foster del año 2014. Trabajó en un proyecto en el que médicos escribieron textos autoetnográficos para el primer congreso internacional de investigación cualitativa del año 2011. Evaluaron la importancia de tener profesionales de la salud y científicos capacitados en investigación narrativa y autoetnografía obteniendo como resultado, al revisar dichas historias, la importancia del texto autoetnográfico como expresión emocional, literaria, poética y encarnada del profesionalismo médico (12).

La necesidad de entender el profesionalismo en todas las áreas, no solo en el campo de la salud, ha producido un incremento progresivo en la investigación de este ámbito, sobre todo, en el trabajo social. Hay un estudio reciente muy interesante de Heather Sloane del año 2019, donde, a través del enfoque narrativo y por medio de textos autoetnográficos, evaluó reflexiones y experiencias en tres escenarios educativos interprofesionales que hacían parte de una pasantía. Encontró que el centrismo profesional estuvo de forma regular y la falta de respeto por la diferencia entre los miembros del equipo preveía el respeto que los pacientes recibían del equipo médico. Esto derivó en discusiones interesantes sobre la separación social, la empatía y la evasión de conflictos dentro del equipo (22).

Profesionalismo en la sala de emergencias: evaluar la experiencia de formación del profesionalismo en urgencias no es fácil. Además, no hay muchos estudios que evalúen la experiencia de formación del profesionalismo. A continuación, se citan algunas de las investigaciones más importantes con relación directa a las experiencias del personal de la salud acerca de competencias centrales y valores de profesionalismo.

Sally A. Santen, en el año 2011, publicó un trabajo cualitativo narrativo analizado desde la teoría fundamentada de residentes de cuarto año de Medicina de Emergencias. Hicieron reflexiones acerca del profesionalismo en el servicio de urgencias dejando un recurso importante para médicos de emergencias para evaluar cómo las experiencias previas pueden moldear la comprensión del profesionalismo en el servicio y, por ende, la forma en que se está enseñando (23).

En el año 2016, Joshua Jauregui realizó un estudio observacional descriptivo que muestra el valor relativo que los residentes de Medicina de Emergencias le dan a las competencias del profesionalismo. Encontró diferencias en los atributos profesionales definidos, lo cual puede ser útil para los educadores en futuros procesos de formación (6).

Otro estudio en residentes de Medicina de Emergencias de Véronique Castonguay y colaboradores en 2019, hizo cuestionarios de realimentación a médicos, enfermeras y pacientes. Se centraron en competencias de comunicación y profesionalismo, dando como resultado que los residentes de emergencias ven como aceptable y útil la realimentación de múltiples fuentes para mejorar el liderazgo, la colaboración, la comunicación y el profesionalismo (9).

Colleen Gillespie, en 2009, publicó un trabajo cuantitativo en el que hizo un análisis de consistencia a partir de encuestas sobre experiencias en el aprendizaje de competencias de profesionalismo en ambientes de aprendizaje con resultados contradictorios, ya que, aunque los residentes informaron que pueden desempeñarse profesionalmente, la mayoría del tiempo, sobre todo en términos de respeto y responsabilidad, al evaluar cada variable, se encontró que la falta de respeto fue una característica común a los residentes en los ambientes de aprendizaje (24).

Profesionalismo en el área curricular: en la revista *International Journal of Medical Education* el autor Abraham A. Salinas publicó una investigación de entrevistas estructuradas y grupos focales en donde se evaluaron opiniones de estudiantes y residentes sobre la práctica del profesionalismo y sus desafíos durante su formación. Los resultados más importantes mostraron que los mayores desafíos del profesionalismo se encuentran en los entornos clínicos, por lo que se recomendó, a partir de este estudio, desarrollar un modelo curricular en el estudiante que incluyera competencias de profesionalismo médico claras (25).

Christine S. Cho, en el año 2014, realizó un análisis desde la teoría fundamentada de entrevistas semiestructuradas que indagaron sobre la caracterización y comprensión de los residentes de Medicina de Emergencias Pediátrica acerca de profesionalismo con resultados que demostraron gran variabilidad en la concepción del profesionalismo entre el grupo de residentes (26).

Profesionalismo y *role model*: Daniel Kinyuru Ojuka, en el año 2016, llevó a cabo un análisis factorial desde la teoría fundamentada sobre cómo el profesionalismo ha sido conceptualizado por estudiantes y médicos de una institución universitaria, mostrando como valor central de profesionalismo las relaciones de respeto entre colegas y hacia los pacientes (27).

En 2017, Mark D. Brissete publicó un trabajo investigativo que examinó los comportamientos, las actitudes y las enseñanzas desde y hacia el profesionalismo en programas de residencia de patología. Se concluyó que la enseñanza por medio del ejemplo (*role model*) es bastante común. Por esta razón, los profesores deben ser conscientes del papel que juegan dentro del proceso educativo de los residentes. A partir de este trabajo, se sugirió la implementación de recursos adicionales para la enseñanza del profesionalismo en este programa de residencia (28).

Hilary Neve, en 2016, realizó una triangulación a partir de autoetnografías hechas por medio de audio diarios en los cuales se identificaron el *role model* del profesionalismo en entornos de aprendizaje en pregrado (29).

En 2018, Renata R. Urban publicó un trabajo de análisis de varianza a partir de encuestas que evaluaron las experiencias de residentes y egresados del programa de Ginecología respecto a su preparación durante el proceso de formación. Encontró que las personas encuestadas sintieron que están preparadas en competencias de compañerismo, habilidades clínicas y quirúrgicas (30).

El mismo año, N. Nortjé publicó un análisis fenomenológico sobre las experiencias de estudiantes de Radiología acerca del profesionalismo. Dejó a la luz variables como el comportamiento de sus docentes y la comunicación efectiva que tienen con familiares, colegas y pacientes, siendo estos un factor influyente en la formación profesional (31).

En el año 2015, Hillary J. Braun publicó un análisis univariado de encuestas que buscaban evaluar las experiencias de estudiantes de primer año de residencia en Cirugía General acerca de sus profesores cirujanos con relación a los roles de género. Encontró que la interacción con todos los estudiantes sin eventos de discriminación produce éxito en la enseñanza y reclutamiento de nuevos residentes en esta área (32).

Durante el mismo año, Esteban González Mirasol, en su trabajo *Analysis of Perception of Training in Graduates of the Faculty of Medicine at Universidad De Castilla-Mancha*, hizo un estudio observacional de corte transversal en el que determinó que los egresados de la facultad de Medicina percibían que su proceso de aprendizaje a partir del *role model* en el aprendizaje basado en problemas era satisfactorio (33).

Profesionalismo en Latinoamérica: Latinoamérica tiene poca literatura relacionada con experiencias de profesionalismo. Hay un trabajo muy interesante de Luis Reátegui hecho en Perú en el año 2019. Este consiste en un análisis temático de las experiencias de estudiantes de Medicina sobre atributos del profesionalismo médico. Describe cinco cualidades principales del profesionalismo: privacidad, confidencialidad y dignidad de los pacientes (59.6 %); honestidad e integridad (58.5 %); respeto por los pacientes (44.7 %); compasión y empatía (44.7 %); y responsabilidad y confiabilidad (38.3 %). Es un trabajo clave para el desarrollo e instauración de valores centrales del profesionalismo en las escuelas de Medicina latinoamericanas (34).

De acuerdo con lo anterior, se denota que las experiencias acerca del aprendizaje del profesionalismo como competencia central dentro de la formación de médicos generales, especialistas y profesionales de otras áreas de la salud, es de vital importancia para poder comprender mejor el comportamiento social y los vacíos que hay en la actualidad. Por esto, es necesario hacer investigaciones dirigidas a evaluar estos principios básicos desde las experiencias de los actores principales, que en este caso son los médicos en formación y los egresados de programas de Medicina. La literatura científica abre puertas a la investigación cualitativa para abordar esta problemática social desde una perspectiva más personal y con muchas posibilidades de plantear hipótesis que sirvan como sustrato para actuar directamente sobre las oportunidades de mejora que a diario viven los procesos educativos en las escuelas de Medicina y en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Ante esto, se propuso implementar un enfoque narrativo de investigación cualitativa basado en realizar entrevistas narrativas, entrevistas interactivas y textos autoetnográficos para evaluar las experiencias acerca del aprendizaje del profesionalismo, específicamente, en el servicio de Urgencias para residentes y especialistas en Medicina de Emergencias que hayan tenido la posibilidad de tener gran parte de su formación en la sala de emergencias.

4. MARCO TEÓRICO

El profesionalismo ha sido sujeto de muchos cambios en su definición a lo largo de la historia. Los sociólogos definen la profesión como una vocación con un conjunto de conocimientos y habilidades que configuran la experiencia puesta al servicio de la sociedad (4). Sin embargo, hablar de profesionalismo acertadamente es algo muy complejo debido a la reducción metodológica, la inflación retórica y el exceso universalista en los cuales está inserto este constructo que descansa sobre la relación entre el profesional y su trabajo. Se da en diálogos interiores dentro de una reflexión moral, en un intento por organizar el trabajo profesional, mediante la toma de una decisión correcta en medio de un panorama que abre espacio para la incertidumbre y el conocimiento moral (35,36).

Definiciones de profesionalismo: el profesionalismo es la forma de hacer una actividad con un total compromiso, medida y responsabilidad, acorde a la formación específica y siguiendo las pautas establecidas socialmente. Es una de las cualidades positivas que se desean en todo profesional, como la ética del trabajo. Es pieza clave en las organizaciones de altos estándares. Hay que diferenciarlo de profesionalidad que se refiere al hecho de ser profesional en un área determinada (37).

Durante cientos de años, la medicina ha sido considerada una profesión. De hecho, durante la gran peste de Londres en 1666, William Yogurts argumentó lo siguiente: “Todo hombre que se comprometa a hacer una profesión, o asuma una oficina debe tomar todas las partes de ella, el bien y el mal, el placer y el dolor, las ganancias y los inconvenientes, y no elegir; los ministros deben predicar, los capitanes deben luchar y los médicos atienden a los enfermos” (3). De igual manera en 1803, Thomas Percival en su libro *Medical Ethics*, calificó la medicina como una profesión y la caracterizó como una confianza pública, reformulando la ética médica como una responsabilidad colectiva más que individual, creando la noción de profesionalismo médico. Posteriormente, en 1950, los esfuerzos de la medicina trajeron sus primeros grandes frutos, ya que los términos medicina y profesión se vincularon; los médicos fueron vistos como profesionales en virtud de su formación y título, el estado y el estatus se habían convertido en uno (38, 39).

Es muy importante diferenciar entre profesión y profesionalismo. La profesión es una construcción sociológica y una forma de organizar el trabajo. Cada profesión está controlada por trabajadores calificados y tiene su propia base de conocimientos, formas organizativas, trayectorias profesionales, educación e ideología y, por lo tanto, su propia lógica sobre cómo se realiza y valora el trabajo. Sin embargo, comprender cómo se organiza y ejecuta el trabajo es diferente de examinar el *ethos* subyacente que impulsa el trabajo. Por esta razón, el profesionalismo funciona como un imperativo moral específico para el trabajo describiendo unos valores centrales como el altruismo y la conciencia; todos compartidos por los médicos (40, 41).

Historia del profesionalismo: históricamente, la atención a los temas de los profesionales es anterior a los de profesionalidad. En 1900 los científicos evaluaron algunos grupos ocupacionales por sus características potencialmente profesionales. La medicina en ese entonces solo era una de las muchas ocupaciones sujetas a este escrutinio sociológico. En 1915, Abraham Flexner, cuyo estudio anterior de las escuelas de medicina en América del Norte (el Informe Flexner) revolucionó la formación médica. Publicó una disección muy poderosa de las reclamaciones del estatus profesional aplicando seis criterios para analizar el estado profesional de algunos grupos como la banca, la ingeniería, la medicina, la enfermería, la farmacia, la fontanería y el trabajo social. Concluyó que la medicina misma no se había dado cuenta de su potencial profesional debido a que su principio altruista estaba siendo influenciado por las tendencias comerciales, evidenciado en escuelas de medicina con fines de lucro (42). Eliot Freidson, en 1970, y Parsons, en 1939, examinaron cómo la medicina operaba de forma proteccionista e interesada. Según sus aportes, se daba por la falla crítica en la autonomía profesional dando una visión autoengañososa de la objetividad y la confiabilidad del conocimiento y las virtudes de sus miembros (43). En 1984, Paul Starr determinó cómo la medicina, que en principio era exitosa, no pudo resistir el control corporativo, sucumbiendo ante las necesidades económicas de los más poderosos a nivel mundial. Inclusive planteó a los lectores médicos la dualidad entre quién era primero: el público o los médicos. Generó gran cuestionamiento de si confiar en la profesión por parte del público (44).

Este recuento histórico de la literatura del profesionalismo en medicina tiene varias aristas. Para comenzar, está el surgimiento de un movimiento de profesionalismo en la medicina del siglo XXI, dando explicación y solución a problemas éticos, actitudes de cinismo, problemas de comunicación, entre otros. Además, se abordaron temas de conflictos de interés bajo la discusión entre el comercialismo y la medicina. Por último, Hafferty introdujo el concepto de profesionalismo médico desde una visión nostálgica que enfatiza los motivos y comportamientos individuales, conformado por un conflicto definitorio entre comercialismo y profesionalismo, discurso ligado a cuatro rutas de análisis: el descubrimiento, la definición, la evaluación y la institucionalización que, al ser adoptadas completamente, se encuentran con una quinta ruta que es la agencia y la estructura, las cuales buscan modificar las fuerzas estructurales y ambientales subyacentes que dan forma a los actores (45, 46).

Entonces, en la década de 1990, se dio marcha al movimiento del profesionalismo moderno de la medicina, con publicaciones acerca del complejo médico-industrial y el surgimiento de la medicina con fines de lucro conocida como “el gran negocio”. Para Hafferty y Levinson, en 2008, todas estas antítesis del ideal de profesionalismo produjeron una gran enseñanza de los principios de profesionalismo con su institucionalización en los entornos médicos, creación de códigos, cartas, currículo y competencias. Este movimiento no fue lineal, tuvo momentos de renovación y dificultades, que variaban de acuerdo con los perfiles y las dinámicas de las instituciones, los profesionales y la evolución de la medicina como profesión (46).

A medida que las escuelas de medicina comenzaron a operacionalizar sus definiciones de profesionalismo con sus herramientas de evaluación, se presentaron conflictos entre la colegialidad y la capacidad de respuesta a las demandas laborales de los colegas versus las responsabilidades de atención al paciente. Los enfrentamientos entre profesionalismo, prerrogativas organizacionales y factores ambientales generaron tensiones (23). En el año 2010, se hizo un estudio multicéntrico en el Reino Unido con estudiantes de Medicina, quienes estaban inmersos en teoría y valores de profesionalismo en su práctica de aprendizaje. Encontraron comportamientos conflictivos de sus profesores y resistencia para su aplicación y evaluación generando cinismo en la profesionalidad y rechazo por parte del grupo de estudiantes (47). Estas dificultades vislumbraron los vacíos del profesionalismo como ideal y el profesionalismo en la práctica creando la necesidad de tener definiciones cada vez más concretas y herramientas de evaluación validas y confiables, con planes de estudio efectivos y mayores esfuerzos por parte de las instituciones. Toda esta tormenta literaria aceleró los procesos y generó cambios en las nociones de profesionalismo, reformulándolo como un problema organizacional y no únicamente del individuo (48, 49).

En la actualidad sigue existiendo una gran preocupación, porque la medicina sigue sin una definición singular del profesionalismo. Por lo tanto, no es claro lo que significa ser un profesional. La definición más aceptada está dentro de un marco de enfoque práctico y útil para los trabajadores de la salud. Lesser y colaboradores, en 2010, sugieren que los comportamientos profesionales están en cuatro dominios clave: 1) la interacción entre médicos y pacientes (familia), 2) la interacción entre miembros del equipo, 3) entornos de práctica y organizaciones profesionales, y 4) el entorno externo (10).

Dimensiones y concepciones del profesionalismo: en 1998 la AAMC (*Association of American Medical Colleges*) publicó el primer informe sobre educación médica, en donde cita dentro de sus valores el altruismo y el cumplimiento de objetivos de profesionalidad. También anexa una referencia directa sobre cómo comprender las amenazas para el profesionalismo médico debido a los conflictos de interés inherentes a arreglos financieros en la práctica de la medicina (10).

En 1999 el ACGME (*The Accreditation Council of Graduate Medical Education*) publicó las competencias básicas en un marco de rendimiento y resultados. Una de las seis competencias postuladas es el profesionalismo, siendo uno de los grandes saltos del profesionalismo en la institucionalización de las profesiones de la salud (10).

En la actualidad sigue vigente la confusión acerca de una definición clara del profesionalismo. Sin embargo, este movimiento sigue luchando contra dichos vacíos, siendo un desafío enorme para las organizaciones y los profesionales, planteando la posibilidad de la creación de nuevas definiciones, cartas y herramientas de evaluación del profesionalismo, más dirigidas a instituciones que a individuos. Este movimiento del profesionalismo, debe adaptarse a las necesidades del futuro y debe

ser dinámico para poder contrarrestar los problemas, debates y discusiones a las que se verá enfrentado con el paso del tiempo (10).

El profesionalismo médico desarrollado por la ABIM Foundation (American Board of Internal Medicine), la American College of Physicians y la European Federation of Internal Medicine, ha sido el más aceptado a nivel mundial y fue adoptado por más de 300 organizaciones médicas. Su definición está basada en tres principios y diez compromisos; los principios fundamentales son los siguientes (50):

1. Primacía del bienestar del paciente.
2. Autonomía del paciente.
3. Justicia social.

Los diez compromisos derivados de los principios fundamentales son (50,51):

1. Competencia.
2. Honestidad con los pacientes.
3. Confidencialidad con el paciente.
4. Relaciones adecuadas con los pacientes.
5. Mejoramiento de la calidad de la atención.
6. Mejoramiento de acceso a la atención.
7. Distribución justa de los recursos finitos.
8. Conocimiento científico.
9. Ser confiable en el manejo de conflictos de interés.
10. Responsabilidad profesional.

Valores centrales del profesionalismo: en el año 2007, Campbell y colaboradores publicaron un trabajo que, por medio de encuestas, documentó que el 96 % de los médicos estaban de acuerdo con el principio de mantener el bienestar del paciente por encima de los intereses financieros del médico y el 98 % estuvo de acuerdo con minimizar las diferencias en el cuidado de la salud debido a diferencias de raza o sexo (52).

Con el fin de sintetizar y dejar mayor claridad en la definición del profesionalismo se decidió agrupar estos principios y compromisos en cuatro valores centrales que interactúan constantemente con factores dinámicos que determinan su expresión en la prestación de los servicios y comportamiento social de los profesionales de la salud; estos valores básicos o centrales del profesionalismo son los siguientes (10,53):

1. Atención centrada en el paciente.
2. Integridad y responsabilidad.
3. Búsqueda de la excelencia.
4. Justicia y administración ética de los recursos.

