

EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA DEL INTENSIVISTA DURANTE LOS TURNOS NOCTURNOS

AUTOR: Diana Carolina Quintero García. Maestrante Educación Médica. Médico Intensivista

ASESOR TEMÁTICO: Juliana Vallejo. Médica. Fellow en Educación Médica FAIMER.

ASESOR METODOLÓGICO: Natalia Reinoso. Psicóloga. Maestría en Educación y Diversidad Cultural.

Autor para correspondencia: Diana Quintero. Maestría en Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia. E-mail: dianaguga@unisabana.edu.co. Clínica Shaio.

Conflictos de interés: No tengo de conflictos de interés de índole personal o profesional para la realización del este estudio

Financiación Externa: El estudio actual no obtuvo financiación externa de fuente pública o privada.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue posible gracias al interés por la educación inspirado por mis docentes de la residencia, siempre buscaron nuevas formas de enseñar que me permitieron tomar la acertada decisión de inscribirme a la maestría de Educación Médica. En esta maestría cada día ofreció un reto nuevo que me permitió crecer como docente y persona. Me brindó las herramientas necesarias para cambiar muchos de mis paradigmas respecto a la educación, mejorando mi competencia como docente. Además, pude compartir con los residentes, inquietudes que surgieron durante la maestría encontrando un campo prospero para incentivarlos a cambiar su entorno y a empoderarse de su educación. Este estudio florece gracias al interés de los residentes y a su disposición para crear nuevas formas de mejorar y de optimizar su propio programa de cuidado intensivo. Así mismo agradezco a mis tutoras quienes con mucha paciencia me mostraron el camino más adecuado para lograr, con mucha paciencia y motivación, los objetivos de este estudio.

Tabla de contenido

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN.....	10
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	11
OBJETIVO GENERAL.....	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
<i>Estado del arte.....</i>	<i>13</i>
<i>Justificación.....</i>	<i>18</i>
MARCO TEÓRICO.....	20
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
CRITERIOS DE RIGOR.....	41
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	42
RESULTADOS.....	46
DISCUSIÓN.....	76
CONCLUSIONES.....	89
ANEXO 1. GUÍA METODOLÓGICA DE LAS FASES.....	91
ANEXO 2. CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO.....	119
ANEXO 3. INFOGRAFIA DE LA FASE I.....	121
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPANTES.....	122
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REPRESENTACIÓN DE SITUACIONES.....	128
ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IMÁGENES A PUBLICAR.....	132

LISTA DE TABLAS.	135
TABLA 1. COMPETENCIAS DEL PROFESIONALISMO DEL INTENSIVISTA	135
TABLA 2. COMPETENCIA COMUNICATIVA DEL INTENSIVISTA	136
TABLA 3. TABLA DE PARTICIPANTES	137
TABLA 4. PASOS DEL ANÁLISIS TEMÁTICO	138
TABLA 5. ANÁLISIS TEMÁTICO DE LOS RESULTADOS	139
LISTA DE FIGURAS.	141
FIGURA 1. COMPETENCIAS DEL PROFESIONALISMO EN EL INTENSIVISTA	141
FIGURA 2. FLUJOGRAMA DE LAS FASES DE LA INVESTIGACIÓN	142
FIGURA 3. EXPERIENCIAS FACILITADORAS	143
FIGURA 4. EXPERIENCIAS BARRERA O LIMITANTE	143
FIGURA 5. ANÁLISIS TEMÁTICO SOBRE LAS EXPERIENCIAS PARA EL APRENDIZAJE DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA DURANTE LOS TURNOS NOCTURNOS	144
FIGURA 6. ACTITUD POSITIVA	145
FIGURA 7. CONFUSIÓN	145
FIGURA 8. LAS TORRES ALTAS NECESITAN LAS MEJORES BASES	145
FIGURA 9. AL TODOS DIRIGIR, NO TARDA EL CAOS EN INGRESAR	146
FIGURA 10. JERARQUÍA	146
FIGURA 11. TRABAJO EN EQUIPO	146
FIGURA 12. CONTACTO	147
FIGURA 13. RUIDO	147
FIGURA 14. DESPERSONALIZACIÓN	147
FIGURA 15. PUERTAS CERRADAS	148
FIGURA 16. FLEXIBILIDAD	148
FIGURA 17. AHORA QUE HAGO	148
FIGURA 18. PRIMER TURNO, PRIMER MES. EL MOMENTO MÁS DIFÍCIL	149

FIGURA 19. ESPACIO PARA LA ENSEÑANZA	149
FIGURA 20. CATEGORÍAS FINALES DEL ANÁLISIS TEMÁTICO.....	150
FIGURA 20. PROPUESTAS DE MEJORA.....	151
BIBLIOGRAFÍA.	152

RESUMEN.

Introducción: La comunicación es la competencia más importante dentro del profesionalismo del intensivista. Permite mejorar la atención y desenlaces de los pacientes, así como la satisfacción de sus familiares. Además, optimiza el ambiente trabajo por ende mayor bienestar para los trabajadores y menor burnout. Se enseña principalmente de manera informal; en contraposición con las recomendaciones de la literatura. La literatura recomienda su enseñanza formal y explícita dentro de un currículo, esta se puede dar espacios de tiempo reducido, pero con una mayor interacción entre docente y residente, una menor carga administrativa y la posibilidad de otorgar mayor responsabilidad al residente. Estas características las podemos encontrar en los turnos nocturnos dentro de la Unidad de Cuidado Intensivo. Este estudio busca identificar las características de las experiencias que viven los residentes alrededor del aprendizaje de la competencia comunicativa, para reforzar los facilitadores y generar propuestas de mejora para las barreras y finalmente plantear unas recomendaciones para la enseñanza formal de esta vital competencia dentro de un programa de Cuidado Intensivo.

Metodología: Se realizó un estudio cualitativo bajo un enfoque de investigación acción participativa. Se seleccionaron 9 participantes por conveniencia dentro de una residencia de cuidado intensivo quienes realizan turnos en una UCI determinada durante su carrera. Su participación fue voluntaria y anónima. La recolección de datos se realizó mediante fotovoz. El estudio se desarrolló en 5 fases o reuniones: Fase 0, presentación del protocolo a comités de ética e investigación; Fase 1, taller de contextualización y aspectos éticos; Fase 2, discusión de las fotografías tomadas y construcción de narrativas; Fase 3, análisis y elaboración de categorías y Fase 4, presentación de resultados ante los tomadores de decisión. El análisis temático se dividió en dos fases, una realizada por los participantes a partir de las fotografías y una realizada por la investigadora a partir de estos códigos iniciales, las transcripciones de las reuniones y la literatura existente.

Resultados: Los resultados de este estudio se agruparon en cinco categorías respecto a las experiencias de aprendizaje de la competencia comunicativa durante los turnos nocturnos en la Unidad de Cuidado Intensivo y dentro de cada uno encontramos tanto facilitadores como barreras, dependiente al docente y al equipo de trabajo del turno: Características de la persona que es considerada un modelo a seguir, trabajo en equipo dentro de la UCI, aprendizaje reflexivo por parte del residente, espacios de instrucción durante el turno e interacción con el

paciente y familiares. Dentro de estos temas se expusieron estrategias de mejora para las barreras encontradas como: mejorar las actividades de realimentación, incentivar actividades de socialización, socializar las competencias esperadas para cada año de residencia, entre otras. Estas estrategias se aplicarán dentro de los turnos nocturnos de esta unidad de cuidado intensivo buscando mejorar el aprendizaje formal de la competencia de la comunicación por parte de los residentes de cuidado intensivo.

Conclusiones: Los turnos nocturnos en las unidades de cuidado intensivo son escenarios propicios para la enseñanza explícita de la competencia comunicativa. El trabajo actual documenta experiencias que facilitan su aprendizaje como el rol model, el liderazgo, construir un plan para el turno, construir relaciones de confianza, actividades con adecuada supervisión y realimentación y crear dentro de los turnos espacios de enseñanza, entre otros. Por otra parte, se proponen estrategias de mejoría que resaltan las actividades de realimentación basadas en actividades con adecuada supervisión, actividades de socialización para construir relaciones de confianza y crear un espacio de instrucción específico para el manejo de malas noticias. Este es el primer estudio que mediante una metodología de investigación acción y fotovoz resalta la importancia de aprovechar el tiempo de aprendizaje experiencial y de comunidad del residente durante los turnos nocturnos para aprender la vital competencia de la comunicación del intensivista.

Palabras Clave: comunicación, profesionalismo, educación médica, currículo, turno nocturno, fotovoz, acción participativa.

ABSTRACT.

Introduction: Communication is the most important competence within the professionalism of the intensivist. It allows improving the care and outcomes of patients, as well as the satisfaction of their families. In addition, it optimizes the work environment therefore greater well-being for workers and less burnout. It is taught mainly informally; in contrast to the recommendations of the literature. The literature recommends its formal and explicit teaching within a curriculum, this can be given reduced time spaces, but with greater interaction between teacher and resident, less administrative burden and the possibility of granting greater responsibility to the resident. These characteristics can be found in night shifts within the Intensive Care Unit. This study seeks to identify the characteristics of the experiences that residents live around the learning of communicative competence, to reinforce the facilitators and generate proposals for improvement for the barriers and finally make recommendations for the formal teaching of this vital competence within a program Intensive Care.

Methodology: A qualitative study was carried out under a participatory action research approach. 9 participants were selected for convenience within an intensive care residence who perform shifts in a specific ICU during their career. Their participation was voluntary and anonymous. Data collection was done by photovoice. The study was developed in 5 phases or meetings: Phase 0, presentation of the protocol to ethics and research committees; Phase 1, contextualization and ethical aspects workshop; Phase 2, discussion of the photographs taken and construction of narratives; Phase 3, analysis and elaboration of categories and Phase 4, presentation of results to decision makers. The thematic analysis was divided into two phases, one carried out by the participants from the photographs and one carried out by the researcher from these initial codes, the transcripts of the meetings and the existing literature.

Results: The results of this study were grouped into five categories regarding the learning experiences of communicative competence during the night shifts in the Intensive Care Unit and within each one we found both facilitators and barriers, depending on the teacher and the teaching team. Shift work: Characteristics of the person who is considered a role model, teamwork within the ICU, reflective learning by the resident, instructional spaces during the shift, and interaction with the patient and family members. Within these topics, improvement strategies were presented for the barriers encountered, such as: improving feedback activities, encouraging socialization activities, socializing the skills expected for each year of residence, among others.

These strategies will be applied within the night shifts of this intensive care unit seeking to improve the formal learning of communication skills by intensive care residents.

Conclusions: Night shifts in intensive care units are favorable scenarios for the explicit teaching of communicative competence. The current work documents experiences that facilitate their learning such as the role model, leadership, building a plan for the shift, building relationships of trust, activities with adequate supervision and feedback, and creating teaching spaces within shifts, among others. On the other hand, improvement strategies are proposed that highlight feedback activities based on activities with adequate supervision, socialization activities to build relationships of trust and create a specific instructional space for handling bad news. This is the first study that, through an action and photovoice research methodology, highlights the importance of taking advantage of the resident's experiential and community learning time during night shifts to learn this vital competence of the intensivist.

Key Words: communication, professionalism, medical education, curriculum, night shift, photovoice, participatory action.

INTRODUCCIÓN.

La comunicación es una de las competencias más importantes dentro del profesionalismo del intensivista. Permite el engranaje de las demás competencias y armoniza el trabajo en equipo dentro de la unidad de cuidado intensivo. Es mediante una adecuada comunicación que se logran los planes de manejo propuestos para los pacientes, mejorando su atención, sus desenlaces y la satisfacción de sus familiares. Igualmente, mejora el ambiente de trabajo y por ende una mayor satisfacción y menor *burnout* por parte de los trabajadores.

El aprendizaje de la competencia comunicativa de los residentes en las unidades de Cuidado Intensivo es de suma importancia para el desarrollo integral del intensivista. Sin embargo, actualmente se da manera informal a través de un aprendizaje vicario, apoyada principalmente en los modelos de a seguir (rol model) que tenga el estudiante. No hay hasta ahora un currículo formal respecto su enseñanza, es más, no hay claridad respecto a cuando y donde enseñarla dentro de un currículo apretado para una carga asistencial y académica elevada. La literatura recomienda realizarlo en espacios donde haya una mayor interacción entre docente y residente, una menor carga administrativa y la posibilidad de otorgar mayor responsabilidad al residente como escenarios propicios para el aprendizaje de la comunicación, pudiendo aprovecharse su enseñanza en espacios de corto tiempo, todo esto disponible en los turnos nocturnos de la UCI. Por esta razón se pensó en estudiar las oportunidades de aprendizaje de la comunicación durante las prácticas formativas de los residentes, en particular en los turnos nocturnos. Se realizó un estudio cualitativo (investigación acción participativa), con el fin de identificar las características de las experiencias facilitadoras que puedan promocionarse o reforzarse, e identificar las barreras que deban ser abordadas para minimizar su impacto dentro de la enseñanza de la competencia de comunicación en los turnos nocturnos en una unidad de cuidado intensivo. Posteriormente los participantes realizaron propuestas de mejoramiento de la docencia en esta área, las cuales fueron socializadas con el grupo directivo de la Unidad buscando el apoyo necesario para implementarlas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Central:

- ¿Cuáles son las experiencias de aprendizaje alrededor de la competencia de la comunicación que se viven en los turnos nocturnos en una UCI por parte de los residentes cuidado intensivo?

Secundarias:

1. ¿Cuáles son los factores facilitadores y las barreras para el aprendizaje de la competencia comunicativa en la UCI durante los turnos nocturnos?
2. ¿Cuáles son las mejores estrategias de enseñanza de la competencia de comunicación identificadas por los residentes durante los turnos nocturnos en la UCI?
3. ¿Qué acciones permiten mejorar las estrategias para el aprendizaje de la comunicación durante los turnos nocturnos en la UCI?

OBJETIVO GENERAL

Analizar las experiencias que se pueden dar en los turnos nocturnos de la UCI que permiten aprender la competencia de la comunicación del intensivista

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar las características de los facilitadores del aprendizaje de la comunicación en los turnos nocturnos.
2. Identificar las características de las barreras del aprendizaje de la comunicación en los turnos nocturnos.
3. Describir las estrategias de enseñanza que permiten el aprendizaje de la comunicación.
4. Generar reflexión y conciencia crítica por parte de los residentes para adquirir la competencia de la comunicación durante los turnos nocturnos.
5. Generar propuestas con los residentes para mejorar la experiencia del aprendizaje de la competencia comunicativa durante los turnos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Estado del arte

La competencia comunicativa es un constructo de dominios con diferentes definiciones según los autores que se revisen(1–8). Para efectos del presente trabajo se define como: las habilidades interpersonales básicas para la recolección eficiente de información, la comunicación con el equipo de trabajo, la comunicación con el paciente y familiares y la empatía.

Muchos estudios han confirmado la importancia de la comunicación en la práctica diaria del médico para establecer una relación terapéutica con el paciente y el equipo de trabajo (7,9–14). Así mismo, en el escenario particular de la unidad de cuidado intensivo (UCI), también se ha encontrado cómo la falta de comunicación es en muchos casos la principal fuente de conflictos y errores (9,15–17) e incluso puede llegar a generar la exclusión del residente de la dinámica de la atención en el cuidado crítico (18). Aunque desde hace más 5 décadas se han desarrollado avances respecto a la enseñanza de la comunicación en medicina, se sigue documentado un déficit en su enseñanza formal en general y en particular en el cuidado intensivo (8)

Metodología de la enseñanza de la comunicación

En la literatura, las didácticas como los juegos de rol y la simulación, asociadas a una adecuada realimentación, se posicionan dentro de las preferidos para la enseñanza explícita de la comunicación. Dentro de los primeros estudios relevantes encontrados en la literatura, 1976 Rutter y Maguire de la Universidad de Manchester publicaron una serie de estudios respecto a la importancia de la realimentación en el aprendizaje de la recolección de información de la historia clínica, mostrando como los estudiantes que recibieron realimentación mejoraron considerablemente su desempeño respecto a los que no la recibieron (19) hallazgo corroborado dos años más tarde (20). Además, los juegos de rol donde se representaron entrevistas entre el médico y el paciente, con una discusión y realimentación posterior, permitió un mayor aprendizaje de la comunicación para la toma de la historia clínica (21), no solo valorado por los docentes, sino también por los pacientes en la práctica clínica (22).

En 1999 se publicó la revisión crítica y la guía BEME #2 (23) que incluyó 83 estudios que reportaban varios métodos de enseñanza de la comunicación en medicina, entre los que resaltaba la realización de cursos basados en un modelo a seguir y videgrabaciones, seguida de una práctica clínica supervisada con una adecuada realimentación. Esta metodología permitió una mejoría importante en el desempeño de la comunicación de los estudiantes y resaltó la importancia de la práctica clínica para su aprendizaje. Igualmente, demostró que no es necesario un periodo de tiempo prolongado para su aprendizaje, porque estas habilidades pueden ser enseñadas en cortos tiempos, mientras se mantenga su práctica. Por otra parte, esta guía demostró que la enseñanza instruccional es inefectiva en comparación con los métodos experienciales que ofrece la práctica clínica. Posteriormente, en 2021 se publicó un metaanálisis de Cochrane con 90 publicaciones relevantes respecto a intervenciones educativas para mejorar la competencia comunicativa en los estudiantes de medicina; retoman la importancia de la realimentación y los escenarios de aprendizaje experiencial sobre los instruccionales para mejorar esta competencia, tanto en la capacidad de recolección de información, como en el desarrollo de empatía y *rapport* (24).

Dentro del aprendizaje experiencial, además de la realimentación, la literatura resalta el papel del docente como modelo a seguir dentro de la UCI (25), resaltando la inteligencia emocional dada por la empatía con los pacientes y familiares, la habilidad para explicar el razonamiento clínico, tener liderazgo y el trato respetuoso con el equipo de trabajo.

Comunicación en Cuidado Intensivo

Desde hace más de una década se reportan estudios que buscan mejorar la comunicación dentro de la unidad de cuidado intensivo. Uno de los estudios más referenciados es el estudio prospectivo de Pronovost en 2003(14), quienes encontraron que generar un plan de trabajo diario denominado “metas diarias” es vital para mejorar la comunicación con el equipo de la UCI y disminuir la estancia de los pacientes en UCI; metodología comprobada en estudios posteriores (15,26). Adicionalmente la importancia de las “metas diarias” incluye poderlas transmitir al siguiente turno, por lo que una adecuada entrega de turno es importante para evitar errores en la comunicación y mejorar el desempeño de los equipos de trabajo (27–29).

En 2011 Brindley y Reynolds realizaron una interesante publicación con estrategias para mejorar la comunicación en cuidado crítico, en la que extrapolaron las recomendaciones de estudios de aviación respecto al manejo del equipo de trabajo en escenarios de crisis(15). Así mismo, varios estudios (30,31) resaltan que el mejorar la comunicación entre los médicos y el personal de enfermería mediante estrategias como listas de chequeo, entrenamiento en equipo (como un curso de 23 horas), evaluación multidisciplinaria y un plan de turno adecuado, permite mejorar la satisfacción del personal y el clima de trabajo.

Por otra parte, carecer de una adecuada competencia comunicativa en UCI no solo aumenta el riesgo de errores y problemas en la comunicación con el equipo (9,15–17,32), sino que puede llegar a excluir al residente de la dinámica del trabajo. En 2016 Gotlib y su equipo realizaron un estudio sobre las percepciones de los docentes respecto a la competencia comunicativa de los residentes en una unidad de cuidado intensivo, en el que encontraron que evitaban al residente por considerarlo carente de una competencia comunicativa adecuada. Esto dado por la percepción de falta de confianza, conocimiento especializado, comunicación oportuna y contribución inadecuada de los residentes a la toma de decisiones, creándose un círculo vicioso donde se limita aún más el aprendizaje de esta competencia por parte del residente. Dentro de las estrategias para mejorar, proponen la creación de oportunidades estructuradas de aprendizaje y se mejore la dinámica con el equipo de trabajo.(18).

Estos estudios resaltan la importancia de una adecuada competencia comunicativa dentro del personal de la UCI y en los residentes en formación por lo que es necesario incluir su enseñanza explícita en el currículo de la especialización de cuidado intensivo.

Currículos que incluyen la enseñanza de la comunicación

Hasta la fecha, múltiples estudios han realizado modificaciones dentro de sus currículos para enseñar la competencia comunicativa, tanto en nivel de pregrado como posgrado, así como también a médicos graduados en ejercicio. Estos han encontrado que su enseñanza formal mejora de forma significativa la competencia comunicativa y por ende el desempeño de los médicos. Sin embargo, su inclusión en los programas de cuidado intensivo es escasa.

En 1999 se creó la iniciativa Macy de la comunicación en salud, donde se unieron tres escuelas de medicina de Estados Unidos para crear un currículo durante tres años para el aprendizaje de la comunicación en estudiantes de tercer año de medicina. Este enfocaba las competencias de la comunicación en tres dominios: comunicación con el paciente, comunicación acerca del paciente y comunicación acerca de medicina; y dentro de cada dominio se dividió en recolección de datos, construcción de relaciones y educación logrando demostrar mejoría en el desempeño de los estudiantes (10). Por otra parte, Krasner et al encontraron resultados similares en médicos generales graduados y en ejercicio, adicionando la importancia de la metacognición para mejorar la competencia comunicativa centrada en el paciente y disminuir el *burnout*(33).

En el caso de pacientes en estado crítico, se han realizado estudios tanto en escenarios de medicina de emergencias como en cuidado intensivo con el fin de generar espacios de instrucción para esta competencia. Varios autores realizaron actividades programadas dentro del currículo donde mediante actividades de juegos de rol y simulación con listas de chequeo y nemotecnias, así como realimentación por pares, docentes y pacientes, mejoraron la comunicación del residente (4,6,7). Estas actividades variaban desde una clase única hasta cursos paralelos a la residencia donde se estimulaba la autorreflexión, la realimentación posterior al desempeño, la práctica dirigida y la guía para una mejoría continua.

Un estudio demostró la relación entre el aprendizaje de la competencia comunicativa (realimentación y disposición) con la práctica consciente “*mindfulness*” o metacognición para mejorar el desempeño del residente en la unidad de cuidado intensivo (34). Encontraron que cultivar esta práctica permite reconocer las capacidades comunicativas con el equipo de trabajo, mejorar las actividades de realimentación y el clima de aprendizaje, lo que permite desarrollar residentes resilientes y con adecuada capacidad de trabajo en equipo.

Así mismo hay algunas investigaciones respecto a cursos de simulación para aprender la comunicación, los cuales permitieron mejorar la percepción de mejoría de comunicación respecto a la toma de conciencia y manejo en escenarios retadores por parte del personal de enfermería en el ambiente de UCI (35).

Por otra parte, existen algunos estudios respecto a la evaluación de la comunicación del intensivista. En 2007, el estudio de Brinkman et al, expone como las evaluaciones de múltiples fuentes enriquecen el aprendizaje de

esta competencia (36), y posteriormente en 2008 se valida el uso de exámenes clínicos estructurados para la evaluación de la comunicación en residentes de cuidado intensivo quirúrgico, siendo una herramienta útil para implementar en la evaluación de esta competencia (37).

La comunicación del intensivista en tiempos de pandemia

A pesar de llevar más de cinco décadas avanzando en el aprendizaje de la competencia comunicativa, la pandemia por el virus SARS COV2 ha generado nuevos retos respecto a la forma de comunicarnos dentro del cuidado intensivo. En 2021 Wittenberg et al realizan una revisión sistemática en donde documenta las barreras respecto a la disminución de los canales de comunicación, ausencia de tiempo con familiares, *burnout*, mayor uso de telemedicina y una disminución del cuidado centrado en el paciente (38). Esto ha obligado a innovar mediante recursos académicos que permiten mejorar la comunicación con el paciente y familiares, así como con el equipo de trabajo. En este momento cobra mayor importancia establecer nuevamente esta relación con el paciente, familiares y equipo de trabajo dentro de un ambiente alienado, de mayor estrés y con un aumento en dilemas de fin de vida (39).

Por lo anteriormente expuesto podemos ver que desde hace muchas décadas se sabe que la competencia comunicativa es muy relevante para el desempeño del médico, siendo vital su aprendizaje desde pregrado y aún más dentro del cuidado intensivo para lograr un adecuado trabajo en equipo y establecer la relación terapéutica con el paciente y sus familiares. No obstante, hay un mayor esfuerzo por generar espacios instruccionales en pregrado que en los programas de posgrado de cuidado intensivo. Los estudios encontrados exponen la creación de espacios educativos adicionales como cursos, modelos de rol o simulaciones para el aprendizaje de esta competencia. Sin embargo, en nuestro medio la alta carga asistencial y académica de los residentes de cuidado crítico hace que estos espacios sean muy escasos y por eso se considera importante considerar opciones en las que se aproveche el contacto con los residentes dentro del currículo y el horario ya establecidos para evitar la sobrecarga. Aun así, no se encontraron estudios que exploren las oportunidades que brindan las características especiales de los turnos nocturnos en una unidad de cuidado intensivo que pueden ser aprovechadas para enseñar comunicación. Este estudio permitirá abrir un nuevo espacio educativo aprovechando el tiempo asistencial y el aprendizaje experiencial, para la enseñanza formal de la competencia de la comunicación en los residentes de cuidado intensivo.

Justificación

El profesionalismo del intensivista es necesario para desempeñarse adecuadamente en las unidades de cuidado intensivo, donde además de su saber técnico científico, debe liderar el equipo de trabajo de forma que se logre el manejo integral del paciente crítico, se establezca con él y su familia una relación empática, favoreciendo una pronta recuperación con la menor morbimortalidad posible.

Este se compone por las competencias de comunicación, conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, ética y la práctica reflexiva y autorregulada (2,40,41). La habilidad comunicativa es una de las más importantes ya que permite el engranaje entre los conocimientos, la ética y las habilidades del intensivista, facilitando la interacción hacia el paciente, familiares y equipo de la UCI. Cuando se realiza de manera óptima, mejora la experiencia del paciente en UCI, la satisfacción del paciente y familiares y el trabajo en equipo (11,42–44).

Dentro de la unidad de cuidado intensivo se han realizado estudios que muestran que entre el 50 % y 71 % de las personas no entiende ni el diagnóstico, ni el pronóstico, ni el plan de manejo de su familiar; el 20% de las quejas de los familiares son secundarias a los problemas de comunicación y 10%, por la sensación de irrespeto, igualmente asociado barreras en la comunicación (43,45). Así, es imperativo el aprendizaje de la competencia comunicativa para el quehacer diario del intensivista. Sin embargo, en la actualidad su enseñanza aún no está completamente estructurada dentro del currículo de cuidado intensivo (8).

En nuestro medio, el currículo para la enseñanza de las competencias del intensivista debe ser estructurado para los cuatro años de residencia dentro de un marco de tiempo muy estrecho, dado las restricciones en los horarios asistenciales de los residentes desde el 2018, cuando se ordena una jornada máxima de 12 horas por turno y de 66 horas por semana, incluyendo las actividades académicas e investigativas (46,47). En el caso de las competencias del profesionalismo y especialmente de la comunicación, se ha dado una enseñanza informal sin tener especificaciones dentro del currículo actual (8). La literatura ha documentado que la habilidad comunicativa requiere un aprendizaje más personalizado y explícito dentro del currículo, donde se estructure un diálogo con el residente a partir de modelos a seguir y de la autorreflexión (8,48,49). Existen algunos estudios donde exploran el aprendizaje de la competencia comunicativa en estudiantes de medicina mediante simulación

(50). La búsqueda de escenarios propicios para esta enseñanza está enmarcada en encontrar espacios que permitan una relación más cercana con el docente especialista, con menor carga administrativa y en lo posible que permita desarrollar una mayor responsabilidad por parte del residente. Un escenario óptimo que cumple estas condiciones son los turnos nocturnos, aquí encontramos una relación residente: especialista de 1:1, no hay clases magistrales ni otras actividades académicas o asistenciales que requieran que el residente se retire de la unidad y adicionalmente tiene una mayor responsabilidad con sus pacientes y el equipo de trabajo (51–53). Se realizó una encuesta a residentes de medicina interna de Reino Unido donde se encontró que entre el 85 y 92% de los residentes consideraban que los turnos mejoran su capacidad de planeamiento y priorización, su capacidad de toma de decisiones; además el 85 % refiere que adquirieron habilidades que no hubiesen ganado durante el día (54). Los residentes pueden aprovechar este escenario y aprender la habilidad comunicativa de manera estructurada, directa y mediante la acción reflexiva para integrarlo en su quehacer diario y ser mejor intensivista. Sin embargo, no encontramos en la literatura documentos que hagan referencia al aprendizaje de la competencia de la comunicación durante los turnos nocturnos en cuidado intensivo como un escenario favorable para su enseñanza.

Abordar este tema mediante la investigación acción participativa dentro del ámbito de la educación médica es una estrategia pedagógica que aporta al desarrollo de la autorreflexión, estrechamente relacionada con la competencia comunicativa (55). Igualmente, el uso de la estrategia de fotovoz, al proponerse en su ciclo completo, ofrece la oportunidad del desarrollo de estas competencias. La implementación de esta práctica en el marco de la residencia denota una apropiación de la reflexión y las relaciones de confianza como parte de la cultura institucional, lo cual a su vez desarrolla las competencias comunicativas (56).

MARCO TEÓRICO.

El profesionalismo del intensivista

Existen múltiples definiciones del profesionalismo, dentro de las cuales una bastante integral hace referencia al profesionalismo como el “uso habitual y juicioso de la comunicación, conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, ética, valores y reflexión en la práctica diaria para el beneficio del individuo y la comunidad a la que sirve” (40). Dentro de esta definición podemos resaltar los valores de responsabilidad, autonomía, altruismo y humanismo, adicionalmente, en la reflexión sobre la práctica incluimos la auto reflexión y la autorregulación con el fin de mejorar de forma constante las competencias personales, de otros y de los sistemas para lograr la excelencia (Figura y tabla 1) (2,57,58).