Estos valores centrales del profesionalismo médico interactúan en una espiral de factores que van desde la interacción entre el médico y el paciente, con el equipo de trabajo hasta el sitio de trabajo y el ambiente externo (salario, políticas determinantes socioeconómicas de la salud). Estos factores impactan directamente las expresiones de profesionalismo que tienen los trabajadores de la salud a nivel mundial (53). Sin embargo, este proceso tiene responsabilidades propias de cada uno de sus actores. Por ejemplo, el contexto organizacional y ambiental en el que se brinda la atención y los factores externos, como los nuevos incentivos en las instituciones, inhiben la responsabilidad de discutir las dificultades en los comportamientos profesionales, ya sea por medio de conflictos de interés con la industria farmacéutica o procesos burocráticos presentes en estas instituciones que sobrepasan la necesidad prioritaria de las responsabilidades de dichos actores (10).

Aprendizaje del profesionalismo: uno de los problemas más comunes en la aplicación del profesionalismo como competencia, es dar un enfoque disciplinario de profesionalidad, ya que es frecuente que haya falta de acción por parte de los médicos que son testigos de comportamientos incompatibles con los valores profesionales. Esto lo sustenta Burack y colaboradores, en 1999, quienes afirman que es posible que los médicos no sepan cómo intervenir para solucionar problemas relacionados con este tema, probablemente por temor a sanciones. Inclusive es probable que los médicos sientan miedo de que su propio comportamiento no sea ligado a la profesionalidad, arriesgándose a ser sujetos de juicio y sanción en algún momento de su carrera profesional. Todo lo anterior, lleva a que se guarde silencio cuando hay comportamientos no profesionales (54,55). Parte importante de las competencias del profesionalismo han llevado a discutir sobre el currículo oculto. Elizabeth H. Gaufberg en 2010, analizó, desde la teoría fundamentada, reflexiones hechas por estudiantes de tercer año de Medicina de Harvard Medical School acerca del currículo oculto, dando una base importante a los educadores médicos para informar, revisar y humanizar la educación en la Medicina clínica (56).

El profesionalismo es una competencia multidimensional con elementos de conocimiento, actitudes, juicios y habilidades. Puede tener fallas en el individuo a pesar de ser un buen profesional. La competencia sigue una curva de desarrollo desde principiante hasta experto, y se configura continuamente durante la vida útil de la carrera profesional; tiene desafíos en la profesionalidad a los que el médico se puede anticipar. La respuesta a los lapsus en el profesionalismo debe ser pedagógica, con entrenamiento activo y específico, basado en el análisis de la causa del error, las sanciones deben reservarse para aquellos que no responden al enfoque pedagógico. Esto puede verse influenciado por las organizaciones. Los cambios en el sistema de salud pueden ayudar a los médicos a medida que se esfuerzan por vivir sus valores profesionales (57). Los líderes de los

profesionales de la salud, incluidos aquellos del sistema educativo y de la atención médica, deben tener responsabilidad en el apoyo, refuerzo y guía de los médicos en pro de seguir siendo buenos profesionales durante toda su carrera. Dentro de las causas más comunes de los vacíos y errores del profesionalismo son: el agotamiento físico, el estrés personal, influencia negativa por parte de los *role models* y situaciones estresantes durante el ejercicio profesional; estos factores son contrarrestados por la autodeterminación, autorregulación y la influencia positiva de los *role models* en la actividad profesional (57,58).

El comportamiento profesional puede ir en contra del comportamiento humano. Esto es explicado por la teoría de la jerarquía de las necesidades de Abraham Maslow. La teoría establece que los seres humanos se comportan de manera predecible para satisfacer las necesidades fisiológicas de alimentos, refugio, seguridad y estabilidad, igualmente las necesidades de pertenencia de amigos y familiares, y, por último, las necesidades de autoestima para el logro y reconocimiento antes de que ellos puedan comportarse de forma autorrealizada. Las intervenciones cognitivas anticipando situaciones e identificando estrategias de afrontamiento pueden ayudar a los profesionales a mantener sus competencias de profesionalismo en circunstancias difíciles (59).

Generalmente, los estudiantes de Medicina aprenden de lo que leen, hacen y ven hacer. Esta cadena de eventos produce un gran impacto en el aprendizaje y por eso se ha ido adaptando a los currículos de formación de médicos generales y especialistas en el mundo (60). Este concepto entendido como modelo a seguir o *role model* ha sido perfeccionado con estrategias didácticas que hacen que sea difícil reemplazarlo por otro escenario educativo en situaciones reales o simuladas en Medicina. Sin embargo, no en todos los escenarios de aprendizaje se aplica la herramienta de *role model* de forma correcta y honesta. Por ejemplo, hay profesores que subrogan y en algunos casos obligan a sus estudiantes a seguir su misma línea de formación y actuación que a futuro desvía el ejercicio de su profesión por sesgos al momento de elegir su *role model*. Estos sesgos pueden ir desde admiración por niveles jerárquicos, reconocimiento político y calidad humana hasta reconocimiento académico y responsabilidad social. Dado lo anterior, el *role model* es un factor determinante e inherente a las competencias de profesionalismo y es deber de las instituciones capacitar a sus profesores sobre cómo aprender a enseñar para garantizar un fluido y óptimo proceso de crecimiento profesional y personal en los estudiantes, quienes además de admiración intelectual, tengan reconocimiento personal y social hacia sus docentes, logrando el objetivo central del *role model* como variable indispensable de profesionalismo en todas las áreas de la medicina (60).

El profesionalismo visto desde el paradigma de la investigación cualitativa: la narrativa como enfoque y la autoetnografía como método dejan ver la complejidad del concepto del profesionalismo como competencia. Para empezar, el concepto de un profesional competente es aquel que se responsabiliza de pensar activamente en las situaciones y de tomar decisiones sobre cómo y cuándo aplicar las reglas (61). Un profesional experto reconoce intuitivamente un amplio conjunto de

circunstancias que requieren un juicio sofisticado y se basa en los principios detrás de las reglas. Se siente responsable no solo por sus acciones, sino también por las de los demás. Así desarrolla redes neuronales complejas que confieren un análisis profundo de autorreflexión sobre su actuar profesional y responsabilidad social. Optimizar este rendimiento y llegar al dominio de estas competencias, requiere que el profesional de la salud mantenga un nivel de bienestar personal llamado por algunos autores “resiliencia personal” (61). Epstein & Krasner y Zwack & Schweitzer, en 2013, analizaron los hábitos y actitudes de médicos que demuestran resistencia a pesar del estrés inherente durante la carrera de Medicina creando un banco de capacidad emocional al que recurren cuando se enfrentan a situaciones difíciles (58,61).

En conclusión, el profesionalismo viene siendo más que una regla de oro y civismo: significa construir y llevar el mejor “yo” a entornos altamente complejos donde el sufrimiento, las emociones fuertes y las controversias son lo normal, en lugar de la excepción. El desarrollo de la resiliencia implica conocimientos, actitudes y habilidades que se pueden enseñar, practicar, modelar y actualizar a lo largo de la vida en la medicina. Las personas pueden mejorar su capacidad de recuperación rodeándose de miembros del equipo que estén comprometidos con la profesionalidad y construyen sistemas de apoyo que promuevan la adhesión a los valores centrales del profesionalismo (55,62).

Maltrato y abuso de poder en los procesos de formación médica: el maltrato o matoneo, también conocido como “*bullying*”, se define como comportamiento agresivo, sistemático y repetitivo que le causa daño a una persona que se encuentra en una situación de asimetría de poder (63). Tiene una dinámica que no es estática e implica la participación de cuatro tipos de actores que pueden intercambiarse entre sí: el victimario, la víctima, los reforzadores (espectadores que validan la conducta observada, se divierten y no la detienen) y los observadores que, presos del conflicto, presentan bajo apoyo a quienes son agredidos (64). El matoneo es un factor descrito a lo largo del tiempo en las escuelas de educación básica y media, sin embargo, en educación superior y, específicamente, en las escuelas de medicina muy pocos han dirigido su atención al estudio y comprensión de este fenómeno. Existen descripciones de maltrato en facultades de Medicina de Colombia, con una prevalencia de matoneo del 19,68 % (IC 95 % = 17,5 – 22,32), siendo las zonas de mayor prevalencia la costa 28,02 % (IC 95 % = 22,53 – 33,48), la zona oriental 26,29 % (IC 95 % = 21,38 – 31,19) y la zona central 23,56 % (IC 95 % = 17,40 – 29,71). La fuente más frecuente de matoneo descrita fueron los docentes y compañeros, siendo la intimidación por humillación y la verbalización las más informadas. Es un tema que amerita mayor análisis y estudio, ya que va más allá de ser un mito, a ser una realidad tangible que afecta directamente los procesos de formación académica y profesional de los estudiantes de pregrado y posgrado de las diferentes facultades de medicina del país (65).

Asimismo, el matoneo es reconocido como una barrera para el aprendizaje a nivel internacional. Malcolm y colaboradores, en 2019, exploraron factores asociados al bienestar de estudiantes junior

de algunas facultades de Medicina en Australia. Describieron a partir de entrevistas, que el acoso y la agresión son factores normalizados en la cultura médica, lo que afecta la salud mental y el desempeño de los estudiantes de Medicina (66).

5. OBJETIVO GENERAL

Conocer las experiencias de los residentes y especialistas en Medicina de Emergencias acerca del aprendizaje del profesionalismo durante su formación de posgrado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las nociones relacionadas con el concepto del profesionalismo que tengan los residentes y especialistas en Medicina de Emergencias durante su formación de posgrado.
- Indagar acerca del *role model* en el aprendizaje del profesionalismo durante la formación de posgrado en Medicina de Emergencias.

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Enfoque metodológico: se llevó a cabo una investigación cualitativa con un enfoque narrativo utilizando como método de recolección de información entrevistas narrativas, entrevistas interactivas y textos autoetnográficos reflexivos acerca de las experiencias del aprendizaje del profesionalismo durante la formación de posgrado en Medicina de Emergencias.

La narrativa es un enfoque de investigación que, a medida que pasa el tiempo, se utiliza más para la evaluación del entorno social. Su auge es desde, aproximadamente, 1970. Se concibe como un enfoque que permite dar mayor relevancia al contexto social y asume la construcción del conocimiento desde el punto de vista de un intercambio entre individuos que componen un contexto cultural. Esta vertiente denominada “construccionismo social”, considera los relatos como reflejo del mundo social mediante los cuales las personas constituyen sus propias identidades y, en un proceso activo de reflexión sobre sus experiencias, buscan comprender el entorno en que viven y los significados subjetivos generados en la interacción con los demás (67). Dentro de los métodos utilizados en la investigación narrativa se encuentran los diarios personales de vida, los audio diarios y la autoetnografía como uno de los métodos más innovadores y controversiales en la actualidad. A continuación, se hablará con mayor profundidad de este último para dejar claridad acerca de su aplicación en la interacción social y educativa (68).

Una de las autoras más representativas del enfoque narrativo de investigación utilizando como método textos autoetnográficos es Carolyn Ellis. Ella lo define como “un género de escritura e investigación autobiográfico que conecta lo personal con lo cultural”. A su vez, Laurel Richards la define como “altamente personalizadas, textos reveladores en los cuales los autores cuentan relatos sobre su propia experiencia vivida, relacionando lo personal con lo cultural”. Otra de las representantes más importantes de la autoetnografía es Johanna Uotinen, quien explica que es un método en el cual las experiencias personales del investigador son la parte central de su investigación (69,70).

Métodos de recolección de la información: para esta investigación se utilizó como método de recolección de la información entrevistas narrativas, entrevistas interactivas y textos autoetnográficos a partir del constructo de profesionalismo definido desde el inicio. Dicho constructo fue construido en conjunto entre el investigador principal y los participantes por medio de una reflexión del fenómeno.

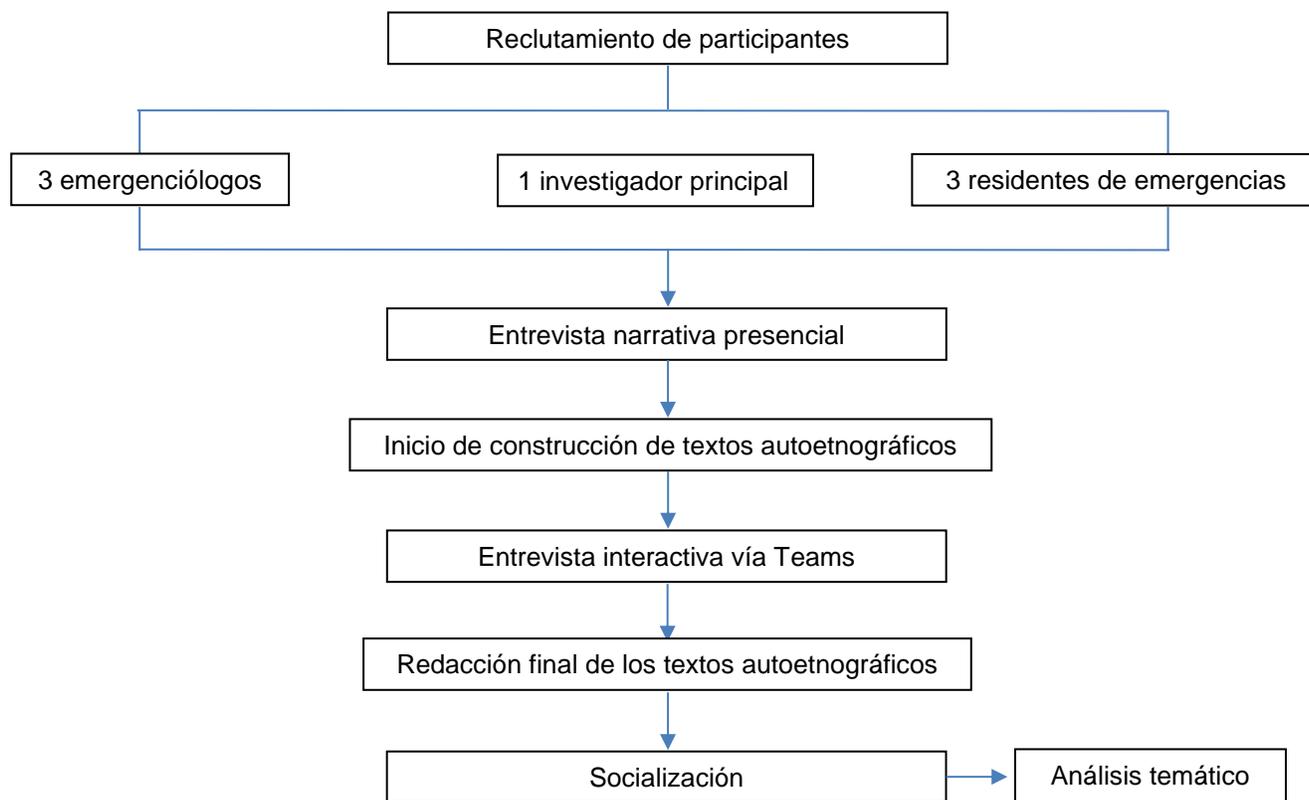
Garance Maréchal definió la autoetnografía como enfoque de investigación “una forma de estudiar todo lo que implica autoobservación e investigación reflexiva en el contexto del trabajo de campo y la escritura de la etnografía”, antes conocida como etnografía interior, ya que se refería al propio etnógrafo como el grupo de estudio (69,71).

Una de las obras más importantes respecto a la autoetnografía se llama *The Ethnographic I. A Methodological Novel About Autoethnography* de Carolyn Ellis. Esta obra brinda consejos metodológicos y comparte sus propias historias personales en una narrativa intrigante sobre un curso de posgrado que ella instruye. Durante este curso, ella aprende sobre sus estudiantes y sus proyectos, además comprende una amplia cantidad de temas que llevan la etiqueta de la autoetnografía (72).

Otra obra representativa de la segunda década del siglo XXI es *Autoethnography: A Methodological Chat with Self* de Cemil Egeli. En esta, a manera de entrevista, donde él mismo pregunta y responde, comparte su experiencia de la escritura de su primer artículo llamado *I'm Half Turkish – Dancing Bears and Marble Stairs*. La escritura del primer texto y la reflexión del segundo usan la experiencia personal del investigador que es hijo de padre turco y de madre inglesa para hablar de personas con orígenes culturales mixtos que viven en Inglaterra e interactúan en el contexto de la salida de este país. El proceso de escritura de su primer artículo se dio por medio de la creación de un diario en el que anotaba todos sus pensamientos y experiencias que consideraba útiles, en ocasiones de manera consciente, y poco después de forma más heurística. Luego de esto recolectó información de reuniones en un hospital, encuentros de radio y visitas al consulado turco. Las grandes conclusiones de esta experiencia literaria es que la autoetnografía puede resaltar complejidades de la experiencia de personas operando entre o en el borde de una cultura, aportando información valiosa a profesionales encargados de interactuar y asesorar estos mismos grupos culturales (73,74).

A partir de ese momento, el participante inicia la redacción de su historia, la cual fue revisada en un primer momento en conjunto con el investigador principal a través de la entrevista interactiva en donde ambas parten compartieron apartados de su historia desde una relación muy horizontal con cercanía. El investigador se convirtió en el principal sujeto de investigación. Además, permitió momentos de reflexión acerca de los hitos de ambas partes. Finalmente, se completó individualmente la escritura del texto autoetnográfico alimentado por la revisión y la reflexión hecha por ambos sujetos durante la entrevista interactiva (75).

Figura 1. Diagrama de flujo actividades de recolección de la información.



Entrevistas narrativas: la entrevista narrativa consiste en recuperar la dimensión temporal del proceso social para mostrar las diferentes formas en que los sujetos actúan dentro de un marco de acción establecido, pudiendo ser las experiencias problemáticas o rutinarias. Este primer encuentro fue presencial en una institución de salud de Bogotá. Consistió en hacer entrevistas narrativas, con un enfoque no estructurado (26), las cuales fueron grabadas y tuvieron alrededor de una hora de duración. El lugar fue acordado con los participantes. Se buscó confidencialidad, comodidad y privacidad para la narración libre del relato. La guía metodológica de la entrevista narrativa se desarrolló tras una revisión sistemática de la literatura, que incluyó el guion de bienvenida, la presentación del estudio y la contextualización acerca del tema a través de una pregunta gatilladora a los participantes del estudio orientada a las experiencias vividas acerca del aprendizaje del profesionalismo durante la formación de posgrado. Se centró en el relato de su historia, con pocas interrupciones y tomando notas de los temas inmanentes más importantes de las entrevistas. Al final de la narración principal, se realizaron preguntas narrativas y explicativas sobre temas inmanentes (*a priori*) evitando en todo momento condicionar el relato. Se informó a los participantes al comienzo de las entrevistas que no había una respuesta “correcta” a ninguna pregunta y que no había ninguna expectativa de que se ajustaran a algún rol social o profesional específico, sino que hablaran de su experiencia personal. Las grabaciones se desidentificaron para su transcripción.

Al cierre de la entrevista narrativa, se hizo la invitación a los participantes a iniciar la escritura libre y visceral de la historia que habían contado en el relato (textos autoetnográficos).

Entrevistas interactivas: la entrevista interactiva consiste en un dialogo entre dos sujetos en el cual intercambian información relacionada con el tema central de la investigación, permitiendo reflexionar acerca de este, y alimentar de esta manera el análisis de los resultados. Este segundo encuentro se dio de manera virtual a través de la plataforma Teams, con un horario acordado previamente con los participantes, lo que garantizó hacerlo en tiempo real y con todas las condiciones de privacidad. Estas entrevistas no son estructuradas y consisten en trabajar preguntas abiertas, sin un orden previamente establecido, tomando características de conversación informal (22). Se llevaron cabo y fueron grabadas a través de la plataforma Teams e inmediatamente descargadas y borradas de la plataforma. Estas entrevistas interactivas fueron hechas por el investigador principal y tuvieron una duración aproximada de una hora. La guía metodológica se desarrolló tras una revisión sistemática de la literatura e incluyó un guion de bienvenida, un pequeño resumen sobre cada relato de la entrevista narrativa y una invitación a compartir durante la entrevista interactiva segmentos de los avances de la construcción de los textos autoetnográficos, con el fin de interactuar, compartir experiencias y hacer preguntas acerca de la información encontrada.