Figura 1. Modificado de Mueller P- Teaching And Assessing Professionalism in Medical Learners and Practicing Physicians. Rambam Maimonides Medical Journal. 2015, 8(2)

Se han establecido actividades profesionales confiables (APC) para lograr las competencias del profesionalismo del intensivista. Las APC son tareas clínicas predefinidas dadas por un constructo de conocimientos, habilidades y actitudes, y cuya característica fundamental es que constituyen los elementos básicos de tareas propias de la profesión o

competencia. Además se caracterizan por una creciente responsabilidad por parte del estudiante y son aplicadas en el aprendizaje basado en problemas (59). A continuación, encontraremos las competencias y las APC que componen al profesionalismo:

Tabla 1	COMPETENCIAS DEL PROFESIONALISMO DEL INTENSIVISTA Referencia: Modificado de Barret & Bion et al.(2)
Competencia	Actividad profesional confiable
Competencia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple con las competencias prácticas esperadas para un intensivista (2) • Puede realizar los procedimientos esperados sin supervisión y modificar su técnica según cada caso
Habilidades comunicativas generales, con pacientes y familiares, así como con el equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Ver tabla 2
Comprensión ética	<ul style="list-style-type: none"> • Consta de honestidad, integridad y confiabilidad • Tiene un adecuado razonamiento moral • Respeto códigos de conducta
Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Toma responsabilidades y completa tareas • Es puntual • Es organizado
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla mayor responsabilidad en sus decisiones e incentiva su autonomía (60)
Autorregulación	<ul style="list-style-type: none"> • Toma responsabilidad por el cuidado del paciente • Formula decisiones clínicas con respecto a los principios éticos y legales • Busca oportunidades de aprendizaje e integra el nuevo conocimiento a la práctica clínica. • Participa en la enseñanza multidisciplinaria • Participa en investigación bajo supervisión • Solicita y ofrece retroalimentación, enseñanza y liderazgo • Equilibra la disponibilidad con otros y el autocuidado
Autorreflexión	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla un adecuado autoconcepto (61) • Dirige sus propios vacíos en conocimientos y actitudes • Admite errores u omisiones y está presto a corregirlos

Un desarrollo adecuado del profesionalismo en la medicina está asociado a mayor satisfacción y seguridad por parte de los pacientes, adherencia al tratamiento, mejor salud emocional de los médicos y residentes, y menor riesgo de litigios (62) lo que hace que su aprendizaje sea imperativo para el desempeño de un buen intensivista.

La competencia comunicativa del intensivista

Esta es la competencia del profesionalismo más importante, dado que facilita la articulación de las demás competencias y la relación del intensivista con su entorno, permitiendo su adecuada interacción con el equipo de trabajo, así como con los pacientes y familiares. Engloba tanto la comunicación verbal como la no verbal que incluye al lenguaje corporal y al escrito (5) y además está estrechamente relacionada con la práctica reflexiva (autorregulación y autorreflexión) del médico (58). Puede ser definida como:

“La competencia comunicativa del profesional es la potencialidad que tiene el sujeto de lograr una adecuada interacción comunicativa a partir del dominio e integración en el ejercicio profesional de los conocimientos acerca del proceso de comunicación humana, habilidades comunicativas, principios, valores, actitudes y voluntad para desempeñarse en su profesión eficientemente así como para tomar decisiones oportunas ante situaciones complejas o nuevas, que faciliten el logro de los objetivos trazados o propuestos en diferentes contextos y en las dimensiones afectivo cognitiva, comunicativa y sociocultural”(página 3, 45)

Dentro de la UCI, la comunicación tiene un papel muy relevante, dado que hasta el 95 % de los pacientes se encuentran en un estado en el que no pueden comunicarse, siendo necesario pasar esta responsabilidad a la familia para la toma de decisiones. Un buen manejo de esta competencia permite mejorar el ambiente laboral, mayor satisfacción del paciente y familiares con mejor adherencia al tratamiento y mejoría de desenlaces (42). Adicionalmente una comunicación adecuada genera mayor satisfacción por parte de los familiares aún en estados de fin de vida o si el paciente fallece durante su estancia en la UCI (64).

En contraposición, estudios previos documentan que entre el 50 % y 71 % de las personas no entendieron ni el diagnóstico, el pronóstico, ni el plan de manejo de su familiar. El 20% de las quejas de los familiares son secundarias a los problemas de comunicación y 10% por la sensación de irrespeto igualmente asociado barreras en la comunicación (43,45). Dentro de las posibles causas en las barreras de la comunicación están el lenguaje, las diferencias culturales, el ambiente inapropiado y el estrés (65). Por lo que es muy importante brindar una información ajustada al nivel cultural del paciente y/o familiares, en un lenguaje entendible y verificar la comprensión de la misma (13).

El objetivo más importante de la comunicación es establecer y fortalecer de manera oportuna, la relación terapéutica, con el paciente, la familia y el equipo de trabajo, a pesar de las limitantes del tiempo y personal que tienen las unidades de cuidado intensivo (4,7). Esto se puede lograr a través de la recolección eficiente de información, la comunicación con el paciente y la familia y la comunicación con el equipo de trabajo (ver tabla 2) (2,4,6).

Tabla 2. Competencia comunicativa		
Referencia: Modificado de (2,4,6).		
CATEGORÍA	DEFINICIÓN	LISTA DE CHEQUEO
Habilidades interpersonales básicas	Demuestra respeto Genera bases para la relación terapéutica con el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta de forma amable • Se dirige al paciente/familia por el nombre • Permite que la familia exponga su preocupación principal en sus propias palabras • Realiza contacto visual • Permite que el paciente/familia terminen sus frases • No expresa opiniones durante la entrevista
Recolección eficiente de información	Como recolecta información en un ambiente crítico	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas adecuadas para la condición del paciente (tipo, longitud) • Usa términos entendibles • Dirige la entrevista con preguntas pertinentes para el caso • Mantiene registros precisos y legibles • Realiza una entrega de turno adecuada (concisa, clara y con planes determinados) • Asegura la continuidad del cuidado a través de la entrega de información clínica adecuada
Comunicación con el equipo de trabajo	Trabajo en equipo, habilidad de relacionarse con otros miembros, revalorar la condición del paciente, compartir el cuadro del paciente con otros colegas	<ul style="list-style-type: none"> • Comunica los planes del paciente al equipo y reconoce las preocupaciones • Colabora y consulta, promueve el trabajo en equipo • Verbaliza los requerimientos específicos a su superior • Presenta el caso a su superior: diagnóstico, historia clínica pertinente, examen físico, paraclínicos, intervenciones y condición actual • Apoya al equipo clínico fuera de la UCI para lograr un cuidado efectivo • Dirige el equipo para valorar la respuesta a la intervención • Supervisa y delega de forma apropiada el cuidado del paciente • Mantiene los límites profesionales (trabajo en equipo, cortesía, paciencia, modales)
Comunicación con el paciente y la familia	Habilidad de aconsejar y educar al paciente y a la familia. Revalorar la condición del paciente desde el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Le pregunta al paciente como se siente con la intervención. • Mantiene al paciente/familia informados de los resultados • Comunica el plan de cuidado al paciente/familia • Involucra a los pacientes (y/o familiares si aplica) en las decisiones del cuidado y tratamiento • Pregunta al paciente/familia si tienen preguntas • Demuestra respeto por las creencias culturales y religiosas y su impacto en la toma de decisiones. • Afrontar el conflicto y dar información respecto a planes de fin de vida • Respeta la privacidad, dignidad, confidencialidad y restricciones del uso de los datos del paciente • Mantiene los límites profesionales
Empatía	Reconocimiento y respuesta a la perspectiva y preocupaciones del paciente, demostrar comportamiento afectuoso	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce verbalmente la queja o dolor del paciente de forma inmediata. • Tranquiliza al paciente/familia • Toca al paciente en una forma tranquilizadora (si es culturalmente apropiado) • Verbaliza entender la perspectiva del paciente/familia respecto al cuidado de la patología. • Genera empatía y rapport, expresa compasión

Las habilidades interpersonales básicas hacen parte de la competencia comunicativa en cuanto son necesarias para la interacción con el equipo de trabajo, el paciente y los familiares y consiste en el adecuado manejo de la inteligencia emocional, comportamiento que puede ser aprendido. El docente que goza de habilidades interpersonales admirables es considerado un modelo a seguir para el aprendizaje de la comunicación (57,66), siendo esta la forma usual de aprendizaje de la competencia comunicativa. Dentro de estas habilidades interpersonales podemos igualmente resaltar la empatía como cualidad clave para lograr un adecuado trabajo en equipo y para transmitir la información a los familiares y a los pacientes.

Realizar una recolección eficiente de información implica adecuadas habilidades para entrevistar al paciente y a los familiares, principalmente demostrando empatía y un enfoque centrado en el paciente y no en la enfermedad, donde se permita que el paciente sienta que tiene el control de las respuestas, preguntar por su opinión y sugerencias, y responder a estas (5). Se recomienda asegurar la privacidad, sentarse, mantener mirada a la misma altura que el entrevistado, estar tranquilo, realizar preguntas abiertas, tolerar silencios cortos, usar el parafraseo para aclarar y asegurar entendimiento, dar una respuesta empática, explicar el plan de manejo al paciente de forma que la entienda y resolver las dudas permitiendo una adecuada recolección de información (5). Hay muchas técnicas de entrevista, dentro de las más utilizadas están el protocolo SPIKES [Ambientación (Setting), percepción (Perception), invitación (Invitation), conocimiento (Knowledge), empatía (Empaty), resumen y estrategia (Summarize and Strategy)], la guía de Calgary-Cambridge y el protocolo CLASS. La guía Calgary-Cambridge ha demostrado un gran éxito en aplicación para establecer una relación médico-paciente/familiar satisfactoria. Consta de 5 pasos: 1) Iniciar la entrevista explicando la razón de la misma, 2) Recolectar la información entendiendo la perspectiva del paciente, 3) Construir una relación, 4) Explicar las conductas a seguir, 5) cerrar la sesión (67). Otra técnica de entrevista es el protocolo CLASS por sus siglas en inglés para Contexto (Context), habilidades de escucha (Listening skills), reconocimiento y exploración de emociones (Acknowledgement), estrategia para el manejo (Strategy) y resumen de cierre (Summary).

La comunicación dentro del equipo de trabajo es vital para el adecuado funcionamiento de la unidad de cuidado intensivo, así como para mejorar los desenlaces en los pacientes (32,68); sin embargo, es un reto, considerando el nivel de estrés secundario a la importante carga laboral, la gravedad de los pacientes, el poco tiempo y la disponibilidad de personal, así como la coordinación de múltiples disciplinas en un solo plan para el paciente; siendo necesario un enfoque transaccional donde cada miembro del equipo sea consciente de la importancia de comunicar su opinión en aras de la mejoría del paciente (11).

Además de un adecuado trabajo en equipo, es primordial poder comunicar la evolución del paciente y los planes con sus familiares para lograr una relación de confianza con estos y disminuir la morbimortalidad. Estudios previos realizan recomendaciones en cuanto a la optimización de los canales de comunicación con familiares como crear planes de cuidado anticipatorios, comunicación centrada en el paciente, preparar para posibles complicaciones y realizar manejo del duelo anticipatorio (38).

Enseñanza y evaluación de la comunicación en cuidado intensivo

Aunque esta competencia puede ser enseñada y aprendida, hoy en día hay un déficit en su instrucción siendo relegado al currículo informal o al oculto, sin adecuada estructura (69). Para lograr intensivistas con una competencia comunicativa satisfactoria, la enseñanza debe ser intencional y explícita, debe especificar el rol del residente, mantener un compromiso activo por parte del residente, establecer una relación de confianza con el docente partiendo de lo conocido, promover la autonomía del residente, tener en cuenta el nivel de madurez profesional de cada residente y ser coherente con el resto del currículo (48). Adicionalmente, se debe exponer desde el principio la forma de evaluación y los procesos para remediar los comportamientos inadecuados (70).

Dentro de las estrategias más importantes para su aprendizaje, están la figura del rol model y la práctica reflexiva basados en una adecuada realimentación donde se demuestran las atribuciones y comportamientos del profesionalismo mediante la interacción con pacientes, estudiantes, colegas y con el equipo de salud en el marco de un ambiente de aprendizaje reflexivo y una cultura institucional adecuados (15,20,21,23,57,66,71). Además, puede optimizarse mediante las discusiones de caso, autorreflexión o metacognición, discusiones en grupo, simulación, aprendizaje por equipos, incidente crítico, etc. Se ha demostrado, además que no es necesario un tiempo prolongado de enseñanza para estimular estas competencias, pueden darse en sesiones únicas como durante los turnos nocturnos (72).

Para evaluar la comunicación dentro del profesionalismo se han utilizado escalas como la observación directa por mini-CEX, P-MEX, valoraciones de 360 grados (73), simulaciones como el OSCE y actividades de enseñanza o investigación con muy buenos resultados en la integración de estas competencias en la vida profesional del intensivista (36,37,57,74–76)

Oportunidades de aprendizaje de la comunicación cuidado intensivo

Encontrar escenarios educativos adecuados dentro de la práctica de las residencias médicas ha sido un reto dado la carga asistencial, principalmente respecto al horario laboral, donde las jornadas excesivas generan alteraciones en el sueño, con posterior menor aprendizaje, mayor agotamiento y una alteración en el bienestar de los residentes (77–80). Por lo que desde el 2011, a nivel mundial inician las regulaciones en las jornadas asistenciales para los residentes. En Estados Unidos, el Consejo de Educación Médica para Graduados

(ACGME) ordena jornadas de máximo 16 horas para residentes de primer año y de 24 horas para los demás (81). En Colombia se realiza la reglamentación mediante el parágrafo 1 de la Ley de 1917 del 2018, donde se ordena una jornada máxima de 12 horas por turno y de 66 horas por semana, incluyendo las actividades académicas e investigativas (46).

A partir de entonces, se han documentado tanto beneficios como inconvenientes con la restricción horaria. Algunos estudios han reportado una mejoría la percepción del aprendizaje, la calidad de sueño y el bienestar del residente (82); así como, la calidad de atención al paciente y la disminución de eventos adversos o errores médicos (78,83). Sin embargo, otros no revelan cambios en el desempeño del personal o en la seguridad, estancia o mortalidad de los pacientes (47,84,85).

Por otra parte, se ha documentado que la restricción horaria puede generar efectos negativos en los residentes, menor sentido de responsabilidad hacia los pacientes dado menor continuidad y por consiguiente, menor aprendizaje, disminución de habilidades y aumento de eventos adversos (47,79,86). Adicionalmente hay menor exposición clínica, menor contacto con los docentes generando menos oportunidades de aprendizaje, así como también se ha demostrado que altera de forma negativa el entorno de aprendizaje tanto por parte de los especialistas como los residentes (87)

Por todo esto es imperativo aprovechar el tiempo asistencial para el aprendizaje situado en el paciente con la interacción presencial facilitador - aprendiz y esto necesariamente debe incluir a los turnos nocturnos.

Los turnos nocturnos en la unidad de cuidado intensivo

La mayoría de los pacientes que ingresan a la unidad de cuidado intensivo lo hacen durante la noche o fines de semana (50 a 70%). Adicionalmente hay un especialista presente de forma permanente que permite una interacción valiosa con el residente, así como una adecuada supervisión (52); en oposición a un mayor número de residentes durante el día. Durante los turnos no suelen haber actividades administrativas por lo que pueden dedicar mayor tiempo al paciente y a actividades interdisciplinarias en la UCI (control de la ventilación mecánica, cambios de posición, entre otros) (88). Además, se ha encontrado un mayor enfoque en habilidades de enseñanza efectivas como el razonamiento clínico durante el ingreso de un paciente o durante la comunicación efectiva con paciente, familia y equipo de trabajo (53). Siendo los turnos nocturnos espacios que

otorgan una mayor responsabilidad, independencia y sensación de confianza a los residentes, son una oportunidad valiosa como ambientes de aprendizaje (51,89). En una encuesta realizada a residentes de medicina interna de Reino Unido, respecto a los turnos nocturnos, el 92% consideraba mejoraban su entrenamiento, el 90% que mejoraban su habilidad en la toma de decisiones y el 88% que mejoraban su capacidad de planeamiento y priorización (54). Por otra parte se ha encontrado un mayor aprendizaje de habilidades durante la noche como: realizar una historia clínica, valoración prioritaria del código azul y reanimación cardiopulmonar (52), realizar diagnósticos diferenciales, toma e interpretación de gases, realizar accesos vasculares y manejo de la muerte del paciente (90). Además, el 85% refiere que ganó habilidades durante el turno nocturno que no hubiese ganado durante el día (54). Sin embargo, no encontramos en la literatura, documentos que hagan referencia respecto al aprendizaje de la competencia de la comunicación durante los turnos nocturnos en cuidado intensivo.

En contraposición, los turnos nocturnos tienen algunos inconvenientes. Los especialistas que trabajan durante la noche no suelen tener vinculaciones docentes con la universidad y no están preparados para ejercer como docentes (solo un 38% ha demostrado formación en educación o supervisión) (83). También suele haber mayor carga laboral y/o menor recurso humano que limita o elimina el tiempo protegido para la educación (91,92). Adicionalmente los turnos nocturnos sin adecuada supervisión no permiten la adecuada adquisición de competencias como comunicación de planes de manejo, respeto y confianza profesional, trabajo en equipo y responsabilidad por parte del paciente (51).

Se considera que, si los residentes dejasen de hacer turnos, bajo adecuada supervisión, se perderían una cantidad significativa de oportunidades de experiencia y entrenamiento, por lo que debe orientarse de forma que haya mayor productividad tanto para el especialista como el residente y se mantenga un balance entre la seguridad del paciente, la autonomía del residente y las oportunidades de aprendizaje.

Para lograr esto se han implementado políticas con el objetivo de brindar una mayor continuidad en el cuidado del paciente, una mayor reflexión sobre las enfermedades de los pacientes y sus planes de manejo, una mayor de responsabilidad por parte del residente y una retroalimentación y evaluación oportuna por parte del especialista mediante las siguientes estrategias, mediante las siguientes estrategias: Primero, los especialistas que trabajan en la noche deben tener formación en educación y se debe premiar una adecuada enseñanza.

Segundo se debe realizar máximo un turno nocturno semanal tanto para residente como especialista para evitar mayor interferencia con las actividades del día. Tercero, procurar mayor personal durante la noche para que no haya sobrecarga laboral. Cuarto, procurarse alta calidad en la enseñanza sin limitar la autonomía del residente. Quinto, no tener más de dos residentes por especialista en cada turno y asegurar la supervisión permanente por parte del especialista (51,53,93).

Hasta la fecha existen escasos estudios respecto al aprendizaje de las competencias del profesionalismo durante los turnos nocturnos (72), aunque hay indicios respecto a una mayor oportunidad de enseñanza y valoración de los residentes durante la noche, además de mayores oportunidades de interacción con paciente, familiares y equipo de la UCI, por lo que es un buen escenario para aprender no solo la competencia de la comunicación sino un modelamiento del profesionalismo enmarcado en un currículo (52,72).

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

Enfoque metodológico

La investigación se desarrolló bajo un enfoque de investigación acción participativa donde los residentes, en conjunto con los investigadores, evalúan y reflexionan sobre los turnos nocturnos con el objetivo de encontrar las experiencias respecto a la competencia comunicativa del intensivista e identificar que actividades la facilitan, así como las barreras que encuentran para su aprendizaje mediante la metodología de fotovoz. El objetivo es buscar colectivamente soluciones a los posibles retos para la enseñanza y el aprendizaje de la competencia comunicativa del intensivista aprovechando el tiempo de los turnos nocturnos.

La investigación participativa fue creada por Reginald Revans y Kurt Lewin en 1982. Se basa en las teorías del aprendizaje experiencial (Kolb, 1984), del pensamiento reflexivo (Dewey, 1989), del aprendizaje situado en comunidades (Lave y Wenger, 1991) y del aprendizaje crítico en contexto social (Paulo Freire, 1969). Consta de un enfoque de investigación social de mirada crítica, en el que los participantes cambian su rol pasivo a ser actores en su comunidad, permitiendo de esta forma combinar el autodesarrollo con la reflexión, observación e interpretación de las consecuencias de una acción individual y colectiva para generar cambios en un sistema o situación, no solo para lograr un aprendizaje colectivo sino para generar un cambio social (94). Por lo que tiene como características que es cíclica, recursiva, participativa y cualitativa (95).

Ha sido utilizada en múltiples escenarios de educación médica para generar cambios como el desarrollo e implementación de intervenciones en educación, desarrollo de currículo y educación del personal (96). Por ejemplo, mejorar el aprendizaje de la competencia comunicativa en los estudiantes de medicina mediante simulación (50), mejorar la enseñanza y aprendizaje del razonamiento clínico (97), identificar las barreras y acciones de mejora para la práctica con población vulnerable (56), generar conciencia de los retos y oportunidades de un currículo longitudinal integrado en contraposición con el tradicional de Flexner durante el internado en medicina (98) o para encontrar estrategias que optimizan el aprendizaje por competencias durante la residencia (48).

Algunas de las estrategias de recolección de información dentro de la investigación participativa son el uso de arte, videos, mapas, dibujos fotos o actuación para documentar la vida diaria, como una herramienta educativa

y para reflejar las necesidades en un contexto social, con resultados prácticos que promueven el diálogo e incentivan a la acción y/o políticas de cambio (99).

Selección de participantes

Los participantes fueron seleccionados al cumplir el criterio de ser residentes de cuidado intensivo de la institución de interés. Se escogieron los participantes del universo de residentes de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo de una Clínica de cuarto nivel, quienes realizan turnos nocturnos en la UCI de esta Clínica de forma paralela a su programa de posgrado durante los cuatro años de residencia. Del total de 28 residentes, 14 accedieron a participar y asistieron a la primera y segunda fase del estudio; sin embargo 5 residentes se retiraron antes de la tercera fase aludiendo sobrecarga respecto a sus obligaciones personales, por lo que la fase III y IV se realizó con 9 residentes. De estos un residente es de cuarto año, dos de tercer año, uno de segundo año y cuatro de primer año. En la fase IV un residente no participó dado se graduó del programa antes de la socialización del estudio. Se les otorgaron seudónimos para proteger su identidad durante el desarrollo de la investigación (ver tabla 3)

#	Pseudónimo	Año de residencia	Fase I	Fase II	Fase III	Fase IV
1	Pepe	Primero	X	X	X	X
2	Alma	Primero	X	X	No	X
3	Emma	Primero	X	X	X	X
4	María	Primero	X	X	X	X
5	Dulce	Primero	X	X	X	X
6	Nina	Primero	X	X	No	X
7	Daki	Primero	X	X	X	X
8	Juan	Primero	X	X	No	X
9	Roberta	Segundo	X	X	X	X
10	Ania	Tercero	X	X	X	X
11	Simón	Tercero	X	X	X	X
12	Paola	Tercero	X	X	No	X
13	Laura	Cuarto	X	X	X	X
14	Xime	Cuarto	X	X	No	No

Recolección de información

Dentro de la investigación participativa ha tenido gran acogida el registrar los datos mediante fotos, particularmente el fotovoz, creado por Caroline Wang y Mary Ann Buris en 1994; este método se basa en la teoría feminista, en la pedagogía crítica (Paulo Freire) y en los principios de la fotografía. La teoría feminista explora las estructuras sociales y políticas que llevan a la opresión dentro de las experiencias de la cotidianidad. Mientras que la pedagogía crítica de Paulo Freire sitúa a los estudiantes y profesores como colegas mediante la creación del conocimiento colaborativo y co-creado mediante la introspección y el diálogo, para llegar a la conciencia crítica de la responsabilidad personal buscando un cambio en la realidad. Y finalmente, la tercera teoría, principios de la fotografía, nos enseña como las imágenes son significados de la cultura que exaltan las expectativas de los individuos y grupos y, obtienen su significado dentro del contexto en el que son descritas. Esto depende de las premisas culturales y el conocimiento de quien las toma (100).

El fotovoz puede ser entendido con el acrónimo VOICE: Voicing Our Individual and Collective Experience (darle voz a nuestra experiencia individual y colectiva), facilitando la expresión de ideas, emociones y preocupaciones de la vida diaria, y así generar una discusión crítica de experiencias y/o conceptos, permitiendo un mayor empoderamiento por parte de los participantes y la búsqueda de cambios en las políticas de la comunidad (101,102). Además, promueve un trabajo colaborativo y el aprendizaje basado en el dialogo entre el investigador y los participantes (99,103,104).

Para que el fotovoz sea parte de la investigación participativa, requiere valorar las necesidades, realizar un mapeo y una evaluación, producir fotografías que reflejen las fortalezas y preocupaciones, realizar una interpretación colectiva y generar una acción permitiendo el empoderamiento de los participantes (100). Este empoderamiento incluye cuatro tipos de accesos: al conocimiento, a la toma de decisiones, al trabajo colaborativo y a los recursos dirigidos al mejorar una situación de la vida diaria que consideren importante (99). El análisis de estas imágenes en grupos focales se da mediante una investigación inductiva al realizar la interpretación de los hallazgos (como suplementos a un dialogo contextualizado) y conlleva a la reflexión tanto personal como colectiva de las situaciones mediante un análisis temático, permitiendo identificar los puntos cruciales y proponer cambios positivos para la comunidad (104,105), en nuestro caso para mejorar la enseñanza de la competencia comunicativa del intensivista durante los turnos nocturnos.

Existen limitantes dentro del fotovoz que deben tenerse en cuenta al momento de su análisis, como son el sesgo en el objetivo de la foto, en el registro (autocensura, estética sobre objetivo) y en la interpretación de la foto. Dentro del sesgo en el objetivo de la foto podemos tener los extremos en que se pierda el objetivo del registro fotográfico o que haya demasiadas condiciones que limiten al participante a dar su punto de vista, por lo que debemos buscar un balance durante el proceso (106). Adicionalmente encontramos el sesgo de la autocensura influida por la comunidad, donde el participante toma decisiones conscientes de que imágenes tomar y ser cautos en cuanto al significado de estas imágenes sobre su vida diaria como en el caso de las presiones del círculo social o el autoconcepto. En algunos casos la estética de la foto puede sobrepasar la historia que cuenta, debe enfatizarse en que las historias detrás de las imágenes son más importantes y deben regir lo que la cámara capta, procurando mantener el pensamiento crítico entre los participantes. Respecto a la interpretación puede haber una interpretación de la realidad inadecuada, considerando que las imágenes son polisémicas y pueden tener múltiples interpretaciones por lo que es deben siempre revisarse los objetivos, valorar el contexto de la imagen y analizarla bajo un pensamiento crítico (107). Es importante mantener una adaptación flexible a las circunstancias que da el contexto social, pero al mismo tiempo, encausar la contribución del participante manteniendo una reflexión y pensamiento crítico consonante a los objetivos de la investigación (108).

Hay pocos estudios cualitativos de fotovoz dentro del campo de la educación médica, aunque están en aumento (107). En la Universidad de Michigan en 2003 se realizó un estudio donde los estudiantes de último año documentaron mediante fotovoz, los valores profesionales respecto al trabajo con poblaciones vulnerables, la falta de personal y la calidad de vida y los retos de cuidar pacientes con múltiples comorbilidades. Realizaron una presentación en la Universidad buscando mejorar el currículo del último año de medicina (109). Se han usado las representaciones gráficas en la educación médica, como la realización de comics para explorar la formación profesional de los estudiantes de medicina mediante la autorreflexión, creatividad y comunicación. Este permitió reflexionar respecto al desarrollo de identidad profesional, darle voz a los estudiantes respecto a sus preocupaciones y describir que experiencias permiten el desarrollo de esta identidad, mejorando su empatía, comunicación verbal y no verbal tanto con pacientes como con colegas, razonamiento clínico y conciencia del sesgo médico (110). Otro escenario son los dibujos junto a entrevistas semiestructuradas para explorar los factores que favorecen el aprendizaje autorregulado de los estudiantes de medicina, como son las oportunidades

de aprendizaje, establecimiento de metas, autorreflexión y manejo de emociones (97,111); así como para el manejo de las respuestas emocionales en situaciones complejas por parte de los estudiantes de medicina (112). También ha sido usado por estudiantes de medicina para mejorar las condiciones de salud en su comunidad (56,113). Igualmente se ha aplicado al campo de enfermería donde se ha usado el fotovoz para explicar la resiliencia en la práctica diaria como un proceso dinámico y con necesidad de soporte en creencias personales y social (114).

La recolección de la información se realizó cinco fases respondiendo a la metodología expuesta así: 0) Presentación de protocolo a comités de investigación y ética, 1) Taller de contextualización y aspectos éticos, 2) Discusión de las fotografías tomadas y construcción de narrativas, 3) Análisis y elaboración de categorías y 4) Presentación de resultados ante tomadores de decisión (113,115) (Ver anexo 1. Guía metodológica y figura 2). Adicionalmente se manejó un presupuesto y cronograma descrito en el anexo 2.

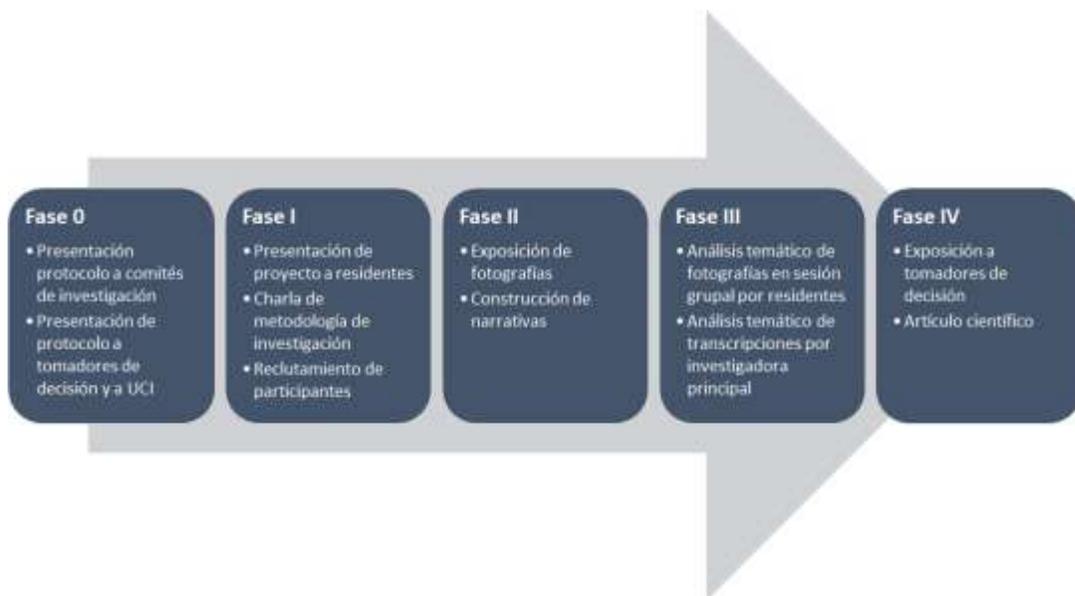


Figura 2. Flujograma de fases de la investigación

Fase 0: Aprobación y acuerdos del protocolo con el comité de ética de la institución

Antes de iniciar el reclutamiento, se presentó la propuesta de investigación al comité de investigación y ética de la institución de interés; allí se acordaron decisiones sobre la toma de fotografías para cuidar a profesionales y pacientes y no interferir en la labor clínica durante los turnos. Dentro de estas decisiones se establecieron los criterios éticos para la toma y el uso de las fotografías durante el estudio (ver criterios éticos) con la posterior aprobación del protocolo por parte de los comités.