En el cierre de la entrevista interactiva se realizó una explicación y una introducción sobre la forma en que se construyen los textos autoetnográficos. Se realimentaron los avances compartidos y se invitó a cada participante a continuar con la escritura de este. Se profundizó en los elementos que consideraron más importantes dentro de sus experiencias vividas. Las grabaciones se desidentificaron para su transcripción.

Textos autoetnográficos: el tercer momento consistió en la redacción de los textos autoetnográficos, los cuales son textos transformativos tanto de la persona como de su cultura permitiendo expresar de forma libre y personal las experiencias vividas en diferentes contextos socio-culturales (76). En este punto, cada participante escribió su historia acerca del aprendizaje del profesionalismo durante su formación de posgrado. La construcción de cada texto autoetnográfico se dio a partir de la reflexión narrativa inicial, con anécdotas, experiencias y momentos de gran significado dentro de la formación como profesionales. La guía metodológica de los textos autoetnográficos se desarrolló tras una revisión sistemática de la literatura e incluyó los pasos secuenciales para la construcción de cada texto y un guion que se utilizó en el segundo encuentro (entrevista interactiva), en el que se dieron las instrucciones para la construcción de los relatos. El relato se caracterizó por ser detallado, visceral y en ocasiones crudo; lo cual permitió expresar plenamente los aspectos emocionales de las experiencias personales que ilustraron la cultura en la que cada participante vivió el aprendizaje del profesionalismo. Los textos autoetnográficos no tuvieron límite de extensión y el formato fue libre, así se logró un mayor acercamiento a las historias relatadas por cada participante. Al final, cada participante envió el relato terminado a través de correo

electrónico al investigador principal. En este tercer momento, el investigador principal entró a hacer parte del estudio redactando su propia historia acerca sus experiencias en el aprendizaje del profesionalismo. Cada texto fue anonimizado y organizado en un archivo privado al cual solo accedió el investigador principal. De igual manera, fueron desidentificados y leídos en su totalidad en más de una ocasión por el investigador principal antes de codificar. Todos los participantes manifestaron su deseo de mantener el anonimato y no mantener la autoría del texto.

Selección de participantes: se reclutaron siete participantes teniendo en cuenta que el estudio se hizo desde el paradigma de la investigación cualitativa y que los estudios con enfoque narrativo, según Creswell, pueden tener desde un participante en adelante, ya que se van a buscar datos a profundidad a partir de los relatos obtenidos. Los participantes se seleccionaron por conveniencia en bola de nieve, lo que permitió identificar sujetos potenciales en la población. A partir de esto, se le solicitó al primer sujeto reclutado que contactara a otras personas que consideraba pudiesen estar interesadas en participar en la investigación. De esta forma, la referenciación fue la base de la consecución de los sujetos que participaron en esta investigación (77).

Se envió la invitación por correo electrónico a tres médicos residentes y a tres especialistas en Medicina de Emergencias de diferentes posgrados de Bogotá. Se les presentó el estudio y se les invitó a participar. Hubo gran receptividad ante la invitación y los participantes manifestaron, de forma voluntaria, su interés por contar y hacer pública su historia, toda vez que llegaron los demás sujetos reclutados por bola de nieve. Se obtuvo la firma del consentimiento informado, el cual fue enviado previamente para su revisión y aclaración de dudas, donde se aclaraba adicionalmente la total confidencialidad de la información. Todos los participantes que aceptaron fueron incluidos. Los sujetos que aceptaron no recibieron incentivo alguno por su participación, pero se les ofreció la transcripción de sus entrevistas y una copia de los resultados de la investigación. Los participantes hacen parte del equipo de trabajo de la sala de emergencias de una institución de alta complejidad. El número final de participantes reclutados fue de siete incluyendo al investigador principal, el cual se desempeña como Emergenciólogo en una institución de alta complejidad de Bogotá y tiene una relación laboral con los sujetos que ya culminaron la especialización y además tiene una relación docente con algunos de los participantes que aún se encuentran en proceso de formación en la residencia.

Para esta investigación se decidió que el investigador principal participara en la construcción de su propio texto autoetnográfico para facilitar la interacción en las entrevistas interactivas con los demás sujetos desde su propia experiencia. De esta forma, se contribuyó al proceso de reflexividad del investigador, siendo de esa manera el eje central en la construcción de las relaciones de confianza y desarrollo de las entrevistas con los demás sujetos (77).

De acuerdo con los principios planteados por Creswell, respecto a la participación en la investigación cualitativa, los participantes cumplieron con las siguientes condiciones (75):

- Tener conocimiento sobre el tema o fenómeno a estudiar.
- Estar dispuestos a participar en el estudio.
- Representar el rango de puntos de vista.

Además, debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- Ser especialista en Medicina de Emergencias nivel junior o senior de cualquiera de los posgrados de Bogotá.
- Estar cursando último año de especialización en Medicina de Emergencias en cualquiera de los posgrados de Bogotá.
- Estar de acuerdo con la investigación y firmar el consentimiento informado autorizando su inclusión dentro del estudio.

La estrategia tuvo cuatro fases que fueron desde la fase de alistamiento hasta la fase cuatro de redacción del documento final.

Fase 1 o de alistamiento: en esta fase se diseñó la entrevista narrativa (guion) y se sometió el protocolo de investigación a la subcomisión de investigación y al comité de ética en investigación de la institución en donde se realizó el estudio.

Fase 2 o de recolección de la información: en esta fase se llevó a cabo la entrevista narrativa con los participantes alrededor de su historia personal. Tuvo una hora de duración, en donde se les pidió que narraran su historia de aprendizaje del profesionalismo durante la especialización en Medicina de Emergencias, identificando hitos o situaciones centrales de los momentos cruciales o personas de las cuales aprendieron a ser mejores o peores emergenciólogos. Todo con el objeto de gatillar los recuerdos de los sujetos relacionados con el fenómeno del estudio. Posterior a esto, se inició la construcción del texto autoetnográfico de los participantes (sin límite de palabras y con estructura libre) y una semana después se hizo la entrevista interactiva a través de la plataforma Teams con una hora de duración. Se compartió la información escrita hasta ese momento, se hicieron preguntas relacionadas con el tema y se reflexionó a partir de las experiencias personales de cada uno. Después de la entrevista interactiva, los participantes continuaron con la redacción de los textos autoetnográficos.

Fase 3 o de redacción del documento final y análisis temático: al finalizar la recolección de la información se inició su transcripción y el análisis temático, en el cual se identificaron los tipos de

comportamiento, lugares de aprendizaje, temas en común entre participantes y cómo se relacionaron entre sí. Se inició la redacción del documento final con los resultados, discusiones y conclusiones.

7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Análisis de datos: se realizó un análisis temático que consistió en analizar e informar patrones dentro de los datos, organizando y describiendo un conjunto de datos en detalle y en algunos casos profundizando e interpretando varios aspectos del tema sujeto de investigación (78). En este estudio, las diferentes categorías del profesionalismo y sus constructos se hicieron *a priori*. Se hizo una revisión por pares sobre la información analizada de cada participante con dos investigadores, en la codificación inicial y la construcción de temas finales. Este análisis se hizo identificando temas recurrentes mediante un proceso iterativo e inductivo. A medida que surgieron patrones, los temas comunes se agruparon en cinco categorías. Se identificaron casos divergentes, se informaron y se debatieron. Luego, se hizo triangulación con miembros de la información (78). Para introducir el análisis temático, se realizó una rehistorización breve del relato de cada participante que resume los momentos más significativos de la experiencia vivida en su proceso de formación como emergenciólogo. Finalmente, se hizo un proceso de revisión con los participantes (*member checking*), en el que ellos revisaron si compartían o no los resultados del estudio, y si sus relatos fueron efectivamente anonimizados.

Confiabilidad y rigor: los criterios que aseguraron el rigor y la confiabilidad de esta investigación fueron los siguientes (79):

- Se utilizó como criterio de calidad la reflexividad o la conciencia del investigador que le permitió volver sobre sí mismo para examinar críticamente el efecto que tuvo sobre la investigación (80).
- La plausibilidad o credibilidad de la información consistió en que los hallazgos del estudio fueron reconocidos como reales por parte de los participantes, garantizando por medio del *peer debriefing* o conversación entre pares la revisión y la evaluación de las transcripciones, las categorías emergentes y las categorías finales de la investigación, además del chequeo con miembros y retorno de resultados a los participantes (81).
- El contexto o transferibilidad se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Esto se mantuvo a través de una descripción amplia y profunda de los relatos autoetnográficos haciendo descripciones detalladas del contexto o los sujetos (82).
- La estabilidad se refiere a la consistencia de la investigación en el análisis de contextos reales. Se garantizó por medio de la revisión por pares en el *Audit Trial*, que es una estrategia que permitió establecer la confirmación de los hallazgos de la investigación. Este proceso implicó establecer que los resultados están basados en las respuestas de los participantes, en lugar de los prejuicios del investigador. Este es un enfoque a profundidad que ilustra los hallazgos de las narrativas de los participantes e implica describir cómo se recopilaron y analizaron todos los datos obtenidos (80).
- La confianza de los datos se mantuvo aclarando las limitaciones de la investigación (82).
- La confirmación se refiere a la obtención de afirmaciones directas, a menudo repetidas, de lo que el investigador ha escuchado, visto o experimentado con relación al fenómeno bajo estudio. Se

realizó presentando evidencia de los resultados de las entrevistas, los relatos y los análisis hechos a partir de estos (82).

- El criterio ético se garantizó manteniendo el anonimato de los participantes en la publicación de sus relatos, declarando el conflicto de interés del investigador principal debido a la relación docente que tiene con algunos de los participantes y haciendo revisión de las narrativas con los sujetos previo a su publicación (83).

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este protocolo tiene como objetivo la investigación en educación en salud, ya que basado en la Resolución 8430 de 1993 contribuye al conocimiento de los vínculos entre las causas de conductas profesionales y su proceso educativo. En este caso, el profesionalismo, además, puede contribuir a la mejoría de la calidad de la atención en salud de las personas y a mejorar el desempeño profesional en la prestación de los servicios de salud. También es importante mencionar que en el Artículo 8 de esta Resolución donde se consagra que “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice” así como basados en la Ley estatutaria 1581 de 2012 Habeas *data*, se respetó la confidencialidad y la privacidad de los datos de cada participante garantizando que su identificación no fuera tomada dentro de las variables de este estudio. Los datos de esta investigación fueron manipulados solo por los investigadores principales, además de que los datos de las fuentes utilizadas y sus características se consideraron totalmente sensibles, lo que garantizó que la finalidad sea de uso exclusivamente académico y científico.

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, el protocolo de Nuremberg y las normas de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, el presente protocolo de investigación se clasificó dentro de la categoría “investigación sin riesgo”, debido a que se emplearon técnicas y métodos de investigación cualitativa como entrevistas narrativas, entrevistas interactivas, revisión y análisis de textos autoetnográficos. Asimismo, se aclaró inicialmente que al tratarse de textos personales sobre un tema relacionado con el ejercicio profesional se hizo un proceso de chequeo con miembros que verificó la representación legítima de lo que expresaron los sujetos en las entrevistas y en los textos autoetnográficos garantizando que la información haya sido anónima.

Al tratarse de una investigación en el área de las ciencias de la educación, se garantizó el respeto a la dignidad de las personas, su libertad y autodeterminación, previniendo daños, tensiones y salvaguardando su vida privada. Los participantes autorizaron su participación en la investigación de forma voluntaria por medio de la firma de un consentimiento informado. De igual manera, se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos y de la identidad de los sujetos, lo que brindó la posibilidad de retirarse en cualquier momento de la investigación.

Todos los participantes en este estudio fueron informados por medio escrito y verbal por parte del investigador principal respecto a la naturaleza y finalidad del estudio, su objetivo primario, sus riesgos, los beneficios potenciales, la confidencialidad, la voluntariedad, el anonimato y sus derechos como participantes. También se respondieron las dudas que hubieran manifestado. De igual manera, al tratarse de una población subordinada por su rol de estudiantes frente al investigador principal, se

garantizó que la información suministrada no afectara de ninguna manera la calificación o evaluación que se haya hecho durante su proceso de formación académica.

El presente proyecto de investigación se inició posterior a la aprobación por la Subcomisión de investigación de la Universidad de la Sabana y el Comité de ética en investigación de la Fundación Universitaria Sanitas. Por último, el investigador principal declaró conflicto de interés al tener un rol docente con algunos de los participantes del estudio que pudiese influir en la valoración académica de las rotaciones clínicas que estuvieran realizando. Por esta razón, se realizó un chequeo con miembros y conversación entre pares (*peer debriefing*). Se dio carácter anónimo a los textos y al final de la investigación se destruyó toda la información recopilada, dejando únicamente los resultados y los análisis para ser publicados con todas las garantías de anonimización de la identidad, la ubicación y la relación académica o laboral de todos los participantes.

El investigador principal se comprometió a divulgar los resultados de la investigación a los sujetos e instituciones que participaron del estudio y, además, se comprometió a publicar los resultados para acceso a la comunidad académica de la Medicina de Emergencias y las ciencias de la educación.

9. RESULTADOS

9.1 Presentación de resultados: esta investigación se llevó a cabo con el objetivo de conocer las experiencias de residentes y de especialistas en Medicina de Emergencias sobre cómo aprendieron a ser mejores profesionales durante su formación de posgrado. La pregunta que motivó realizar esta investigación fue: ¿cuáles son las experiencias de los residentes y de los especialistas en Medicina de Emergencias acerca del aprendizaje del profesionalismo durante su formación de posgrado?

Para esto se implementó un abordaje desde el paradigma narrativo en la investigación cualitativa. Se enfocó en conocer y analizar los fenómenos que están inmersos dentro del proceso de enseñanza y aprendizaje en los posgrados de Medicina de Emergencias de Bogotá. A continuación, se presentará un resumen del perfil de los participantes, contruidos a partir de rehistorizaciones que identifican hitos relacionados con la experiencia vivida, y que permiten dar contexto a temas comunes en las narrativas identificadas alrededor de la experiencia de residentes y especialistas en Medicina de Emergencias.

Participante 1: mi nombre es Efraín. Soy residente de Medicina de Emergencias de último año y cuando inicié mis estudios como residente de Emergencias descubrí que existen muchas barreras para lograr que la atención de las personas sea justa y equitativa. Me di cuenta de que el sistema de salud y las políticas institucionales pueden ser grandes obstáculos para poder llevar a cabo el ejercicio médico como siempre me lo imaginé. Actualmente, estoy trabajando y luchando contra estas barreras para mejorar la calidad de la atención médica de las personas que asisten a las salas de emergencias.

Participante 2: mi nombre es Patricia y soy residente de último año de Medicina de Emergencias. Para mí el inicio de la residencia estuvo lleno de conflictos, al punto en que llegué a pensar que estaba estudiando la especialidad equivocada. Sin embargo, con el paso del tiempo, tuve la fortuna de conocer a varios docentes, quienes en la actualidad se han convertido en mi modelo a seguir y en gran parte de la motivación que tengo para ejercer mi especialidad. Actualmente, estoy trabajando con la pasión que siempre soñé y con muchas ganas de ser una gran profesional en la sala de emergencias.

Participante 3: mi nombre es Rodrigo. Soy residente de último año de Medicina de Emergencias. Siempre he tenido claro que quiero ser emergenciólogo y desde el comienzo de la residencia he disfrutado mucho mi formación como profesional. Aunque, durante este proceso he vivido experiencias positivas y negativas que me han llevado a modificar mis conductas en pro de lograr una mejor formación profesional. Ahora sigo trabajando fuerte para ser un referente académico de la especialidad, tratando de evocar a los profesores que admiro y tratando de alejarme de aquellos que no fueron un buen ejemplo durante mi proceso de formación.

Participante 4: mi nombre es Nicolás. Soy especialista en Medicina de Emergencias y en la actualidad estoy ejerciendo en varias instituciones. Mi ingreso a la residencia fue motivado por la necesidad de mejorar mi capacidad académica, ya que quería brindar una mejor atención a los pacientes en urgencias. Durante la residencia tuve varias experiencias que cambiaron en muchas ocasiones la forma en que veo la medicina. Algunas de ellas relacionadas con la formación académica, otras relacionadas con dificultades curriculares y, finalmente, unas pocas asociadas a la cultura hospitalaria y el comportamiento negativo de profesores con los que tuve la posibilidad de compartir. Hoy en día, tengo un gran interés por vincularme a la docencia en Medicina de Emergencias, ya que tengo muchas ganas de cambiar varias cosas dentro del proceso de formación de los residentes.

Participante 5: mi nombre es Johana. Soy especialista en Medicina de Emergencias y ya tengo varios años trabajando como emergencióloga, lo que me permite tener posturas muy claras sobre lo que creo que es ser mejor profesional. Cuando empecé la residencia tenía grandes expectativas acerca de cómo iba a ser esta experiencia. Sin embargo, me encontré con algo completamente diferente: hostilidad, indiferencia, maltrato y mal ejemplo por parte de muchos de mis “docentes”. Tanto que mi mayor cualidad durante el tiempo que duró la residencia fue la resiliencia, la cual me permitió con algunas dificultades terminar mis estudios y tener muy claro en la actualidad que el buen ejemplo hace parte clave de la buena formación de médicos y especialistas.

Participante 6: mi nombre es Daniela y soy especialista en Medicina de Emergencias. Actualmente estoy ejerciendo en varias instituciones de salud. Siempre tuve buenas experiencias que marcaron mi formación profesional y que hoy en día son la base de mi comportamiento en las jornadas laborales. Para mí el buen trato hacia los demás y la compasión son el arma principal para lograr una atención integral. También tuve conflictos en mi proceso de formación, sobre todo cuando la exigencia académica y asistencial era excesiva, haciendo que el cansancio me hiciera preguntarme si realmente estaba en la especialidad correcta.

Participante 7: mi nombre es Miguel. Soy especialista en Medicina de Emergencias con varios años de experiencia y con un grado de pasión por lo que hago demasiado alto. Durante la residencia viví muchas experiencias favorables para mi formación profesional a través de la identificación de docentes que admiro profundamente. Sin embargo, también tuve experiencias negativas muy fuertes con relación a mi formación en ambientes hostiles que llevaron a cuestionarme cuál es la razón real de ser especialista y si vale la pena todo este sacrificio en el futuro. En la actualidad estoy en proceso de formación académica complementaria para continuar trabajando en este tema.

9.2 Análisis temático: esta investigación buscaba profundizar desde la siguiente pregunta: ¿cuáles son las experiencias de los residentes y de los especialistas en Medicina de Emergencias acerca del aprendizaje del profesionalismo durante su formación de posgrado? Posterior a la realización de

entrevistas narrativas, interactivas y a la redacción de textos autoetnográficos se identificaron cinco temas centrales descritos a continuación: (Figura 1)

- *Role model.*
- *Anti-role model.*
- Ambiente inseguro como barrera del aprendizaje.
- Enseñanza del profesionalismo.
- Metacognición en el proceso de aprendizaje.

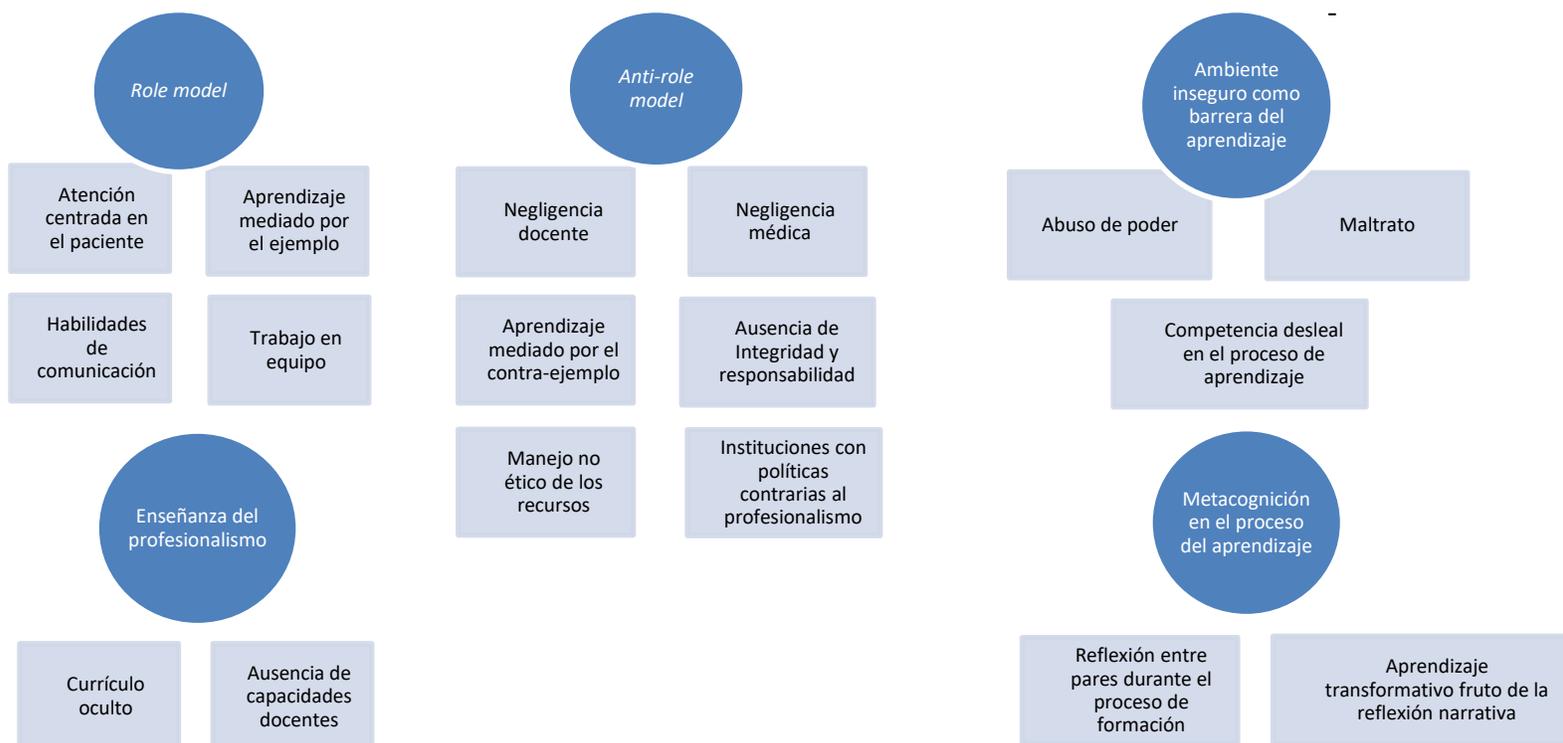


Figura 2. Temas y subtemas sobre la experiencia del aprendizaje del profesionalismo de residentes y especialistas en Medicina de Emergencias.

Tema 1. *Role model*: todos los participantes identificamos que el aprendizaje del profesionalismo a través del *role model* fue un factor importante durante nuestro proceso de formación. Entonces, la atención centrada en el paciente, el aprendizaje mediado por el ejemplo, las habilidades de comunicación y el trabajo en equipo, son cuatro temas que destacan dentro de nuestras experiencias de aprendizaje. Algunos participantes reportaron que observar el acto médico y ver el comportamiento ejemplar de sus docentes, les permitió fortalecer sus competencias del profesionalismo. Por ejemplo, como nos indican Daniela y Patricia:

“Considero que mi profesionalismo fue inculcado en parte por la forma de obrar y de tratar a los pacientes, no solo médicamente, sino humanamente, al ponerse en los zapatos de ellos como lo hacía un profesor y director de posgrado”. (Daniela)

“(…) recuerdo uno de mis primeros turnos, con el Dr. Alberto, donde ingresó una paciente en paro y verlo a él, cómo se desenvolvía, aplicando paso a paso cada algoritmo que muchas veces leíamos y releíamos, sin darse por vencido, hasta sacar a la paciente de esta situación inminente de muerte. Sentí, esto es lo que quiero ser, para esto vivo, sus decisiones eran claras, todo el personal de enfermería estaba tranquilo y haciendo lo que debía hacer. Ver su entrega y respeto a la vida de la paciente, al personal de salud, a todos, me hace traerlo a este relato, como un gran ejemplo del profesionalismo, guardando eso entre las formas de ser que sí quiero adoptar en mi vida”. (Patricia)

Otros participantes encontraron que la buena comunicación con el equipo de trabajo y los pacientes fue clave para lograr un mejor proceso de aprendizaje de las competencias profesionales. En este caso, Daniela dijo lo siguiente:

“Hay que tener empatía y compasión por los pacientes. Las características de un médico que atiende pacientes gravemente enfermos en un sitio como la sala de reanimación de urgencias, es la tranquilidad, la calma y el pensamiento rápido y eficaz, la resolución de problemas, pero también la calidad humana, la amabilidad y misericordia al momento de abordar los pacientes, transmitiendo seguridad y confianza”. (Daniela)

Además de lo anterior, los participantes citamos varias experiencias formativas que promovieron el crecimiento como mejores profesionales, en particular, por medio del ejemplo de los profesores durante las actividades asistenciales. A continuación, una cita de Johana:

“Mi experiencia más bonita, fue la rotación por cuidado paliativo y dolor. El profesor, un caballero, fuerte, alto, bien parecido, para nada cariñoso, más bien serio y muy exigente, pronto aprendí que el dolor es una emergencia, que cada minuto cuenta, que estar ahogado y dolorido es indigno, que los pacientes en final de vida jamás deben esperar por el alivio que merecen, que no calmar el dolor y el sufrimiento es un crimen ético y moral a la medicina misma. Entendí sobre compasión y no se trata de llorar con los enfermos y los familiares. Él jamás se mostraba triste, pero trataba a sus pacientes y familiares con respeto, con dignidad, y ellos lo adoraban. Aunque estuviera muriendo lo que más amaban, a pesar de acabar de perder a su ser querido lo buscaban y le agradecían, y entonces sí que quise estudiar. No solo porque me inspirara él: es que entendí que era fundamental aliviar y que tenía que saber bien qué hacer. Estudiaba con alegría, con ansiedad, pero de la buena, con ganas, no quería terminar mi rotación, incluso llegué a pensar que me hubiera gustado más ser paliativista que emergencióloga. Supe lo que es un buen docente, el que motiva, el que impacta sobre sus estudiantes, incluso el que se adapta a ellos. También fui feliz y aprendí para mi vida y mi profesión cosas invaluable que siento sí me hacen mejor”. (Johana)

Tema 2. *Anti-role model*: el *anti-role model* fue un tema recurrente, nombrado de diversas maneras y que se contrapone a la figura protagónica del *role model*. Los participantes describimos múltiples ejemplos negativos de los docentes, de las dificultades en el proceso de enseñanza, de los problemas en la atención médica hacia los pacientes e incluso políticas de algunas instituciones de salud que produjeron conflictos e inconformidad. Lo anterior marcaron la experiencia vivida enseñándonos por contraste en qué tipo de profesional no quisiéramos convertirnos.

Algunos participantes describimos casos de comportamientos reprobables de los docentes hacia los pacientes y estudiantes, narrándolos como comportamiento naturalizado en la cultura del aprendizaje en Medicina. Citando casos puntuales de burla de los docentes hacia los pacientes, así como trato poco profesional entre el mismo grupo de profesores. Dichos comportamientos se perpetuaron en la mayoría de los casos: desde médicos más experimentados hasta médicos jóvenes, y fueron reportados por todos los participantes en sus narrativas. Los participantes informamos cómo esto nos afectó personalmente, favoreciendo sentimientos de desilusión e insuficiencia e interfiriendo en el proceso de aprendizaje, donde se prefirió no participar por temor a ser públicamente menospreciados:

“(…) Lo curioso es que no me identificaba con los docentes. Los vi maltratar y burlarse de pacientes, criticarles, ser sarcásticos y luego pregonar que eran excelentes profesionales. Los escuche todos los días criticarse entre ellos, pero no con el ánimo de crecer o discutir un tema, era con malicia, se burlaban y demeritaban a sus colegas, aun cuando decían ser mejores amigos. Crecimos como profesionales en un ambiente de egos, de querer resaltar a costa de criticar de forma dañina al otro, con términos fuertes y delante de estudiantes y otros profesionales. Escuché cosas como “Ahhh. Es que es ella, ¿qué más se le puede pedir?, se dedicó a ser mamá y ya no lee”, “es que él es buena gente, pero de medicina no sabe nada”, “él es pasivo y agachado, no define ni un moco solo”, “es que aquel es una hueva, necesita 3 perros para tomar una decisión”. En fin, mil comentarios de esos y luego daban charlas sobre la ética de la medicina de emergencias y criticaban gente por no ser buenos compañeros (…)”. (Johana)

“(…) después de esto nombraré a alguien que, si merece ser citado, su nombre es El Dr. Jiménez, es amable, cordial y tiene la capacidad de hacer que todas las personas hagan lo que él quiere para lograr su propio beneficio. A continuación, citaré una frase del Dr. Jiménez: “papi, yo a la gente le hago creer que tiene la razón en todo, pero al final los termino convenciendo de que hagan lo que yo quiero”. Desde ese día tuve claro que este señor es capaz de lo que sea por lograr sus objetivos”. (Miguel)

Los participantes también describimos el papel de las políticas institucionales y el manejo ético de los recursos en la adquisición de competencias profesionales, nuevamente por contraste. debido a su falta del profesionalismo:

“(…) he aprendido también lo que no quiero hacer, ¿sí? Por ejemplo, “este es el paciente de valor”, “este es el paciente que sí tiene plata”, y termina siendo un negocio. Por ende, el hospital A no es un escenario para tomar como ejemplo en la asignación adecuada de los recursos”. (Efraín)

Se informó sobre casos de negligencia médica y discriminación hacia los pacientes, siendo algo a veces normalizado en el comportamiento de algunos docentes:

“(…) entonces, yo llamo a la doctora y le digo, este paciente está muy malito, yo creo que hay que monitorizarlo, hay que mirarle un examen neurológico, porque estaba en una silla de ruedas y no se pudo pasar a la camilla, y me dice “aish, tiempo para ver locas no tenemos”, eh, pero al paciente hay que hacerle algo doctora, ¿qué le vamos a hacer?, pongámosle algo para el dolor, pongámosle un benzodiazepina para que lo relaje entonces, “hágale usted lo que quiera. Bueno, camine lo miramos”. Lo miró y finalmente lo regañó, y le dijo, “ay, deje de hacerse que aquí hay mucho trabajo; si usted sigue con esa actitud por ahí va a terminar operado de la cabeza o haciendo cosas que usted no se imagina, porque usted puede hablar, pero no, no lo está haciendo”. La novia empezó a llorar y le decía, “¡no lo maltrate!, a él le está doliendo”; y el muchacho se veía mal, estaba taquicárdico, sudoroso (...)”. (Johana)

Dentro de esta categoría, también identificamos casos de negligencia docente dentro del proceso de formación profesional, siendo un factor común a lo largo de algunas residencias. Por ejemplo, como dice Efraín:

“(…) yo solicité una rotación. Para esa rotación, pues simplemente hay que pasar la solicitud a la universidad, y ya, ¿sí? Si es viable, pues nada, la universidad dice que sí, cuando yo hablé con la persona que estaba encargada de eso y le solicité el trámite, pues la primera respuesta fue, “bueno, sí, no sé”. No sé, creo que la persona me dio una respuesta sin saber de verdad si se podía o no se podía. Lo que pasó fue que, pasó un tiempo prudente y no se realizó la solicitud. Lo volví a realizar. Volví a pasar otro tiempo prudente y nunca se tramitó mi rotación”. (Efraín)

Tema 3. Ambiente inseguro como barrera del aprendizaje: los participantes describimos situaciones de abuso de poder, maltrato y competencia desleal en el proceso de aprendizaje, reconocidas como factores normalizados dentro de las prácticas de los docentes clínicos durante nuestra formación como especialistas en Medicina de Emergencias:

“Con la Dra. Blanco y la Dra. Castilla tienes que tener cuidado, ellas odian a las mujeres, gánatelas o te va a ir mal..., y... me fue bien, dos o tres veces a la semana recogía los perros de la Dra. Castilla cuando me lo pedía, les daba una vuelta y los llevaba a su casa, traía los tintos y la comida de todos en los turnos, hacía las valoraciones que nadie quería en medio del “gracias tan divina, el mío con sal, el mío sin queso (...)”. (Johana)

“El doctor Lemus tenía un sistema antiguo, en donde le daba al R3 el poder para ir a insultar al R1, ¿sí? O sea, eso no está bien jaja, eso sí no está bien”. (Nicolás)

Así mismo, se identificaron situaciones de competencia desleal en el proceso de aprendizaje que, de acuerdo con lo informado por algunos participantes, dificultó el aprendizaje óptimo de diversos conceptos necesarios para lograr una formación académica excelente:

“En algunas rotaciones éramos residentes de varias especialidades y esto hacía que el ambiente fuera muy competitivo. Sin embargo, como lo aceptado dentro del hospital era que nunca un residente de emergencias podía ser mejor que uno de otra especialidad, entonces, no nos invitaban a las reuniones académicas, no nos compartían artículos y mucho menos nos dejaban hacer un procedimiento. Llegando al punto de que así fuera injusto, la calificación final de la rotación siempre era peor para nosotros sin posibilidad de retroalimentación o reclamo alguno”. (Miguel)

Varios problemas de acoso por parte de profesores surgieron de las entrevistas. La mayoría de los participantes informamos casos de intimidación y acoso que se daba como parte natural de la cultura, reflejando la jerarquía y un modelo de aprendizaje cuestionable en Medicina. La intimidación se describió, en todos los casos, con experiencias de abuso de poder y maltrato en diferentes momentos de la formación de posgrado:

“(…) obviamente, sentí que hubo una persecución constante contra mí, simplemente porque no estaba de acuerdo en muchas de las cosas del servicio. Finalizado este momento incómodo, no me quedó más que pedir disculpas ya que desafortunadamente yo era el estudiante en situación de inferioridad, lo cual, ya sabía en este punto que él utilizaría en contra mía, lo cual, fue así tal cual. Dos días después yo me encontraba suspendido por una semana. 5 días después en mi reintegro, creo que viví mi peor experiencia durante toda la residencia, una rotación llena de maltrato, de sobrecarga en trabajos, matoneo, abusos, los cuales realmente no me gusta recordar.” (Rodrigo)

“En el hospital A yo nunca sentí maltrato directo, pero era... agh, yo podría definir en una sola palabra a mis profesores: sarcasmo. Era el sarcasmo todo el tiempo y desafortunadamente yo cogí frases de ellos que no gustan, pero las digo. Entonces, ehh cuando va uno a presentar un paciente le dicen, “¿le duele la cabeza como cuando a uno le dan un martillazo en la cabeza? Ahh, pues obvio pídale tal cosa”. (Johana)

“(…) en la rotación anestesia, se sentía una apatía contra nosotros “los de emergencias”, comentarios como “es que ustedes no saben utilizar los medicamentos para intubación”, “ustedes no estudian”. Me preguntaba y decía conmigo misma: ¡como que no!, si todos los días estudiamos y repasamos, si me sé bien los medicamentos y también los usamos como ustedes. Pero respiraba y prefería no decirlo en voz alta, porque soy del pensamiento que no quiere problemas”. (Patricia)

“(…) la revista académica de siempre, con gran jerarquía, largas y con tendencias absolutistas. Una de las técnicas de forzar el conocimiento era el escarnio público del desconocimiento del estudiante, ante internos, estudiantes y demás residentes. Existía mucha exigencia, pero se expresaba de una manera. O se estudiaba o la vergüenza pública, o un regaño con insultos indirectos. En el hospital B el maltrato y la hostilidad era algo constante. Era usual andar con tres piedras en la mano, tanto con instructores y otros residentes o instructores de otros servicios. Tanto que inclusive se notaba una tensión constante con el servicio de enfermería”. (Nicolás)

También describimos el impacto emocional que el maltrato durante la formación de posgrado traía consigo, siendo esto fuente constante de conflictos en el crecimiento profesional. Por ejemplo:

“(…) pero, en ese proceso de construcción del médico, yo creo que las personas con las que tuve más choque emocional, con las que choqué más fuerte fue con esas personas. No entiendo, y esta es la fecha y el punto donde no entiendo, no logro entender, no concibo en mi cabeza, por qué diablos ellos son así. Y son un perfil de personas donde la tolerancia a ese tipo de cosas, ellos toleran, ellos toleran esas cosas, no lo ven mal: les gusta el maltrato, les gusta tratarse mal, les gusta ser unos cabrones con las otras personas”. (Rodrigo)

“(…) para resumir la experiencia, el hombre disfruta de humillar a sus estudiantes en público. Se ríe de ellos con sus médicos generales hospitalarios y sus enfermeras, los trata de brutos, de incapaces, de retrasados, e inclusive hace acusaciones tan fuertes como que sus estudiantes matan los pacientes, diciéndolo en frente de sus pacientes y familiares. El Dr. Moreno nunca se toma 5 minutos para explicar algún concepto de medicina, su estrategia de aprendizaje es centrada en él, porque él es el Dios de la medicina, y dice toda la verdad, entonces todos los días uno sale de la rotación con 50 tareas (no exagero, son 50), lo cual implica leer desde las 6 p. m. que llegamos a la casa hasta las 5 a. m. que es momento de volver a rotación con el honorable doctor, para que cuando le contemos con mucha motivación nuestro nuevo aprendizaje, simplemente nos ignore o diga que todo está mal, sin argumentar por qué y solo insinuando que somos muy brutos”. (Miguel)

También se habló de acoso, en algunos casos con connotación sexual y discriminación por parte de los docentes, como algo habitual dentro del comportamiento médico. El acoso afectó de manera importante las experiencias vividas de las participantes femeninas:

“(…) pues es que el maltrato extremo en el hospital C también tenía una connotación como misógina, desde lo que alcanzamos a sentir. Y no era solamente como con los de emergencias, yo roté con una residente que hoy en día es una nefróloga, excelente persona y profesional. Éramos tres mujeres y era un contexto personal, (...) había contexto sexual. Todo era sarcástico, personal, ehh, nos ponía sobrenombres, a una compañera le decía “chimoltrufia” (...). Emm, connotación sexual, aunque nunca me sentí acosada sexualmente, no, sino que los chistes malos eran con connotación sexual: “Agáchese que le voy a clavar un veinte”, “¿Trajo vaselina pa’ poderle dar por donde es?” (...) cosas que se salen de contexto y que le imprimen además como cierto grado de humillación, porque allá había eso, era delante de pacientes, delante de estudiantes de pregrado, delante de médicos generales, delante de enfermeras, y todo el mundo se reía, entonces uno se sentía realmente humillado, como indigno, como miedo, yo no sentí ese miedo desde pregrado”. (Johana)

En general los participantes reportamos que evitamos quejarnos de los docentes, por miedo a represalias que tuvieran impacto directo en el progreso de formación de posgrado. Por esta razón, el valor más identificado durante el desarrollo de esta investigación fue la resiliencia como factor indispensable para sobrellevar los momentos difíciles que se presentaron a lo largo de la formación profesional.