Seleccionar y reclutar una audiencia objetivo de tomadores de decisiones: De igual forma se presentó el protocolo de investigación a los tomadores de decisiones, siendo los jefes del programa de Cuidado intensivo a cargo de la Unidad de cuidado intensivo de una clínica de cuarto nivel, a quienes se informó como fue el desarrollo de la investigación, así como la presentación de los resultados.

Fase 1: Taller de contextualización y aspectos éticos: Esta primera fase se realizó mediante una reunión virtual por Zoom® donde se explicaron los siguientes puntos:

a. ***Reclutar un grupo de participantes para el fotovoz:*** Una vez identificado el universo de los residentes del programa de Medicina Crítica y Cuidado intensivo, se realizó una infografía (ver anexo 3) invitando a asistir de manera virtual a esta primera reunión donde se explicarían los objetivos del proyecto, su metodología y criterios éticos y se invitó a participar de forma voluntaria mediante una afirmación por correo y la firma de los consentimientos informados.

b. ***Explicar la metodología del fotovoz a los participantes y facilitar la discusión grupal respecto a las cámaras, poder y ética:*** En esta primera reunión se construyó de forma participativa una definición colectiva de comunicación dentro del profesionalismo del intensivista. Se analizó la metodología de la investigación acción participativa y del fotovoz y se tomaron decisiones grupales basadas en reflexiones respecto a la toma de fotografías de forma ética mediante la respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las formas aceptables de tomar una foto?, se expuso no tomar fotografías a las personas implicadas en la experiencia o a cualquier elemento que permita su identificación, se indicó tomar fotografías representativas de la experiencia. ¿cuándo no tomar las fotos?, ¿qué implicaciones tiene el compartir las fotos y por qué no hacerlo?, ¿qué criterios se usarán para evaluar las fotos? Se explicó que las fotografías fueron de uso exclusivo para la investigación

actual, y debían enviadas a un correo específico para esta investigación donde la investigadora principal realizó el chequeo de los aspectos éticos de las fotografías y las que no cumplieren fueron eliminadas de forma inmediata y se avisó al residente para su corrección.

Se repasó una lista de chequeo respecto a los aspectos éticos, al final de la reunión y fue enviada en forma de documento para la toma de las fotografías con la siguiente información.

- La fotografía representa una situación en la que observo un elemento facilitador o barrera del aprendizaje de la comunicación en UCI.
- La fotografía no incluye a los autores de la situación original ni a ningún elemento que permita su identificación.
- La fotografía fue realizada dentro de las instalaciones de la Clínica Shaio en tanto representa la situación objetivo y no tiene ningún elemento que permita la identificación de los participantes de la situación original.
- La fotografía fue realizada fuera de las instalaciones de la Clínica Shaio en tanto representa la situación objetivo y no tiene ningún elemento que permita la identificación de los participantes de la situación original.
- La fotografía se realizó en un contexto significativo el cual se explica en el pie de foto.
- La fotografía tomada dentro del contexto del estudio será de uso exclusivo para el mismo y solo la investigadora principal podrá socializarla una vez corrobore el cumplimiento de los criterios éticos, la registre y codifique para el estudio.
- La fotografía será utilizada exclusivamente para los propósitos del estudio actual.

c. ***Obtener consentimiento informado:*** Durante la reunión se explicaron los tres tipos de consentimiento informado a realizar: el primero respecto a la participación en el estudio, el segundo para sujetos que fueran actores de las fotografías y el tercero el consentimiento para publicación de imágenes en artículos de

investigación y exposiciones académicas. Estos incluyeron las actividades y su significado, los riesgos potenciales y beneficios, la participación voluntaria y posibilidad de retirarse. Al finalizar la reunión se solicitó a los residentes interesados en participar en el estudio escribir un mensaje al correo dqinvestigacion@gmail.com, en respuesta al cual se enviaron los consentimientos informados para su firma. Se recogieron todos los consentimientos de participación y se firmaron los de representación e imágenes a publicar según el caso (ver anexos 4, 5 y 6)

d. **Exposición del tema para tomar fotos:** Se enfatizó en la explicación sobre los objetivos del estudio para tener en cuenta las experiencias respecto al aprendizaje de la competencia comunicativa del intensivista durante los turnos nocturnos.

e. **Equipo para toma de fotografías:** Se explicó el uso de la cámara de los celulares de cada participante.

f. **Marco de tiempo para que tomen las fotos:** Se dio un tiempo de 1 mes para la toma y envío de fotografías, así como para la programación de la segunda fase o reunión para su discusión.

Fase 2: Discusión de las fotografías tomadas y construcción de narrativas:

La segunda reunión se realizó al completar la recolección de fotografías y corroborar con los participantes la ausencia de fotografías adicionales, bajo la recomendación de realizar dos fotografías por residente. Esta reunión se realizó de forma virtual mediante Zoom®. Inició con un repaso respecto a la metodología, los criterios éticos de la recolección de información y la referencia de las razones por las que se eliminaron dos fotografías. Durante el desarrollo de la reunión se aplicó la técnica SHOWeD para la construcción de narrativas (116) recomendada Wang y Buris para fotovoz (99), la cual consisten en: 1) ¿Qué se puede ver aquí? 2) ¿Qué es lo que realmente está pasando?, 3) ¿Como se correlaciona con nuestro aprendizaje?, 4) ¿Porque existe esta situación (preocupación o fortaleza) ?, 5) ¿Qué podemos hacer al respecto? Una vez se construyó la narrativa de cada fotografía se realizó un documento resumen para que cada residente realizará un análisis de estos y se dieron pautas para el inicio de la tercera fase mediante preguntas para el análisis temático.

Fase 3: Análisis y elaboración de categorías:

Previo a la reunión de la Fase 3, se entregó un documento con el resumen de las narrativas de la Fase 2 asociado a unas preguntas orientadoras: 1) Organizar las fotografías en temas en común y nombrar la categoría, por ejemplo: las fotos 1, 2 y 3 pertenecen a la categoría “Establecer los objetivos del turno”. Analizar por qué se realizó esta agrupación. 2) Organizar las categorías en orden de recurrencia durante los turnos (más a menos frecuente) y según grado de relevancia (más a menos importante para mí desarrollo como residente). 3) Establecer relaciones entre los temas en común: causal, contraria, etc. 4) Respecto a las categorías de los facilitadores, ¿cómo podemos hacer que estas experiencias sean más frecuentes? 5) Respecto a las categorías de las barreras, que acciones de mejora propones.

En esta tercera fase se realizó el análisis temático en dos partes, una fase A realizada por los residentes a partir de las fotografías con sus narrativas y una fase B realizada por la investigadora principal donde se tomaron las transcripciones de todas las reuniones y las carteleras realizadas por los residentes y se cotejaron los resultados con las categorías encontradas en la literatura (ver análisis de la información).

Fase 4: Presentación de resultados ante tomadores de decisión:

Una vez se realizó el análisis temático de los resultados, se creó una exposición y una infografía respecto a las experiencias facilitadoras, sus características y formas de reforzarlas; así como de las experiencias consideradas barreras para el aprendizaje de la comunicación. Los residentes decidieron que la investigadora principal realizará la exposición como representante de ellos y expusiera las propuestas de mejora. Se realizó una reunión de metodología mixta, virtual y presencial con los tomadores de decisión, los docentes a cargo de los turnos nocturnos y los residentes del programa de cuidado intensivo que permitió socializar los resultados del estudio y realizar un análisis conjunto con los tomadores de decisión. Se escogieron cuatro de las propuestas para su implementación: buzón de realimentación, actividades de integración, currículo visible para los docentes de la noche y creación de un plan durante el turno. Los cuales se implementarán de forma progresiva durante el siguiente semestre.

ANÁLISIS DE DATOS.

Como se explicó anteriormente, el proceso analítico por su carácter participativo tuvo dos momentos, un análisis A y B, los cuales se realizaron siguiendo las seis recomendaciones de Braun y Clarke (117) (ver tabla 4)

Tabla 4. Análisis temático (Braun & Clarke, 2006)	
Pasos de análisis temático	Pasos analíticos del estudio actual
Familiarizarse con la información	Se realizó la transcripción de la información con un adecuado nivel de detalle y las transcripciones fueron revisadas contra las grabaciones de forma precisa por parte de la investigadora principal. La investigadora principal leyó todas las grabaciones múltiples veces y anoto de forma separada los precódigos considerados.
Generar los códigos iniciales	La investigadora principal discutió con los participantes las narrativas de las fotografías y en la reunión de fase III se encontraron los patrones de los temas relevantes como reflexiones iniciales, como códigos iniciales de la FASE A del análisis. Los temas no fueron generados de unos pocos ejemplos vívidos (Aproximación anecdótica), sino por un proceso de codificación minucioso, inclusivo y comprensivo.
Buscar los temas	Los códigos se dividieron en temas y subtemas, se revisaron las diferencias entre los conceptos de cada participante y se discutieron los temas y subtemas según los objetivos del estudio.
Revisar los temas	Los temas de revisaron de forma crítica y se cotejaron con los temas encontrados en la literatura para buscar patrones de similitud. Se revisaron nuevamente las grabaciones para asegurar que todos los temas fueron capturados durante el proceso analítico. Se brindó suficiente tiempo para completar todas las fases del análisis de forma adecuada sin apresurar una fase o darle un repaso somero. Además de realizó una revisión periódica por parte de los pares académicos así: una vez al finalizar la reunión de cada fase y otra vez para el análisis de las transcripciones. Igualmente se realizaron revisiones posteriores durante el análisis temático, manteniendo los criterios éticos y de rigor. Así mismo para la redacción y correcciones finales del documento.
Definir y nombrar los temas	La investigadora discutió con los participantes para definir y precisar los temas relevantes para la pregunta de investigación. Aplicando los nombres relevantes que describieran cada tema.
Generar un reporte	Se discutió entre la investigadora principal, participantes y tutoras respecto a los temas y como serían presentados finalmente.

Análisis Fase A: Se realizó la tercera reunión de forma presencial dado todos los participantes del estudio completaron las dos dosis de la vacuna Pfizer® y se constató la posibilidad de realizar reuniones presenciales entre personas vacunadas según las guías de la OMS para entonces. Durante esta reunión el grupo se dividió en dos equipos a quienes se entregaron las mismas fotografías con las narrativas realizadas en la fase II de fotovoz, para que realizaran carteleras donde expusieron los facilitadores, las barreras y las estrategias a recomendar. Una vez expuestos, se definieron los códigos iniciales preguntando ¿sobre qué temas hemos discutido en este grupo de fotos? y posteriormente se acordaron las categorías que fueron plasmados en estas carteleras por parte de los residentes.

Análisis Fase B: Posteriormente la investigadora principal realizó un análisis temático buscando presentar las historias y experiencias recolectadas por los participantes lo más precisamente posible para generar los temas

que capturaron lo importante de la información y representaron un significado en relación con la pregunta de investigación siguiendo los seis puntos recomendados expuestos previamente (117).

Se analizaron los siguientes datos:

- Transcripción de la sesión grupal I de definición de competencia comunicativa del intensivista.
- Transcripción de la sesión grupal II de discusión de las fotografías y construcción de narrativas.
- Transcripción de la sesión grupal III análisis participativo
- Las fotografías (#22) y carteleras (#4) con agrupaciones de fotos y códigos. La codificación definitiva que se presenta en la tabla que muestra el análisis inductivo del proceso (ver tabla 5).

Dentro del protocolo de investigación se definieron unos temas a priori encontrados en la literatura que no fueron expuestos a los participantes para permitir que emergiera un análisis inductivo en la fase participativa. Estos temas fueron usados para el análisis temático de la fase B realizado por la investigadora principal:

- Principios básicos de la comunicación
 - Habilidades interpersonales básicas
 - Recolección de información en ambiente crítico
- Interacción con paciente y familiares:
 - Reunión con los familiares para discusión de metas y planes de tratamiento
 - Habilidad para aconsejar y educar al paciente y a la familia
 - Reconocer la perspectiva de las preocupaciones del paciente y familiares
 - Tranquilizar al paciente o familiares
 - Generar empatía o rapport con el paciente o familiares
 - Discusión de incidentes con pacientes y/o familiares
 - Afrontar el conflicto y dar información de fin de vida con paciente y familiares
- Comunicación con el equipo de trabajo
 - Relación con otros miembros de equipo
 - Comunicar cuadro clínico del paciente con otros colegas

- Afrontar el conflicto y dar información de fin de vida con el equipo de trabajo

CRITERIOS DE RIGOR.

Los criterios de rigor permitieron valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos (118–120).

- Revisión con los participantes (member checking): Se corroboró la autenticidad entre la realidad y los datos recogidos con las percepciones de los participantes en la investigación. En cada sesión se verificó que los productos obtenidos fueron los que reflejaron las ideas y propuestas de los residentes, además los participantes revisaron y ajustaron los resultados finales y decidieron como presentarlos.
- Aplicabilidad (transferencia): Se llevó un registro acucioso de la información mediante la grabación y un diario de campo. Además, se realizaron varias presentaciones del material mediante diagramas integrativos (carteleros) que explicaron los pasos y las decisiones que se tomaron desde el inicio del estudio hasta su interpretación final.
- Consistencia (dependencia): Se realizaron reuniones con pares (peer debriefing) donde se realizó un análisis reflexivo riguroso y una descripción detallada de los avances para identificar puntos ciegos o con demasiada intensidad.
- Relevancia: Siendo parte de la investigación acción participativa, el objetivo final fue una exposición para los responsables de la modificación del currículo del programa de cuidado intensivo y poderlo aplicar a los turnos nocturnos dentro de una unidad de cuidado intensivo, buscando contribuir a la enseñanza de la competencia de la comunicación dentro del profesionalismo del intensivista y cultivar el camino para las demás competencias.
- Adecuación (concordancia teórico-epistemológica): Existe una adecuada concordancia entre el objetivo del estudio y la metodología de recolección, análisis y presentación de datos.

Los anteriormente descrito permitirá que el investigador externo pueda examinar todo el proceso de la investigación, asegurando los criterios de rigor.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La investigación se realizó de forma apropiada protegiendo los intereses y el bienestar de los participantes, teniendo en cuenta (106):

- Beneficios: Permitió la reflexión sobre la práctica de habilidades comunicativas durante los turnos nocturnos y se propusieron actividades para ajustar o replicar las experiencias que permiten el aprendizaje de la comunicación.
- Confidencialidad: La información atribuida a cada participante fue totalmente confidencial, todos los participantes firmaron el consentimiento de participación y se firmaron los otros dos consentimientos según cada caso y necesidad (**ver anexo 2, 3 y 4**):

a) Por parte del participante: Basado en los principios de respeto, beneficencia y justicia se incluyó: 1) La definición y metas del fotovoz. 2) La duración de cada sesión, el número de sesiones, como se realizarán y su grabación. 3) Se explicó el uso específico para las imágenes con el propósito exclusivo de esta investigación (ver guía metodológica donde se encuentra el instructivo) y se entregó el instructivo de forma física tipo lista de chequeo que aseguró el cumplimiento de los criterios éticos de cada fotografía. 4) La participación voluntaria y derecho de retracto. 5) No costos para el participante. 6) Se explicaron los posibles riesgos al tomar fotos, como manejarlos y los criterios de exclusión para descartar las fotos. 7) Beneficios en cuanto a los hallazgos. 8) Nombre y teléfono de los líderes de la investigación.

b) Conocimiento y consentimiento: No se registró mediante fotografía las personas implicadas en la experiencia de interés. Se realizaron fotografías de objetos o espacios que representaron la situación importante para el residente o en algunas oportunidades se realizaron representaciones con actores en los cuales no se identificaron los personajes originales mediante el cumplimiento de la siguiente lista de chequeo:

- La fotografía representa una situación en la que observo un elemento facilitador o barrera del aprendizaje de la comunicación en UCI.

- La fotografía no incluye a los autores de la situación original ni a ningún elemento que permita su identificación.
 - La fotografía fue realizada dentro de las instalaciones de la Clínica Shaio en tanto representa la situación objetivo y no tiene ningún elemento que permita la identificación de los participantes de la situación original.
 - La fotografía fue realizada fuera de las instalaciones de la Clínica Shaio en tanto representa la situación objetivo y no tiene ningún elemento que permita la identificación de los participantes de la situación original.
 - La fotografía se realizó en un contexto significativo el cual se explica en el pie de foto.
 - La fotografía tomada dentro del contexto del estudio será de uso exclusivo para el mismo y solo la investigadora principal podrá socializarla una vez corrobore el cumplimiento de los criterios éticos, la registre y codifique para el estudio.
 - La fotografía será utilizada exclusivamente para los propósitos del estudio actual.
- c) Consentimiento informado respecto a la publicación de las imágenes seleccionadas en el artículo científico producto de esta investigación: Se seleccionaron las fotografías a publicar en la Fase IV, así como en el artículo científico y se realizó la firma de consentimiento para publicación de estas.

Ninguna de las fotografías registró a los participantes de la experiencia original ni ningún elemento que permitiera su identificación. Todas las fotografías registradas para el estudio fueron enviadas al correo descrito en la Fase I y seleccionadas por la investigadora principal bajo los criterios éticos, previo a su exposición en la fase II. Posteriormente fueron descargadas al computador de la investigadora y borradas del correo. Finalmente fueron descartadas al terminar el estudio. Cualquier fotografía que no fue registrada y codificada para este estudio exonera de cualquier responsabilidad a la investigadora principal respecto a su uso.

Se realizó registro de cada reunión de cada fase, las fases I y II se registraron mediante zoom y la fase III fue presencial, pero se grabó igualmente en zoom. Se digitalizaron las grabaciones y se realizó una transcripción

inicial por una persona ajena al estudio. Posteriormente la investigadora principal reviso las transcripciones al tiempo con las grabaciones verificando la correspondencia. Los documentos digitados solo fueron analizados por la investigadora principal, los participantes y los pares expertos (tutores). Se realizó el análisis temático y solo se expuso al público los resultados y propuestas escogidas por los residentes. Se explicó a todos los participantes que es una investigación sin ánimo de lucro. El estudio solo se realizó con pacientes adultos, no hay contacto ni menores de edad en esta UCI.

- Riesgos: Los riesgos del presente estudio fueron las posibles alteraciones en las relaciones de poder y el potencial de alteración en el clima de trabajo de los residentes, los cuales fueron manejados así:
 - Relaciones de poder entre la investigadora principal y los residentes: se crearon ambientes de confianza y se habilitó la posibilidad de enviar las fotografías y las narrativas de forma anónima; sin embargo, todos los residentes participaron de forma activa.
 - Potencial afección en el clima de aprendizaje: se realizó una charla previa al grupo de trabajo de la UCI (médicos, enfermeros, terapia) donde se explicó el propósito y la metodología a realizar (fotovoz). La investigadora principal revisó todas las fotografías recolectadas antes de la fase II y verifico que no apareciera nadie ni ningún elemento que permitiera el reconocimiento de las personas involucradas en la situación original y se aclaró que las imágenes tomadas fueron de uso exclusivo para el estudio actual.
 - Participación voluntaria: Se explicó a los residentes en la sesión de la Fase I que la participación era totalmente voluntaria, sin generar ningún tipo de afectación a su calificación académica, se explicó igualmente la posibilidad de retracto en cualquier momento de la investigación sin generar ninguna consecuencia y esto se plasmó en el consentimiento. Así mismo al principio de cada sesión se reiteró en la posibilidad de retirarse y se generó un ambiente de confianza para evitar que se sintieran cohibidos al respecto.
- Reporte de resultados: Las imágenes seleccionadas para la exposición final fueron seleccionadas entre la investigadora y los residentes. La presentación de resultados a los tomadores de decisión fue realizada por

la investigadora principal en nombre de los residentes siguiendo un guion construido con los participantes. Las decisiones de los tomadores de decisiones fueron compartidas con el grupo de residentes. Las imágenes que se realizaron para este estudio fueron almacenadas exclusivamente por la investigadora principal en su computador personal y se eliminarán una vez se publique el artículo final. Finalmente, se realizará un reporte de los resultados mediante un artículo de publicación en revista de educación médica y se enviará una copia a cada participante donde se realizó un agradecimiento específico al final del artículo.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Los formatos de consentimiento informado se exponen como anexos al final del documento

RESULTADOS.

El aprendizaje de la competencia comunicativa es primordial como parte del profesionalismo del intensivista. ¿Cuáles son las experiencias de aprendizaje alrededor de la competencia de la comunicación que se viven en los turnos nocturnos en una UCI por parte de un grupo de residentes de cuidado intensivo?

En la fase A del análisis temático, los residentes identificaron las experiencias que les facilitan el aprendizaje de la comunicación, así como las experiencias consideradas barreras y plantearon algunas estrategias para superarlas y para lograr un adecuado aprendizaje formal de esta competencia. Se realizó una categorización inicial donde como facilitadores encontraron los temas de comunicación efectiva, metacognición y actitudes. Mientras que encontraron como barreras la comunicación inefectiva, la falta de acompañamiento, la ausencia de liderazgo y el miedo a interactuar con el docente. Estos resultados fueron sintetizados mediante carteleras en dos grupos (figuras 3 y 4).

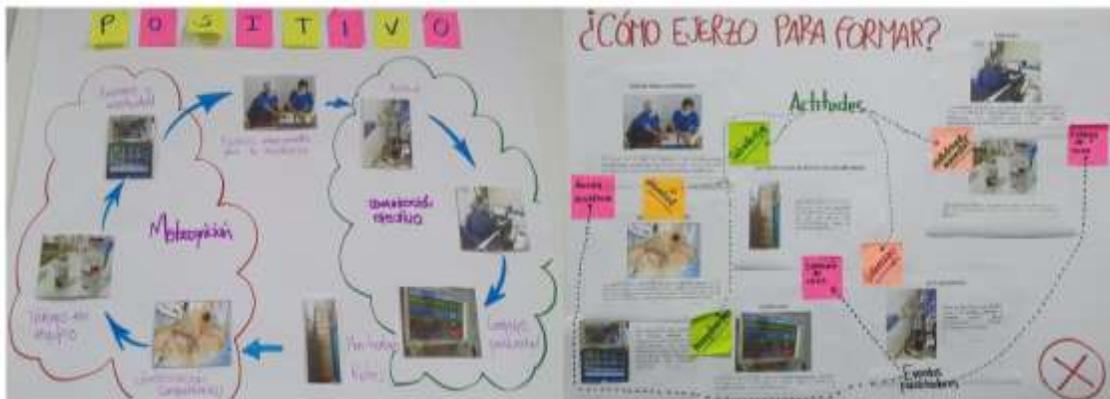


Figura 3. Experiencias facilitadoras del aprendizaje de la comunicación durante los turnos nocturnos



Figura 4. Experiencias consideradas barrera para el aprendizaje de la comunicación durante los turnos nocturnos

Posteriormente se realizó la fase B del análisis por parte de la investigadora donde se encontraron las experiencias de aprendizaje de la competencia comunicativa (tanto barreras como facilitadores) descritas en los siguientes temas básicos: 1) Características de la persona que es considerada un modelo a seguir, 2) Trabajo en equipo dentro de la UCI, 3) Aprendizaje reflexivo por parte del residente, 4) Espacios de instrucción durante el turno y 5) Interacción con familiares (Figura 5)



Figura 5. Temas sobre las experiencias para el aprendizaje de la competencia comunicativa durante los turnos nocturnos

Dentro de cada tema organizador expondremos las experiencias facilitadoras y las experiencias barreras, estas se presentan dependiendo del docente de turno y del equipo de trabajo. Adicionalmente se expondrán las estrategias propuestas por los residentes según cada tema. A continuación, se muestra la tabla de resultados organizada por estos temas y dentro de cada uno sus facilitadores y barreras, así como las estrategias recomendadas (tabla 5):

Tabla 5. Experiencias asociadas al aprendizaje de la comunicación durante los turnos nocturnos					
De la codificación inicial a los temas definitivos. el propósito es mostrar el proceso inductivo de construcción de temas, mostrando la densidad de codificación y los asuntos discutidos que permitieron consolidar los temas de esta manera					
Códigos iniciales	# Ref. er.	# Fotos	Asuntos discutidos	Tema	Agrupaciones temáticas
Inteligencia emocional	7	2	Aprender mediante el ejemplo Respeto, empatía, paciencia, humildad y disposición para enseñar	Inteligencia emocional	Características del modelo a seguir
Anti-rol model	7		Comportamiento temperamental Intolerancia Burla		
Estrategias recomendadas	4		Humildad Inteligencia emocional	Estrategias para mantener un modelo a seguir	

			Disposición para enseñar Creatividad pedagógica		
Liderazgo del equipo	3	1	Dar ejemplo Asignar roles a cada miembro del equipo Organización del tiempo	Liderazgo	Trabajo en equipo
Ausencia de liderazgo	2	1	Desorden y Ruptura en la comunicación del equipo por la falta de un líder		
Relaciones de poder - jerarquía	3		Jerarquía como generador de miedo a expresarse	Jerarquía y relaciones de poder	
Estrategias para disminuir jerarquía	8	2	Resaltar la importancia de cada miembro en el equipo Abordaje multidisciplinar de la entrega de turno Integración del residente al equipo de trabajo Actividades de socialización entre miembros del equipo	Estrategias para mejorar las relaciones de confianza en el equipo de trabajo	
Ausencia de compañerismo	3		Ausencia de compañerismo y trato inadecuado entre pares Rivalidad	Ausencia de compañerismo	
Estrategias para mejorar el compañerismo	2		Identificar a los compañeros por su nombre Compartir experiencias Realizar actividades extracurriculares Tener apoyo psicológico	Estrategias para mejorar el compañerismo	
Construcción de un plan durante el turno	4		Ventajas de tener un plan durante el turno Plan interdisciplinar para el turno El plan incluye el tiempo para la academia	Plan durante el turno	
Ausencia de un plan durante el turno	2	2	Falta de resolutivez Confusión durante el turno		
Estrategias recomendadas para los planes durante los turnos	2		Realizar un plan desde el principio del turno donde se identifiquen los roles de cada uno	Estrategias para mejorar el plan durante el turno	
Inteligencia emocional	5		Lenguaje claro y comprensible Comunicación bidireccional Empatía Actitud positiva y calmada	Comunicación efectiva	
Lenguaje paraverbal	4	1	Lenguaje paraverbal como apoyo emocional con el equipo y con el paciente		
Falta de inteligencia emocional	3		Incoherencia lenguaje verbal y paraverbal Animo fluctuante		
Barreras físicas	4	2	Ruido Equipos de protección generan despersonalización		
Barreras actuales para interactuar con familiares	4	1	Información mediante teléfonos Pérdida de rol model en la interacción familia médico Pérdida del lenguaje paraverbal	Barreras para interactuar con familiares	Interacción con paciente y familiares
No saber dar malas noticias	1		No saber dar malas noticias a los familiares	No saber dar malas noticias	
Estimular metacognición	8	1	Identificar sus áreas para mejorar Ser receptivo a cosas nuevas Aprender a preguntar	Pensamiento crítico y actitud reflexiva	Aprendizaje reflexivo del residente
Aprendizaje de otras fuentes	2		Aprendizaje de otros profesionales Aprendizaje desde el paciente	Aprendizaje de otras fuentes	
Adecuada supervisión	3		Beneficios de tener una adecuada supervisión	Supervisión	
Ausencia de supervisión	4		Genera miedo a tomar decisiones erróneas		
Ausencia de confianza	8	2	Genera miedo a preguntar Desconocer el nivel de madurez académica del residente genera ansiedad y presión Ausencia de realimentación	Ausencia de confianza	
Relación de confianza	3		Dialogar con el residente para conocer su nivel académico El docente debe conocer las competencias necesarias para cada residente durante el turno	Construir relación de confianza con el docente	
Encuentran espacios académicos a pesar de la carga del turno	6	1	Espacios actuales para la academia Necesidad de mantener estos espacios en todos los turnos	Espacios académicos actuales	Espacios de instrucción durante el turno
Estrategias propuestas para mejorar los espacios de instrucción	11		Crear estrategias de realimentación Organizar el tiempo y procurar temas cortos y prácticos Dar a conocer las competencias de cada semestre Enseñar a dar malas noticias	Estrategias para mejorar los espacios de instrucción	

Sobrecarga para el residente	10	Sobrecarga asistencial disminuye actividades académicas Sobrecarga horaria con poco tiempo para actividades personales Sobrecarga emocional por aumento en mortalidad	Sobrecarga laboral, horaria, cognitiva y emocional
Estrategias para disminuir la carga del residente	3	Volver a la relación 1:1 docente y residente División equitativa de pacientes Entrega de turno por parte del especialista	Estrategias para disminuir la sobrecarga del residente

Como se expuso anteriormente, encontramos que dentro estos 5 temas hay experiencias facilitadoras y barreras para el aprendizaje por lo que las profundizaremos por cada tema junto con las estrategias propuestas.

Experiencias relacionadas a las características de la persona considerada un modelo a seguir

En ausencia de un currículo formal de aprendizaje de la competencia comunicativa, los residentes reportan que dentro de las experiencias facilitadores más valiosas se encuentra el **identificar un modelo a seguir** que les permita aprender estas habilidades a través del ejemplo.

Las cabezas de la unidad nos enseñan a comunicarnos a través del ejemplo. No hay nada más satisfactorio que verlos interactuando con los demás miembros de la UCI (Nina, residente 1er año).

Aprender a comunicarnos a través del ejemplo, en un ambiente donde hay respeto, se contagia el respeto y mejora la comunicación (Simón, residente 3er año).

Resaltan las experiencias donde la **inteligencia emocional** se manifiesta en escenarios de crisis y alto estrés. Una de las imágenes registradas muestra una terapia de extrema complejidad y, por consiguiente, un escenario de alto estrés, donde resalta que esta inteligencia emocional es muy importante para el trabajo en la UCI y para el desenlace del paciente (Figura 6).



Figura 6. Actitud positiva: Ante las situaciones más difíciles, tener una actitud calmada y positiva permite mejor comunicación y mejores resultados en los turnos (María, residente 1er año)

Uno se asombra de la tranquilidad que mantiene el docente y lo organizada que es su mente para abordar el paciente en paro, eso genera una motivación y permite tal vez mejorar las habilidades comunicativas cuando a uno le corresponde esta situación. Enseña cómo mantener la calma en una situación de crisis y cómo hacer las cosas (Emma, residente 2do año).

La actitud en situaciones estresantes es muy importante, igual si un paciente está en paro, si uno se encuentra que el especialista está tranquilo, uno también va a estar tranquilo y podrá hacer mejor las cosas. Tener una actitud calmada y positiva permite una mejor comunicación y mejores resultados en los turnos (María, residente 1er año)

Además, resaltan el tener una actitud con disposición a enseñar. Los docentes que indagan y motivan para aprender no solo la competencia comunicativa, sino todas las necesarias para el intensivista son facilitadores de este aprendizaje.

Ante la duda, la pregunta así sea la más básica, nunca he tenido un no como respuesta o una mala actitud por parte del docente, todo lo contrario, siempre lo instruyen a uno como a solucionarle la inquietud de una forma práctica y enseñándole a uno sin ninguna incomodidad (Pepe, residente 1er año)

Esta disposición también incluye la búsqueda de alternativas pedagógicas de enseñanza por parte del docente que les ha brindado mayor confianza y tranquilidad para aprender. La residente utilizó la imagen de la pantalla de un ventilador mecánico, explicando que este es uno de los temas de mayor dificultad durante la residencia, pero que gracias a docentes que tienen esta disposición para enseñar, ha logrado mejorar su aprendizaje en un tema que considera difícil (Figura 7).



Figura 7. Confusión: Temas como la ventilación mecánica son difíciles de entender y se necesita apoyo de los especialistas para interpretar la condición del paciente y las intervenciones a realizar (María, residente 1er año)

En circunstancias que es muy difícil un tema para el residente, entonces se le explica de una manera, el residente no lo entienda, entonces puede usar otro método para enseñar, uso de estrategias para explicar el mismo concepto (Paola, Residente 3er año)

Por otra parte, los residentes también identificaron experiencias contrarias al modelo a seguir o anti-rol model siendo estas barreras.

Uno en la residencia aprende a como ser y como no ser con el ejemplo de los docentes (Laura, residente 3er año); el ejemplo negativo también lo ayuda a aprender a uno y saber cómo no comportarse, uno se da cuenta que situaciones debe evitar (Pepe, residente 1er año)

Comportamientos temperamentales, de intolerancia o burla por parte de los docentes, fueron barreras para aprender a comunicarse por parte de los residentes.

Algunos profes tienen su temperamento y no se dejan hablar, o existen burlas porque uno no sabe y no es el deber ser de las cosas, porque es que uno realmente está aquí para aprender y eso es lo que uno espera de los profes, que le enseñen no que se burlen (Roberta, residente 2do año)

Evitar comentarios despectivos que nos lastimen o que digan que no quieren estar con uno (Ania, residente 3er grado)

Las situaciones son duras, los momentos estresantes, pero no por eso tenemos que faltar al respeto ni hablarle de manera despectiva a nadie (Pepe, residente 1er año)

Por lo anterior, los residentes exponen que las experiencias que deben seguirse estimulando son las que facilitan el modelo a seguir quien evidencia inteligencia emocional por comportamientos de respeto, empatía, tolerancia, humildad y disposición para enseñar.

Yo creo que antes de empezar a comunicarnos, es ponernos en los zapatos de la otra persona con la que vamos a interactuar y pedir retroalimentación, para saber si esa persona entendió (Paola, residente 3er año)

Un facilitador es la paciencia que tenga el profesor con nosotros, que no pase que digan, se está demorando mucho, déjeme hacerlo a mí, o no, no lo cogió a la primera, entonces yo lo hago, sino tener paciencia y más bien nos instruyan más como se deben hacer las cosas y no apartarlo a uno y hacerlo ellos (María, residente 1er año)

El respeto empieza desde la persona que le abre la puerta a uno, el personal de limpieza, las enfermeras y nuestros compañeros, siempre tratarnos con respeto (Pepe, residente 1er año)

Uno siempre debe ser humilde, porque es muy diferente el conocimiento que tenemos todos, y pues al compartirlo se mejora mucho la parte de la comunicación y al saberlo compartir, también, el saber decir las cosas, saber enseñar, eso también acerca o crea empatía con las personas (Alma, residente 2do año)

Experiencias relacionadas con el trabajo en equipo dentro de la UCI

La unidad de cuidado intensivo está conformada por un equipo de trabajo liderado por un intensivista. Es imperativo lograr una adecuada comunicación para generar un desempeño eficiente y con desenlaces favorables. Los residentes documentaron las experiencias que les han permitido aprender el **liderazgo** ejercido por el intensivista como parte de la competencia comunicativa. Este liderazgo creará las bases y los engranajes necesarios para que el equipo trabaje en torno a los mismos objetivos. Se registró la metáfora de una torre de libros explicando como un adecuado liderazgo permite el crecimiento de un equipo de trabajo estructurado y robusto (figura 8).



Figura 8. Las torres altas necesitan las mejores bases: Por más pesado que esté el turno, es más fácil soportarlo si la cabeza sabe cómo dirigir y el resto del equipo carga responsabilidades según su respectiva función (Ania, residente 3er año)

Este liderazgo consiste en dar ejemplo, reconocer la importancia de cada miembro del equipo, asignar las responsabilidades a cada miembro acorde a su función y organizar de forma adecuada el tiempo.

Un buen líder no es una persona que, por ejemplo, se monte a la cabeza y manda, no es quien da órdenes; es una persona que, con hechos y actitudes y con demostrar como hace las cosas, incluye a su equipo siempre en todo lo que está haciendo (Ania, residente 3er año)

El líder es quien sepa identificar los roles y como se van a dividir los tiempos y que siempre haya un guía durante el trabajo del turno (Emma, residente 2do año)

Por otra parte, también identificaron experiencias donde **la ausencia de este liderazgo** genera barreras en la comunicación con el equipo de trabajo; cada integrante de la UCI puede llegar a actuar por su cuenta generando desorden dentro del turno y una ruptura en la comunicación entre los miembros del equipo, como el desorden de toallas fotografiado por una residente (figura 9).



Figura 9. Al todos dirigir, no tarda el caos en ingresar: Si no llega el especialista, entonces empiezan todos a actuar e ir cada uno por su lado (Ania, residente 3er año)

Si no llega el especialista, entonces empiezan todos a actuar e ir cada uno por su lado, y nadie hace lo que tiene que hacer... es una tragedia todo lo que pasa (Ania, residente 3er año)

Todos quieren actuar al tiempo, según su conocimiento y sus propuestas, intentando llegar a un fin, sin saber que chocarán con los demás y podrán desviar su verdadero objetivo (Ania, residente 3er año)

Adicionalmente, las **relaciones de poder y las jerarquías** fueron vistas como barreras para el aprendizaje de la comunicación y conllevan a sentimientos como el miedo a expresarse por la posibilidad de ser menospreciados.

La jerarquía puede generar temor a comunicarse con el intensivista, pasar de voz en voz un problema o sentir que sus ideas o pensamientos serán menospreciados (Dulce, residente 1er año)

También, los residentes encontraron que las jerarquías antes descritas también afectan la relación entre residentes.

¿Será que le pregunto o no le pregunto al R mayor?, mejor dicho, me van a regañar o no (Laura, residente 4to año)

Pero como le va uno a decir a un R4 realmente que está pasando, sabiendo que ya se va a graduar (Emma, residente 2do año)

Por lo que generar **experiencias que resalten la importancia de cada miembro**, hacerla explícita y permitir que cada uno aporte en el plan del trabajo es fundamental para disminuir el miedo generado por estas relaciones de poder. Un residente registró jeringas de diferentes características (figura 10) y otro, viales de medicamentos diferentes para resaltar esto (figura 11):



Figura 10. Jerarquía: Tanto las jeringas grandes como pequeñas son capaces de envasar diferentes medicamentos vitales para los pacientes; de igual manera los diferentes colaboradores de la UCI, sin importar su formación académica o edad, tienen importante información o ideas para los pacientes y los procesos de la UCI (Dulce, residente 1er año)



Figura 11. Trabajo en equipo: Así como los antibióticos, el trabajo en equipo con todo el equipo de UCI es esencial para la comunicación y el desenlace de nuestros pacientes (María, residente 1er año)

Todas las personas en la UCI somos un equipo, somos diferentes, tenemos responsabilidades diferentes, que unos dependemos de otros para el buen funcionamiento de toda la unidad y cumplir el mismo objetivo (Ania, residente 3er año).

Sin importar su nivel académico, experiencia o trayectoria, todos tenemos cosas muy importantes que decir, que en algunos momentos podrían llegar a ser claves para el tratamiento del paciente (Dulce, residente 1er año)

Identificar quien es y llamarlo por su nombre nos permite saber a qué persona (con su contenido de conocimiento) nos estamos expresando (Emma, residente 2do año)

Y a responsabilizarse de algunas actividades de realimentación asociada a cada actividad:

Debo reconocer a los otros en mí y buscar retroalimentar a las otras personas, que yo sé que están errando o están haciendo algunas cosas mal, como por ejemplo abusando de su poder o confianza y decirles en lo que está fallando. Todos debemos tener una responsabilidad en esto (Ania, residente 3er año)

Los residentes encontraron que la mejor experiencia facilitadora para estimular la confianza y la comunicación del equipo son las **actividades sociales o culturales** fuera del ambiente de trabajo.

Cuando uno se toma un café con los jefes, cuando uno habla de otras cosas, siento que la comunicación se fortalece y fluye más (María, residente 1er año)

Cuando nos sentamos a comer, a hablar, solo eso hace un poco la diferencia. Hay algunos que desaparecen, almuerzan y vuelve, hay otros donde nos sentamos a almorzar en el turno. Esas cosas ayudan a que uno hable de otros temas, se conozcan (María, Residente 1er año)

Además, el aprendizaje de la comunicación, así como de las otras competencias del profesionalismo también se da dentro del trabajo en equipo con los pares. Los compañeros de la residencia son un apoyo importante para la resiliencia de cara residente. En este momento hay **poco compañerismo y alta rivalidad** entre pares, siendo una barrera importante para el aprendizaje de la comunicación y además genera alto impacto a nivel emocional.

El hecho de que llegue una persona a sacarle a uno lo que uno ha hecho mal, pero de muy mala manera, hace que uno no quiera ni llegar (Ania, residente 3er grado)

Ver compañeros tan tristes en una etapa que no debería ser motivo de llanto o de tristeza por una causa que no es justificable y depende de nosotros mismos... todos pasamos por el mismo camino (Laura, residente 4to año)

Por lo que se documenta la necesidad de **mejorar la confianza y compañerismo entre los residentes** para evitar estas relaciones de poder como barreras y lograr que los años de residencia como experiencia sean un apoyo para los recién ingresados y mejore el compañerismo y el clima de aprendizaje entre pares.

Eso de los R1, R2, R3, R4, esa jerarquía si ha afectado especialmente ese proceso de comunicación. Deberíamos llamar a los compañeros por su nombre, para bajar el nivel de ansiedad y el estrés que puede dar el comunicarte con otra persona (Laura, residente 3er año)

Igualmente, se proponen **espacios de integración entre los residentes** donde puedan mejorar sus relaciones personales. Como por ejemplo realizar un cara a cara, o retomar las reuniones mensuales entre los residentes donde puedan mejorar los lazos de confianza, generando un cambio de percepción de los años de residencia como un apoyo para los residentes de años menores.

Es muy importante hablar con personas que han pasado por lo mismo, hay conmigo, personas que estamos dispuestos a contar nuestras experiencias y servir de apoyo. Todos pasamos por los mismos miedos y dudas, todos empezamos así. Podemos ser un apoyo para la gente que llega (Ania, residente 3er año)

Dentro de las actividades del liderazgo como facilitador del aprendizaje de la comunicación, también encontramos el **establecer un plan para el turno** que permita identificar los roles y conductas. Los residentes registraron las experiencias que les permite aprender a comunicar esto con adecuada inteligencia emocional, la cual no debe ser solo manejada por el líder sino por todo el equipo de trabajo. Manejar un lenguaje claro, tener empatía y actitud calmada permitirá transmitir la información a todo el equipo y mejorar el clima laboral.

Saber compartir el conocimiento mediante la comunicación, el saber decir las cosas, saber enseñar acerca o crea empatía con las personas (Alma, residente 2do año)

Saber escuchar y usar un lenguaje comprensible: usar palabras correctas, saber a qué público se está refiriendo, hablar el mismo idioma para que ellos entiendan como está la situación (Simón, residente 3er año).

Ponernos en los zapatos de la otra persona con la que vamos a interactuar y pedir una realimentación para saber si la persona entendió (Dulce, residente 1er año)

Cuando nuestros compañeros, tanto las enfermeras como los especialistas tienen una actitud positiva y están calmados, a pesar de todo ese caos que vivimos alrededor, es mucho más fácil, que si yo tengo una duda preguntársela (María, residente 1er año)

Dentro de los componentes de la inteligencia emocional encontramos el adecuado uso del **lenguaje paraverbal**. Los residentes encontraron experiencias donde este lenguaje no solo sirve para reforzar los mensajes verbales; sino que brindan **apoyo emocional** en escenarios de alto estrés como es la UCI (figura 12):



Figura 12. Contacto: En ocasiones el contacto físico puede ser refuerzo positivo entre los diferentes colaboradores de la unidad, puede transmitir calidez, agradecimiento, aprobación, humanidad o empatía (Dulce, residente 1er año)

Me daba cuenta de que si los diferentes grupos (enfermeras o médicos) se sentían tristes, preocupados o sentían que habían cometido algún error, incluyéndome, cuando había algo de contacto como que se transmitía una sensación de comprensión, de tranquilidad y de empatía (Dulce, residente 1er año).

Es una forma de dar fortaleza y apoyo, sobre todo en esta que es una situación difícil, una situación de pandemia, en donde la calidez y la esperanza se han perdido bastante y uno necesita un poco de apoyo, un poco de moral para seguir adelante y tener la fortaleza no solo física sino mental y espiritual para seguir (Ania, residente 3er año)

Y no solamente entre los colegas de la UCI, sino también con el paciente.

El lenguaje paraverbal no es solamente contacto sino el hecho de que uno tenga contacto con el paciente, esto se está haciendo y deberíamos seguir (Emma, residente 2do año)

Sin embargo, encontraron que mantener esta coherencia entre lenguaje verbal y paraverbal no es permanente y que a veces hay que reforzarla.

A veces, se nos olvida esa parte, la parte no verbal, los gestos que estamos haciendo o como nos está viendo la otra persona con la que nos estamos comunicando, es bastante importante en el mensaje que le queremos transmitir (Alma, 2do año)

Además, los residentes identificaron algunas experiencias donde la falta de inteligencia emocional por parte de los integrantes del equipo de trabajo es una barrera para la comunicación y dinámica del trabajo:

Los estados fluctuantes de ánimo alteran la comunicación eficaz con el personal de la UCI (Nina, residente 1er año)

La fluctuación de ánimos tanto de nosotros como de nuestros docentes hace que no podamos entender bien lo que nos están diciendo (María, residente 1er año)

Así mismo, existen **barreras físicas** que limitan una comunicación efectiva en la UCI, como lo son la contaminación auditiva, los equipos de protección requeridos y los medios tecnológicos por los que cada vez interactuamos más con familiares.

La contaminación auditiva se da por los equipos médicos y por la cantidad de personas en un entorno relativamente pequeño que no permiten que nos comuniquemos de forma adecuada y los residentes experimenten conductas inadecuadas para hacerse escuchar. La residente registro el momento en el que el indicador de ruido de la UCI estaba en su máxima alarma durante una entrega de turno y comentó (figura 13):



Figura 13. Ruido: Con frecuencia, durante la entrega de turno se hace laborioso escuchar o ser escuchado, en la medida que se confunden las voces de todos quienes están hablando (Laura, residente 4to año).

Es usual que dentro de la unidad de cuidado intensivo se usen barreras de protección para evitar infecciones en los pacientes y el personal; sin embargo, este estudio fue realizado durante el primer año de la pandemia de COVID19, tiempo en el cual las medidas de protección físicas fueron extremadas a tal punto que los residentes vivieron experiencias relacionadas con la despersonalización en la atención en la UCI.

Ahora debemos usar equipos de protección que incluyen monogafas, tapabocas, batas y guantes. Esto nos aleja del contacto humano y limita nuestras expresiones paraverbales generando una sensación de despersonalización (figura 14):



Figura 14. Depersonalización: Depersonalización de la salud, pérdida del contacto con el paciente, disminuye el canal de comunicación y el nexo comunicativo corporal que se tiene en el acto de la salud (Daki, residente 1er año).

Los equipos de protección personal nos generan barreras psicológicas que cambió nuestra forma de interactuar (María, residente 1er año)

La depersonalización por los elementos de protección personal, no nos permite interactuar bien ni con los profesores ni con los pacientes (María, residente 1er año)

La protección personal hace que uno esté tratando de comunicar algo y se va a interpretar de una manera diferente, no estamos viendo en realidad o interpretando realmente las situaciones que están ocurriendo (María, residente primer año)

Entonces podemos concluir que, para los residentes, uno de los componentes de la comunicación que deben aprender se encuentra dentro del trabajo en equipo. Aprender a ejercer un liderazgo adecuado, teniendo en cuenta a cada integrante, donde se establezca un plan de trabajo y se procure una comunicación efectiva con el uso adecuado del lenguaje verbal y paraverbal. Así como procurar un clima basado en el respeto y la confianza, el cual se fortalece mediante la creación espacios para socialización entre el personal.

Experiencias relacionadas a la interacción con el paciente y los familiares

Previo a la pandemia, los familiares podían visitar a los pacientes de la UCI durante un horario definido. Sin embargo, ahora esto no es posible por el riesgo biológico que representa, ahora los pacientes deben estar en habitaciones aisladas y con muy poco contacto humano familiar respecto a tiempos pasados (figura 15).



Figura 15. Puertas cerradas: Antes de la pandemia podíamos entrar a ver a nuestros pacientes y las puertas siempre estaban abiertas, esas barreras físicas, aunque necesarias para la bioseguridad, limitan nuestra comunicación con los pacientes y su entorno (María, residente 1er año)

A raíz de estos aislamientos, los familiares ven a los pacientes mediante cortas videollamadas y reciben el informe médico vía telefónica afectando de manera sustancial la interacción entre el intensivista y los familiares y por ende el aprendizaje del residente de como comunicarse con los familiares. Los residentes encontraron que las **barreras en la interacción del personal de salud con los familiares** y como esto genera un impacto emocional tanto para el personal de salud como para el paciente y los familiares.

Antes veíamos como los profes abordaban de forma presencial a las familiares y daban malas noticias, uno iba orientando más o menos que era lo mejor para la familia y en cuanto contarles que había fallecido y que era lo incorrecto. Eso lo perdimos con la pandemia (Xime, residente 4to año)

Nos acostumbramos a informar por teléfono... Hemos perdido el contacto y sé el impacto emocional de un paciente en la UCI y su familia lejos, sin poder verlo ni visitarlo (María, residente 1er año)

El nexa comunicativo con los pacientes y los familiares se ha perdido mucho con la pandemia, ya que la comunicación no se da de frente sino por teléfono y obviamente toda la parte del lenguaje corporal y todo lo que vemos en los familiares y lo que ellos ven en nosotros queda abolido totalmente (Roberta, residente 2do año)

Actualmente, los residentes están buscando estrategias para mejorar la comunicación la comunicación con los familiares más allá las barreras físicas, entre estas continuar la implementación de los nuevos medios tecnológicos para interactuar con familiares y pacientes.

Experiencias relacionadas con el aprendizaje reflexivo por parte del residente

Los residentes encontraron experiencias durante los turnos nocturnos que estimulan su **pensamiento crítico y actitud reflexiva** como parte del aprendizaje de la comunicación.

Uno tiene que observar e identificar las competencias que cada uno como residente, como persona, para así mismo reforzar lo que hace falta con la ayuda del docente o seguir desarrollando la que tiene o fortalecer la que ya tiene identificada. Mirar cómo se está dando el proceso y como nosotros nos estamos haciendo preguntas efectivas y como estamos desarrollando nuestras habilidades (Emma, residente 2do año)

El método deductivo o inductivo que usan algunos docentes da la posibilidad al residente de pensar acerca de la comunicación hacia el paciente. Genera un proceso de aprendizaje muy interesante. (Emma, residente 2do año)

Dentro de la actitud reflexiva, los residentes experimentaron que es muy importante aprender a ser receptivos y resilientes (figura 16).

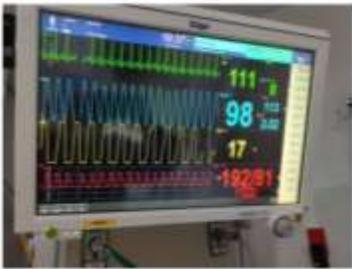


Figura 16. Flexibilidad: Al momento de recibir una indicación o crítica constructiva por parte del especialista de turno. Debemos mostrar nuestra capacidad de adaptarnos frente a situaciones inesperadas (Nina, residente 1er año)

Nosotros debemos tener una posición receptiva y asertiva frente a los comentarios de los especialistas, ya sea frente a algo académico o frente al manejo de un paciente, es muy importante para lograr una adecuada comunicación, esa actitud de estar dispuestos a adaptarnos (Nina, residente 1er año)

Al conocer cosas nuevas uno no tiene que asustarse o decir que pereza o esto va a ser difícil, sino que por el contrario es una nueva manera de aprender, tener la mejor actitud a pesar de que sea algo difícil y además

debemos estar dispuestos a que cada cosa que hagamos durante el turno es para aprender (Emma, residente 2do año).

Conocer nuestras limitantes puede generar temor, sobre todo si se cree que debemos saberlo todo desde el primer día de la residencia. Los residentes consideran que, dentro de la metacognición, entender que hay cosas que no sabemos y que las debemos aprender es un proceso de aceptación absolutamente necesario para aprender la competencia comunicativa tanto para el residente como para el docente.

No todos tenemos el conocimiento absoluto en todo, es importante aprender a preguntar sin miedo, aprender a reconocer que no estamos exentos al error, pero que es mejor evitarlo, y no quedarnos con la duda o en la ignorancia (Simón residente de 3er año)

Estamos en un proceso de aprendizaje y debemos preguntar y solicitar apoyo, pues cuando no se saben las cosas nos guardamos las dudas (Roberta, residente 2do año)

Los residentes resaltaron que aprenden esta competencia comunicativa no son solamente los intensivistas sino de cada una de las profesiones que integran la UCI, como las enfermeras, los terapeutas, entre otros. Así mismo, su mayor aprendizaje viene de la interacción con el paciente, por lo que es muy importante aprender a comunicarnos con los pacientes y los familiares.

No solo somos estudiantes de los docentes sino también de las jefes que con frecuencia nos enseñan a manejar los monitores y ajustar variables, es un aprendizaje más que vertical, horizontal, que debemos aprovechar todas las fuentes que tenemos disponibles en un turno (Laura, residente 3er año)

El tablero es nuestro propio paciente, nos preguntamos qué está pasando y qué deberíamos hacer para corregir eso (Laura, residente 3er año). Los ingresos tienen mucho sustrato para enseñarnos, se empieza a enfocar el paciente desde cero (Dulce, residente 1er año).

Identificaron, además, que para lograr un adecuado aprendizaje reflexivo es necesario partir de un punto donde haya una **supervisión adecuada por parte del especialista** y posteriormente se retire paulatinamente conforme el residente mejora en el desarrollo de la competencia.

La mayoría de los especialistas del turno pregunta respecto a si el residente sabe o no el procedimiento a realizar. Al contestar negativamente, en la gran mayoría de los casos, ellos me han instruido y enseñado la técnica sin ninguna incomodidad o enojo (Pepe, residente 1er año)

Estaba rotando por enfermería, entonces estaba demasiado perdida, y nunca había trabajado, yo no hice UCI antes de, entonces no conocía muy bien las evoluciones de UCI, entonces el profe con el que estaba me dijo 'listo, empieza. Entonces tú empiezas por acá y yo por acá', y yo 'eh, bueno, ¿qué hago? ¿cómo funciona el sistema? ¿cómo abro?' y me dijo '¿Tú has hecho turnos?' y yo 'No', '¿sabes cómo se maneja?', 'No', '¿sabes algo?', 'No'. Y realmente me explicó todo muy bien, y ese es como el mismo modelo que utilizo ahora que es muy completo, pero si él no se hubiera detenido a preguntar, lo perdida que estaba, que estaba demasiado perdida, pues creo que no habría tenido idea de nada, y duré todo el día evolucionando un solo paciente (Ania, residente de 1er año)

Muchos docentes durante el turno te preguntan cómo se pasa o en qué consiste la técnica o cómo funciona, y hay docentes que uno les dice no sé y varios dicen bueno mira tienes que estudiar esto y esto se pasa así (Emma, residente 2do año)

Sin embargo, también hay experiencias que son barreras para que el residente aprenda a comunicarse con el especialista, como son la **falta de supervisión, la ausencia de confianza, la discrepancia entre las responsabilidades asignadas, el nivel de madurez académico del residente y la ausencia de realimentación.**

Durante los turnos, los residentes expresan que, en algunas ocasiones, los especialistas se ausentan al irse a dormir, y los residentes prefieren no despertarlos en consideración a su cansancio por sobrecarga laboral; sin embargo, esto hace que se enfrenten a escenarios sin adecuada supervisión (figura 17).



Figura 17. Ahora que hago: En ocasiones el especialista por su agotamiento en la noche (algo esperado) no contesta al llamado... por lo cual en varias ocasiones he tenido que tomar decisiones en el paciente crítico, afortunadamente sin complicaciones (Pepe, residente 1er año)

Esta barrera para la comunicación afecta la toma de decisiones sobre los pacientes. La ausencia de supervisión docente genera miedo en los residentes y puede llevar a complicaciones en los pacientes.

A veces uno está evolucionando y de la nada se da cuenta que el especialista ya se durmió, es más difícil, le da a uno un poquito de más de miedo (María, residente 1er año)

La falta de acompañamiento genera miedo, pues nosotros estamos en aprendizaje, no conocemos del paciente crítico y no conocemos el ventilador, puede que el ventilador este mal y no lo identifiquemos por falta de ese acompañamiento (María, residente de 1er año)

Los residentes expresan que para que haya una adecuada supervisión por parte del especialista, no solo requieren que este esté presente, sino además se cree un **vínculo de confianza entre el especialista y el residente** que le permita comunicarse de forma tranquila y en un ambiente seguro. Sin embargo, encontraron algunas experiencias donde la ausencia de esta confianza aumenta el miedo en el residente a preguntar y a expresarse.

El miedo a preguntar impide el progreso del conocimiento y nos predispone al error con los pacientes (Simón, residente 3er año)

Se genera miedo por no tener la confianza con la persona para comunicarse adecuadamente, “profe usted que piensa de este paciente, profe yo pienso esto y esto” (Roberta, residente 2do año)

Nosotros sentimos miedo que el especialista se vaya a enojar o que diga, “doctor, por qué no sabe esto y por qué me despierta para hacer eso” (María, residente 1er año)

Los residentes encontraron que esta ausencia de confianza se debe, en parte, a la ausencia de conocimiento del nivel de madurez académica que debe tener el residente según su progresión en la residencia, generando una disgregación entre el grado de autonomía y responsabilidad que se le debe otorgar al residente. Si esta autonomía y responsabilidad sobrepasa sus capacidades minará la confianza con el especialista y perjudicará la adquisición de las competencias esperadas. Los residentes expresan que muchas veces se otorgan mayores responsabilidades a los residentes de primer año, de las que deberían recibir, generando ansiedad por conocer todos los temas, miedo a equivocarse y a expresar su desconocimiento (figura 18).



Figura 18. Primer turno, primer mes. El momento más difícil: La pregunta del especialista de ese turno (un tanto preocupada e incómoda al ver que era mi primer turno) fue: ¿Usted a que se dedicaba antes Dr.? La verdad, mentí y dije que era hospitalario (realmente laboraba como ayudante quirúrgico). Durante el turno se sentía la desconfianza y la incertidumbre de que hacer y no

hacer.... El primer turno de la residencia siempre será el más complicado (*Pepe, residente 1er año*).

Es alusivo a los RI, cuando uno llega a los turnos iniciando, uno siente mucha presión que uno debe saber todo ya y de no equivocarse, que da miedo preguntar. Eso impide el progreso del conocimiento (Simón, residente de 3er año).

Hay incertidumbre entre lo que se debe hacer y no hacer, por lo que los especialistas podrían entender que es una primera vez (Pepe, residente de 1er año)

E igualmente este exceso de responsabilidad podría generar daño en el paciente

Con los pacientes con SDRA que están ventilados, y uno llega a evolucionar por primera vez al paciente, el ventilador y es “aja bueno y ¿qué es esto?”, uno nunca se ha familiarizado con el ventilador, no sabe si lo que está viendo es lo que es, y puede más que ayudar al paciente, lastimarlo (María, residente 1er año)

El **desconocimiento del nivel de competencia** que genera desconfianza por parte del docente esta enraizado en la ausencia de conocer el pensum y además en la ausencia de realimentación durante los turnos por lo que los residentes consideran de vital importancia que el docente interactúe con el residente para conocer su madurez académica del residente y sus competencias esperadas según su año de residencia para lograr sacar el máximo provecho tanto en el desarrollo del turno como en los espacios intencionados para la academia y mejorar la relación de confianza y grado de supervisión.