Tema 4. Enseñanza del profesionalismo: dentro de la enseñanza del profesionalismo como competencia, los participantes describimos barreras que influyeron directamente en la adecuada adquisición de esta competencia. Uno de ellos tiene que ver con la falta de estructura curricular y el currículo oculto, el cual es entendido por los participantes como todo aquello que no es oficial y que puede producir aprendizajes no intencionados. Este fue una de las barreras que más se identificaron durante las rotaciones clínicas a lo largo de la residencia:

“(…) en general, siempre existe esa tendencia a que el residente hacía la gran mayoría de las cosas que debería estar haciendo un médico general. Entonces, todo eso lo vine a aprender ya después, en unas rotaciones extra. Extra-Hospital A, y no eran de neuro, por ejemplo. Es tonto, pero en mi rotación de cirugía hice muchísimas más punciones lumbares, porque me le pegaba a los de reanimación del Hospital D. No, y además que ni les interesa saber quién está ahí. Por ejemplo, si les veía mucho más interés de enseñarle a los de pregrado de la Universidad H. No sé si era porque tenían un beneficio económico o les exigían hacerlo. Con el pasar de las semanas y las primeras rotaciones me di cuenta de que requería ayuda para buscar literatura, para armar bien las presentaciones, para encontrar artículos que valieran la pena, sin embargo, no encontré una guía entre mis docentes, ni mi tutor residente, tuve que pagar varias veces para que alguien de otro programa me enseñara”. (Johana)

“Yo creo que eso nos hace falta a nosotros. Nos hace falta más exponernos a paciente difícil desde primer momento, porque primer año es más para otras rotaciones, dónde paciente difícil no vemos mucho, y es donde realmente, nos vamos a estrellar con la vida, ese realmente, para mí, fue mi trauma, estrellarme contra los primeros pacientes graves, que yo decía, ¡Dios mío!”, ya es casi tercer año”. (Patricia)

“(…) dejar que otros decidan y ordenen en el lugar donde se supone que usted debe mantener el orden, proponer, crear e incentivar hace que mi motivación pierda sentido, al mismo tiempo que desampara al resto de profesionales que “confían” en un tipo de gestión. Se pierde el respeto por el ejercicio médico y el bienestar de los pares, atentado contra el profesionalismo”. (Efraín)

“(…) esta fue mi residencia, académicamente interesante y productiva, la disfruté más por fuera del hospital, y de hecho aprendí más lejos de este sitio, inclusive aprendí más trabajando como médico general mientras de forma simultánea hacía mi residencia. Es muy triste que no pueda dar absolutamente ningún comentario positivo sobre mi proceso de formación profesional durante mi residencia, porque mis propios docentes se encargaron de hacerlo insoportable y despreciable hasta el día de hoy”. (Miguel)

“(…) en muchas rotaciones extramurales, claramente, los diferentes especialistas, no tienen ni idea de qué hacemos en su área. Otro punto que se batalló mucho fue el usuario en las historias clínicas. En el hospital, que era nuestro centro de formación, el usuario que teníamos era de médico general y las notas no eran avaladas por el instructor. Al comienzo, en las noches, no teníamos instructor. Estaba el R3 mayor y un residente menor, con los internos y médicos generales”. (Nicolás)

Así mismo, la percepción de ausencia de capacidad docente en los campos de enseñanza clínica fue otra barrera que describimos los participantes durante nuestro proceso de formación:

“El Doctor Benjamín temblaba, temblaba, “no, pero llamemos mejor al radiólogo intervencionista”. Entonces, yo iba a hacer la punción, y él inmediatamente temblaba, se corría, me corría, “no, pero ¿qué estás haciendo ahí?”. Yo pues, “Doctor, voy a hacer la punción”, “no, pero eso mejor no”. Eso sudaba, y si en la primera uno no la cogía, él ni siquiera lo intentaba, él inmediatamente llamaba al radiólogo, inmediatamente se excusaba; mejor dicho, era una tragedia, y eso le daba a uno inseguridad”. (Johana)

“(…) que no hubo liderazgo, ¡siempre! Algo que me emputaba y me encabronaba siempre en la especialidad era que, por ejemplo, llegaba un paciente a reanimación, y era paciente de, no sé, del Doctor Zuluaga, y nada, nosotros no teníamos la potestad de decir qué tratamiento le tenemos que dar al paciente”. (Rodrigo)

La mayoría de los participantes manifestamos que dichas barreras frustraron las expectativas académicas, profesionales y culturales, ya que fue necesario minimizar otras necesidades para lograr de forma autodirigida, inclusive descuidando nuestra propia salud, priorizar el proceso de formación profesional para no defraudarnos, ni defraudar a nuestras familias o a nuestros propios colegas.

Tema 5. Metacognición en el proceso de aprendizaje: los participantes reconocimos que, durante el proceso de formación como especialistas, hubo la posibilidad de reflexionar con pares sobre las experiencias más significativas tanto positivas como negativas en el posgrado. Finalmente, manifestamos el efecto transformativo en el aprendizaje que se obtuvo fruto de la reflexión narrativa hecha en las entrevistas y en la escritura de los textos autoetnográficos:

“Esa experiencia es de esas que uno cuenta con todo el que se encuentra, pero la reflexión e introspección del caso es personal. Pensé que no sería capaz de hacerlo, que no podría con un turno así jamás otra vez, pero así como eso se resolvió, todo pasó y al siguiente día pude valorar lo positivo, mis aptitudes y desempeño, reconocí lo positivo y me motivaba que sí había podido con lo pesado, entonces ya se podía con lo que fuera. Me di cuenta que esa era mi labor y para eso estaba yo en la tierra. Sabía que contaría con la suficiente capacidad y ayuda para poder desarrollarla”. (Daniela)

“Creo que tratar de enfrentar cada momento a lo largo de mi residencia, de una forma tranquila y adaptativa, tratando de no explotar en sentimientos en el momento, sino al contrario tomándome mi tiempo de pensar y analizar, ha hecho que tolere situaciones y así mismo apenada de ellas, además me permita canalizar qué actitudes, de docentes, especialistas, compañeros, quiero aplicar en mi vida y cuáles realmente no”. (Patricia)

“(…) creo que es el mayor ejemplo de lo que no quiero ser como especialista y como profesional, y como ser humano en mi vida. Y quisiera tratar de corregir mis errores para impactar positivamente en la formación de las personas”. (Rodrigo)

“(…) decidí que no valía la pena retirarme de lo que amo hacer, pero también decidí que él sería mi referente para todo lo que nunca quiero ser como médico y por eso estoy aquí, desaprendiendo y reaprendiendo para poder ser un modelo positivo para todas las personas a las que pueda acompañar en sus procesos de formación”. (Miguel)

En definitiva, varios participantes manifestamos nuestras conclusiones sobre la capacidad transformativa de la reflexión narrativa hecha en el paso a paso de la construcción de las historias de vida y experiencias en el aprendizaje del profesionalismo durante nuestra formación de posgrado:

“(…) tener que pensar en mi programa de formación en medicina de emergencias, tan solo el recuerdo genera una estampida de sentimientos difíciles de discernir”. (Nicolás)

“(…) en fin, estas son las memorias que vienen a mi mente. Para este punto estoy segura de que soy mejor académicamente, aun me falta mucho, día a día aprendo cosas, pero me asalta frecuentemente la duda sobre si soy mejor profesional”. (Johana)

“(…) poco a poco, aún con temores y miedos, construyó la realidad cotidiana, esa realidad que disfruto y me gusta realizar pensando que es siempre una oportunidad única y diferente. Me gusta pensar que estoy como en medio de una de esas canciones de rock con punteos de guitarras que me levantan y animan y además le dan un toque personal a mi desempeño profesional. Siempre hacer todo lo que se necesite para retornar la paz y calma física y mental al paciente y la mía particular, tener momentos de reflexión y análisis retrospectivo es enriquecedor”. (Daniela)

10. DISCUSIÓN

Este estudio proporciona una comprensión detallada de las diferentes experiencias de residentes y especialistas en Medicina de Emergencias acerca del aprendizaje del profesionalismo durante su formación de posgrado. Los resultados encontrados en esta investigación se alinean con la literatura descrita para contextos similares de la educación médica a nivel internacional (66). Este estudio describe de manera vivencial los impactos a nivel profesional y personal de las experiencias vividas, así como los elementos del contexto cultural del escenario de formación clínico en Medicina de Emergencias (84).

Las medidas cuantitativas de las competencias del profesionalismo informan hasta cierto punto el desarrollo de intervenciones efectivas, pero no indican cómo están viviendo las experiencias las personas, para quién es más probable que funcione una intervención o en qué circunstancias específicas. Hay problemas individuales, del sistema y culturales que tienen un impacto en el proceso de formación y en el bienestar de los residentes y especialistas en Medicina de Emergencias en Colombia (73).

A nivel mundial, se sabe que los factores de personalidad pueden tener un impacto negativo en la forma en que los residentes enfrentan los factores estresantes de su proceso de formación (85). En el presente estudio, las experiencias de agresión vividas fueron enfrentadas de manera diferente por distintos participantes. Sin embargo, la capacidad de adaptación de las personas puede llevar a la normalización de la cultura médica dentro del proceso de enseñanza y de aprendizaje produciendo que las experiencias vividas sean afrontadas de diferentes maneras por los participantes (86).

El *role model* cobra protagonismo para el aprendizaje del profesionalismo en Medicina de Emergencias. Como se describe en este estudio, muchos residentes y especialistas en Medicina de Emergencias sienten que el *role model* es un factor positivo determinante para llevar a cabo un adecuado proceso de formación académica y profesional. Esto visto en el contacto directo con los profesores durante las rotaciones clínicas, en donde hubo la posibilidad de reconocer habilidades de comunicación, trabajo en equipo y atención centrada en el paciente, que promueven el aprendizaje mediado por el ejemplo. En la misma línea, Orit Karnielli-Miller y colaboradores, analizaron las narrativas de experiencias positivas y negativas de estudiantes de Medicina. Encontró que las interacciones médico-clínicas y los modelos a seguir fueron las categorías más descritas por los participantes en el proceso de formación como médicos (17).

Empero, el *anti-role model* puede constituirse tanto como factor de desarrollo del profesionalismo, como factor para desarrollar comportamientos no profesionales. Wong y Trollope-Kumar analizaron 604 narraciones de 65 estudiantes de medicina de McMaster y comprobaron la influencia positiva o negativa del *role model*, la visión de dilemas éticos, las aprensiones personales frente al sufrimiento

de pacientes y la carencia de virtudes profesionales (87). Esto fue reconocido también por residentes y especialistas en Medicina de Emergencias de este estudio, quienes describieron cómo tuvieron dificultades en el proceso de aprendizaje por factores relacionados con la cultura y el sistema, que evidenció en algunos casos que las políticas institucionales no permitieron una adecuada atención de los pacientes, contribuyendo a fallas en el acceso y la atención médica.

En la misma línea, en el estudio se describen comportamientos docentes carentes de integridad y de responsabilidad, caen en algunos casos en atención médica negligente e inclusive en agresión a la población estudiantil. Se informó tanto de la agresión promulgada (discriminación contra estudiantes que estaban en las rotaciones clínicas) como la agresión percibida (el miedo e incertidumbre asociada con experimentar procesos de aprendizaje con comportamientos poco profesionales).

Las agresiones sistemáticas, recurrentes y con desbalance de poder constituyen situaciones de matoneo o *bullying* (65). Estas experiencias de agresión sistemática, desde una situación desbalanceada de poder, se han reportado también desde la literatura con mayor énfasis en la experiencia vivida de discriminación o violencia hacia las mujeres en la educación médica. En el año 2014, Roberto Castro hizo una publicación sobre las pautas de género en el desarrollo del *habitus médico*. Documentó el maltrato de género al que se ven enfrentados los y las estudiantes de medicina en México. Describió inclusive casos de acoso sexual, de discriminación y de subordinación que terminan, finalmente, en una normalización casi natural de este tipo de conductas de los docentes hacia los estudiantes (88). Asimismo, en una publicación del periódico el *Uniandino*, en la cual se investigaron casos de maltrato, de acoso sexual y de abuso de poder en facultades de Medicina y Hospitales Universitarios de Bogotá, Cali y Medellín, se describieron distintas características del funcionamiento de estos comportamientos relacionados con violencia dentro del proceso de enseñanza y aprendizaje en Medicina. Se describieron conductas violentas normalizadas y minimizadas por parte de los acosadores, con el fin de evitar ser denunciados. De igual manera, responsabilizar a las víctimas, desinformar sobre los mecanismos de denuncias y amenazarlas sobre su futuro profesional hizo parte de las características comúnmente descritas dentro del funcionamiento de dichas conductas perpetuadas por los docentes de diferentes facultades de Medicina (89).

En la misma línea, este estudio destaca problemas importantes en las normas culturales que sustentan los factores que impactan negativamente en la salud mental y el bienestar de los médicos residentes y especialistas en Medicina de Emergencias. La dinámica del matoneo implica que existan no solo la víctima y el victimario, sino otros actores del contexto institucional que juegan como observadores (pasivos) y los reforzadores (que fortalecen el comportamiento desde la complicidad uniéndose a la burla o diversión) (64). El abuso de poder, el maltrato y la competencia desleal deben tomarse en serio en el ejercicio de la profesión médica, ya que además de no formar en competencias del profesionalismo, se asocian con un mayor riesgo de depresión y ansiedad. En 2019, se hizo una

investigación en Australia, en la cual se exploraron factores asociados al bienestar mental de médicos jóvenes, documentando dentro de las temáticas más referidas por los participantes que el maltrato y el abuso por parte de los docentes, se relacionó directamente con su identidad, lo que impactó los comportamientos y el desempeño profesional dentro de sus procesos de formación (66). Concomitantemente, este estudio encontró que las expectativas del contexto daban como resultado que los residentes y los especialistas en Medicina de Emergencias toleraban conductas inaceptables en sus sitios de rotación que sería improbable que fuesen aceptadas en otros ambientes de aprendizaje, evidenció una norma cultural favorable a este tipo de comportamientos en el proceso de Educación Médica. La respuesta del contexto de aprendizaje a estas situaciones puede reforzar o mitigar la influencia de estos comportamientos. Olga Lucía Paredes y colaboradores, hicieron una investigación en el año 2010 en facultades de Medicina de Colombia. Evidenció que el *bullying* no es un mito, sino una realidad vigente en el proceso de aprendizaje en Medicina, que perjudica las dinámicas de las relaciones interpersonales, la continuidad en la carrera, el rendimiento académico, la productividad e incluso la salud física y mental de los estudiantes (65). De la misma forma, Phillips y Clarke describieron procesos de discriminación sobre pacientes y descalificación entre médicos de diferentes especialidades, lo que determina en los estudiantes el planteamiento de sus valores y sus creencias iniciales (90).

Nuestra investigación es consistente con revisiones previas, aporta a la comprensión de este fenómeno e identifica el impacto positivo de diversas intervenciones de bienestar para médicos en diferentes grados de formación. Abre así campo a la discusión y al planteamiento de propuestas que faciliten el abordaje de esta problemática. Por ejemplo, en una investigación hecha en varias facultades de Medicina de Colombia, se reportaron diversos casos de maltrato, abuso de poder y acoso sexual por parte de los docentes y hacia los estudiantes de pregrado de Medicina, las cuales citaremos a continuación (91,92):

- “Usted tiene que saber que yo soy académico únicamente con las estudiantes, y con las estudiantes bonitas” le dijo a Thomas Medina el anesthesiólogo con el que debía rotar durante dos semanas” (91,92).
- “Si quieres ser secretaria, vete al SENA, ahí hay muchos cupos”, le dijo a una estudiante” (91,92).
- “Mi horario era entre semana, pero cada 15 días nos tocaba ir a pasar revista sábado y domingo por la mañana y por la tarde”. “Y el doctor nunca fija una hora ni te avisa cuándo va a ir, entonces uno llega a las 4 a. m. y tiene que estar pendiente de la hora que llegue él, que puede ser entre las 4 y las 9 a. m. Y a veces llega y pasa la revista sin ti” (91,92).

- “Le conté al jefe del servicio y, básicamente, se hizo el bobo, nunca pasó nada”. “Y me explotaron literalmente todo el mes” (91,92).
- “La primera semana de la rotación, Daniela estuvo sola con el Dr. P. El doctor, inicialmente serio, se volvió “todo charlatán, todo coqueto. Empezó a tocarme la cintura, pero raro, tocando donde marca el brasier, muy cerca a los senos, tocándome la pierna y apretándola”, cuenta Daniela. Además, le preguntó cuál era su usuario en Instagram, la siguió y le dio “me gusta” a varias de sus fotos” (91,92).

Las descripciones anteriores confirman la normalización del matoneo, el abuso de poder y el acoso en la cultura de la Educación Médica, corroborando así con nuestra investigación que estas conductas se perpetúan a lo largo y ancho de los procesos de formación en ciencias de la salud.

Por otra parte, los participantes informaron que el proceso de enseñanza de competencias profesionales se vio opacado por la ausencia de capacidades docentes en muchos escenarios académicos y, de igual forma, en escenarios socioculturales en la interacción con colegas, estudiantes, familiares y pacientes (93). En la misma línea, el proceso de formación profesional durante la especialización estuvo enmarcado por la ausencia de claridad en la planeación curricular y por el currículo oculto. Algunos de los participantes sienten que muchas rotaciones clínicas no tienen clara la razón de ser, ni los objetivos de aprendizaje de un residente de Medicina de Emergencias, lo que retrasa el desarrollo académico de los estudiantes. De manera análoga, informaron sobre el comportamiento desinteresado tanto de docentes como instituciones entorno al proceso de formación como especialistas en Medicina de Emergencias, produjeron un aumento significativo de los niveles de estrés en los estudiantes, quienes tienen que completar su proceso de formación de forma más autónoma (93).