Teniendo esto en cuenta, los residentes encontraron algunas experiencias donde si se lograba identificar el nivel de competencia del residente brindando mayor supervisión al residente y mejorando la relación docente-estudiante:

Que los especialistas de la noche tengan claro cuáles deben ser unas competencias muy básicas por cada semestre y de esa manera, de pronto, ellos tendrán más claro cuál es la meta con el residente (Dulce, residente 1er año)

Que el especialista reconozca mis funciones y objetivos en el turno si es importante porque estamos en un proceso de formación y que el especialista reconozca de uno tiene límites y lo que espera de uno en el turno, saber hasta donde uno puede llegar (Alma, residente 2do año)

Para concluir, los residentes encontraron que las experiencias que les permite estimular el aprendizaje reflexivo se basan en una adecuada supervisión por parte del docente, partiendo de una relación de confianza y donde el docente conozca las competencias esperadas para cada residente y como desarrollarlas durante el turno.

Experiencias relacionadas a los espacios de instrucción durante el turno

Hasta ahora los residentes aprenden la competencia comunicativa mediante el aprendizaje informal y mediante el currículo oculto o vicario basados principalmente en un modelo a seguir. Existen pocos escenarios donde se dé la enseñanza de la competencia comunicativa de forma explícita y depende mucho del docente que este de turno. Algunos residentes vivieron experiencias donde se abrió un **espacio intencionado para su aprendizaje**, así como para la academia (figura 19).



Figura 19. Espacio para la enseñanza: A pesar de la falta de tiempo o las complicaciones presentadas en el turno, hay docentes que, a pesar de todo, siempre nos revisan las tareas o inquietudes académicas (Pepe, residente 1er año)

A pesar de la alta demanda asistencial, se han formado unos espacios en la noche para resolver inquietudes, incluso tareas y es un facilitador para la enseñanza de la comunicación (Pepe, residente 1er año)

Durante la evolución hay tiempo para discutir al paciente, dejar tareas y revisar las que nos han dejado (Simón, residente 3er año)

Sin embargo, estos espacios no fueron constantes ni recurrentes sobre todo por la sobrecarga laboral, horaria y académica. Los residentes expresan la necesidad de que esta competencia se enseñe de forma explícita, basados en literatura y con espacios académicos determinados durante el turno.

Dentro de las barreras para el aprendizaje de la comunicación en referencia a espacios de instrucción los residentes encontraron que una barrera a corregir es el aprendizaje de la **habilidad comunicativa de malas noticias** durante el desarrollo de la residencia de cuidado intensivo, siendo este un pilar en la comunicación diaria con los familiares

No sabemos cómo dar malas noticias... creo que ninguno la primera vez lo hizo bien, y ni siquiera es que haya una buena forma de decirlo, sino que hay una mejor manera siempre de decirlo porque siempre va a ser un golpe que uno puede aminorar y nadie sabe cómo hacerlo (Ania, residente 3er año)

Necesitamos escenarios donde se aprenda a dar malas noticias. Me parece tremendamente importante, como una piedra angular de la comunicación (Simón, residente 3er año)

Nosotros tenemos que saber cómo dar malas noticias, saber comunicarnos con los familiares y saber dar una información adecuada para evitar cosas legales y para evitar algo psicológico al familiar (Roberta, residente de 2do año)

Dentro de las estrategias recomendadas por los residentes, para el aprendizaje de la competencia comunicativa y optimizar los espacios de instrucción se encuentra establecer una **cultura de realimentación**.

Cuando yo hacía turnos de medicina interna, nosotros, teníamos una nota por turno. La nota no afectaba en nada la nota final, realmente la nota no servía para nada, pero eso hacía que el docente tuviera que

retroalimentarnos y dejarnos una nota en físico para que supieran que nos retroalimentaban. No tanto en el sentido de que nos den nota por turnos sino nos realimenten (Ania, residente 3er año)

Tener la oportunidad de uno retroalimentarse, ya que cuando uno logra eso, uno entiende que el conocimiento no es fijo, sino es algo que a diario se va mejorando y se va fortaleciendo (Emma, residente 2do año).

Se necesita realizar una realimentación al finalizar el turno donde se resalte lo positivo y explique lo negativo desde una perspectiva propositiva (Pepe, residente 1er año)

Con la realimentación la idea es mejorar en cada procedimiento, a veces uno se acuerda por el paciente o por el docente y la retroalimentación (Emma, residente 1er año).

Por lo que recomiendan iniciar una cultura de realimentación dentro de la UCI, mediante estrategias pedagógicas que permitan una comunicación dentro de un ambiente seguro y controlado como puede ser el uso de un buzón de realimentación:

Crear un buzón anónimo, que haya un formulario o algo así, al final del mes cada uno buscará su realimentación, los profes también (Roberta, residente 2do año).

Así mismo es importante que el intensivista organice el tiempo durante el turno para crear estos **espacios protegidos de instrucción**.

Es importante organizarse y escoger un paciente para revisar o un tema específico, depende de que el profesor tenga esa disposición (María, residente 1er año)

Es importante organizarse, si uno desde el principio del turno tiene un plan, y quiere revisar cierto tema, obviamente depende de las condiciones que nos dé o no el turno. Poder dedicarle tiempo para resolver dudas (María, residente de 1er año)

Una capsula pequeña, unos 10 minutos de aprendizaje, es muy fructífero para uno y puede ser enriquecedor para la persona que lo esté dando, porque sirve para recordar, nunca está de más recordar (Ania, residente 3er año)

Ser prácticos en el tema, no se puede hacer una charla o un espacio tan grande, hay agotamiento del docente y de uno dependiendo del turno. Algo que podría servir es la practicidad al momento de explicar, así sean 10 o 15 minutos, porque eso le permite generarse preguntas y ayuda bastante al siguiente día, se pregunte conceptos a repasar (Pepe, residente 1er año)

Los residentes consideran que **generar un documento visible donde estén registradas competencias del residente**, según su año, permitirá a los docentes saber el grado de responsabilidad que puede otorgar a cada residente y optimizar los espacios intencionados para la enseñanza.

Poner las competencias visibles me parece chévere, hacer visibles las competencias y ponerlas así sea en el tablero, o definirlas por cada semestre en el turno (María, residente 1er año)

Por otra parte, los residentes encontraron un **aumento exagerado de la carga laboral, cognitiva, horaria y emocional** del residente asociado a la pandemia de COVID19 que ha sido considerada una barrera para el aprendizaje de la comunicación durante los turnos nocturnos.

Una de las características que hacen valiosos a los turnos nocturnos es la relación 1:1:1 que se tiene especialista: residente: UCI; por lo que permite un aprendizaje más personalizado. Sin embargo, durante el último año esto se modificó encontrándonos en escasos de personal para atender un mayor número de pacientes, por lo que el residente debe apoyar dos unidades de cuidado intensivo en algunos turnos. Modificando la posibilidad de un aprendizaje experiencial dirigido y disminuyendo los espacios académicos.

Por la pandemia, estamos en lo asistencial, entonces pues academia si muy muy poco (Ania, residente 3er año)

Hacer turno un residente para las dos unidades es asegurar que el turno sea asistencial y cero académico (Daki, residente 1er año)

Me ha pasado que he evolucionado mitad afuera y mitad adentro. Ósea ni siquiera es una división equitativa entre los tres, sino que el residente termina evolucionando diez (Daki, residente 1er año)

Además, el aumento en la responsabilidad administrativa para el residente, como son las entregas de turno y registro de pacientes en base de datos; han contribuido al detrimento del tiempo académico.

Quien estuvo esa noche, estuvo en las dos UCIs al tiempo, muchos pacientes, muchas cosas que hacer y la lista que entrego pues super desactualizada, no se sabía nada. Pues es apenas como esperable, yo creo que, ósea mi mensaje va a que, si hay muchas cosas que corregir de nuestra parte, pero también como de parte y parte (Ania, residente 3er año)

Uno esta tan preocupado por coordinar todo y por dejar todo listo de los dos lados, que no se puede aprovechar el tiempo académico que podríamos tener (María, residente 1er año)

Igualmente refieren tener sobrecarga en actividades virtuales generando agotamiento y rechazo a estas.

Tenemos exceso de virtualidad, a las 2 de la tarde, a las 4, a las 6, a las 7. Al día siguiente otra vez. Lo detestamos (María, residente 1er año)

Refieren además que esta sobrecarga afecta la comunicación e interacción con el docente dado no pueden estar en una sola UCI durante todo el turno

Uno siente la incomodidad del docente porque uno no puede estar en ambas partes al tiempo (Pepe, residente 1er año)

La sobrecarga no solamente afecta el ámbito asistencial y académico; sino también personal, generando barreras en su vida privada y alterando las relaciones con sus seres queridos.

Uno pasa derecho de venir 12 horas, luego 12 más, luego las otras 8 o 6 que pudiera estar uno despierto. Uno al final del día se estaba arrastrando y tenía que llegar a casa a estudiar porque seguía rindiendo y nadie veía que uno más o menos llevaba 36 horas literal despierto (Ania, residente 3er año)

Finalmente, los residentes refieren que esta sobrecarga asociada al aumento de la mortalidad de los pacientes ha afectado su carga emocional haciéndolos más propensos a la ansiedad, la depresión y el burnout.

El COVID nos llevó de la UCI humanizada a la despersonalizada (María, residente 1er año)

El impacto del aumento de la mortalidad, a muchos de nosotros, nos ha hecho mucho daño que en un turno mueran tres, cuatro, cinco personas (Roberta, residente 2do año)

Por estar razones los residentes proponen estrategias disminuir la sobrecarga de los residentes se encuentran: Aumentar los residentes durante el turno nuevamente a relación 1:1 con el especialista y distribuir las responsabilidades de forma equitativa durante el turno y que la responsabilidad de la entrega de turno en físico sea del especialista

Prefiero tener un turno de más y saber que el turno lo voy a aprovechar, a hacer todo el turno asistencial y no aprender nada (Daki, residente 1er año)

Que al inicio del turno nos dividamos las evoluciones de forma equitativa con los especialistas (Daki, residente 1er año)

Según los resultados expuestos encontramos cinco agrupaciones temáticas donde hay experiencias que pueden ser facilitadores o barreras según el especialista y el equipo de trabajo de turno como son: la inteligencia emocional del modelo a seguir, dentro del trabajo en equipo, el liderazgo, el generar planes durante el turno y la comunicación efectiva; en el aprendizaje reflexivo la supervisión del residente y los espacios de instrucción. Hay otras que son facilitadores de forma constante como el pensamiento crítico y reflexivo del residente y el aprendizaje de otras fuentes; mientras que hay otras experiencias que son barreras para mejorar como son las jerarquías, la ausencia de compañerismo y confianza, las barreras de interacción con los familiares y la sobrecarga para el residente (Figura 20).



Figura 20. Temas acerca de las experiencias asociadas al aprendizaje de la comunicación de los residentes de UCI en los turnos nocturnos. Los temas de doble color verde/rojo pueden ser facilitadores o barreras según la experiencia, los verdes fueron facilitadores de forma continua y los rojos son barreras encontradas de forma regular.

Dentro de las agrupaciones temáticas podemos resumir igualmente las estrategias propuestas por los residentes los cuales consisten en fomentar la inteligencia emocional, crear actividades de integración entre los miembros de la UCI, establecer un plan al inicio de cada turno, crear una herramienta que permita la consulta rápida por parte del docente de las competencias esperadas para cada año de residencia, iniciar una cultura de realimentación mediante un buzón donde se recolectarán mediante un formato específico y se revisarán mes a mes, buscar incluir un curso o clase de dar malas noticias, crear espacios protegidos de academia durante el turno, procurar balancear la sobrecarga del residente y aprender a manejar las barreras de la comunicación con pacientes y familiares (figura 21).



Figura 21. Propuestas de mejora. Propuestas por parte de los residentes para mejorar las experiencias consideradas barreras para el aprendizaje de la comunicación del intensivista durante los turnos nocturnos.

DISCUSIÓN.

Para lograr intensivistas con una competencia comunicativa satisfactoria, es central que los docentes clínicos puedan no solo modelar sino enseñar de forma explícita la competencia comunicativa. De acuerdo con la percepción de los residentes, y en línea con la literatura, el estudio muestra cómo la competencia comunicativa está en la base de las demás competencias del profesionalismo y se articula con la reflexividad, la autorregulación, la autonomía y responsabilidad. Deben propenderse espacios donde se estimulen las relaciones de confianza docente-residente donde se considere la madurez académica de cada residente, que permita incentivar su pensamiento reflexivo y metacognición. Además, el aprendizaje de esta competencia debe estar dirigida a mejorar el trabajo en equipo y a establecer una relación terapéutica con el paciente y sus familiares. Estas son necesidades similares a las encontradas en estudios previos para el aprendizaje de competencias en medicina y adicionalmente estos autores complementan la necesidad de ser coherente con el resto del currículo (48).

Experiencias de aprendizaje centradas en el modelo a seguir

Los residentes encontraron que la forma más efectiva para aprender a comunicarse es mediante la observación de un modelo a seguir que demuestre los comportamientos del profesionalismo y, dentro de este, la competencia comunicativa mediante una adecuada inteligencia emocional con una actitud positiva, asertiva y una disposición para enseñar; hallazgo igualmente encontrado en los estudios realizados previamente (57,66).

Sin embargo, estudios previos han documentado que menos de la mitad de los docentes fueron identificados como modelos a seguir (121). En la literatura se ha descrito que estos son comportamientos modificables y susceptibles de ser aprendidos, razón por la cual, los residentes resaltan la importancia de estimular el aprendizaje de las características que hacen a un rol modelo como son actitud positiva, empatía, respeto, humildad, así como disposición para enseñar y para trabajar en equipo (121).

Se han registrado algunas recomendaciones adicionales para hacer del modelamiento una estrategia consciente y frecuente como son: ser consciente de ser un modelo a seguir (reflexión), demostrar competencia clínica, mostrar actitud positiva en las actividades diarias, proteger el tiempo para enseñar, implementar una enseñanza enfocada en el residente, facilitar la reflexión de las experiencias clínicas de las cuales se modela, fortalecer el

diálogo con colegas, incluirse en el desarrollo del personal, trabajar para mejorar la cultura institucional y cuando sea posible, ser explícito acerca de lo que se está modelando (57,66).

Experiencias de aprendizaje de la competencia comunicativa relacionadas con el trabajo en equipo dentro de la UCI

Este estudio encuentra una relación entre las competencias comunicativas y el trabajo en equipo, siendo central: un adecuado liderazgo, crear un plan para el turno valorando la importancia de cada miembro del equipo, estimular el compañerismo entre residentes y fomentar la inteligencia emocional en los miembros del equipo de trabajo.

Liderazgo

Los residentes consideran que uno de los pilares para la adecuada comunicación dentro de la unidad de cuidado intensivo es tener un líder que coordine de forma óptima al equipo de trabajo, acierto corroborado por estudios previos donde se plantea la necesidad de incluir la enseñanza del liderazgo como parte de la competencia comunicativa dentro del currículo de cuidado intensivo (122). Un adecuado liderazgo está asociado a una mayor satisfacción en las decisiones clínicas con una percepción de mayor calidad en el cuidado del paciente; así como menos estrés moral con un mayor enganche por parte del personal, satisfacción con el trabajo e intención de continuidad laboral (123,124).

Por otra parte, los residentes documentaron que la ausencia de un adecuado liderazgo se asocia a desconfianza, desorden, frustración y discusiones dentro del grupo, llevando a un actuar individualista por parte de los miembros. Esto también ha sido señalado por estudios previos donde además se encontró una asociación a una menor productividad y absentismo por parte de los trabajadores (125).

Las dimensiones del liderazgo más referenciadas por los residentes son la comportamental a través de la toma de decisiones manteniendo una actitud calmada y respetuosa sobre todo en escenarios de alto estrés (123), así como la colaborativa donde el líder escucha a cada miembro del equipo, identifica de forma adecuada los roles de cada uno y es una guía para el grupo (124). Dentro de este liderazgo colaborativo se han creado nemotecias para la toma de decisiones como son el VALUE TEAM. Esta nemotecia incluye en sus siglas en inglés: Valora

las opiniones del equipo interprofesional (Value), valida las emociones (Acknowledge), escucha a los demás (Listen), comprende a los miembros del equipo (Understand), obtiene sugerencias (Elicit), ata la decisión a la mejor evidencia (Tie), elabora un plan considerando los valores, objetivos y preferencias del paciente (Elaborate), valora las opiniones diversas (Address) y toma la mejor decisión sopesando todas las opciones médicas razonables, mientras mantiene en mente los objetivos de desenlaces y calidad de vida para el paciente posterior al egreso de la UCI (Make the best decision) (124).

Establecer un plan durante el turno

Estudios observacionales han encontrado que la mayoría de los eventos adversos e incidentes de la UCI se dan principalmente por errores en la comunicación, estos están asociados a la ausencia de reportes de errores, ausencia de comunicación del personal médico con el resto del equipo, información pobre o incompleta, delegación inadecuada de tareas o ausencia de priorización de actividades (32,126). Hasta un 75% de estos errores habrían podido ser anticipados mediante una adecuada entrega y discusión en el cambio del turno, así como en el desarrollo del mismo (28).

Para mejorar la calidad de la atención, disminuir la mortalidad y optimizar el trabajo en equipo, es necesario involucrar a todo el personal de la UCI en el manejo del paciente mediante las rondas multidisciplinarias que establezcan un plan diario (26,68). Acción igualmente resaltada por los residentes como parte de la competencia comunicativa, quienes recomendaron que se haga un plan específico para cada turno que permita conocer las metas, preocupaciones y planes para los pacientes de la UCI. Esto en concordancia con estudios previos que recomiendan que este plan incluya una estructura que mejore la comunicación del equipo como son las tareas a realizar, el plan de cuidado y a comunicar y con ello lograron una reducción del 50% de estancia en UCI (14).

Dentro del plan diario durante el turno también se incluye la entrega de turno del día a la noche, donde se ha demostrado que puede perderse la continuidad de la información, generando incertidumbre en las conductas con la solicitud de paraclínicos ya realizados e innecesarios y disminuyendo con ello la calidad de la atención (28). Una adecuada entrega de turno puede evitar hasta el 75% de eventos nuevos durante el turno de la noche (127).

En diferentes artículos se han descrito herramientas que permiten su efectiva comunicación como son: realizar listas de chequeo o plan diario, entrenamiento en equipo mediante simulación, evaluación multidisciplinaria y un formato electrónico o físico de entrega de turno (31). Otros estudios recomiendan la valoración conjunta de los pacientes durante la entrega de turno donde además se especifique las tareas esperadas durante la noche y anticipar los posibles problemas que puedan surgir, así como recomendar los pacientes más críticos y advertir de los paraclínicos que estén pendientes (128). Así mismo, la entrega de turno debe ser presencial, minuciosa y pertinente, esto les permitirá a los residentes anticiparse a los eventos más probables en cada paciente (27,29).

Valorar la importancia de cada miembro del equipo

La unidad de cuidado intensivo es un espacio donde se da la interacción de múltiples disciplinas encaminadas al tratamiento de pacientes en estado crítico; por lo que requiere un trabajo en equipo interprofesional eficiente y continuo (68). Un equipo coordinado permite lograr un desempeño sincronizado en las actividades de la UCI donde cada miembro es consciente del trabajo del otro y donde la toma de decisiones debe integrar la información y percepciones de todos los miembros del equipo. Los residentes identificaron que el trabajo en equipo óptimo dentro de la UCI, requiere tener una estrategia de manejo para cada paciente donde cada miembro se sienta respetado, importante y que se le permita aportar en beneficio del paciente, hallazgo referenciado previamente (32).

Es por esta razón que las experiencias de jerarquías y relaciones de poder encontradas por los residentes son una barrera para el aprendizaje de la comunicación dentro de esta dinámica de equipo. Estas pueden ser interprofesionales (medicina, enfermería, terapia etc.) como entre los médicos según el año de residencia en curso. Estudios previos encontraron que las personas en los peldaños bajos de estas jerarquías son más propensas a sentir baja eficacia y subestimar su contribución al trabajo en equipo, así como limitar sus comentarios por considerarlos menos valiosos o por miedo a repercusiones negativas, limitando las oportunidades para aprender a comunicarse, compartir opiniones y resolver problemas de forma conjunta y por consiguiente comprometiendo su aprendizaje en general (129).

Así como en la literatura, la propuesta de los residentes de generar experiencias que retomen la importancia de cada miembro y permitan que aporten en el plan de trabajo puede mejorar una de las causas de conflictos dentro

de una UCI, siendo esta la necesidad de sentirnos parte del equipo y poder tener opiniones válidas dentro de él, en conjunto con el manejo de escasos recursos y la necesidad de mantener una visión positiva de sí mismo y del grupo (9).

Adicionalmente se recomienda que estas experiencias permitan apreciar las contribuciones de otros mediante la motivación constante a sus miembros para que puedan expresarse de forma abierta entre ellos, validando la importancia de sus aportes y, además crear un ambiente de seguridad psicológica para que los residentes puedan expresar sus opiniones sin miedo (129,130). Algunas de las experiencias recomendadas por la literatura son los entrenamientos con todo el equipo de trabajo, donde al interactuar con respeto y confianza durante estas actividades, les permite mejorar la comprensión de los roles y valorar responsabilidades de cada uno en la UCI (30,131).

Una recomendación muy interesante realizada por los residentes es la realización de actividades sociales o culturales fuera del ambiente de trabajo que estimule las relaciones de confianza, recomendación realizada por un estudio previo donde las actividades que estimulan la cultura de trabajo en equipo permiten un empoderamiento para expresarse por parte de los subordinados y mejoran la escucha activa por los mayores (15).

Estimular el compañerismo entre residentes

Los residentes encontraron como barrera para el aprendizaje de la comunicación la falta de compañerismo que genera desconfianza, rivalidad, miedo a expresarse y sensaciones de tristeza congruente con lo que encontramos en la literatura, donde la falta de compañerismo está asociada a la sensación de exclusión, ausencia de apoyo o discriminación afectando el clima de aprendizaje y por ende, el bienestar y la educación del residente, aumentando el riesgo de burnout en los residentes (132,133). Mientras que el tener una adecuada colaboración entre pares se ha correlacionado a mejor desempeño, mejor adaptación a nuevos ambientes de aprendizaje, mayor resiliencia durante la residencia, mayor desarrollo como profesionales y menor burnout (132,134). Por lo que, la propuesta de los residentes de realizar actividades de integración, posiblemente bajo un apoyo psicológico permitirá mejorar el compañerismo entre ellos.

Estimular la inteligencia emocional dentro de la comunicación en el equipo de trabajo

La comunicación efectiva se asocia a mejores desenlaces clínicos, incluyendo satisfacción, control de síntomas, salud emocional y adherencia a los planes de tratamiento por parte de los pacientes, además, puede prevenir eventos adversos (57).

Los residentes encontraron que las experiencias donde hay una adecuada inteligencia emocional mediante una comunicación clara y precisa en todo momento, que exprese empatía, respeto y apoyo a las opiniones de todos los miembros del equipo y tenga una consistencia entre la comunicación verbal y no verbal, permite construir relaciones positivas con el equipo y los pacientes (135,136).

Adicionalmente los residentes resaltaron la importancia del lenguaje paraverbal para ofrecer empatía y brindar apoyo emocional al equipo de trabajo y a los pacientes. La comunicación se transmite hasta en un 70% mediante el lenguaje paraverbal, nos permite construir relaciones de confianza con otros e incluye el contacto visual, el toque gentil y una aproximación atenta hacia el paciente o compañero mostrando una genuina atención e interés (137), también se ha encontrado que nos da herramientas para detectar y manejar las emociones que surgen en estos ambientes de alto estrés mejorando la relación terapéutica con el equipo y el paciente (138).

Experiencias de aprendizaje relacionadas con la interacción con el paciente y los familiares durante la pandemia por covid-19

La pandemia de COVID19 ha cambiado la forma en la que nos comunicamos dentro de la UCI al ser necesario el aislamiento y el distanciamiento social. Dentro de las barreras encontradas por los residentes están: la disminución de canales de comunicación dada por los equipos de protección que no permiten la adecuada interacción con los pacientes, la ausencia de familiares dentro de la UCI y la necesidad de brindar información vía telefónica. Los residentes resaltan, al igual que estudios actuales, las consecuencias de esto dadas por la disminución del cuidado centrado en el paciente y la despersonalización secundaria a la restricción en el tiempo por sobrecarga laboral y por el impacto emocional para el paciente, familiares y personal de salud (38).

Dentro de las estrategias reportadas en la literatura que permiten el manejo de estas limitantes está el mejorar la comunicación del equipo creando planes de cuidado anticipatorios, la comunicación centrada en el paciente y

la familia ayudándolos a prepararse para las posibles complicaciones y manejo del duelo anticipatorio; y aumentar la disponibilidad de recursos para mejorar el aprendizaje de la comunicación (38).

Adicionalmente los residentes resaltan la necesidad de aprender nuevas claves no verbales. Dentro de las estrategias adoptadas por múltiples UCIs para la interacción con los familiares, están las llamadas telefónicas, donde nos apoyamos de nuevas claves no verbales como el tono de la voz, las pausas y la cadencia del discurso que damos y recibimos de los familiares (138). Se han documentado beneficios de este tipo de comunicación en los casos de fin de vida por COVID19, donde los familiares reportan mayor satisfacción con la interacción con el paciente así sea de forma virtual y refieren que tener la oportunidad de despedirse por este medio ayuda al proceso de duelo (39,139).

Experiencias relacionadas con el aprendizaje reflexivo por parte del residente

Dentro de las experiencias que permiten el aprendizaje de la comunicación bajo un aprendizaje reflexivo, los residentes resaltan la actitud reflexiva y metacognición, una adecuada supervisión y estimular responsabilidad y autonomía mediante actividades acordes a su madurez académica. Además, recalcan la importancia de establecer relaciones de confianza entre el docente y el residente.

Actitud reflexiva y metacognición

Los residentes encontraron que desarrollar la actitud reflexiva reconociendo sus capacidades clínicas y comunicativas, les permite crecer y mejorar la comunicación con el equipo de trabajo y los pacientes. Varios estudios documentan que desarrollar la habilidad de tener una actitud reflexiva basada en la atención, receptividad y flexibilidad genera una práctica presente y atenta o “*mindfull practice*”. Esta mejora su receptividad a la realimentación, fortalece su resiliencia, optimiza la toma de decisiones y su comunicación interpersonal, para finalmente mejorar los desenlaces en los pacientes (33,55,140).

Es un hecho que aumentar la metacognición mejora el entendimiento de los procesos internos y emociones por parte del residente optimizando su disposición cognitiva para responder a escenarios de estrés como es el caso de la UCI (141). Otros estudios lo asocian con menor burnout, mejor empatía y mayor satisfacción durante las actividades asistenciales (33,55).

Existen siete cualidades actitudinales que están asociadas a la práctica presente y atenta: paciencia, mente de principiante, confianza, ausencia de prejuicios, pausar los momentos, aceptar y dejar ir (141). Dentro de estas, los residentes resaltaron la necesidad de tener mente de principiante y aceptar la ausencia de conocimiento y la posibilidad de equivocarse, para poder estar dispuesto a nuevas experiencias.

Supervisión adecuada

Los docentes tienen la responsabilidad de acompañar a los residentes en su proceso de formación y brindarle realimentación respecto a su desempeño, para esto es necesaria una supervisión adecuada, oportuna y equitativa. Los residentes resaltan las experiencias donde la adecuada supervisión estuvo asociada a mejor clima de aprendizaje y mayor satisfacción por parte del residente (142).

Sin embargo, la falta de supervisión no es inusual durante los turnos. Esta genera incertidumbre y miedo a cometer errores con los pacientes lo que conlleva a privación de sueño, estrés, depresión, conflictos interpersonales en el trabajo y hasta conductas negativas como consumo de alcohol o medicamentos estimulantes, así como cambios de peso. Además, se asocia a una relación inversa con satisfacción hacia la residencia y tiempo de aprendizaje (143). Por lo que es vital incentivar la supervisión adecuada por parte de los docentes teniendo en cuenta el grado de madurez académica de cada residente. Al ver a los residentes de forma esporádica, los docentes de los turnos nocturnos deben ser proactivos concertando con el residente desde el principio del turno los objetivos que desea de él. Esto permite al docente calcular el grado de supervisión necesaria y graduar de forma adecuada la autonomía para el residente durante el turno y estar disponible para cualquier duda (144,145).

Otorgar actividades acordes a su madurez académica

Conocer las competencias objetivo de cada residente y valorar activamente su madurez académica durante el turno, le permite al docente otorgar tareas que desarrollen sus conocimientos, habilidades y actitudes de forma regulada y óptima.

Durante los turnos nocturnos aumenta el grado de autonomía y responsabilidad hacia los residentes (52,146) sin embargo, muchas veces se confieren responsabilidades mayores respecto a su madurez académica, lo cual puede

generar miedo y errores por parte del residente, llegando a perjudicar al paciente (51). Por lo que es de suma importancia conocer de forma anticipada las competencias a adquirir por parte de cada residente en el turno.

Respecto a la competencia comunicativa, el reporte realizado por la ACGME en 2004 identifica algunas de las habilidades comunicativas más importantes para el residente: escucha efectiva, recolección efectiva de información, provee información usando explicaciones adecuadas, consuela y educa a los pacientes y familiares y toma decisiones basados en la información recolectada. Para valorar su nivel de competencia se recomienda realizar listas de chequeo respecto a los comportamientos observados durante la interacción con pacientes reales o simulados, entrevistas respecto a las experiencias de los pacientes durante las interacciones clínicas y diferentes tipos de evidencias evaluativas a implementar durante los turnos nocturnos (3).

Crear vínculos de confianza entre el docente y residente

Cultivar la confianza entre el residente y el especialista o el equipo de la UCI es un reto, ya que consiste en lograr un constructo que incluye la identificación clara de roles durante un turno, la cultura organizacional del equipo, en nivel de madurez académica del residente, las herramientas pedagógicas del especialista y un clima de trabajo propicio.

Un estudio de cuidado intensivo quirúrgico encontró que la ausencia de confianza entre el especialista y el residente y la consiguiente exclusión de este para la toma de decisiones de los pacientes críticos se da por: 1) la transitoriedad del residente en el turno, que limita la creación de una relación con el personal de la UCI. 2) La percepción de nivel de competencia del residente, muchas veces considerada inferior a la necesidad del paciente. 3) La percepción de la habilidad del residente de valorar de forma adecuada al paciente y transmitir la información del paciente a este, a los familiares o a otros miembros del equipo. 4) La urgencia con la que se necesita transmitir un mensaje o realizar una conducta y 5) La contribución insuficiente del residente para la toma de una decisión. Por lo que una estrategia de mejora es optimizar cada uno de estos puntos mediante la creación de oportunidades estructuradas para los residentes para observar y reflexionar sobre los abordajes, discusiones y toma de decisiones de estos pacientes críticos, que les permita desarrollar la competencia de comunicación en estos escenarios (18).