Los residentes y los especialistas en Medicina de Emergencias describieron que haber tenido durante el desarrollo de la residencia la oportunidad de reflexionar con pares permitió que el proceso de formación avanzara a pesar de las dificultades. Así tomaron lo mejor de los docentes e instituciones *role model* quienes, en últimas, son la base y el referente para el buen desempeño profesional actual. De ahí que la resiliencia y el apoyo constante como grupo fue un factor clave para sobrellevar el ambiente inseguro de aprendizaje y lidiar con los *anti-role model* identificados a lo largo de la especialización. Jauregui J. y colaboradores llevaron a cabo una investigación, en el año 2016, en donde a través de una encuesta validada previamente, evaluaron las percepciones del profesionalismo de residentes de Medicina de Emergencias de diferentes posgrados de Estados Unidos. Encontraron que los valores del profesionalismo con mayor significado para los residentes son el “respeto por los demás” y el “honor e integridad” ($p < 0,001$). Concluyeron que la enseñanza de la conducta profesional se da de manera más efectiva por medio de modelos de conducta, la conciencia de los profesores sobre los valores de los residentes y el desarrollo de la facultad para

abordar las posibles brechas que puedan impactar positivamente la educación profesional (6). De igual manera, en el año 2014, Salinas-Miranda y colaboradores evaluaron las percepciones de estudiantes y residentes de varias especialidades acerca del profesionalismo. Describieron que las competencias centrales del profesionalismo a menudo están desconectadas de la realidad evidenciada en la formación clínica debido a múltiples desafíos personales y contextuales. Por esa razón, recomiendan un modelo de desarrollo curricular centrado en el profesionalismo del estudiante tomando en consideración los desafíos y estrategias percibidos por ellos (25).

Asimismo, los participantes informamos que haber participado en este estudio nos brindó la oportunidad de hacer una reflexión narrativa que facilitó el aprendizaje transformativo a partir de muchas de las experiencias vividas durante el proceso de formación profesional, así se hace posible la construcción, validación y reformulación del significado de cada una de las experiencias compartidas en las entrevistas y en los textos autoetnográficos.

11. CONCLUSIONES

El comportamiento de los profesores en el contexto hospitalario cumple una función de *role model* a seguir por su buen ejemplo relacionado con la atención de pacientes, la comunicación con colegas, estudiantes, pacientes y el trabajo en equipo. De la misma forma, el comportamiento negligente, el mal uso de los recursos, y los comportamientos de discriminación, agresión o matoneo se constituyen como inspiración para convertirse en lo contrario, el *anti-role model*. Sin embargo, algunos participantes reconocen que a pesar de tener ideas y propósitos claros de no querer ser como su *anti-role model*, muchas veces se ven a sí mismos repitiendo los comportamientos reprochables que aprendieron en su periodo de formación. Además de esto, el proceso de formación de posgrado en Medicina de Emergencias marca la necesidad de implementar un currículo intencionado que incorpore dentro de sus normas institucionales (culturales) la intolerancia ante las situaciones de matoneo hacia los estudiantes.

En síntesis, los resultados presentados en esta investigación son parte de una primera aproximación orientada a identificar las experiencias de residentes y especialistas en Medicina de Emergencias acerca del aprendizaje del profesionalismo durante su residencia. Es fundamental invertir en el proceso de enseñanza y aprendizaje de los residentes de Emergencias. Una mejor comprensión de estos factores identificados es el primer paso para brindar soluciones que mitiguen el impacto al individuo, al sistema educativo y la cultura. Es imperativo continuar líneas de investigación que propendan analizar los factores académicos y personales que influyen en el proceso de enseñanza y aprendizaje como el descrito en esta investigación. Como conclusión, a continuación, se plantean las ideas y aportes centrales derivados del estudio:

- Conocer las diversas experiencias de residentes y especialistas en Medicina de Emergencias durante su formación de posgrado, permite profundizar y comprender el papel del contexto en el proceso de enseñanza y de aprendizaje.
- Los residentes y especialistas en Medicina de Emergencias tienen diferentes nociones sobre el concepto del profesionalismo, dependiendo de las experiencias vividas durante su formación de posgrado.
- Esta investigación permite ver el papel del contexto (cultura) en que se mantienen o permiten comportamientos reprochables como el matoneo a estudiantes, o el maltrato a pacientes.
- Todos los participantes del estudio identificaron un *role model* durante el proceso de formación de posgrado y, en contraste, algunos de los participantes identificaron un *anti-role model* en diferentes momentos de la residencia.

- Las experiencias vividas por los residentes y especialistas en Medicina de Emergencias permitieron hacer procesos de reflexión y metacognición, fortaleciendo el aprendizaje de sus competencias profesionales.
- Esta investigación muestra la ruptura entre el saber teórico y el saber práctico en la implementación del currículo.
- La narración y la profundización de las historias de los participantes por medio de textos autoetnográficos produjo una reflexión narrativa que genera transformación en la comprensión de sus competencias profesionales.
- Es esencial que las intervenciones para mejorar la formación profesional en programas de posgrado en Medicina de Emergencias reconozcan primero las experiencias únicas de los residentes y especialistas de esta especialidad.

12. LIMITACIONES

Las limitaciones de este estudio incluyen la exposición del investigador y su enfoque ético entorno a las relaciones de poder y la subordinación que tiene con algunos de los participantes del estudio. Igualmente, es posible que los residentes y especialistas que experimentaron estrés psicológico fueran más propensos a participar que aquellos que no tuvieron experiencias de abuso y maltrato. Esta investigación se centró en participantes de una gran red de universidades y hospitales, pero no puede considerarse representativo de la experiencia de otras universidades y hospitales. Esto limita la generalización de los hallazgos, sin embargo, hubo temas comunes que surgieron con fuerza en las entrevistas y textos autoetnográficos, con hallazgos que resuenan fuertemente con otras investigaciones.

REFERENCIAS

1. Hays R, Hamlin G, Worthington R. Developing professionalism in health professional learners. *Clin Teach*. 2013;10(1):64–6.
2. Hawick L, Cleland J, Kitto S. Sending messages: How faculty influence professionalism teaching and learning. *Med Teach*. 2017;39(9):987–94.
3. Mak-van der Vossen MC, de la Croix A, Teherani A, van Mook WNKA, Croiset G, Kusurkar RA. Developing a two-dimensional model of unprofessional behaviour profiles in medical students. *Adv Heal Sci Educ [Internet]*. 2019;24(2):215–32. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9861-y>
4. van Mook WNKA, de Grave WS, Wass V, O'Sullivan H, Zwaveling JH, Schuwirth LW, et al. Professionalism: Evolution of the concept. *Eur J Intern Med [Internet]*. 2009;20(4):e81–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2008.10.005>
5. Lucey C, Souba W. Perspective: The problem with the problem of professionalism. *Acad Med*. 2010;85(6):1018–24.
6. Jauregui J, Gatewood MO, Ilgen JS, Schaninger C, Strote J. Emergency medicine resident perceptions of medical professionalism. *West J Emerg Med*. 2016;17(3):355–61.
7. D'Cunha J. Professionalism in Medicine: Are We Closer to Unifying Principles? *Semin Thorac Cardiovasc Surg [Internet]*. 2010;22(2):111–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semtcvs.2010.08.002>
8. Hoonpongsimanont W, Sahota PK, Chen Y, Patel M, Tarapan T, Bengiamin D, et al. Physician professionalism: definition from a generation perspective. *Int J Med Educ*. 2018;9:246–52.
9. Castonguay V, Lavoie P, Karazivan P, Morris J, Gagnon R. Perceptions of Emergency Medicine Residents of Multisource Feedback: Different, Relevant, and Useful Information. *Ann Emerg Med [Internet]*. 2019;74(5):660–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.05.019>
10. Levinson Wendy, Ginsburg Shiphra, Hafferty Frederic W LCR. Understanding Medical Professionalism [Internet]. McGraw-Hill Medical; 2014 [cited 2020 May 9]. Available from: <https://accessmedicine-mhmedical-com.ez.urosario.edu.co/book.aspx?bookid=1058>
11. Roberts TE. Enseñar, aprender y evaluar el profesionalismo: el mayor reto de todos. *Rev la Fund Educ Médica*. 2017;20(2):47.
12. Inquiry R, Foster E. Physicians ' Stories. 2014;7(3):290–301.
13. Al-Eraky MM, Donkers J, Wajid G, Van Merrienboer JJG. Faculty development for learning and teaching of medical professionalism. *Med Teach*. 2015;37(S1):S40–6.
14. Jha V, Bekker HL, Duffy SRG, Roberts TE. Perceptions of professionalism in medicine: A qualitative study. *Med Educ*. 2006;40(10):1027–36.
15. van de Camp K, Vernooij-Dassen MJFJ, Grol RPTM, Bottema BJAM. How to conceptualize professionalism: A qualitative study. *Med Teach*. 2004;26(8):696–702.
16. Gallé J, Lingard L. A medical student's perspective of participation in an interprofessional

- education placement: An autoethnography. *J Interprof Care*. 2010;24(6):722–33.
17. Karnieli-Miller O, Vu TR, Holtman MC, Clyman SG, Inui TS. Erratum: Medical students' professionalism narratives: A window on the informal and hidden curriculum (*Academic Medicine* (2010) 85 (124-133)). *Acad Med*. 2011;86(1):29.
 18. Warne KE, Hoppes S. Lessons in living and dying from my first patient: An autoethnography. *Can J Occup Ther*. 2009;76(4):309–16.
 19. Bernard A E al. Medical student professionalism narratives: A thematic analysis and interdisciplinary comparative investigation. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2011;11. Available from:
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L51576320%5Cnhttp://www.biomedcentral.com/1471-227X/11/11%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1186/1471-227X-11-11%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=1471227X&id=doi:10.1186%2F1>
 20. Farrell L, Bourgeois-Law G, Regehr G, Ajjawi R. Autoethnography: Introducing “I” into medical education research. *Med Educ*. 2015;49(10):974–82.
 21. Farrell L, Bourgeois-Law G, Ajjawi R, Regehr G. An autoethnographic exploration of the use of goal oriented feedback to enhance brief clinical teaching encounters. *Adv Heal Sci Educ*. 2017;22(1):91–104.
 22. Sloane H, Haas K. Interprofessional pedagogy in community settings: An autoethnographic study. *Qual Soc Work*. 2019;
 23. Santen SA, Hemphill RR. A window on professionalism in the emergency department through medical student narratives. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2011;58(3):288–94. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.04.001>
 24. Gillespie C, Paik S, Ark T, Zabar S, Kalet A. Residents' Perceptions of Their Own Professionalism and the Professionalism of Their Learning Environment. *J Grad Med Educ*. 2009;1(2):208–15.
 25. Salinas-Miranda AA, Shaffer-Hudkins EJ, Bradley-Klug KL, Monroe ADH. Student and resident perspectives on professionalism: beliefs, challenges, and suggested teaching strategies. *Int J Med Educ*. 2014;5:87–94.
 26. Cho CS, Delgado EM, Barg FK, Posner JC. Resident perspectives on professionalism lack common consensus. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2014;63(1):61–7. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.07.493>
 27. Ojuka DK, Olenja JM, Mwangombe NJ, Yang EB, Macleod JB. Perception of medical professionalism among the surgical community in the University of Nairobi: A mixed method study. *BMC Med Educ* [Internet]. 2016;16(1):1–12. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0622-4>
 28. Brissette MD, Johnson KA, Raciti PM, McCloskey CB, Gratzinger DA, Conran RM, et al. Perceptions of unprofessional attitudes and behaviors implications for faculty role modeling and teaching professionalism during pathology residency. *Arch Pathol Lab Med*.

- 2017;141(10):1394–401.
29. Neve H, Lloyd H, Collett T. Understanding students' experiences of professionalism learning: a 'threshold' approach. *Teach High Educ* [Internet]. 2017 Jan 2 [cited 2020 May 30];22(1):92–108. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13562517.2016.1221810>
 30. Urban RR, Ramzan AA, Doo DW, Galan HL, Harper L, Omurtag K, et al. Fellow Perceptions of Residency Training in Obstetrics and Gynecology. *J Surg Educ*. 2019;76(1):93–8.
 31. Nortjé N, Hoffmann WA. Perspectives on the development of professionalism as experienced by radiography students. *Radiography*. 2018;24(2):110–4.
 32. Braun HJ, Dusch MN, Park SH, O'Sullivan PS, Harari A, Harleman E, et al. Medical Students' Perceptions of Surgeons: Implications for Teaching and Recruitment. *J Surg Educ* [Internet]. 2015;72(6):1195–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2015.05.014>
 33. González Mirasol E, Gómez García MT, Lobo Abascal P, Moreno Selva R, Fuentes Rozalén AM, González Merlo G. Analysis of perception of training in graduates of the Faculty of Medicine at Universidad de Castilla-Mancha. *Eval Program Plann*. 2015;52:169–75.
 34. Reátegui L. Percepción de alumnos del sexto año de una escuela de medicina sobre el profesionalismo médico. *An Fac Med*. 2019;80(3):399–400.
 35. Stronach I, Corbin B, McNamara O, Stark S, Warne T. Towards an uncertain politics of professionalism: Teacher and nurse identities in flux. *J Educ Policy* [Internet]. 2002 Feb 10 [cited 2020 May 7];17(1):109–38. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02680930110100081>
 36. Lambek M. The Anthropology of Religion and the Quarrel between Poetry and Philosophy. *Curr Anthropol* [Internet]. 2000 Jun [cited 2020 May 7];41(3):309–20. Available from: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/300143>
 37. Profesionalismo: Concepto, Profesionalidad y Ética laboral [Internet]. [cited 2020 May 9]. Available from: <https://concepto.de/profesionalismo/>
 38. Bloomfield M. The new profession of handling men. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* [Internet]. 1915 Sep [cited 2020 May 9];61(1):121–6. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000271621506100118>
 39. Brainard AH, Brislen HC. Viewpoint: Learning professionalism: A view from the trenches [Internet]. Vol. 82, *Academic Medicine*. Lippincott Williams and Wilkins; 2007 [cited 2020 May 9]. p. 1010–4. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-200711000-00002>
 40. Dewey J. Culture and Professionalism in Education. *Bull Am Assoc Univ Profr* [Internet]. 1923 [cited 2020 May 9];9(8):51. Available from: <https://www.jstor.org/stable/10.2307/40217281?origin=crossref>
 41. Hafferty FW. Theories at the Crossroads: A Discussion of Evolving Views on Medicine as a Profession. *Milbank Q* [Internet]. 1988 [cited 2020 May 9];66:202. Available from: <https://www.jstor.org/stable/3349923?origin=crossref>
 42. Flexner A. Is social work a profession? *Research on Social Work Practice*. 1915.
 43. Parsons T. The Professions and Social Structure. *Soc Forces* [Internet]. 1939 May 1 [cited 2020

- May 9];17(4):457–67. Available from: <https://academic.oup.com/sf/article-lookup/doi/10.2307/2570695>
44. Starr PE. *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. New York: NY Basic books; 1984.
 45. Hafferty FW MJ. *The Changing Medical Profession: An International Perspective*. 1993.
 46. Hafferty FW, Levinson D. Moving Beyond Nostalgia and Motives: Towards a Complexity Science View of Medical Professionalism. *Perspect Biol Med* [Internet]. 2008 [cited 2020 May 9];51(4):599–615. Available from: <https://doi.org/10.1353/pbm.0.0044https://muse.jhu.edu/article/252683>
 47. Finn G, Garner J, Sawdon M. “You’re judged all the time” Students’ views on professionalism: A multicentre study. *Med Educ* [Internet]. 2010 Aug 15 [cited 2020 May 9];44(8):814–25. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2923.2010.03743.x>
 48. Lundberg GD. Countdown to Millennium—Balancing the Professionalism and Business of Medicine: Medicine’s Rocking Horse [Internet]. Vol. 263, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1990 [cited 2020 May 9]. p. 86–7. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1990.03440010084037>
 49. Egener B, McDonald W, Rosof B, Gullen D. Perspective: Organizational professionalism: Relevant competencies and behaviors [Internet]. Vol. 87, *Academic Medicine*. Lippincott Williams and Wilkins; 2012 [cited 2020 May 9]. p. 668–74. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-201205000-00031>
 50. Blank L. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter [Internet]. Vol. 136, *Annals of Internal Medicine*. American College of Physicians; 2002 [cited 2020 May 10]. p. 243–6. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012>
 51. Leach DC. Professionalism: The formation of physicians [Internet]. Vol. 4, *American Journal of Bioethics*. 2004 [cited 2020 May 10]. p. 11–2. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1162/152651604323097619>
 52. Campbell EG, Regan S, Gruen RL, Ferris TG, Rao SR, Cleary PD, et al. Professionalism in medicine: Results of a national survey of physicians. *Ann Intern Med* [Internet]. 2007 Dec 4 [cited 2020 May 10];147(11):795–802. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-147-11-200712040-00012>
 53. Lesser CS, Lucey CR, Egener B, Braddock CH, Linas SL, Levinson W. A behavioral and systems view of professionalism [Internet]. Vol. 304, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2010 [cited 2020 May 10]. p. 2732–7. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2010.1864>
 54. Burack JH, Irby DM, Carline JD, Root RK, Larson EB. Teaching Compassion and Respect Attending Physicians’ Responses to Problematic Behaviors.
 55. Hickson GB, Pichert JW, Webb LE, Gabbe SG. A complementary approach to promoting professionalism: Identifying, measuring, and addressing unprofessional behaviors [Internet].

- Vol. 82, Academic Medicine. Lippincott Williams and Wilkins; 2007 [cited 2020 May 10]. p. 1040–8. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-200711000-00007>
56. Gaufberg EH, Batalden M, Sands R, Bell SK. The hidden curriculum: What can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Acad Med*. 2010;85(11):1709–16.
57. Borrell-Carrió F, Epstein RM. Preventing errors in clinical practice: A call for self-awareness. *Ann Fam Med* [Internet]. 2004 Jul 1 [cited 2020 May 10];2(4):310–6. Available from: <http://www.annfammed.org/cgi/doi/10.1370/afm.80>
58. Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? resilience strategies of experienced physicians. *Acad Med* [Internet]. 2013 Mar [cited 2020 May 10];88(3):382–9. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-201303000-00029>
59. Bryan CS. Medical professionalism and Maslow's needs hierarchy. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc*. 2005;68(2):4–10.
60. Liz Hamui Sutton LCRP. Educación médica y profesionalismo. MÉXICO. UNA DE, editor. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.; 2017.
61. Epstein RM, Krasner MS. Physician resilience: What it means, why it matters, and how to promote it [Internet]. Vol. 88, Academic Medicine. Lippincott Williams and Wilkins; 2013 [cited 2020 May 10]. p. 301–3. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-201303000-00012>
62. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med* [Internet]. 1994 Nov [cited 2020 May 10];69(11):861–71. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-199411000-00001>
63. Cali D, Álvarez MC. Estudio exploratorio sobre el fenómeno del “Bullying” en la ciudad. 2008;6(1):295–317.
64. Jairo J, Peña G, María R, Ortiz M, Gil JQ. EL BULLYING Y EL SUICIDIO EN EL ESCENARIO
Keywords : 2013;4(2):298–310.
65. Paredes OL, Sanabria Ferrand PA, González Quevedo LA, Moreno Rehalpe SP. “Bullying” en las facultades de medicina colombianas, mito o realidad. *Rev Med*. 2010;18(2):161.
66. Forbes MP, Iyengar S, Kay M. Barriers to the psychological well-being of Australian junior doctors: A qualitative analysis. *BMJ Open*. 2019;9(6):1–8.
67. Creswell JW. *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing among five approaches*. Third Edit. United States: Publications, SAGE; 2013.
68. Blanco M. Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos.
69. Hayano D. Auto-Ethnography: Paradigms, Problems, and Prospects. *Hum Organ* [Internet]. 1979 Mar [cited 2020 May 6];38(1):99–104. Available from: <http://sfaajournals.net/doi/10.17730/humo.38.1.u761n5601t4g318v>
70. Blanco M. Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimientos. *Andamios*; 2012. 49–74 p.
71. Marechal G. Autoethnography. 2010 [cited 2020 May 6]; Available from: <https://www.academia.edu/843133/Autoethnography>
72. Carolyn Ellis. *The Ethnographic I. A methodological novel about autoethnography*. Altamira

Press; 2004.