Experiencias relacionadas con los espacios de instrucción durante los turnos

Los residentes encontraron la necesidad de optimizar las experiencias donde se dé el aprendizaje formal de la competencia comunicativa, dentro de un microcurrículo estructurado en espacios protegidos durante el turno y basados en una adecuada realimentación que tenga en cuenta el nivel de madurez académica de cada residente. Además, resaltan la necesidad de mejorar la sobrecarga actual del residente para poder utilizar los turnos nocturnos como escenarios propicios para el aprendizaje de esta competencia vital para el intensivista.

Necesidad de crear un microcurrículo formal y espacios para su instrucción

Los residentes expresan la necesidad de superar el aprendizaje vicario de la comunicación o dentro de un currículo oculto y llegar a estructurar el aprendizaje de esta dentro del currículo formal de la residencia, en consonancia con los requerimientos solicitados por sociedades de educación médica como la ACGME desde el 2005 (7). Espacios de tiempo protegido a pesar de las demandas del turno nocturno, donde se construya una relación de confianza con el docente y que ofrezca seguridad psicológica para lograr aumentar la motivación del residente a participar de forma libre (129). Un espacio donde se estimulen procesos de autorreflexión, realimentación posterior a desempeño observado de forma directa y siempre con intención de mejora (7,66,145). Adicionalmente pueden ser desde una sola sesión hasta un programa paralelo a la residencia (72,147).

Instruir de forma explícita las competencias del profesionalismo, entre estas la comunicativa, mejora de forma considerable el desempeño de los residentes (148). Crear espacios de instrucción de la comunicación que permiten a los estudiantes ser más conscientes de la actividad comunicativa y las habilidades necesarias; así como de realizar una comunicación efectiva para construir relaciones de confianza y aprender el manejo de la comunicación en escenarios de estrés (147).

Dentro de la necesidad de generar un microcurrículo formal para la competencia comunicativa está el aprender a comunicarse dentro de escenarios de alto estrés emocional como son los dilemas de fin de vida y dar malas noticias, lo cual es necesario para poder entablar una comunicación con estos pacientes, sus familiares y el equipo de trabajo (2,122).

Los residentes reportan emociones negativas ante la necesidad aun no suplida de saber manejar la comunicación en estos escenarios, generando aún aumento en las demandas emocionales, hallazgo documentado previamente (149). Por lo que nos encontramos ante la necesidad de explorar modelos de enseñanza curricular que incluyan didácticas de aprendizaje como el abordaje mediante técnicas como SPIKES dentro de escenarios de simulación o frente a pacientes bajo acompañamiento adecuado y evaluado mediante exámenes objetivos estructurados para hacer de este aprendizaje dirigido, una realidad (6).

Realizar actividades de realimentación

La realimentación se define como la información brindada entre una comparación respecto al desempeño del residente y un standard establecido, con el objetivo de generar un cambio, mejorar la adquisición de la competencia por parte del residente mejorando su crecimiento profesional (150).

Esta es un elemento esencial del aprendizaje, pero suele estar ausente durante los turnos nocturnos (51) o es mucho menor respecto a la que los docentes consideran que ofrecen (17% percibido por los residentes vs 90% percibido por los docentes) (142), de baja calidad o con fines punitivos (151).

Durante los turnos nocturnos hay una oportunidad muy valiosa de realizar realimentación con sentido, esta se basa en observaciones directas del desempeño durante el turno enfocados en objetivos y metas claras. Puede ser realizado al finalizar el turno o mediante medios audiovisuales como el celular, una vez se haya completado el horario laboral (145).

Usualmente los residentes que tienen mayor motivación intrínseca para mejorar sus competencias son los que más buscan recibir realimentación sobre todo en escenarios donde los docentes son percibidos como más receptivos y abiertos a una realimentación adecuada (152). Adicionalmente es aún más valiosa si se realiza no solo por el especialista sino además por el resto del personal de la UCI y hasta los familiares, conocida como realimentación de múltiples fuentes o 360 grados (36).

Valorar y armonizar la sobrecarga asistencial y académica del residente

Los residentes con sobrecarga de horario, que trabajan más de 24 horas están más propensos a cometer errores con los pacientes, así como sufrir de agotamiento y distrés emocional (153). Además, es de amplio conocimiento que la sobrecarga laboral esta inversamente relacionada la adquisición de conocimiento, la memoria de trabajo y el sueño (77,79,80,154).

La sobrecarga de responsabilidades evita que el residente pueda reflexionar sobre su actuar y limita el aprendizaje experiencial. Un estudio documentó que los residentes sienten sobrecarga de responsabilidad al superar la relación de residente paciente de 1:3 limitando su aprendizaje y es más evidente conforme menor sea el rango del residente (155), hallazgo que encontramos dentro de las experiencias de los residentes en este estudio.

Dentro de las estrategias referidas por los residentes y acorde con la literatura, se recomienda educar a los docentes para identificar la carga cognitiva, laboral y horaria de los residentes e implementar estrategias para evitar la sobrecarga. La cognitiva mediante la creación de registros de los pacientes que le permitan al residente mantener la información presente, hacer explícitos los pasos necesarios para tomar una decisión incluyendo la recomendación de algunos documentos claves. La laboral identificando en nivel de madurez académica del residente y generando tareas acordes a sus competencias y la horaria mediante el cumplimiento de la restricción horaria para residentes (155).

Limitantes del estudio

Este estudio tiene algunas limitantes, la primera fue que su desarrollo se vio influenciado por la pandemia donde la dinámica durante los turnos nocturnos se vio sobrecargada por la demanda y complejidad de los pacientes, así como por los equipos de protección y el agotamiento físico y emocional por parte del personal de la UCI. La segunda, la metodología de las reuniones fue modificada al ser en gran parte mediante la virtualidad lo que limitó mucho las claves de la comunicación paraverbal como este estudio lo documentó. La tercera fue la sobrecarga por parte de los residentes dado las demandas laborales externas generadas por la pandemia con

el consecuente retiro de seis residentes durante el desarrollo del estudio dado la sobrecarga que estos recibieron durante la pandemia y el poco tiempo libre secundario. La cuarta fue la dificultad encontrada entre aprender la competencia comunicativa y el desarrollo de esta durante los turnos nocturnos dado los residentes asumieron en múltiples ocasiones que aprendían esta competencia al verla suceder durante el desarrollo del turno. La quinta es que es un estudio unicéntrico y puede no reflejar la realidad de otras unidades de cuidado intensivo. Y la sexta son las limitantes del fotovoz como medio de recolección como son el sesgo en el objetivo de la foto, en el registro (autocensura, estética sobre objetivo) y en la interpretación de la foto (106,107).

Fortalezas del estudio

Dentro de las fortalezas del estudio están que es el primer estudio que hace referencia al aprendizaje de la comunicación del intensivista desde el punto de vista de los residentes cuidado intensivo y dentro del espacio de los turnos nocturnos, igualmente es el primer estudio en usar la metodología de fotovoz y acción participativa para generar un cambio al respecto del aprendizaje de esta competencia. Además, es el primer estudio en su tipo concordante con la literatura respecto a los temas centrales para el aprendizaje de la comunicación de los residentes de cuidado intensivo y brinda estrategias para su implementación aprovechando escenarios de aprendizaje experiencial como son los turnos nocturnos.

Este estudio abre la puerta a un enfoque que permite el empoderamiento de los residentes en su aprendizaje de las competencias del profesionalismo para hacerlas visibles dentro de un currículo formal dentro del programa de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo.

CONCLUSIONES.

La competencia comunicativa del intensivista es vital para su actuar profesional diario y para el desempeño óptimo del equipo de la unidad de cuidado intensivo. Aprender esta competencia durante la residencia se convierte en una necesidad y debe superar su aprendizaje informal para ser enseñada de forma explícita y dentro de un currículo formal. Se deben encontrar escenarios propicios donde haya una relación más personalizada entre el docente y el residente, donde se permita un mayor desarrollo de responsabilidad y autonomía, y en horarios donde disminuyan otras responsabilidades como las administrativas, permitiéndole al residente estar de forma permanente dentro de la UCI.

Los turnos nocturnos son escenarios adecuados al cumplir estas características, por lo que este estudio tuvo como objetivo identificar las experiencias asociadas al aprendizaje de la competencia comunicativa por parte de los residentes durante los turnos nocturnos. Resaltamos las experiencias facilitadoras, sus características y encontramos estrategias de mejora para las prácticas consideradas barreras para su aprendizaje. Estas experiencias se pueden organizar en cinco temas relacionadas así: con el docente como rol modelo, con el trabajo en equipo, con la interacción con familiares, con el aprendizaje reflexivo del residente y con los espacios de instrucción.

Dentro del actuar del docente como modelo a seguir los residentes resaltan la inteligencia emocional como atributo a aprender para la comunicación efectiva y evitar algunos comportamientos del anti-rol modelo como la intolerancia y la impaciencia. En la literatura además se resalta la importancia de hacer este tipo de aprendizaje consciente por parte del docente.

Lograr una adecuada comunicación dentro del equipo de trabajo debe iniciar por un liderazgo efectivo mediante la creación de un plan para el turno que tenga en cuenta el trabajo multidisciplinario de la UCI. Lograr una interacción eficiente del equipo de trabajo donde cada miembro sea validado en la importancia de su función y sus aportes. Adicionalmente resaltamos la importancia de mejorar la comunicación dentro del equipo de trabajo mediante actividades de integración donde se mejoren los lazos de confianza entre los miembros del equipo, así como entre los residentes. Por otra parte, encontramos que hay experiencias donde el lenguaje paraverbal resalta de suma importancia como apoyo emocional entre los miembros del equipo y hacia los pacientes. Además, la

perdida de este lenguaje paraverbal en la interacción con los familiares dada por los equipos de protección y la ausencia de interacción de los familiares dentro de la UCI hace necesario la búsqueda de estrategias de nuevas claves en la comunicación no paraverbal asociadas a la comunicación mediante telemedicina.

Aprender la competencia comunicativa depende en gran parte de estimular una adecuada metacognición por parte del residente. Esta se logra mediante una adecuada supervisión por parte del docente donde se equilibre la responsabilidad y autonomía de este, con su nivel de madurez académica y siempre se nutra de una realimentación oportuna y adecuada durante o al finalizar el turno. Esto es un reto, pero dentro de las estrategias propuestas por los residentes se encuentra mejorar los vínculos de confianza entre el docente y residente que permitirán una mejor comunicación de estos durante los turnos.

Finalmente resaltamos la necesidad de crear un microcurrículo formal para el aprendizaje de la competencia comunicativa, así como espacios protegidos para su instrucción durante los turnos nocturnos, la literatura ha demostrado que pueden ser tiempos cortos pero frecuentes para lograr el adecuado aprendizaje de esta competencia. Igualmente encontramos la necesidad de crear un microcurrículo para instruir a los residentes en el manejo de malas noticias dentro de la UCI. Por otra parte, es necesario disminuir la sobrecarga actual de los residentes para lograr espacios académicos propicios y asegurar un adecuado aprendizaje de esta competencia por parte de los residentes.

Considerando la metodología del estudio, los participantes expusieron estas experiencias a los tomadores de decisión de la unidad de cuidado intensivo y los docentes de los turnos nocturno. Además, propusieron algunas de las estrategias para mejorar el aprendizaje de la competencia comunicativa del intensivista, como son: iniciar la cultura de realimentación durante los turnos mediante un buzón de realimentación, realizar actividades de integración entre residentes y el personal de la UCI, socializar con los docentes de los turnos las competencias esperadas para cada año de residencia y finalmente presentar algunas estrategias para disminuir la sobrecarga de los residentes. Será el objetivo de otro estudio valorar los cambios que estas estrategias generaran en el aprendizaje de la competencia comunicativa de los residentes durante los turnos nocturnos.

ANEXO 1. GUÍA METODOLÓGICA DE LAS FASES

Justificación

El método de fotovoz como parte del enfoque de investigación acción participativa permitirá el empoderamiento de los participantes (156), en este caso residentes, orientado a mejorar sus oportunidades de aprendizaje experiencial y situado en comunidades durante los turnos nocturnos. Analizarán de forma crítica las experiencias y situaciones del contexto social que les permitan el aprendizaje del profesionalismo y sobre todo de la competencia comunicativa, pilar para el adecuado desarrollo y actuar del intensivista (94). Finalmente desarrollarán planes de mejora para generar un cambio en la forma en la que se enseña y aprende esta competencia, ahora explícita y dirigida.

Descripción de la estrategia

Usaremos el método de recolección de información del fotovoz para el desarrollo de la investigación acción. El fotovoz, mediante el registro de imágenes (tomadas dentro de un contexto), facilita la expresión de ideas, emociones y preocupaciones mediante el trabajo colaborativo. Y además, permite generar una discusión crítica alrededor de experiencias que afecten el problema o situación de interés (99).

Las fases de la estrategia se organizarán en cuatro reuniones y una exposición final e incluyen(100,115):

1. Taller de contextualización y aspectos éticos
2. Discusión de las fotografías tomadas y construcción de narrativas
3. Análisis y elaboración de categorías
4. Presentación de resultados ante tomadores de decisión

Participantes

El universo del estudio son la totalidad de los residentes de un programa de Cuidado Intensivo. Actualmente consta de 30 residentes activos: 8 residentes de cuarto año, 8 residentes de tercer año, 7 residentes de segundo año, 7 residentes de primer año. De los cuales participaran los que de forma voluntaria acepten ingresar posterior a entender el propósito y la metodología del estudio (Selección por criterio: voluntario y que aseguren la mayor complejidad y profundidad posible)

Por otra parte, los resultados del estudio se expondrán al personal que conforma el equipo de una UCI de una clínica de cuarto nivel. Esta liderado por dos supraespecialistas, 10 intensivistas de la noche, jefes de enfermería, auxiliares de enfermería y personal de fisioterapia.

Materiales

Requeriremos:

- Grabadora digital: Será utilizada para grabar las sesiones presenciales.
- Computador portátil y proyector: para realizar la exposición de los temas teóricos y proyección de las fotografías de la primera ronda.
- Papel de fotografía e impresora: Las fotos seleccionadas y modificadas que se seleccionen al final, serán impresas para su codificación
- Papelógrafos.
- Grabadora de video.
- Trípode.
- Marcadores indelebles.
- Cuadernos y esferos: Los participantes registrarán lo que consideren importante durante la exposición de las imágenes y durante la codificación y generación de temas.
- Aula de reunión: Dispondremos del aula de reunión que nos facilite la clínica.
- Consentimiento informado para participantes y para sujetos fotografiados.
- Diario para registro del investigador

Procedimiento (113,115):

1. **Taller de contextualización, construcción de definiciones y aspectos éticos:** se realizará una primera reunión donde se expondrá:
 - a) Metodología del fotovoz a los participantes: Instrucciones respecto a la toma de fotografías
 - b) Ética del fotovoz: ¿Cuáles son las formas aceptables de tomar una foto?, ¿Por qué nunca se debe tomar una fotografía sin consentimiento?, ¿incentivar el registro de imágenes representativas sobre

explícitas? ¿Por qué siempre se deberá ocultar los rasgos representativos de las personas fotografiadas?, ¿cuándo no tomar las fotos?, ¿por qué no se deben compartir las fotos?

***Al preguntar se procurará generar clima de confianza para facilitar la relación horizontal y la reflexión como grupo.**

- c) Definición colectiva de la competencia de comunicación dentro del profesionalismo del intensivista a partir de preguntas (partiendo de los presaberes)
 - d) Identificar experiencias que faciliten o limiten el aprendizaje de la comunicación durante los turnos nocturnos
 - e) ¿Cuándo, entonces vamos a tomar una fotografía? Se establecerá que las fotografías deberán ser representativas de las situaciones de interés. Si por alguna razón el residente considera que debe tomar la fotografía de la situación explícita, deberá realizar una representación de esta sin los autores de la situación original y con actores voluntarios para juego de rol donde igualmente se difuminarán sus rostros u elementos representativos; o realizar una representación mediante elementos inanimados. Igualmente, nunca se deberá tomar fotografías que permitan identificar a los implicados en la situación. Por otra parte, se acordarán los criterios para tomar fotografías según los objetivos de la investigación: identificar las características de la comunicación, las experiencias que la facilitan y las experiencias que obstruyen su aprendizaje
 - f) Establecer los tiempos de entrega y las características de cada foto (título de la foto y pie de foto) en formato de power point.
 - g) Presentación del consentimiento informado para participantes, sujetos de participación en rol y de exposición de fotografías seleccionadas.
 - h) Acompañamiento por parte del investigador y registro de las actividades realizadas durante la investigación de forma continúa
2. **Discusión de las fotografías tomadas y construcción de narrativas:** Se dará un tiempo de 2 meses para realizar las fotografías durante los turnos, contando de forma continua con el asesoramiento para su realización.

Se realizará una segunda reunión 3 semanas después de la inicial para revisar las fotos tomadas hasta el momento (respecto a objetivos del estudio) e iniciar el análisis de las imágenes mediante la técnica

SHOWeD. Se realizará lluvia de ideas y registro en mapa mental de las características de la comunicación y de los facilitadores y barreras.

Se realizará una tercera reunión 5 semanas después de iniciado el proyecto, continuaremos en la exposición de narrativas y haremos el análisis temático para realizar la codificación en temas comunes y sus relaciones. En esta reunión se definirá la necesidad o no de una cuarta reunión para análisis temático.

3. **Presentación de resultados ante tomadores de decisión y generar una acción (100):** Definiremos con los participantes la forma en que expondremos los resultados y las propuestas para mejorar el aprendizaje de la comunicación durante los turnos nocturnos, al personal que labora en la UCI.

Análisis de información

El análisis de la información se realizará mediante el análisis temático, y un método constructivista de dirección teórica, que permitirá identificar, analizar y reportar patrones (temas) dentro de la información. Los temas estarán conformados por grupos de imágenes que capturen algo importante de la información y representen un significado en relación a nuestra pregunta de investigación(117). Posteriormente se verificará mediante los siguientes 15 puntos:

Transcripción:

1. La información ha sido transcrita con un adecuado nivel de detalle y las transcripciones han sido revisadas contra las grabaciones de forma precisa.

Codificación:

2. Cada información ha recibido la misma atención en el proceso de codificación
3. Los temas no han sido generados de unos pocos ejemplos vívidos (Aproximación anecdótica), sino por un proceso de codificación minucioso, inclusivo y comprensivo.
4. Se identifican todos los extractos importantes para cada tema
5. Los temas han sido revisados entre ellos y dentro del total de la información
6. Los temas son coherentes, consistentes y distintivos.

Análisis:

7. Los datos han sido analizados, interpretados y dotados de sentido, más que parafraseados o descritos.

8. El análisis y los datos tienen correspondencia, los extractos ilustran los análisis.
9. El análisis cuenta una historia convincente y bien organizada respecto a la información y el tema.
10. Se da un buen balance entre la narrativa analítica y los extractos ilustrativos

Repaso:

11. Se ha brindado suficiente tiempo para completar todas las fases del análisis de forma adecuada sin apresurar una fase o darle un repaso somero.

Reporte escrito:

12. Se explica claramente la aproximación al análisis temático.
13. Hay una congruencia adecuada entre lo dicho, lo expuesto y lo realizado (el método descrito y el análisis reportado son consistentes).
14. El lenguaje y los conceptos utilizados en el reporte son consistentes con la posición epistemológica del análisis.
15. El investigador se posiciona como un activo en el proceso de la investigación, los temas simplemente no surgen.

Instrumento:**PRIMERA REUNIÓN:**

“Buenos días, mi nombre es Diana Quintero, como saben, soy egresada del programa de Cuidado Crítico, trabajo en la UCI de la Clínica (Shaio) y actualmente soy maestrante de Educación Médica con la Universidad de la Sabana.

Estamos aquí para hablar de la residencia. Me gustaría saber cómo están, cómo la va residencia y ¿qué tal los turnos nocturnos?

Como residentes hemos encontrado muchas oportunidades de mejora para aprender, lo que debemos saber, en nuestro desarrollo como intensivistas.

Turnos nocturnos

Una de las experiencias que me gustaría que analizáramos son los turnos nocturnos. Quiero que piensen en todas las experiencias que han vivido durante turnos nocturnos que han hecho en la UCI de la Clínica:

¿Han aprendido algo de ellos?

¿Si lo han hecho, ha sido por su propia cuenta o han sido guiados?

¿Aprendieron siguiendo el modelo del intensivista de turno? O quizá ¿rechazando ese modelo?

¿Cuáles son las habilidades que se pueden aprender durante los turnos?

¿Qué habilidades no académicas del intensivista se pueden aprender durante los turnos, como a comunicarse, relacionarse y el liderazgo de la UCI?

¿Creen que es un escenario que se podría aprovechar mejor como residentes?

¿Qué características tienen los turnos nocturnos que pueden servir para un mejor aprendizaje? (mayor responsabilidad por su parte, una relación más personalizada con el especialista, mayor contacto con el personal de enfermería y les da la oportunidad de aprender a ser líderes mediante una adecuada comunicación con el personal y los pacientes)

Competencias del intensivista - comunicación

¿Cuáles son las competencias o características más importante de un intensivista? (lluvia de ideas)

¿Qué es la comunicación?, Quiero que escriban la primera palabra que asocien con “la comunicación en un papel y después la lean en voz alta.

¿Cómo se sabe que una persona tiene una adecuada competencia comunicativa?

¿La comunicación es solo lo que decimos?

¿Por qué es importante comunicar de forma adecuada?

¿En qué consiste la competencia de la comunicación del intensivista? (principios básicos de la comunicación, reunión con familiares para discusión de metas y planes de tratamiento, discusión de incidentes con pacientes

y/o familiares, afrontar el conflicto y dar información de fin de vida y por otra parte comunicación con el equipo de trabajo)

Oportunidades de aprendizaje

¿En qué momento y/o espacio de la residencia creen que podríamos aprender la competencia comunicativa?

¿Creen que durante los turnos nocturnos han aprendido algo acerca de la competencia comunicativa del intensivista?

¿Qué experiencia recuerda asociada a comunicación durante un turno nocturno?, ¿Fue positiva o negativa?

¿Por qué?

¿Qué características tiene una experiencia en un turno que le permitió mejorar su competencia comunicativa?

¿Qué características negativas ha encontrado dentro de la comunicación en un turno nocturno?

¿Considera alguna estrategia mediante la que se pueda fortalecer la competencia comunicativa para el residente durante los turnos nocturnos?

Con todas estas ideas en mente deseo invitarlos a que sean mis coinvestigadores, a que juntos encontremos las respuestas y acciones para mejorar, porque no cambiamos un poco las cosas. Me encantaría que estén los 30, pero el trabajo va a ser muy rico si están los que realmente deseen participar, por lo que me gustaría que lo pensarán y me avisen al final de la reunión.

Tipo de investigación y análisis temático

Vamos a hacer un tipo de investigación que se llama investigación acción participativa. Tranquilos, no tienen que recoger datos en tablas de Excel y pelear con los que se los inventan. Les propongo tomar fotos, les propongo registrar mediante imágenes representativas las experiencias y situaciones que nos ayuden a resolver esto y que después hablemos un poco al respecto. ¿Qué opinan de estas fotos? ¿Creen que esta foto tuvo algún impacto social?



<https://rarehistoricalphotos.com/ruby-bridges-1960/>



<https://caretippingpoint.org/about-photovoice/>

La idea es que vamos a hacer fotos (con los celulares), de situaciones donde ustedes identifiquen los factores favorables o barreras para el aprendizaje de la comunicación y después vamos a reunirnos a analizarlas, a criticarlas, a reírnos y quizá hasta frustrarnos un poco. Todo el personal que trabaja en la UCI será informado de esta investigación. Adicionalmente, es muy importante que las fotografías no permitan la identificación de las personas que salen en ellas, por lo que se preferirá tomar fotografías representativas de la situación como vamos a revisar a continuación: (Se mostrarán 4 imágenes resaltando la importancia del contexto y se dará una introducción a la técnica SHOWeD):

	<p><i>Patient's photos</i></p> <p><i>"It's a positive you see... makes me feel happy, my grandchildren I like to have the pictures"</i></p>	<p><i>The ICU patient room: Views and meanings as experienced by the next of kin. Sepideh Olausson, Margaretha Ekebergh et al</i></p>	<p><i>Intensive and Critical Care Nursing 2012; 28:176-184</i></p>
--	---	---	--

	<p><i>Stained floor</i> <i>"The nurse is the protector of the patient... the patient survive because the nurse stuck out her hand and stopped the bleeding. I am proud of her"</i></p>	<p><i>A Photovoice study on nurses' perceptions and experience of resiliency</i> <i>Shin Yuh, Thendral Uthaman et al.</i></p>	<p><i>J Nurs Manag 2018; 1-9.</i></p>
	<p><i>Stones stacked along a coastal area</i> <i>"... These are people wheter they are Family, colleagues, peers, they actually support you so that I can continue to stand up..."</i></p>	<p><i>A Photovoice study on nurses' perceptions and experience of resiliency</i> <i>Shin Yuh, Thendral Uthaman et al.</i></p>	<p><i>J Nurs Manag 2018; 1-9.</i></p>
	<p><i>Block of ice</i> <i>"A Block of ice. This is a physician who has received scientific training, who's a Good physician, but who's unable to communicate... communication is as important as science".</i></p>	<p><i>Medical education for equity in health: a participatory action research involving persons living in poverty and healthcare profesional</i> <i>Catherine Hudon, Christine Loignon eta l</i></p>	<p><i>BMC Medical Education 2016; 16:106</i></p>

¿Qué se puede ver aquí?

¿Qué es lo que realmente está pasando?

¿Cómo creen que se relaciona con el título de esa investigación?

¿Por qué decidieron tomar esta foto, es una fortaleza o una preocupación?

¿Qué creen que los participantes e investigadores hicieron respecto a esta foto?

Ahora quiero que me reflexionen: ¿las fotos están relacionadas de alguna forma?, ¿podrían agruparlas de mayor a menor importancia? ¿Qué creen que podemos hacer para mejorar esta situación?

Bueno, acaban de realizar un piloto de nuestro estudio. Es bastante interesante, ¿no creen?

También es importante que sepan que registraremos las reuniones mediante video y audio para procurar llevar un adecuado registro de todo lo realizado en miras de cumplir con los criterios de rigor de la investigación cualitativa.

Ética de la fotografía

Vamos a analizar esta foto:

	<p><i>Migrant Mother</i></p> <p><i>“That’s my picture hanging all over the world, and I can’t get a penny out of it... what Good’s it doing me?”</i></p>	<p><i>Empowerment through photo novella: portraits of participation</i></p> <p><i>Caroline Wang and Mary Ann Buris</i></p>	<p><i>Health Educ Behav 1994 21:171</i></p>
--	--	--	---

¿Creen que hay algún escenario donde no podamos tomar fotos?

¿Qué hace que no sea adecuado tomar este tipo de foto?

¿Y si, aun así, deseamos registrar la experiencia? ¿qué creen que podemos hacer?

Cronograma de actividades

Este trabajo va a durar 3 meses aproximadamente. Realizaremos 4 reuniones durante ese tiempo (cada una de 2 horas en promedio). Serán divididos en dos grupos: los residentes de primer y segundo año; y un segundo grupo con los residentes de tercer y cuarto año. Los que estén de acuerdo en participar iniciarán el proceso mediante la toma de fotografías de las situaciones que ya definimos entre todos alrededor de la comunicación: experiencias que creen pueden asociarse al aprendizaje de la comunicación durante los turnos y que elementos facilitan u obstaculizan el aprendizaje.

Realizaremos tres reuniones posteriores. La segunda reunión será en tres semanas. Revisaremos como les ha ido con la toma de fotografías y vamos a analizarlas, veremos coincidencias con los compañeros y relaciones entre las imágenes. Estoy segura de que muchos hemos vivido experiencias similares. La idea es que me envíen entre dos y cuatro imágenes a más tardar 48 horas antes de la reunión para poderlas organizar en una presentación, ojalá una sea mostrando algo positivo y otra algo negativo. Quiero que le otorguen un título a la foto (como se hace con toda obra de arte) y que hagan una breve descripción de la razón de la foto (como vieron en las imágenes previamente). La imagen la enviarán en archivo Power Point. Durante la reunión compartiremos nuestras experiencias y organizaremos las experiencias, sus características e identificaremos facilitadores y barreras.

La tercera reunión será finalizando las siguientes dos semanas. Nuevamente haremos la narrativa con las demás imágenes tomadas (bajo los mismos criterios de la primera reunión).

La cuarta reunión se realizará en dos semanas donde realizaremos un análisis participativo. Buscaremos temas en común y vamos a jerarquizarlas. Finalmente encontraremos estrategias para aplicar durante los turnos, que nos ayuden a fortalecer esta competencia. Vamos a mostrar nuestros resultados a los profes y a todo el equipo de la UCI. Vamos a aprovechar más los turnos para el aprendizaje de esta competencia y quizá más adelante para otras.

Consentimiento informado

Tendremos que firmar unos consentimientos, uno de ustedes como participantes y otro a las personas que nos ayuden en la representación de las situaciones (como juegos de rol). Todo el personal de la UCI estará al tanto del estudio e igualmente tendrán el conocimiento que no se realizarán fotos de las personas o de elementos que permitan su identificación, para permitir que el clima de la investigación se desarrolle de forma adecuada.

Quiero agradecerles de antemano su participación. Sé que están muy ocupados, sé que están estresados. Pero tengo la certeza que esta investigación les va a ayudar, va a abrir una puerta para mejorar. Tenemos un excelente programa de UCI, pero como todo en la vida, es susceptible de mejorar. Con esta investigación lograremos convencer a los profes y a la Universidad de optimizar algunas cosas, es un buen principio... Empecemos”

Acompañamiento y registro de actividades por parte del investigador:

Durante todo el tiempo de la investigación realizaré un registro, mediante un diario, de todas las dudas, ideas y propuestas que haya tanto de su parte como de la mía. Permitirá un registro más minucioso del proceso que se adelante durante la investigación (como parte del Audit trial).

PRODUCTO DE LA REUNIÓN: Cartelera con las definiciones (mínimo 4)

Instrumento: SEGUNDA REUNIÓN narrativa

Planeamos que habrá en promedio 12 participantes y cada uno contará con 2 a 4 fotos.