73. Egeli C. I'm Half Turkish-Dancing Bears and Marble Stairs. *J Crit Psychol Couns Psychother* [Internet]. 2016 [cited 2020 May 7];16(4):245–56. Available from: <http://hdl.handle.net/10034/620568>
74. Egeli C. Autoethnography: A methodological chat with self. *Couns Psychol Rev* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 7];32(1):5–15. Available from: <http://hdl.handle.net/10034/620496>
75. Omona J. Sampling in Qualitative Research: Improving the Quality of Research Outcomes in Higher Education. *Makerere J High Educ* [Internet]. 2013 Jul 3 [cited 2020 May 30];4(2). Available from: <http://www.ajol.info/index.php/majohe/article/view/90214>
76. Anderson L. Book Review: HEEWON CHANG, *Autoethnography as Method* [Internet]. Vol. 10, *Qualitative Research*. SAGE Publications; 2010 Aug [cited 2020 May 7]. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468794110379331>
77. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med* [Internet]. 2014 Sep [cited 2020 May 31];89(9):1245–51. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-201409000-00021>
78. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* [Internet]. 2006 Jan [cited 2020 May 31];3(2):77–101. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp0630a>
79. Carmen Diaz-Bazo. Los criterios y estrategias de calidad: lo invisible en la publicación de las investigaciones cualitativas. *Investig Cual en Educ*. 2018;1.
80. El rigor de la investigación cualitativa. *Atención primaria*. 1999;24(5):295–300.
81. Janesick VJ. Peer Debriefing. In: *The Blackwell Encyclopedia of Sociology* [Internet]. Oxford, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cited 2020 Aug 9]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781405165518.wbeosp014.pub2>
82. Cotán Fernández A. EL SENTIDO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA TITLE: THE SENSE OF QUALITATIVE INVESTIGATION. *Esc Abierta*. 2016;19:33–48.
83. El rigor en la investigación cualitativa | Atención Primaria [Internet]. [cited 2020 Aug 9]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-rigor-investigacion-cualitativa-13354>
84. Ellis C. Telling secrets, revealing lives: Relational ethics in research with intimate others. *Qual Inq*. 2007;13(1):3–29.
85. Michael F. Myers GOG. The Physician as patient: A critical handbook for mental health professionals. *Am Psychiatr Publ*. 2008;252.
86. Stanton J, Randal P. Developing a psychiatrist-patient relationship when both people are doctors: a qualitative study. [cited 2021 Apr 19]; Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>
87. Wong A, Trollope-Kumar K. Reflections: An inquiry into medical students' professional identity formation. *Med Educ* [Internet]. 2014 May [cited 2021 Apr 19];48(5):489–501. Available from:

<http://doi.wiley.com/10.1111/medu.12382>

88. Castro R. Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colect.* 2014;10(3):339–51.
89. Lozada, Alejandro; Mejía, Isabella; Chavarro, Natalia; alarcón, Maria Fernanda; Echavarría, Susana; Riveros D. Abuso y acoso. *El Uniandino.* 2019;
90. Phillips SP, Clarke M. More than an education: The hidden curriculum, professional attitudes and career choice. *Med Educ [Internet].* 2012 Sep [cited 2021 Apr 19];46(9):887–93. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2923.2012.04316.x>
91. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet [Internet].* 2016 Nov 5 [cited 2021 Apr 19];388(10057):2272–81. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361631279X>
92. Clough BA, March S, Chan RJ, Casey LM, Phillips R, Ireland MJ. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: A systematic review. *Syst Rev [Internet].* 2017 Jul 17 [cited 2021 Apr 19];6(1):144. Available from:
<http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-017-0526-3>
93. Ortega B. J, Fasce H. E, Pérez V. C, Ibáñez G. P, Márquez U. C, Parra P. P. Evaluación de componentes del currículum oculto en estudiantes de medicina. *Rev Med Chil.* 2014;142(11):1452–7.

ANEXOS

Anexo A. Guías metodológicas

Guía metodológica de la entrevista narrativa

Justificación del método: la entrevista narrativa es una estrategia que permite recuperar la dimensión temporal de los procesos sociales. Muestra las diferentes formas por las cuales los sujetos actúan dentro de marcos de acción establecidos socialmente y que están inmersos en problemáticas rutinarias.

La entrevista narrativa en el contexto de esta investigación es útil porque permitirá obtener información sensible acerca de las experiencias vividas por parte de residentes y especialistas de Medicina de Emergencias acerca del aprendizaje del profesionalismo durante su formación de posgrado. Permite analizar este fenómeno a profundidad por medio de un relato libre gatillado por una pregunta construida a partir del constructo de aprendizaje del profesionalismo construido para este estudio.

Descripción de la estrategia: este tipo de entrevistas pueden utilizar una línea de tiempo que representa el camino y marca hitos que influyeron de forma positiva o negativa en la formación de posgrado de las personas entrevistadas (26). Consta de varias fases secuenciales que son las siguientes (77):

- Preparación.
- Pregunta detonadora.
- Narración principal.
- Preguntas narrativas.
- Cierre de la entrevista.

Participantes: la investigación se llevará a cabo con cuatro especialistas en Medicina de Emergencias en donde se incluye al investigador principal como uno de los participantes y tres residentes de Medicina de Emergencias de cualquier posgrado de Bogotá, para un total de siete participantes durante el desarrollo del estudio.

Materiales: se requiere la presencia del investigador principal y los participantes para la explicación, la lectura y la firma del consentimiento informado. Para la entrevista narrativa se requiere una grabadora que permita capturar la información del primer encuentro con cada uno de los participantes y un cuaderno para tomar nota de los temas más importantes identificados durante la narración principal y así poder abordarlos al final de la entrevista sin interrumpir el relato del entrevistado.

Procedimiento: la preparación de la entrevista requiere una revisión previa a profundidad de la literatura acerca de las situaciones y experiencias que son centrales durante el proceso de aprendizaje de las competencias profesionalizantes en el área de la Medicina de Emergencias (temas exmanentes). Luego de esto, se debe garantizar el escenario adecuado, la grabadora y el espacio ideal para llevar a cabo la entrevista.

Se hará una introducción al participante describiendo los objetivos de la entrevista y el tipo de preguntas a realizar al finalizar. Se dejarán claras las pautas para tener en cuenta durante la entrevista. Se explicará al participante que la entrevista consiste en que me cuente una historia en particular y luego yo escucharé de principio a fin toda la historia; solo al final se harán preguntas relacionadas con el relato del entrevistado.

El inicio de la entrevista es a partir de la pregunta detonadora contextualizada en el tema central y buscando sensibilizar al participante con el tema y sus experiencias más importantes durante su proceso de formación como especialista en Medicina de Emergencias. Al hacer la pregunta detonadora y verificar que el participante la comprende, se continua con la narración principal que se trata de un relato libre sin interrupciones.

La siguiente fase consiste en hacer las preguntas narrativas, las cuales solo se harán al finalizar el relato y buscan indagar sobre temas exmanentes (a priori) con términos inmanentes (palabras del participante) evitando condicionar el relato y promoviendo la continuidad y profundización de este.

Finalmente, se procede a hacer el cierre de la entrevista con las preguntas explicativas que están relacionadas con temas que le llaman la atención al entrevistador de la historia narrada por el participante. Estas preguntas deben ser precisas y directamente relacionadas con el relato del participante (75).

Instrumento (guion): le doy la bienvenida y le agradezco por aceptar la participación en esta investigación que tiene como propósito comprender cómo es que los residentes y especialistas en Medicina de Emergencias aprendemos a ser mejores profesionales. Por esta razón, le he invitado para que tanto usted como yo recordemos durante un tiempo cómo fueron esas experiencias de aprendizaje del profesionalismo en la residencia y qué factores fueron determinantes para nuestra formación como especialistas, por eso me interesa su historia en particular, con las anécdotas y momentos que más le marcaron en su aprendizaje como profesional.

A continuación, vamos a llevar a cabo el primer encuentro programado de este estudio que consiste en hacer una entrevista narrativa. Esta entrevista que le voy a hacer no es como las entrevistas tradicionales, está centrada en escuchar de principio a fin una historia, que puede ser tan larga como quiera. Yo le escucharé sin interrumpirle en lo posible. Al finalizar su historia, conversaremos un poco

sobre ella como sucede en las entrevistas tradicionales y podré hacerle unas preguntas muy cortas y concretas sobre temas que sean de alto impacto en su relato. Por último, haremos la conclusión y le pediré que escriba toda su historia, con las experiencias que hayan marcado su adquisición de competencias del profesionalismo en la residencia incluyendo lo que me cuente el día de hoy en la entrevista.

Entonces, para iniciar, quisiera pedirle que me cuente su historia acerca del aprendizaje del profesionalismo durante su formación de posgrado en Medicina de Emergencias.

Guía metodológica para la construcción de textos autoetnográficos

Justificación del método: la autoetnografía como método de recolección de la información en esta investigación, permitirá hacer un análisis a profundidad a partir de las experiencias contadas por los participantes reclutados para el estudio, da un enfoque social, moral y despersonalizado que brindará la posibilidad de conocer mejor el fenómeno del profesionalismo médico durante la formación de Especialistas en Medicina de Emergencias. Claire Smith en su tesis de maestría en psicopedagogía de la Universidad de Ottawa, incluyó el uso de la narrativa como enfoque de investigación y la autoetnografía como método para entender los beneficios de hacer actividades creativas en los procesos de rehabilitación de pacientes con accidentes cerebrales severos. Este trabajo inició con técnicas de observación de pacientes, entrevistas formales en los grupos y entrevistas informales de forma individual con los pacientes. Descubrió, durante este arduo trabajo, que la autoetnografía como método de recolección de la información podía ser una herramienta muy útil para este contexto, redireccionando su tesis hacia la narrativa creando un relato de no ficción y un proyecto artístico asociado (85).

La autoetnografía como método tiene varios beneficios en la investigación al introducir la cultura y la sociedad desde una perspectiva despersonalizada, neutral y distanciada, por la narrativa de una historia en la que la audiencia puede comprometerse moral, estética e intelectualmente y, además, ser copartícipe de los eventos que esta describe. Esto beneficia, principalmente, a los etnógrafos que tienen grandes grupos de investigación, porque introducen una forma nueva y alternativa de escribir con distinción difusa de identidades y en muchos casos fronteras impuestas (86,87).

Los textos autoetnográficos permiten expresar de forma libre y personal las experiencias vividas en diferentes contextos de la vida, con momentos emocionales, también con otros muy profundos que finalmente construirán una historia transformadora para quien la escribe. En el caso de esta investigación, la exploración de las experiencias acerca del aprendizaje de las competencias profesionalizantes en la formación de Medicina de Emergencias a partir de una entrevista narrativa con una pregunta detonadora que, posteriormente, será profundizada en la redacción de los

textos autoetnográficos, brindará información valiosa, confiable y profunda para entender mejor este fenómeno desde la perspectiva de los principales actores involucrados en el proceso de aprendizaje. La autoetnografía se construye a partir de procesos reflexivos de la Medicina narrativa, genera una investigación cualitativa que beneficia al autor y lectores en la comunidad Médica y más allá. Se pueden ofrecer métodos autoetnográficos a estudiantes de Medicina, residentes y profesores como una forma alternativa de práctica reflexiva que proporciona una perspectiva valiosa de la cultura y contribuye al conocimiento existente (86–88).

Descripción de la estrategia: el texto autoetnográfico es un texto transformativo tanto de la persona como de su cultura. Tiene instrucciones muy sencillas para su construcción. En este caso, se le propone al participante describir elementos de la cultura médica, específicamente, el aprendizaje del profesionalismo en urgencias durante la formación de posgrado, a partir de sus experiencias y la influencia de estas en su formación profesional. La redacción es personal en primera persona “*auto*”, siendo esta construcción un arte centrado en la escritura “*grafía*” (mirarse al espejo) para hacer introspección sobre el nivel de competencias que se tienen frente a otras personas (86). Su estructura es libre y permite que los participantes reflexionen a partir del fenómeno de estudio discutido durante la entrevista narrativa y profundicen sobre todas las experiencias positivas y negativas que hayan marcado el aprendizaje del profesionalismo durante su residencia y cómo esto los convirtió en los profesionales en Medicina de Emergencias que son hoy. Como texto reflexivo, la medicina narrativa se ha utilizado para promover el bienestar tanto de pacientes como de los médicos (86).

Participantes: la investigación se llevará a cabo con cuatro especialistas en Medicina de Emergencias en donde se incluye al investigador principal como uno de los participantes y tres residentes de Medicina de Emergencias de cualquier posgrado de Bogotá.

Materiales: requiere que el participante tenga un cuaderno para la escritura de los textos o disponibilidad de un computador con acceso a Microsoft Office para redactarlo directamente en Word. La escritura es libre y no hay restricción en la extensión ni en la forma de la construcción del relato. Al finalizar la entrevista narrativa se hará una instrucción rápida sobre la construcción de textos autoetnográficos. Se hace énfasis en el relato emocional, visceral y de extensión libre, que conserve en su contenido la estética, lo biográfico y lo cultural. Se aclararán dudas y se dejará la tarea de iniciar la construcción del texto para el siguiente encuentro.

Procedimiento: a partir del relato hecho desde la pregunta gatilladora en la entrevista narrativa, el participante irá a su casa a iniciar la construcción de su texto autoetnográfico sobre las epifanías en la trayectoria de la adquisición de competencias profesionalizantes durante su formación como especialista en Medicina de Emergencias. Incluye periodos de crisis existencial que llevan a poner atención y analizar las experiencias vividas. Este escrito, libre y sin límite de extensión, reconfigura

las experiencias a través de una mirada retrospectiva a profundidad. Se puede contar en primera persona, pero se pueden incluir otros actores en segunda persona de acuerdo con la experiencia que se quiera contar. Debe ser una descripción densa, evocadora y significativa de la experiencia personal e interpersonal en el proceso de aprendizaje del profesionalismo en la sala de emergencias.

Durante un periodo de un mes, cuatro especialistas en Medicina de Emergencias y tres residentes de Medicina de Emergencias, todos de diferentes programas de especialización, aplicarán la autoetnografía como método de recolección de información en investigación narrativa con el apoyo de un aspirante a maestría en educación médica, un especialista en Epidemiología y una psicóloga experta en métodos cualitativos de investigación. A continuación, se describen los pasos:

- Se hace una entrevista narrativa a partir de una pregunta gatilladora sobre las experiencias acerca del aprendizaje del profesionalismo durante la formación de posgrado en Medicina de Emergencias.
- Se muestran ejemplos de textos autoetnográficos y se aclaran dudas acerca de la forma de redacción y extensión.
- Se deja de tarea el inicio de la redacción del texto autoetnográfico a partir de la reflexión narrativa de la entrevista inicial, con anécdotas, experiencias y momentos de gran significado dentro de la formación como profesionales durante su posgrado.
- Se describirán en el relato detalles viscerales que expresen plenamente los aspectos emocionales de sus experiencias personales que ilustran la cultura en la que se vivió el aprendizaje del profesionalismo durante la formación de posgrado.
- Se generarán siete autoetnografías individuales para ser sometidas a un análisis temático y revisión por pares, dando como resultado análisis a profundidad del fenómeno que será publicado como producto final de esta investigación.

A continuación, se describe el paso a paso de la construcción de los textos autoetnográficos:

1. Desde ahora y a partir de lo que me dijo en la entrevista narrativa, va a reflexionar y a hacer introspección y autoobservación, en donde recuerde experiencias, anécdotas y eventos relacionados con su formación como profesional durante la residencia en Medicina de Emergencias.
2. A partir de esta reflexión iniciará la redacción de un texto que debe ser escrito en primera persona y que no tiene límite de palabras en donde evoque estos eventos del pasado preservando las sensaciones de visceralidad y emociones que esto pueda generarle.

3. Estas descripciones deben ser densas, estéticas y evocativas de las experiencias personales e interpersonales expuestas a través de un relato que podrá hacer a mano o en medio magnético.
4. En el segundo encuentro debe haber iniciado la redacción del texto y el objetivo es que durante ese encuentro tengamos la oportunidad de leer los textos autoetnográficos nuestros con el fin de analizar diferencias y similitudes que permitan alimentar la construcción del texto y faciliten el entendimiento y la interpretación del fenómeno.

Instrumento (guion): este será en el segundo encuentro: la entrevista interactiva:

Encuentro 2: instrucciones para la construcción del texto autoetnográfico: a partir de ahora va a construir un texto que narre detenidamente y a profundidad esos momentos más importantes de su historia de aprendizaje y que hayan marcado la adquisición de competencias del profesionalismo durante su formación de posgrado. La construcción de este texto es libre en extensión y puede usar cualquier palabra o expresión que sienta que transmita lo que quiere contar en su historia. El texto para esta investigación será escrito, podrá hacerlo a mano o si quiere en computador, y en nuestro siguiente encuentro, que será por medio virtual, conversaremos acerca de la construcción de nuestras historias (las instrucciones se darán en el cierre de la entrevista narrativa).

Guía metodológica para la entrevista interactiva

Justificación del método: es una entrevista a manera de conversación, fluida, en donde las dos personas comparten un texto y a partir de este se genera una conversación alrededor de unas categorías teóricas previamente establecidas. Es muy útil para hacer análisis y reflexiones a profundidad sobre diferentes fenómenos sujeto de estudio en el campo de la investigación cualitativa, ya que logra detectar factores determinantes en el desarrollo de diversas conductas sociales dentro de los diferentes campos de enseñanza y aprendizaje, siendo particularmente útil cuando el investigador se reconoce también como fuente de datos para responder una pregunta sobre una experiencia compartida (17).

Descripción de la estrategia: la entrevista interactiva es no estructurada o libre y consiste en trabajar con preguntas abiertas, sin un orden previamente establecido, tomando características de conversación informal. La técnica se basa en hacer preguntas a partir de las respuestas que vayan surgiendo durante la entrevista (57).

Tiene las siguientes fases durante su desarrollo:

- Preparación.
- Fase inicial.
- Cuerpo o fase intermedia.
- Cierre.

Participantes: la investigación se llevará a cabo con cuatro Especialistas en Medicina de Emergencias en donde se incluye al investigador principal como uno de los participantes y tres residentes de Medicina de Emergencias de cualquier posgrado de Bogotá.

Materiales: se requiere la presencia del investigador principal y los participantes para la explicación, la lectura y la firma del consentimiento informado (firmado una sola vez al inicio de la entrevista narrativa). Para la entrevista interactiva se requiere acceso a la plataforma Teams en el segundo encuentro con cada uno de los participantes y con grabación simultánea de la misma para la posterior recolección de la información.