“Buenos días, ¿cómo están?, ¿cómo vamos con la toma de fotografías? En la reunión de hoy vamos a hacer un pequeño avance y a encauzar las dudas que hayan surgido en estas tres semanas. Vamos primero a analizar unas fotos, tendremos un descanso para unas onces (si, les traje comida) y después seguiremos con nuestro proyecto.

Voy a empezar a pasar las fotografías en la exposición. Cada autor expondrá su fotografía así: ¿qué se puede ver en la foto? ¿qué es lo que realmente está pasando? ¿cómo se relaciona con nuestra investigación? ¿por qué decidió tomarla, es algo positivo o negativo? (la estrategia SHOWeD).

En cada foto buscaremos si alguno tiene una situación similar y porque, intentaremos ir las agrupando según sus características comunes.

Es hora de un descanso, vamos por el refrigerio.

Bueno, continuemos con nuestro análisis, ahora vamos a resolver las siguientes situaciones que surgieron en este tiempo:

- ¿Es ética la foto que tome?: Reforzaremos los principios éticos de la fotografía como crítica social.
- ¿Hay una situación que me interesó mucho pero no pude tomarle foto, ¿qué puedo hacer?: Interpretación gráfica de la situación o recrear la situación (objetos, legos).
- No quisieron que tomara la foto, pero pienso que es importante, ¿qué hago?: Interpretación gráfica de la situación o recrear la situación (objetos, legos).

- Se molestaron conmigo por tomar la foto, ¿qué hago?: Reforzaremos que no se deben tomar fotografías que identifiquen a las personas de la situación y que estas serán descartadas para mantener la ética del estudio
- Definitivamente no tengo tiempo, deseo retirarme: Reforzamiento de los beneficios potenciales del empoderamiento, como residente, en el aprendizaje de la comunicación y aprovechamiento de los turnos nocturnos. Finalmente respeto por la posibilidad de retracto
- La foto no logró captar lo que yo quería ¿Qué hago?: explicar el contexto y la razón de ella o realizar una representación gráfica de la situación?
- Ya llevo muchísimas fotos, ¿será que son muchas?: Registrar entre dos y cinco fotografías para cada sesión, lo importante es el contexto de esta para su análisis.

Que les parece si escogemos entre todos las fotos que más nos hayan llamado la atención para resolver nuestro objetivo de encontrar las experiencias que nos permitan el aprendizaje de la comunicación durante los turnos nocturnos en la UCI.

Muchas gracias, muchachos, nos fue muy bien, descansen y no olviden seguir atentos a las situaciones, regístralas o dibújenlas para que sigamos encontrando estrategias de mejoría

PRODUCTO: Fotografías seleccionadas para análisis final, con título y pie de foto descriptivo y la narrativa de las discusiones al respecto.

Instrumento: TERCERA REUNIÓN: Análisis temático

Buenos días a todos, lo han hecho supremamente bien, Tenemos las fotos impresas que hemos venido hablando y hemos visto que hay temas comunes y temas diferentes. Entre todos vamos a organizarlas por temas en común. Realizaremos una reflexión de los temas, porque hay imágenes en común, como se llama ese tema (código de cada grupo) y que relación encuentran entre estas dos categorías, hay alguna relación o no: causal, contraria, etc. Y por último que propuestas tenemos para llegar a la excelencia de la formación del residente en lo que refiere a la competencia comunicativa

Hoy empezaremos por reunirnos en grupos de tres personas. Tenemos impresas las que revisamos en las reuniones pasadas. Vamos a comentarlas en cada grupo y quiero que escojan las 4 más importantes de cada categoría; las peguen en una cartulina y alrededor pongan a la izquierda la categoría a la que pertenecen y a la derecha que propuestas de mejoramiento podría haber para esta situación. Habrá un expositor por cada grupo. Tienen 1 hora para esto.

Salgamos a descanso, dejen las carteleras en la pared para mirarlas mientras salimos.

Ya tenemos las 4 carteleras. Vamos a organizarlas de la más recurrente para ustedes a la menos importante o común en sus experiencias

Y ahora que opinan de las estrategias de mejoría de cada cartelera, vamos a escoger las situaciones que nos ayudan a aprender mejor durante los turnos nocturnos; vamos a registrar los factores que las facilitan. ¿Cómo creen que podemos hacer que se den más?”. Realizaremos un plan para favorecer estos escenarios y qué debemos hacer para que su enseñanza sea explícita.

“Y ahora vamos a ver las situaciones que nos limitaron u obstruyeron el aprendizaje durante los turnos nocturnos, ¿Qué características tenían?, ¿Son recurrentes?, ¿Cómo creen que las podemos cambiar? Realizaremos un plan de mejora para corregirlas y la forma en la que realizaremos la exposición final para los profes y el personal de la UCI.

¿Cómo vamos a proponerle esto a los profes y a los especialistas de turno? ¿Quieren hacer una exposición magistral? ¿Una infografía? ¿un video de YouTube? ¿Quienes desean exponerlo? Debemos definir una forma de socializar nuestros hallazgos para que puedan ser aplicados por los doctores y enfermeras y así mejoremos el aprendizaje durante la residencia.

Ya casito terminamos, les agradezco mucho, vamos a crear el artículo para publicación, me gustaría que aparecieran como participantes en agradecimientos o mantendremos el anonimato según su decisión. Les entregaré la exposición con las fotos seleccionadas y el artículo terminado. Estaremos todos en la exposición y más adelante haremos la segunda fase a ver si nuestros planes mejoraron las cosas en los turnos nocturnos.

Nuevamente gracias.

PRODUCTO TERCERA REUNION: Las fotos agrupadas por temas. Cartelera con las situaciones favorables con sus características y con las situaciones consideradas barreras con sus características. Una cartelera con las propuestas de acción, recomendaciones y felicitaciones.

Instrumento: CUARTA REUNIÓN: Presentación a tomadores de decisión

Buenos días a todos,

La reunión de hoy tiene como objetivo presentar un estudio cualitativo que estamos realizando en la unidad de cuidado intensivo, donde queremos identificar las experiencias respecto al aprendizaje de la competencia de la comunicación por parte de los residentes de cuidado intensivo durante los turnos nocturnos. Yo soy Diana Quintero, egresada del programa y maestrante del programa de Educación Médica de la Universidad de la Sabana. Les doy la bienvenida a la charla y espero sea de gran provecho.

El profesionalismo del médico es un constructo que se basa en la competencia clínica (razonamiento, conocimiento y habilidades técnicas), la competencia comunicativa y comprensión ética; asociado a características como la responsabilidad, altruismo, humanismo y excelencia que incluye la autorreflexión y la autorregulación.

Un adecuado profesionalismo le permitirá al médico intensivista desarrollar su profesión de forma íntegra y satisfactoria.

Dentro de las competencias expuestas encontramos la competencia de la comunicación siendo ésta la más importante dentro de este constructo. En la unidad de cuidado intensivo hemos encontrado que el 71% de los familiares no comprenden lo que le sucede al paciente, el 21% de las quejas son por fallos de la comunicación, el 20% de los errores médicos están asociados a una alteración de la cadena de comunicación y hasta un 70% de los errores que suceden durante un turno pueden ser por una inadecuada comunicación en la entrega. Entonces la comunicación es el engranaje y el que les da el balance a las demás competencias del profesionalismo mejorando la satisfacción por parte del paciente y familia, la experiencia del paciente dentro de la UCI y un trabajo en equipo.

Sin embargo, la comunicación incluye varias habilidades que tienen como fin establecer una relación terapéutica; una de estas son las habilidades interpersonales, otra es la recolección eficiente de la información, una adecuada comunicación con el equipo de trabajo, tener una capacidad de liderazgo para el trabajo en equipo y generar empatía y *rapport*. Todo esto hace que la competencia comunicativa sea más compleja que sólo hablar.

En la literatura encontramos que más o menos desde 1976 existen estudios respecto a la competencia comunicativa en medicina, así como diferentes metodologías de enseñanza dentro de los programas de pregrado y algunos programas de posgrado. También encontramos estudios que intentan mejorar esta competencia dentro de unidades de cuidado intensivo ya en funcionamiento como son el estudio de Brindley en 2011 donde da estrategias para su optimización y Reader 2007 donde mediante simulación y entrenamiento de juegos de rol permite su enseñanza formal. Por otra parte, Pronovost en 2003 establece el plan de metas diarias como el objetivo para mejorar la comunicación con el equipo y adicionalmente encontramos estudios que buscan ajustes en el currículo para la enseñanza de la comunicación como son los estudios de Sullivan y de Turner. Sin embargo, existen muy pocos estudios respecto a la enseñanza formal de la comunicación de residentes de cuidados intensivos y ninguno que aproveche el escenario de los turnos nocturnos para su enseñanza.

Saucier en 2012 realiza una revisión literaria donde nos muestra los elementos necesarios para aprender una competencia del profesionalismo y dentro de este el de la comunicación. Que su enseñanza sea intencional y explícita, que se especifique el rol del residente, que se mantenga un compromiso activo por parte del residente y se promueva su autonomía, que tenga en cuenta el nivel de madurez profesional del residente, que sea coherente con el currículum y que tenga un proceso de evaluación sumativa y formativa.

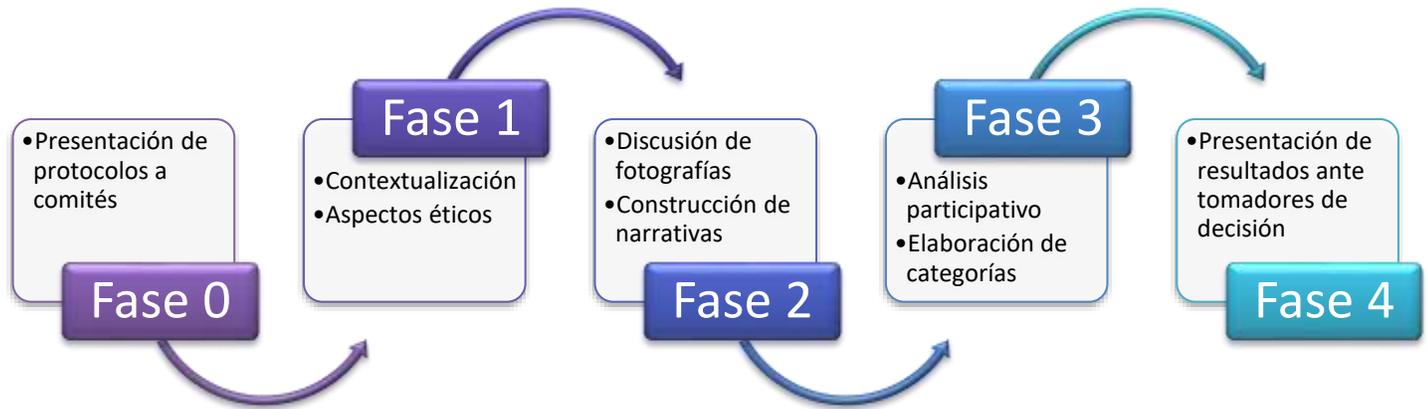
Sin embargo, dentro de la unidad de cuidado intensivo tenemos algunas barreras para el aprendizaje de esta competencia como es el nivel de estrés, la carga laboral, la gravedad de los pacientes, el personal limitado, las brechas generacionales, que es un espacio multidisciplinario y la restricción asistencial del residente. Retos que debemos superar para mejorar el aprendizaje de la competencia

Pero bueno viene la pregunta ¿por qué los turnos nocturnos? ¿por qué estos escenarios donde adicional a todo lo referido agregamos el componente de la noche, pueden ser espacios interesantes para el aprendizaje de la competencia de la comunicación?

Para poder enseñar la comunicación debemos hacer que el residente tenga un mayor desarrollo de responsabilidad, debe ser una enseñanza personalizada y dialogante en un espacio donde ojalá haya menos distracciones y que sea explícito. Si comparamos esto con lo que encontramos dentro de los turnos nocturnos, encontramos que hay mayor responsabilidad, suele ser una relación 1:1 residente docente, tienen menos tareas administrativas respecto al día y donde encontramos un espacio de aprendizaje experiencial supremamente importante. Esto hace que los turnos nocturnos sean escenarios idóneos para el aprendizaje de esta competencia.

Entonces les presento la pregunta de investigación de este estudio que es ¿cuáles son las experiencias de aprendizaje alrededor de la competencia de la comunicación que se pueden vivir en los turnos nocturnos en una UCI por parte de los residentes de cuidado intensivo? La idea es identificar, analizar y fortalecer las experiencias que se puedan dar en los turnos nocturnos, que permitan al residente aprender esta competencia. La metodología usada en este estudio se denomina acción participativa y la recolección de la información se realizó mediante fotos, que consisten en realizar el registro de las situaciones de interés mediante fotografías y realizar una narrativa respectiva. Este estudio fue analizado por los comités de ética e investigación de la Universidad de la sabana y de la clínica Shaio donde se estipularon estrictos criterios de ética y rigor para mantener la calidad del estudio.

Este estudio constó de 5 fases, fase cero incluyó la presentación de protocolos a comités, la primera fase que fue la que realizamos de forma virtual, donde se dio una contextualización del estudio, definición de comunicación y profesionalismo, y se explicaron los aspectos éticos y los consentimientos del estudio. La fase dos donde nos reunimos para hacer una discusión de las fotografías recolectadas y construir las narrativas de cada una de estas imágenes; entonces se plantearon experiencias facilitadoras y experiencias barreras respecto al aprendizaje de la comunicación entre los residentes. La fase 3 consistió en el análisis temático y participativo por parte de los residentes y la investigadora respecto a la información recolectada. Aquí los residentes realizaron la construcción de códigos y temas sobre estas experiencias, se analizaron los componentes de cada una y se realizaron las propuestas o estrategias de mejora para las experiencias encontradas como barreras para el aprendizaje de la competencia comunicativa. Y la fase 4 en donde presentamos los resultados de este estudio, así como las propuestas de mejora.



Como les comentaba la fase 3 fue la que incluyó el análisis temático mediante una categorización codificación y organización por temas de las fotografías recolectadas y finalmente pues se decidió la forma en la que íbamos a presentar esta información a ustedes.

Este estudio tiene consideraciones éticas importantes. Primero, los beneficios, la idea es optimizar las formas de enseñanza y aprendizaje de las competencias dentro de la residencia de Medicina crítica y cuidado intensivo. Se manejaron criterios de confidencialidad expuesto en las reuniones y en los consentimientos mediante la firma del consentimiento informado y su posibilidad permanente de retracto y el uso explícito de las fotografías para el estudio actual y su posterior descarte al finalizar el estudio. El grupo poblacional fue exclusivamente de adultos. Dentro de los riesgos tuvimos algunos riesgos importantes que fueron las relaciones de poder, la posible exposición del residente a situaciones incómodas y la posible inhibición por parte de los residentes a expresarse. Estos fueron manejados mediante la construcción de relaciones de confianza por parte de la investigadora, el uso de criterios estrictos respecto a la no identificación de los autores de las experiencias y se procuró crear un ambiente de confianza en cada una de las reuniones para que los residentes pudieran expresarse.

Y finalmente el reporte de los resultados de este estudio se divide en 3 fases una primera fase que es el reporte final de resultados a la Universidad de la Sabana, una segunda fase que es esta exposición de resultados a los

tomadores de decisión y una tercera fase con la producción de un artículo de investigación para su publicación en una revista de Educación Médica.

Dentro de los criterios de rigor del estudio este estudio es relevante al investigar metodologías de enseñanza de una competencia vital para el intensivista y cultivar el aprendizaje de las otras competencias. Mantuvimos una consistencia mediante la teoría del análisis participativo, fotovoz y del análisis temático. Una adecuada credibilidad y neutralidad mediante el chequeo por los participantes y por los pares. Además, se mantiene la aplicabilidad mediante un protocolo claro y reproducible.

Retomando la fase dos, estas son algunas de las fotografías recolectadas a partir de las cuales creamos las narrativas para encontrar las experiencias facilitadoras y las experiencias barreras para el aprendizaje de la competencia comunicativa en cuidado intensivo.



Posterior a esto realizamos la fase 3 que consistió en un análisis temático dividido en dos fases. Una fase A realizada por los residentes donde se encontraron los códigos, categorías y temas; y una fase B realizada por la investigadora en buscando la comparación de estos respecto a lo escrito en la literatura.

Aquí pudimos encontrar facilitadores, barreras y estrategias a mejorar dentro de 5 temas: modelo a seguir, trabajo en equipo, aprendizaje reflexivo del residente, espacios de instrucción e interacción con el paciente y familiares.



Estas son las carteleras producidas por los residentes respecto a experiencias facilitadoras. En estas pudimos encontrar dentro del modelo a seguir o rol model una inteligencia emocional adecuada, Dentro del trabajo en equipo la necesidad de un buen liderazgo, el tener un plan durante el turno, el estimular la comunicación efectiva y la construcción de confianza. Por otra parte, dentro del aprendizaje reflexivo del residente encontramos la necesidad de desarrollar un pensamiento crítico y una actitud reflexiva dentro de un aprendizaje experiencial y en comunidad. Dentro de los espacios de instrucción, la necesidad de encontrar estos espacios que actualmente son informales. Y finalmente, respecto a la interacción con el paciente y familia, superar las barreras físicas que nos trae la pandemia y tener la capacidad de malas noticias.



Entonces como pueden ver para estos 5 temas encontramos tanto facilitadores como barreras que vamos a exponer a continuación.

Empezaremos con el modelo a seguir. Dentro de este la adecuada inteligencia emocional dada por actitudes de respeto, empatía, paciencia, humildad y disposición para enseñar fue resaltada como un facilitador para aprender la comunicación. Esto se expone mediante la fotografía y su narrativa “Actitud positiva”: ante las situaciones más difíciles tener una actitud calmada y positiva permite mejorar la comunicación y mejorar los resultados en los turnos. Aquí también hacen referencia: Cuando las cabezas de la unidad nos enseñan a comunicarnos a través del ejemplo. No hay nada más satisfactorio que verlos interactuando con los demás miembros de la UCI.

Por otra parte, los residentes también resaltaron actitudes consideradas inadecuadas o anti roll model, una de ellas siendo la impaciencia donde recomiendan que el profesor no sea impaciente y nos instruya para hacer las cosas y no apartarlo a uno.

Respecto al trabajo en equipo, encontramos estos cuatro facilitadores para el aprendizaje de la competencia comunicativa dentro de los turnos nocturnos: el liderazgo, establecer un plan durante el turno, tener una comunicación efectiva y construir relaciones de confianza.

La primera fue el liderazgo encontrado que un líder es quien sepa identificar los roles y como se van a dividir los tiempos y que siempre haya una guía durante el trabajo del turno. Mediante esta fotografía el residente

documenta que las torres altas necesitan las mejores bases, donde por más pesado que este el turno, es más fácil soportarlo si la cabeza sabe cómo dirigir y el resto del equipo carga responsabilidades según su respectiva función.

La segunda, un adecuado plan de trabajo: la comunicación se facilita durante el turno cuando, por ejemplo, la doctora recibe su turno, llama a la terapeuta y al equipo de enfermería, se toman decisiones en ese momento y da una vez las indicaciones de lo que se va a hacer con el paciente, generando mucho mejor rendimiento y uso del tiempo. Se evita también los errores en la comunicación y hay claridad en lo que se va a hacer en el turno con cada paciente. Esto queda además registrado mediante esta fotografía denominada trabajo en equipo donde todo el equipo es esencial para la comunicación y el desenlace de nuestros pacientes.

La tercera, la comunicación efectiva y empática mediante un lenguaje respetuoso y la comunicación bidireccional. Un hallazgo muy interesante fue el lenguaje paraverbal como un estímulo positivo emocional. Esta fotografía denominada contacto refleja su importancia: en ocasiones el contacto físico puede ser refuerzo positivo entre los diferentes colaboradores de la unidad, puede transmitir calidez, agradecimiento, aprobación, humanidad o empatía; siento muy necesario en estos ambientes de estrés y sobre todo en este tiempo de pandemia.

Y la cuarta, construir relaciones de confianza entre el equipo de trabajo; no solamente interdisciplinarios, sino entre docentes y residentes y entre los mismos compañeros residentes. Frases como estas nos muestran su importancia: La comunicación puede mejorar cuando se realizan actividades paralelas o diferentes respecto a los actos operativos que tenemos todo el día, cuando uno se toma un café con los jefes cuando uno habla de otras cosas siento que la comunicación se fortalece y fluye más. Después de eso siento que la comunicación se fortalece y fluye más para el momento operativo de la revista ejecución de órdenes y el día a día.

Por otra parte, se encontraron experiencias barreras para el aprendizaje de la comunicación una de estas es la jerarquía: la jerarquía puede generar temor a comunicarse con el intensivista y con los compañeros, pasar de voz a un problema o sentir que sus ideas o pensamientos serán menospreciados. Y la ausencia de confianza: el miedo a preguntar impide el progreso del conocimiento y nos predispone al error con los pacientes. Por lo que corregir estas dos barreras debe ser una prioridad para mejorar el aprendizaje no solo de la competencia

comunicativa sino de todas las del profesionalismo del intensivista. Más adelante veremos las estrategias propuestas por los residentes.

Ahora pasemos al tema del aprendizaje reflexivo del residente como como experiencia facilitadora. Encontraron que identificar las competencias de cada uno como residente, como persona y reforzar lo que hace falta con ayuda del docente y seguir desarrollando las que se tienen, permite mejorar esta metacognición. Encontramos la fotografía flexibilidad como representante de esto: al momento de recibir una indicación o crítica constructiva por parte del especialista de turno, debemos mostrar nuestra capacidad de adaptarnos frente a situaciones inesperadas.

Sin embargo, existen unas experiencias que limitan este aprendizaje reflexivo del presidente una de ellas es la supervisión inadecuada. La falta de acompañamiento genera miedo pues nosotros estamos en aprendizaje, no conocemos del paciente crítico y no conocemos el ventilador; puede que el ventilador esté mal y no lo identifiquemos por falta de acompañamiento. Por otra parte, está la sobrecarga del residente: uno está tan preocupado por coordinar todo y por dejar todo listo de los dos lados que no se puede aprovechar el tiempo académico que podríamos tener. Igualmente, expondremos algunas estrategias que pueden mejorar estas barreras.

Sigamos. Dentro del tema de espacios de instrucción se resaltaron algunos espacios para la enseñanza como facilitadores, donde a pesar de la falta de tiempo o las complicaciones presentadas en el turno, hay docentes que a pesar de todo siempre nos revisan las tareas o inquietudes académicas. Pero por otra parte existe una falencia respecto a los espacios de instrucción, dentro de estos encontramos que los residentes perciben que no saben cómo dar malas noticias y carecen de la instrucción adecuada. No sabemos cómo dar malas noticias, creo que ninguno la primera vez lo hizo bien, y ni siquiera es que haya una buena forma de decirlo, sino que hay una mejor manera siempre decirlo porque siempre va a ser un golpe que uno puede aminorar y nadie sabe cómo hacerlo. Y esto afecta también de forma directa a la interacción con pacientes y familiares, donde además encontramos una disminución en la atención humanizada y centrada en el paciente. Podemos verlo reflejado en esta fotografía denominada despersonalización: la despersonalización por los elementos de protección personal no nos permite interactuar bien ni con los profesores ni con los pacientes.

Entonces encontramos que dentro de estos 5 temas hay experiencias que dependiendo al docente o al equipo de trabajo del turno, pueden ser facilitadores o pueden ser barreras.

Experiencias de aprendizaje



Queremos felicitar y seguir estimulando estos facilitadores como es inteligencia emocional del modelo a seguir, un adecuado liderazgo, establecer planes durante el turno y mantener una comunicación efectiva que permita construir relaciones de confianza. Dentro del aprendizaje reflexivo estimular el pensamiento crítico mediante una adecuada realimentación, que además aproveche las otras fuentes de conocimiento dentro del equipo multidisciplinario. Y finalmente, el continuar buscando espacios de instrucción así sean pequeños para mejorar esta competencia comunicativa, así como las demás del profesionalismo aprovechando el escenario de los turnos nocturnos.

Por otra parte, y siguiendo la metodología investigativa de acción participativa, el grupo de esta investigación quisiera realizar las siguientes 7 propuestas para mejorar el aprendizaje de la competencia comunicativa del residente. Dentro del trabajo en equipo, estimular actividades de socialización y crear un plan al inicio de cada

turno. Dentro del aprendizaje reflexivo, tener una forma de visualizar las competencias esperadas para cada residente durante los turnos que sea socializado para todo el personal. Dentro de los espacios de instrucción, que se establezca una cultura de realimentación, crear espacios protegidos de instrucción de enseñanza y dar manejo a la sobrecarga actual del residente. Y finalmente, dentro de la interacción con pacientes y familiares, enseñar a dar malas noticias.



Revisando la literatura todas estas propuestas realizadas por los residentes tienen evidencia académica, encontrando mejoría en el aprendizaje de la competencia comunicativa y del desempeño por parte de los estudiantes de medicina y residentes. Siendo una novedad su aplicación durante los turnos nocturnos como parte de un programa formal de aprendizaje de la competencia comunicativa.

Respecto a las actividades de socialización, proponemos retomar las reuniones mensuales presenciales de residentes, donde no se revise solo un tema académico; sino que sea un espacio protegido de los residentes

puedan expresar sus opiniones y planes de mejora. Además, volver a realizar reuniones con fines sociales que mejoren estas relaciones de confianza, obviamente teniendo las consideraciones de la pandemia actual.

Respecto a la creación de un plan para cada turno podríamos estimular e instruir a los docentes para generar planes al inicio del turno, donde se establezcan las funciones del residente, la dinámica de la evolución y el espacio protegido para la academia. Y que este se socialice con todo el personal de la UCI.

Además, para poder visualizar las competencias esperadas de los residentes, podríamos construir un documento corto y de fácil consulta para tener impreso en la habitación, donde los docentes puedan ver estas competencias y puedan de esta misma forma otorgar la autonomía y responsabilidad adecuada al residente.

Para mejorar esta cultura de realimentación, proponemos crear un buzón de realimentación que esté en la habitación y un formato que pueda ser llenado por docentes y residentes. De forma mensual puede ser revisado por un jefe de servicio, un docente y el jefe de residentes quienes darán la información a cada residente buscando planes de mejora.

Sabemos que crear espacios protegidos dentro del turno no es tarea fácil, por lo que proponemos dentro de estas opciones dar alguna charla que incluya artículos como éste donde se aprovechan tiempos cortos, mediante técnicas específicas para el aprendizaje de temas académicos. Podríamos revisar la posibilidad de hacer una charla a quienes estén interesados y revisar estas técnicas.

Teniendo en cuenta la sobrecarga que están viviendo los residentes en este momento, se podría volver a retomar el calendario semanal, donde se tenían en cuenta las actividades de todo el día y así permitir una mejor programación por parte del residente.

Y finalmente pero no menos importante, proponemos buscar un espacio instrucción específico para aprender a dar malas noticias. Existen artículos como el de River o protocolos como el SPIKES; así como charlas como las del Dr. Gómez Sancho o cursos de inteligencia emocional que nos permiten mejorar esto. Sin embargo, quisiéramos que dentro de la residencia tengamos una charla por un experto o un curso para poder aprender a dar estas malas noticias y mejorar nuestra comunicación con los familiares y pacientes.

Entonces finalizando acá podemos encontrar las 7 propuestas realizadas por los residentes del programa para mejorar esta competencia comunicativa dentro de los turnos nocturnos y esperamos con ansias la respuesta de los tomadores de decisión y las modificaciones que ellos consideren pertinentes.

1) Actividades de socialización	• Retomar reuniones mensuales de residentes (académicos y sociales)
2) Crear un plan para cada turno	• Plan al inicio del turno
3) Visualizar las competencias esperadas	• Libro con las competencias
4) Cultura de realimentación – buzón	• Buzón y formato de realimentación
5) Crear espacios protegidos	• Técnicas y espacios para aprovechar el tiempo
6) Manejo de sobrecarga	• Calendario
7) Enseñar a dar malas noticias	• Curso o charla por personal experto

Quiero como investigadora principal y en representación de los residentes participantes en esta investigación, agradecerles por este tiempo y espero les haya llamado la atención y haya prendido una luz de curiosidad respecto al aprendizaje de esta competencia.

Muchas gracias y los dejo con esta frase que ha sido la punta de lanza de esta investigación: “El mayor problema en la comunicación es la ilusión de que se ha logrado”

Muchas gracias y cedo la palabra a dudas, preguntas, inquietudes y críticas constructivas.

PRODUCTO: Buzón de realimentación, libro de competencias para su socialización, propuesta de charla para dar malas noticias y propuesta de reanudar las reuniones de residentes

ANEXO 2. CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

Actividad	Fechas	2020											2021					
		Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Mar	Abr	May	Jun	Jul
Reunión Ps.Reinoso	2/3/20		X															
Revisión metodología																		
Reunión Dra. Vallejo			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunión Ps.Reinoso	16/3/20		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ajustes finales de protocolo																		
Estructuración de entrevistas y encuestas																		
Presentación a jefes de UCI	6/4/20			X														
Presentación a comités																		
Comités U. Sábana																		
Comités C.Shaio																		
Reunión con entrevistador	5/5/20				X	X	X	X	X	X	X	X						
Entrenamiento entrevistador																		
Presentación protocolo en Maestría																		
Primera y segunda reunión																		
Tercera y cuarta reunión																		
Entrevistas 360°																		
Digitar información																		
Análisis de información																		
Presentación resultados en la Maestría																		
Redacción de texto final																		
Corrección de estilo																		
Primer sometimiento a revista																		
Presentación de artículo Maestría																		
Corrección y nuevo envío																		

PRESUPUESTO

Para el cálculo del presupuesto se tiene en cuenta tanto el recurso humano como los materiales necesarios para el desarrollo del proyecto

Personal	Valor hora	Horas necesarias	# personas	Total
<i>Maestrante</i>	60.000	1440	1	86.400.000
<i>Tutoras</i>	80.000	240	2	38.400.000
<i>Residentes</i>	20.000	5	23	2.300.000
<i>Jefes de enfermería</i>	20.000	2	16	640.000
<i>Especialistas de la noche</i>	50.000	2	10	1.000.000
<i>Jefes de departamento</i>	50.000	6	2	600.000
TOTAL				129.340.000
Materiales	Cantidad / Tiempo		Valor	
<i>Papelería (hojas, esferos)</i>	1 resma, 10 esferos		50.000	
<i>Computador y grabadora</i>	1000 horas		100.000	
<i>Desplazamientos</i>			500.000	
TOTAL			650.000	
TOTAL PERSONAL Y	MATERIALES		129.990.000	

Total de 129.990.000 mil pesos moneda corriente.