Procedimiento: la preparación de la entrevista interactiva requiere tener una cita previamente establecida con el participante, garantizar acceso a internet y a la plataforma Teams con anterioridad y requiere tener un espacio adecuado con privacidad para poder conversar con tranquilidad durante la entrevista. La fase inicial consiste en confirmar la identidad de la persona a entrevistar, hacer un breve resumen de la conversación previa en la entrevista narrativa y dar información sobre la duración de la entrevista, manejo y garantía de la confidencialidad de la información, además de aclarar el objetivo principal de esta entrevista para contextualizar al entrevistado. Luego, en el cuerpo o fase intermedia, se lleva a cabo la entrevista propiamente dicha, la cual será de relato libre y fluido entre los dos participantes y se centrará en compartir la información redactada en los textos autoetnográficos acerca del aprendizaje del profesionalismo en urgencias que cada uno de los participantes está construyendo, con el fin de discutir e intercambiar información para reflexionar a profundidad sobre el fenómeno. Finalmente, la fase de cierre incluye hacer preguntas explicativas relevantes respecto a los temas e información intercambiada entre los participantes, deja claridad sobre los hitos positivos y negativos detectados como más importantes durante la conversación para posterior al cierre continuar la redacción final del texto de manera individual.

Instrumento (guion): hola, de nuevo le doy la bienvenida a este segundo encuentro que consiste en llevar a cabo la entrevista interactiva. Esta tiene una duración máxima de una hora y se trata de que tengamos una conversación acerca de lo que ha sido la experiencia de construir nuestro texto después de haber tenido el primer encuentro en donde me contó un poco acerca de su historia y de cómo se volvió un mejor médico Emergenciólogo/a, además de compartir un poco cómo ha sido la

experiencia de redactar mucho más a profundidad su historia y todos los hechos que marcaron la misma.

Iniciaremos compartiendo nuestros textos, mientras usted lee el suyo. Yo iré tomando nota sobre eventos interesantes, diferentes o similares a los míos, y sobre preguntas que me gustaría hacerle. Cuando termine, leeré mi texto, y le invito a que tome nota de preguntas o temas que le llamaron la atención.

Al finalizar la lectura de ambos textos, conversaremos alrededor de las preguntas y de los temas que nos llamaron la atención, por qué los compartimos, o bien, por qué son disímiles. ¿Tiene alguna pregunta? Comencemos.

En el cierre de la entrevista interactiva se planeará trabajar en sus propios textos, indagando y dejando claridad en qué elementos quieren los participantes profundizar o incorporar. Además, se definirá si hay algún subtema sobre las competencias del profesionalismo en Medicina de Emergencias que sea importante incluir en la redacción del texto.

Construceto de profesionalismo



Figura 3. Valores centrales del profesionalismo en medicina. Tomado y modificado de: Levinson W, Ginsburg S, Hafferty FW, Lucey CR. *Understanding Medical Professionalism*; 2014.

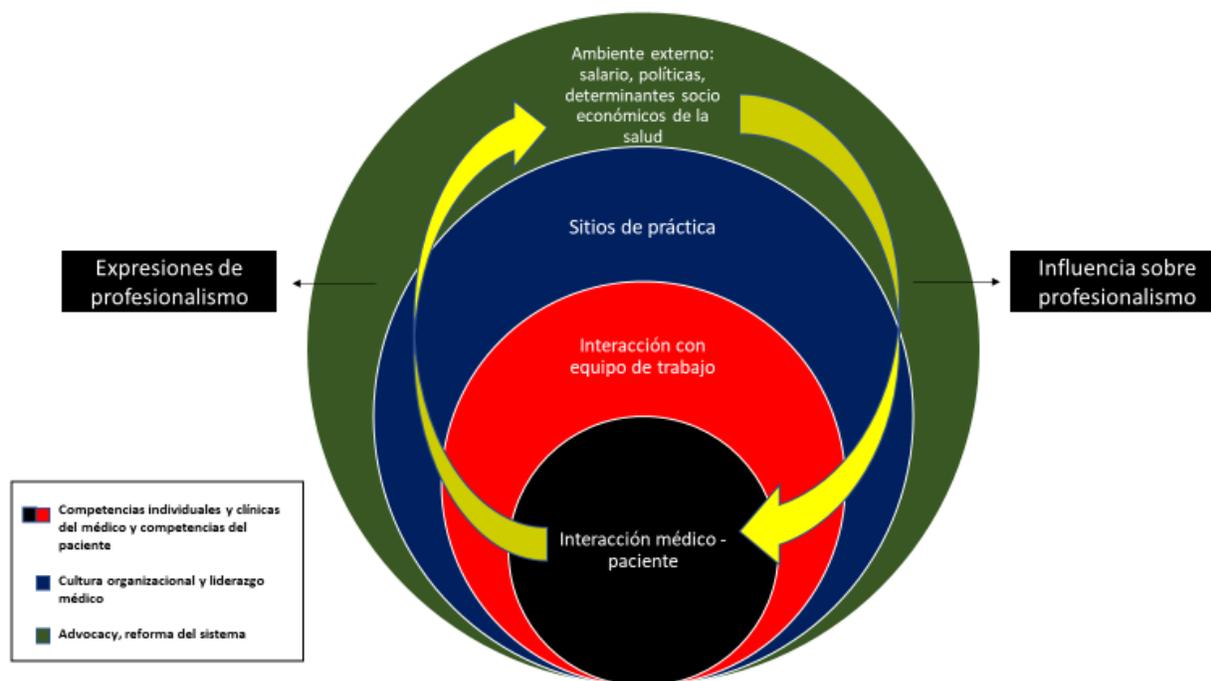


Figura 4. Círculos de influencia ligados al profesionalismo. Van desde las interacciones individuales con los pacientes hasta el entorno externo (sistema de pago, regulaciones de la prestación, condiciones sociales y económicas de la comunidad). Gruen y colaboradores llamaron esto “profesionalismo cívico”. Tomado y modificado de: Lesser CS, Lucey CR, Egener B, Braddock CH 3rd, Linas SL, Levinson W. A behavioral and systems view of professionalism. JAMA. 2010 Dec 22;304(24):2732–2737.

COMPETENCIAS INDIVIDUALES DEL PROFESIONALISMO		
VALORES	INTERACCIÓN CON PACIENTES Y MIEMBROS DE LA FAMILIA	INTERACCIÓN CON COLEGAS Y OTROS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD
<u>Cuidado centrado en el paciente</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación efectiva, empatía, compasión. - Promover autonomía del paciente. - Ser accesible a los pacientes - Actuar en beneficio del paciente si hay conflicto de interés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo colaborativo para mejorar atención del paciente. - Respetar otros miembros del equipo.
<u>Integridad y responsabilidad</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener confidencialidad. - Mantener buenas relaciones. - Revelar tempranamente errores, aceptar responsabilidades y proponer soluciones. - Declarar y manejar oportunamente conflictos de interés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reportar colegas incompetentes. - Participar en revisiones hechas por pares y evaluaciones de equipo. - Especificar estándares y procedimientos de atención para mantener la continuidad de la atención en entornos de la salud.
<u>Justicia y administración ética de los recursos</u>	<ul style="list-style-type: none"> - No hacer daño, no brindar cuidado injustificado o innecesario. - Brindar atención de emergencia equitativa, sin importar preferencias, grupo poblacional, seguridad social, capacidad de pago. - Brindar cuidado de una forma culturalmente sensible. 	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer un mecanismo de realimentación entre pares para mejorar la atención en salud. - Trabajar continuamente con el equipo clínico y no clínico en mejorar la eficiencia en el proceso de atención, optimizando el cuidado y la administración de la salud. - Trabajar activamente con colegas y coordinar el uso de recursos sin sobre utilizarlos.
<u>Búsqueda de la excelencia</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Adherirse a guías basadas en la evidencia, individualizando según el paciente. - Comprometerse a mejorar el aprendizaje y desarrollo profesional. - Mejora continua de la calidad a nivel del sistema de seguridad social del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar en los esfuerzos para mejorar el sistema de salud. - Participar y llevar a cabo conferencias sobre calidad de la atención en salud.

Tabla 1. Competencias individuales del profesionalismo e interacciones con miembros de la familia y otros profesionales de la salud. Tomado y modificado de:

Lesser CS, Lucey CR, Egener B, Braddock CH 3rd, Linas SL, Levinson W. A behavioral and systems view of professionalism. JAMA. 2010 Dec 22;304(24):2732–2737.

COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES DEL PROFESIONALISMO		
VALORES	SITIOS DE PRÁCTICA	ADVOCACY Y ORGANIZACIONES PROFESIONALES
<u>Cuidado centrado en el paciente</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar el desarrollo de competencias de comunicación y competencia cultural para fomentar la interacción efectiva con el paciente, la familia y los miembros del equipo. - Invertir en toma de decisiones y fomentar la participación del paciente en estas. - Establecer mecanismos para involucrar pacientes y cuidadores en gestión organizacional. - Adoptar políticas que apoyen el acceso oportuno de pacientes a proveedores. - Fomentar la creación de un entorno físico que promueva la curación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar una política de pago acorde al tiempo dedicado a los pacientes, para establecer una buena relación, participar en toma de decisiones compartidas y accesibles a los pacientes. - Promover el desarrollo de competencias relacionadas con compromiso del paciente y trabajo en equipo.
<u>Integridad y responsabilidad</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar apoyo entre pares y la organización para la divulgación de información de errores e informes médicos. - Adoptar políticas claras respecto al conflicto de interés y confidencialidad del paciente. - Brindar comentarios sobre el desempeño del equipo de atención y mantener responsabilidades definidas de acuerdo con la población (informes). - No promover provisión de servicios sin una base en la evidencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar estrategias para crear cultura del profesionalismo. - Participar en el desarrollo de estándares profesionales y generar mecanismos de remediación para quienes no cumplan dichos estándares. - Comprometerse a divulgar información de buen rendimiento. - Promover el desarrollo de sistemas de análisis de errores médicos para crear estrategias de prevención. - Desarrollar políticas de conflicto de interés. - Resolver los conflictos de interés siempre en beneficio del paciente.
<u>Justicia y administración ética de los recursos</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover el uso juicioso de recursos (costos, desenlaces). - Implementar mecanismos para apoyar competencias culturales y disminuir disparidad en atención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de herramientas para atención rentable y uso juicioso de recursos. - Promover la salud pública e intereses de la sociedad, sin preocuparse por el interés personal. - Promover políticas de pago centradas en el costo total de la atención y no en encuentros discretos e insumos individuales. - Promover herramientas para reflexionar sobre disparidades y reducir variación injustificada de la calidad de la atención.
<u>Búsqueda de la excelencia</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Invertir en el sistema de la organización para mejorar el proceso de atención (Historia clínica). - Establecer objetivos claros para mejorar el rendimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el uso de medidas significativas de calidad clínica de la atención y pautas sólidas para la práctica clínica. - Objetivos ambiciosos y acciones de apoyo para mejorar el sistema de atención en salud. - Avanzar en el conocimiento científico.

Tabla 2. Competencias organizacionales del profesionalismo e interacciones con los sitios de práctica, *advocacy* y organizaciones profesionales. Tomado y modificado de: Lesser CS, Lucey CR, Egener B, Braddock CH 3rd, Linas SL, Levinson W. A behavioral and systems view of professionalism. JAMA. 2010. Dec 22;304(24):2732–2737.

Formato de consentimiento informado

Hoja de información del participante

Usted está siendo invitado a formar parte de un estudio investigativo. Antes de decidir participar es importante que entienda el porqué de la investigación y lo que involucrará. Por favor, tome el tiempo para leer la siguiente información. Siéntase libre de discutir sus dudas con cualquier persona y si hay algo que no está claro o si tiene alguna pregunta, hágalo sin preocupación. Tome su tiempo para leer y no se sienta apresurado.

¿De qué se trata este estudio?

El propósito de esta investigación es determinar cuáles son las experiencias de los residentes y especialistas en Medicina de Emergencias acerca del aprendizaje del profesionalismo durante su formación de posgrado.

¿Quién está haciendo el estudio?

El estudio será realizado por Diego Alejandro Vivas Giraldo, médico especialista en Medicina de Emergencias de la Clínica Universitaria Colombia, estudiante de maestría en Educación Médica de la Universidad de la Sabana y Diego Alejandro Jaimes Médico Internista Reumatólogo tutor temático de esta investigación. Adicionalmente, la profesora Natalia Reinoso, miembro de la Facultad de Psicología en la Universidad de La Sabana estará a cargo de la supervisión del proyecto. Si tiene alguna duda siéntase libre de contactarnos.

Correo electrónico estudiante: diegovigi@unisabana.edu.co

Correo electrónico supervisores: natalia.reinoso@unisabana.edu.co, diegojf@unisabana.edu.co

¿Por qué lo hemos invitado a participar?

Lo hemos invitado a participar debido a que consideramos que su perfil profesional y social cumple con los criterios requeridos para participar en esta investigación. Además, su participación será de mucha utilidad para obtener información que nos permita plantear hipótesis respecto al aprendizaje del profesionalismo en las salas de emergencias y así mejorar continuamente el proceso de enseñanza-aprendizaje en los posgrados de Medicina de Emergencias.

¿Qué involucrará su participación?

Se le pedirá que participe activamente en la realización de un relato con sus propias palabras reflexivas acerca de experiencias relacionadas con el aprendizaje del profesionalismo que hayan marcado su formación como especialista en Medicina de Emergencias. Estos relatos se conocen como autoetnografías y permitirán obtener información valiosa para entender mejor el fenómeno del

proceso de enseñanza-aprendizaje del profesionalismo en urgencias. Además de esto, participará en una entrevista interactiva con el investigador principal en donde analizarán percepciones y experiencias de ambas partes para alimentar el relato y darle la profundidad necesaria. Esta entrevista interactiva puede ser presencial o virtual. En caso de ser virtual, se llevará a cabo a través de la plataforma Teams, en tiempo real y garantizando en todo momento la privacidad del participante. El texto autoetnográfico no tiene reglas para su redacción ni límite de extensión.

¿Cuánto durará la participación?

El tiempo invertido durante la redacción de los textos autoetnográficos y las entrevistas narrativas e interactivas será en promedio entre 24 a 48 horas, las cuales se asignarán previo acuerdo con el participante a partir de la disponibilidad de horario que tenga al momento de las actividades.

¿Qué pasará con la confidencialidad?

Los datos serán registrados por medio de textos autoetnográficos y grabaciones de las entrevistas narrativa e interactiva, así se garantizará completamente el anonimato de la identidad de los participantes durante todo el proceso de investigación y publicación de los resultados. De igual manera, la información recolectada será destruida y desechada al finalizar esta investigación y solo serán publicados los análisis de la información recolectada en una revista indexada con fines únicamente académicos y garantizando completa anonimización de la información. El investigador principal se compromete a una total confidencialidad sobre las reflexiones que puedan perjudicarlo a usted o a terceros. No influirán sus valoraciones sobre su desempeño como residente o como profesional.

Si usted está dispuesto a participar, por favor responda las siguientes preguntas y, posteriormente, firme el consentimiento informado aceptando o desistiendo de su participación. Usted puede conservar esta información.

Consentimiento informado

Proyecto: Experiencias de residentes y especialistas en Medicina de Emergencias acerca del aprendizaje del profesionalismo durante su formación de posgrado.

Investigadores: Diego Alejandro Vivas Giraldo, teléfono: 3178939886.

Supervisores: Diego Alejandro Jaimes Fernández – Natalia Reinoso Chávez.

Para ser completado por el participante

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas:

¿Siente que se le ha dado la información suficiente acerca de la investigación para poder tomar la decisión de participar o no?

SÍ NO

¿Ha tenido la oportunidad para hacer preguntas sobre la investigación?

SÍ NO

¿Entiende que su participación es voluntaria, y que es libre de retirarse cuando quiera, sin dar explicaciones y sin ninguna penalidad?

SÍ NO

¿Está usted consciente de que las actividades serán grabadas?

SÍ NO

¿Permitirá usted que los investigadores utilicen algunas de sus contribuciones sin revelar su identidad en presentaciones o publicaciones?

SÍ NO

¿Está usted dispuesto a participar en la investigación?

SÍ NO

Nombre del participante: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____

Testigos: _____

Firma del participante:

Datos de contacto del comité de ética en investigación:

Presidente: Dr. Eduardo Low Padilla.

Teléfono: +57(1) 5895377 Extensión: 5719901.

Cronograma

TRABAJO DE GRADO

Powered by  **monday.com**
Click here to start your free trial

Name	Owner	Status	Due date	Priority
Identificar y delimitar problema de investigación	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2019-10-31	High
Planteamiento del problema	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2019-11-09	High
Redacción de objetivo general y específicos	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2019-11-15	High
Presentación de propuesta de investigación	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2019-11-30	High
Búsqueda de la literatura, ¿Qué se sabe? ¿Qué no se sabe?	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2020-04-30	High
Redacción de marco conceptual	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2020-05-15	High
Definir metodología	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2020-05-15	High
Revisión y corrección de marco conceptual con tutores	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2020-05-22	High
Presentación de protocolo de investigación	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2020-06-06	High
Redacción y revisión de consentimiento informado para participantes del trabajo de investigación	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2020-07-31	High
Sometimiento y aprobación subcomisión de investigación Unisabana	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2020-08-31	High
Aprobación comité de ética en investigación	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2020-09-15	High
Reclutamiento y recolección de la información	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2020-10-31	High
Clasificación y análisis de la información	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2020-12-01	High
Revisión de información recolectada y análisis con tutores	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2020-12-31	High
Redacción final y conclusiones del proyecto de investigación	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2021-01-31	High
Escritura artículo publicable	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2021-04-15	High
Sustentación trabajo de investigación	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2021-04-30	High
Sometimiento a revista indexada para publicación	Diego Alejandro Vivas Giraldo	Done	2021-06-01	High

Desde el 2019-10-31 hasta el 2021-06-01

Figura 5. Carta GANTT del protocolo de investigación.

Presupuesto

PERSONAL							
<i>Nombre del participante</i>	<i>Nivel máximo de formación</i>	<i>Rol en el proyecto</i>	<i>Tipo de participante</i>	<i>Horas mensuales dedicadas al proyecto</i>	<i>N° de meses</i>	<i>Valor / Hora</i>	<i>Total</i>
Diego Vivas	Maestría	Investigador principal		12	12	53000	7632000
Diego Jaimes	Maestría	Coinvestigador		4	12	53000	2544000
Natalia Reinoso	Maestría	Coinvestigador		4	12	53000	2544000
MATERIALES E INSUMOS							
<i>Descripción</i>					<i>Cantidad</i>	<i>Val Unit.</i>	<i>Total</i>
Papelería hojas blancas (por 500 hojas)					2	15000	30000
Material de escritura y rotulación					15	1500	22500
Impresión del poster para evento científico					1	75000	75000
SERVICIOS TÉCNICOS							
<i>Descripción</i>					<i>Cantidad</i>	<i>Val Unit.</i>	<i>Total</i>
Revisión Anual equipos tecnológicos					3	200000	600000
Traducción					1	1500000	1500000
Inscripción congreso nacional					3	250000	750000
Transcripción					4	600000	2400000
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO							
<i>Descripción</i>					<i>Cantidad</i>	<i>Val Unit.</i>	<i>Total</i>
Artículos de revistas					10	100000	1000000
EQUIPOS Y SOFTWARE							
<i>Descripción</i>					<i>Cantidad</i>	<i>Val Unit.</i>	<i>Total</i>
Computador de uso personal por los investigadores					6	2500000	15000000
Subscripción Office 365					3	360000	1080000
Total							\$ 35.177.500
Total + 2,5%							\$ 36.056.937

Tabla 3. Presupuesto discriminado para el desarrollo del proyecto de investigación.