ANEXO 3. INFOGRAFIA DE LA FASE I



ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPANTES

	ANEXO # 4 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIOS INSTITUCIONALES	Código: RE-5.2-36
		Versión: 01
		Página: 1/7
Fundación Abood Shaio Diagonal 115ª # 70 C 75 Bogotá –Colombia	Título del estudio: Competencia comunicativa durante los turnos nocturnos en UCI	Fecha: 21/10/2020
	Nombre de los investigadores: Diana Carolina Quintero García Juliana Vallejo Natalia Reinoso	

Título: Competencia comunicativa durante los turnos nocturnos en UCI

Propósito: *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. Su participación en este estudio es completamente voluntaria.*

Identificación del producto: ¿De qué se trata este estudio?

El presente estudio será un estudio cualitativo bajo la metodología investigación acción participativa donde se busca identificar las experiencias respecto al aprendizaje de la competencia comunicativa por parte de los residentes de Cuidado Intensivo durante los turnos nocturnos en una Unidad de Cuidado Intensivo.

Responsable del estudio: ¿Quién está haciendo el estudio?

El estudio será realizado por la Doctora Diana Quintero (Intensivista y Maestrante de Educación Médica de la Universidad de la Sabana), bajo la tutoría de la Doctora Juliana Vallejo, Master en Educación Médica FAIMER, maestrante de Bioética, docente de la Maestría en Educación Médica de la Universidad de la Sabana. Adicionalmente la profesora Natalia Reinoso, miembro de la Facultad de Medicina en la Universidad de La Sabana estará a cargo de la supervisión del proyecto. Si tiene alguna duda siéntase libre de contactarnos.

Si tiene preguntas relacionadas con sus derechos como sujeto de investigación, contactar al Comité de Ética e Investigaciones (CEI) Fundación Abood Shaio, Dr. Jorge Alberto Aldas Gracia – Presidente – Número de

celular 3153360605 – Número de teléfono fijo 5938210 Ext 2457 – Dirección Diagonal 115 A # 70 c 75 Bogotá
– Cundinamarca – Colombia

Correo electrónico supervisoras:

dianaquga@unisabana.edu.co

juliana.vallejo@unisabana.edu.co,

natalia.reinoso@unisabana.edu.co

Objetivo:

Dentro de las competencias del intensivista se encuentran las competencias del profesionalismo y de estas, la comunicación se considera uno de los pilares para la práctica integral y mejoría de los desenlaces con los pacientes y el equipo de trabajo. Este es un estudio cualitativo que busca identificar y analizar las experiencias que puedan ser barreras o facilitadoras para aprender la competencia de la comunicación del intensivista durante turnos nocturnos en la UCI.

Criterios de inclusión y exclusión: ¿Por qué lo hemos invitado a participar?

Lo hemos invitado a participar debido a que consideramos que usted, como estudiante de la residencia de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo de la Universidad de la Sabana, vive día a día el aprendizaje experiencial y en comunidad que permite identificar y analizar las experiencias que puedan ser barreras o facilitadoras para aprender la competencia de la comunicación del intensivista durante turnos nocturnos en la UCI. Es una participación voluntaria y se puede retirar en cualquier momento. Como criterio de exclusión tenemos el rechazo a participar o deseo de retirarse.

Procedimientos o intervenciones para desarrollar: ¿Qué involucrará su participación?

Se le pedirá que participe activamente en: Asistir a cuatro reuniones que se programarán de forma bisemanal, donde la reunión inicial describirá la metodología de la investigación y su participación en ella. Mientras que la segunda y tercera reunión serán para reunir la información recolectada mediante registros por fotografía. En la cuarta reunión se realizará un análisis de los datos recolectados para generar categorías o temas y posteriormente se definirá la forma en la que se expondrá. El participante, después de obtener el consentimiento de las personas involucradas, realizará unas fotografías con criterios específicos durante los turnos nocturnos buscando responder a los objetivos de la investigación actual. En la segunda y tercera reunión se expondrán las fotos y las razones por las que se tomaron (estrategia SHOWeD); posteriormente se intentarán agrupar en temas comunes. En la cuarta reunión continuaremos buscando temas comunes y mapas conceptuales para encontrar situaciones a resaltar como facilitadoras para el aprendizaje de la comunicación, así como actividades de mejora para corregir las barreras encontradas. Al finalizar la participación, se realizará una exposición a los intensivistas y responsables de la residencia de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo y propondremos las acciones de mejora a considerar por ellos.

¿Cuánto durará la participación?

Consideramos el tiempo de participación será máximo por seis meses, realizaremos 4 reuniones inicialmente, cada reunión será de entre 2 a 4 horas según el desarrollo de los objetivos. Las fechas de las reuniones se acordarán previamente según la agenda de los participantes

¿Qué pasará con la confidencialidad?

Todos los participantes, así como el personal laboral de la UCI tendrán conocimiento del estudio actual y realizarán el consentimiento informado respectivo; así como en el caso de utilizar otras personas en juegos de rol para representar las situaciones objetivo. Además, todas las fotografías serán revisadas previo a su socialización por la investigadora principal para corroborar que no haya personas identificables en las representaciones.

La información se registrará mediante fotografías que realizarán los participantes (residentes) de forma exclusiva para el estudio actual. Estas serán enviadas a la investigadora principal bajo el formato descrito y serán almacenadas de forma confidencial bajo un registro numérico secuencial hasta la publicación del artículo de investigación, posterior a lo cual serán eliminadas. Adicionalmente, se realizará un registro audiovisual de las reuniones entre los participantes y la investigadora principal el cual se transcribirá a escrito y será de uso exclusivo de la investigadora principal para mantener la auditoría de la investigación.

Finalmente, la exposición de los resultados será realizada en grupo permitiendo el anonimato del autor de cada foto. Además, los documentos recolectados (fotografías, grabaciones, entrevistas) serán de uso exclusivo para la investigación actual y serán eliminados al publicarse el artículo científico y la exposición a los tomadores de decisión producto de esta investigación.

Riesgos: Los riesgos del presente estudio son las relaciones de poder y la potencial alteración en el clima de trabajo de los residentes. Por lo que serán manejados así: Respecto a las relaciones de poder entre la investigadora principal y los residentes se propenderá a crear ambientes de confianza y habrá una persona diferente que también sea tutora en las reuniones y resuelva dudas a los residentes (psicóloga). Respecto a la relación de poder entre los residentes mayores y menores, se dividirán los participantes en dos grupos, el primero de residentes de primer y segundo año que aun realizan rotaciones externas a la UCI, y el segundo grupo con residentes de tercer y cuarto año quienes ya tienen rotaciones exclusivas dentro de la UCI. Respecto a la potencial afección en el clima de aprendizaje, se realizará una charla previa al grupo de trabajo de la UCI (médicos, enfermeros, terapia) donde se explique el propósito y la metodología a realizar (fotovoz). Para minimizar el riesgo la investigadora principal revisará todas las fotografías para verificar que no aparezca nadie ni ningún elemento que permita el reconocimiento de las personas involucradas en la situación, en caso de encontrarse alguno la fotografía será descartada y se realizará la retroalimentación respectiva al participante. Igualmente se aclarará que las imágenes tomadas son de uso exclusivo para el estudio actual.

Lista de chequeo para la toma de fotografías:

- La fotografía representa una situación en la que observo un elemento facilitador o barrera del aprendizaje de la comunicación en UCI.
- La fotografía no incluye a los autores de la situación original ni a ningún elemento que permita su identificación.
- La fotografía fue realizada dentro de las instalaciones de la Clínica Shaio en tanto representa la situación objetivo y no tiene ningún elemento que permita la identificación de los participantes de la situación original.

- La fotografía fue realizada fuera de las instalaciones de la Clínica Shaio en tanto representa la situación objetivo y no tiene ningún elemento que permita la identificación de los participantes de la situación original.
- La fotografía se realizó en un contexto significativo el cual se explica en el pie de foto.
- La fotografía tomada dentro del contexto del estudio será de uso exclusivo para el mismo y solo la investigadora principal podrá socializarla una vez corrobore el cumplimiento de los criterios éticos, la registre y codifique para el estudio.
- La fotografía será utilizada exclusivamente para los propósitos del estudio actual.

Beneficios: El estudio tiene como objetivo mejorar las experiencias de aprendizaje respecto a la competencia comunicativa durante los turnos nocturnos y será la puerta de entrada para una optimización del aprendizaje experiencial y dirigido durante los turnos.

Efectos adversos que se puedan presentar: La mayor posibilidad puede ser el rechazo por parte de las personas a ser fotografiados, por lo que hay otras opciones para registrar la experiencia.

Responsabilidades del participante: Registro adecuado de las fotografías según los criterios para su realización. Entrega de las fotografías dentro de los tiempos pertinentes. Asistir a las reuniones programadas.

Indemnización: No habrá indemnización económica dado es un estudio sin ánimo de lucro.

Retracto: Usted podrá, en cualquier momento, retractarse de esta autorización para el manejo de las fotografías

Duración: Se realizarán 4 reuniones de dos a cuatro horas de duración durante 6 meses. Los horarios se acordarán con el grupo de participantes.

Sus datos serán manejados de acuerdo con la política de la Fundación Abood Shaio de acuerdo con la ley 1581 del 2012 y el decreto 1377 del 2013. Esta política está disponible en www.shaio.org. En cualquier momento se podrá retractar de esta autorización.

Si usted está dispuesto a participar (recuerde que la participación es voluntaria), por favor firme el consentimiento informado.

Usted puede conservar esta información.

Consentimiento Informado**Proyecto:**

APRENDIZAJE DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA DURANTE LOS TURNOS NOCTURNOS EN UCI

Investigadoras: Dra. Diana Carolina Quintero García**Supervisora:** Dra. Juliana Vallejo, Psc. Natalia Reinoso**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?

SI NO

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

SI NO

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

SI NO

¿Está usted dispuesto a participar en la investigación?

SI NO

¿Está usted consciente de que las actividades serán grabadas?

SI NO

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

SI NO

Confirmando que he leído y me han explicado el formato de consentimiento informado versión 01 el día _____ del mes de _____ del año _____ para el presente estudio y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han solucionado. Tengo 18 años o más.

Entiendo que los investigadores, el Comité de Ética e Investigaciones y las autoridades regulatorias serán las únicas personas que podrán observar mis registros.

De manera libre y voluntaria estoy de acuerdo y autorizo la recopilación, procesamiento, reporte, almacenaje y transferencia de datos recopilados durante este estudio. Estos son de uso exclusivo para la investigación actual. Acepto participar en el estudio descrito anteriormente.

NOTA: La sección de firmas es igual en los tres consentimientos informados.

PARTICIPANTE**Nombre del participante:** _____

Identificación: _____
Teléfono : _____
Dirección: _____
Correo: _____
Fecha: _____ Hora: _____
Firma del participante: _____

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre del investigador: _____
Identificación: _____
Teléfono / Celular: _____
Dirección: _____
Correo: _____
Fecha: _____ Hora: _____
Firma del investigador: _____

TESTIGO 1

Nombre del testigo: _____
Identificación: _____
Teléfono : _____
Dirección: _____
Correo: _____
Fecha: _____ Hora: _____
Relación con el participante: _____
Firma del testigo: _____

TESTIGO 2

Nombre del testigo: _____
Identificación: _____
Teléfono : _____
Dirección: _____
Correo: _____
Fecha: _____ Hora: _____
Relación con el participante: _____
Firma del testigo: _____

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REPRESENTACIÓN DE SITUACIONES

	ANEXO #5 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIOS INSTITUCIONALES	Código: RE-5.2-36
		Versión: 01
		Página: 1/7
Fundación Abood Shaio Diagonal 115ª # 70 C 75 Bogotá –Colombia	Título del estudio: Competencia comunicativa durante los turnos nocturnos en UCI	Fecha: 21/10/2020
	Nombre de los investigadores: Diana Carolina Quintero García Juliana Vallejo Natalia Reinoso	

COMPETENCIA COMUNICATIVA DURANTE LOS TURNOS NOCTURNOS EN UCI
Consentimiento de personas en juegos de rol en los que representan situaciones

Propósito: *Usted está siendo invitado a representar situaciones asociadas con el aprendizaje de la comunicación durante los turnos nocturnos en una unidad de cuidado intensivo. 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.*

Identificación del producto y objetivo ¿De qué se trata este estudio?

El presente estudio será un estudio cualitativo bajo la metodología investigación acción participativa donde se busca identificar las experiencias respecto al aprendizaje de la competencia comunicativa por parte de los residentes de Cuidado Intensivo durante los turnos nocturnos en una Unidad de Cuidado Intensivo.

Responsable del estudio: ¿Quién está haciendo el estudio?

El estudio será realizado por la Doctora Diana Quintero (Intensivista y Maestrante de Educación Médica de la Universidad de la Sabana), bajo la tutoría de la Doctora Juliana Vallejo, Master en Educación Médica FAIMER, maestrante de Bioética, docente de la Maestría en Educación Médica de la Universidad de la Sabana. 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.

Si tiene preguntas relacionadas con sus derechos como sujeto de investigación, contactar al Comité de Ética e Investigaciones (CEI) Fundación Abood Shaio, Dr. Jorge Alberto Aldas Gracia – Presidente – Número de celular 3153360605 – Número de teléfono fijo 5938210 Ext 2457 – Dirección Diagonal 115 A # 70 c 75 Bogotá – Cundinamarca – Colombia

Correo electrónico supervisoras:

dianaquga@unisabana.edu.co

juliana.vallejo@unisabana.edu.co,

natalia.reinoso@unisabana.edu.co

¿Por qué lo hemos invitado a participar?

Lo invitamos a participar para representar situaciones que suceden en una unidad de cuidado intensivo, para proteger la identidad de los involucrados reales. De todas formas, su rostro será difuminado para evitar su propia identificación.

¿Qué involucrará su participación?

La autorización de una imagen donde pueda estar usted pero sin sus características representativas (difuminación de rostro y características representativas)

¿Cuánto durará la participación?

Las representaciones de situaciones y sus fotografías se realizarán en los próximos seis meses de acuerdo con las necesidades del estudio.

¿Qué pasará con la confidencialidad?

Todas las fotografías serán revisadas por la investigadora principal previo a la socialización para corroborar el cubrimiento de elementos que puedan identificar a las personas que aparecen en ellas. Finalmente, la exposición de los resultados será realizada en grupo permitiendo el anonimato del autor de cada foto. Además, los documentos recolectados (fotografías, grabaciones, entrevistas) serán de uso exclusivo para la investigación actual y serán eliminados al publicarse el artículo científico producto de esta investigación.

Riesgos: Su participación en este estudio no representa un riesgo para usted.

Beneficios: El estudio tiene como objetivo mejorar las experiencias de aprendizaje respecto a la competencia comunicativa durante los turnos nocturnos y será la puerta de entrada para una optimización del aprendizaje experiencial y dirigido durante los turnos.

Efectos adversos que se puedan presentar: Ninguno.

Responsabilidades del participante: Se intentará realizar un registro lo más fidedigno de las situaciones reales.

Indemnización: No habrá indemnización económica dado es un estudio sin ánimo de lucro.

Retracto: Usted podrá, en cualquier momento, retractarse de esta autorización para el manejo de las fotografías

Sus datos serán manejados de acuerdo con la política de la Fundación Abood Shaio de acuerdo con la ley 1581 del 2012 y el decreto 1377 del 2013. Esta política está disponible en www.shaio.org. En cualquier momento se podrá retractar de esta autorización.

Si usted está dispuesto a participar (recuerde que la participación es voluntaria), por favor firme el consentimiento informado.

Usted puede conservar esta información.

Consentimiento Informado

Proyecto:

APRENDIZAJE DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA DURANTE LOS TURNOS NOCTURNOS EN UCI

Investigadoras: Dra. Diana Carolina Quintero García

Supervisora: Dra. Juliana Vallejo, Psc. Natalia Reinoso

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?

SI NO

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

SI NO

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

SI NO

¿Está usted dispuesto a participar en la investigación?

SI NO

Confirmando que he leído y me han explicado el formato de consentimiento informado versión 01 el día _____ del mes de _____ del año _____ para el presente estudio y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han solucionado. Tengo 18 años o más.

Entiendo que los investigadores, el Comité de Ética e Investigaciones y las autoridades regulatorias serán las únicas personas que podrán observar mis registros.

Estoy de acuerdo con la recopilación, procesamiento, almacenamiento, reporte y transferencia de datos recopilados durante este estudio. De manera libre y voluntaria estoy de acuerdo y autorizo la recopilación, procesamiento, reporte, almacenaje y transferencia de datos recopilados durante este estudio. Estos son de uso exclusivo para la investigación actual. Estoy de acuerdo con que la foto sea expuesta y publicada bajo las condiciones anteriormente descritas.

NOTA: La sección de firmas es igual en los tres consentimientos informados.

ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IMÁGENES A PUBLICAR

	ANEXO # 6 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIOS INSTITUCIONALES	Código: RE-5.2-36
		Versión: 01
		Página:1/7
Fundación Abood Shaio Diagonal 115ª # 70 C 75 Bogotá –Colombia	Título del estudio: Competencia comunicativa durante los turnos nocturnos en UCI	Fecha:21/10/2020
	Nombre de los investigadores: Diana Carolina Quintero García Juliana Vallejo Natalia Reinoso	

COMPETENCIA COMUNICATIVA DURANTE LOS TURNOS NOCTURNOS EN UCI
Consentimiento imágenes a publicar

Las imágenes realizadas por usted han sido escogidas para ser publicadas tanto en exposición hacia los tomadores de decisiones en la Unidad de Cuidado Intensivo como en un artículo científico. 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?

Identificación del producto: ¿De qué se trata este estudio?

El presente estudio será un estudio cualitativo bajo la metodología investigación acción participativa donde se busca identificar las experiencias respecto al aprendizaje de la competencia comunicativa por parte de los residentes de Cuidado Intensivo durante los turnos nocturnos en una Unidad de Cuidado Intensivo.

¿Quién está haciendo el estudio?

El estudio será realizado por la Doctora Diana Quintero (Intensivista y Maestrante de Educación Médica de la Universidad de la Sabana), bajo la tutoría de la Doctora Juliana Vallejo, Master en Educación Médica FAIMER, maestrante de Bioética, docente de la Maestría en Educación Médica de la Universidad de la Sabana. 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.

Si tiene preguntas relacionadas con sus derechos como sujeto de investigación, contactar al Comité de Ética e Investigaciones (CEI) Fundación Abood Shaio, Dr. Jorge Alberto Aldas Gracia – Presidente – Número de celular 3153360605 – Número de teléfono fijo 5938210 Ext 2457 – Dirección Diagonal 115 A # 70 c 75 Bogotá – Cundinamarca – Colombia

Correo electrónico supervisoras:

Dianaquga@unisabana.edu.co

juliana.vallejo@unisabana.edu.co,

natalia.reinoso@unisabana.edu.co

¿Por qué han seleccionado sus imágenes?

Durante las reuniones en las fases de la investigación se seleccionaron una o más de sus imágenes dado representan las situaciones de interés para el estudio en el marco del aprendizaje experiencial y en comunidad del aprendizaje de la competencia de la comunicación.

Mediante el consentimiento actual usted autoriza la publicación de la imagen(es) seleccionadas mediante en una exposición, infografía o video y; además bajo la publicación de un artículo científico, de forma exclusiva para el estudio actual. Sin ánimo de lucro ni conflicto de intereses.

Protegiendo el anonimato, la fotografía o representación gráfica se publicará de forma anónima para evitar conflicto de intereses o relaciones de poder e igualmente se evitará la identificación de los involucrados (en caso en que explícitamente no hayan autorizado su registro mediante imagen). La exposición de los resultados será realizada en grupo sin identificar los autores de cada foto. Salvo en los casos que los participantes soliciten expresamente lo contrario.

Sus datos serán manejados de acuerdo con la política de la Fundación Abood Shaio de acuerdo con la ley 1581 del 2012 y el decreto 1377 del 2013. Esta política está disponible en www.shaio.org. En cualquier momento se podrá retractar de esta autorización.

Beneficios: El estudio tiene como objetivo mejorar las experiencias de aprendizaje respecto a la competencia comunicativa durante los turnos nocturnos y será la puerta de entrada para una optimización del aprendizaje experiencial y dirigido durante los turnos.

Indemnización: No habrá indemnización económica dado es un estudio sin ánimo de lucro.

Si usted está dispuesto a participar, por favor firme el consentimiento informado.

Usted puede conservar esta información.

Confirmando que he leído y me han explicado el formato de consentimiento informado versión 01 el día _____ del mes de _____ del año _____ para el presente estudio y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han solucionado. Tengo 18 años o más.

Entiendo que los investigadores, el Comité de Ética e Investigaciones y las autoridades regulatorias serán las únicas personas que podrán observar mis registros.

Estoy de acuerdo con la recopilación, procesamiento, almacenamiento, reporte y transferencia de datos recopilados durante este estudio.

De manera libre y voluntaria estoy de acuerdo y autorizo la recopilación, procesamiento, reporte, almacenaje y transferencia de datos recopilados durante este estudio. Estos son de uso exclusivo para la investigación actual. Estoy de acuerdo con que la foto sea expuesta y publicada bajo las condiciones anteriormente descritas.

Consentimiento Informado

Proyecto:

APRENDIZAJE DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA DURANTE LOS TURNOS NOCTURNOS EN UCI

Investigadoras: Dra. Diana Carolina Quintero García

Supervisora: Dra. Juliana Vallejo, Psc. Natalia Reinoso

Yo acepto a que:

¿Las fotografías que tome serán expuestas en una presentación en la institución de manera anónima salvo que usted solicite expresamente lo contrario?

SI NO

¿Las fotografías que tome serán publicadas en artículo científico de manera anónima?

SI NO

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

SI NO

NOTA: La sección de firmas es igual en los tres consentimientos informados.

LISTA DE TABLAS.

TABLA 1. COMPETENCIAS DEL PROFESIONALISMO DEL INTENSIVISTA

Tabla 1	COMPETENCIAS DEL PROFESIONALISMO DEL INTENSIVISTA
Competencia	Referencia: Modificado de Barret & Bion et al.(2) Actividad profesional confiable
Competencia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple con las competencias prácticas esperadas para un intensivista (2) • Puede realizar los procedimientos esperados sin supervisión y modificar su técnica según cada caso
Habilidades comunicativas generales, con pacientes y familiares, así como con el equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Ver tabla 2
Comprensión ética	<ul style="list-style-type: none"> • Consta de honestidad, integridad y confiabilidad • Tiene un adecuado razonamiento moral • Res peta códigos de conducta
Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Toma responsabilidades y completa tareas • Es puntual • Es organizado
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla mayor responsabilidad en sus decisiones e incentiva su autonomía (60)
Autorregulación	<ul style="list-style-type: none"> • Toma responsabilidad por el cuidado del paciente • Formula decisiones clínicas con respecto a los principios éticos y legales • Busca oportunidades de aprendizaje e integra el nuevo conocimiento a la práctica clínica. • Participa en la enseñanza multidisciplinaria • Participa en investigación bajo supervisión • Solicita y ofrece retroalimentación, enseñanza y liderazgo • Equilibra la disponibilidad con otros y el autocuidado
Autorreflexión	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla un adecuado autoconcepto (61) • Direcciona sus propios vacíos en conocimientos y actitudes • Admite errores u omisiones y esta presto a corregirlos

TABLA 2. COMPETENCIA COMUNICATIVA DEL INTENSIVISTA

Tabla 2. Competencia comunicativa del intensivista		
Referencia: Modificado de (Barrett & Bion, 2006; Ellison et al., 2008; Sullivan et al., 2009a)		
CATEGORIA	DEFINICIÓN	LISTA DE CHEQUEO
Habilidades interpersonales básicas	Demuestra respeto Genera bases para la relación terapéutica con el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta de forma amable • Se dirige al paciente/familia por el nombre • Permite que la familia exponga su preocupación principal en sus propias palabras • Realiza contacto visual • Permite que el paciente/familia terminen sus frases • No expresa opiniones durante la entrevista
Recolección eficiente de información	Como recolecta información en un ambiente crítico	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas adecuadas para la condición del paciente (tipo, longitud) • Usa términos entendibles • Dirige la entrevista con preguntas pertinentes para el caso • Mantiene registros precisos y legibles • Realiza una entrega de turno adecuada (concisa, clara y con planes determinados) • Asegura la continuidad del cuidado a través de la entrega de información clínica adecuada
Comunicación con el equipo de trabajo	Trabajo en equipo, habilidad de relacionarse con otros miembros, revalorar la condición del paciente, compartir el cuadro del paciente con otros colegas	<ul style="list-style-type: none"> • Comunica los planes del paciente al equipo y reconoce las preocupaciones • Colabora y consulta, promueve el trabajo en equipo • Verbaliza los requerimientos específicos a su superior • Presenta el caso a su superior: diagnóstico, historia clínica pertinente, examen físico, paraclínicos, intervenciones y condición actual • Apoya al equipo clínico fuera de la UCI para lograr un cuidado efectivo • Dirige el equipo para valorar la respuesta a la intervención • Supervisa y delega de forma apropiada el cuidado del paciente • Mantiene los límites profesionales (trabajo en equipo, cortesía, paciencia, modales)
Comunicación con el paciente y la familia	Habilidad de aconsejar y educar al paciente y a la familia. Revalorar la condición del paciente desde el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Le pregunta al paciente como se siente con la intervención. • Mantiene al paciente/familia informados de los resultados • Comunica el plan de cuidado al paciente/familia • Involucra a los pacientes (y/o familiares si aplica) en las decisiones del cuidado y tratamiento • Pregunta al paciente/familia si tienen preguntas • Demuestra respeto por las creencias culturales y religiosas y su impacto en la toma de decisiones. • Afrontar el conflicto y dar información respecto a planes de fin de vida • Respeta la privacidad, dignidad, confidencialidad y restricciones del uso de los datos del paciente • Mantiene los límites profesionales
Empatía	Reconocimiento y respuesta a la perspectiva y preocupaciones del paciente, demostrar comportamiento afectuoso	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce verbalmente la queja o dolor del paciente de forma inmediata. • Tranquiliza al paciente/familia • Toca al paciente en una forma tranquilizadora (si es culturalmente apropiado) • Verbaliza entender la perspectiva del paciente/familia respecto al cuidado de la patología. • Genera empatía y rapport, expresa compasión

TABLA 3. TABLA DE PARTICIPANTES

Tabla 3. Tabla de Participantes						
#	Pseudónimo	Año de residencia	Fase I	Fase II	Fase III	Fase IV
1	Pepe	Primero	X	X	X	X
2	Alma	Primero	X	X	No	X
3	Emma	Primero	X	X	X	X
4	María	Primero	X	X	X	X
5	Dulce	Primero	X	X	X	X
6	Nina	Primero	X	X	No	X
7	Daki	Primero	X	X	X	X
8	Juan	Primero	X	X	No	X
9	Roberta	Segundo	X	X	X	X
10	Ania	Tercero	X	X	X	X
11	Simón	Tercero	X	X	X	X
12	Paola	Tercero	X	X	No	X
13	Laura	Cuarto	X	X	X	X
14	Xime	Cuarto	X	X	No	No

TABLA 4. PASOS DEL ANÁLISIS TEMÁTICO

Tabla 4. Análisis temático (Braun & Clarke, 2006)	
Pasos de análisis temático	Pasos analíticos del estudio actual
Familiarizarse con la información	Se realizó la transcripción de la información con un adecuado nivel de detalle y las transcripciones fueron revisadas contra las grabaciones de forma precisa por parte de la investigadora principal. La investigadora principal leyó todas las grabaciones múltiples veces y anoto de forma separada los precódigos considerados.
Generar los códigos iniciales	La investigadora principal discutió con los participantes las narrativas de las fotografías y en la reunión de fase III se encontraron los patrones de los temas relevantes como reflexiones iniciales, como códigos iniciales de la FASE A del análisis. Los temas no fueron generados de unos pocos ejemplos vívidos (Aproximación anecdótica), sino por un proceso de codificación minucioso, inclusivo y comprensivo.
Buscar los temas	Los códigos se dividieron en temas y subtemas, se revisaron las diferencias entre los conceptos de cada participante y se discutieron los temas y subtemas según los objetivos del estudio.
Revisar los temas	Los temas de revisaron de forma crítica y se cotejaron con los temas encontrados en la literatura para buscar patrones de similitud. Se revisaron nuevamente las grabaciones para asegurar que todos los temas fueron capturados durante el proceso analítico. Se brindó suficiente tiempo para completar todas las fases del análisis de forma adecuada sin apresurar una fase o darle un repaso somero. Además de realizó una revisión periódica por parte de los pares académicos así: una vez al finalizar la reunión de cada fase y otra vez para el análisis de las transcripciones. Igualmente se realizaron revisiones posteriores durante el análisis temático, manteniendo los criterios éticos y de rigor. Así mismo para la redacción y correcciones finales del documento.
Definir y nombrar los temas	La investigadora discutió con los participantes para definir y precisar los temas relevantes para la pregunta de investigación. Aplicando los nombres relevantes que describieran cada tema.
Generar un reporte	Se discutió entre la investigadora principal, participantes y tutoras respecto a los temas y como serían presentados finalmente.

TABLA 5. ANÁLISIS TEMÁTICO DE LOS RESULTADOS

Tabla 5. Experiencias asociadas al aprendizaje de la comunicación durante los turnos nocturnos					
De la codificación inicial a los temas definitivos. el propósito es mostrar el proceso inductivo de construcción de temas, mostrando la densidad de codificación y los asuntos discutidos que permitieron consolidar los temas de esta manera					
Códigos iniciales	# Ref.	# Fotos	Asuntos discutidos	Tema	Agrupaciones temáticas
Inteligencia emocional	7	2	Aprender mediante el ejemplo Respeto, empatía, paciencia, humildad y disposición para enseñar	Inteligencia emocional	Características del modelo a seguir
Anti-rol model	7		Comportamiento temperamental Intolerancia Burla		
Estrategias recomendadas	4		Humildad Inteligencia emocional Disposición para enseñar Creatividad pedagógica	Estrategias para mantener un modelo a seguir	
Liderazgo del equipo	3	1	Dar ejemplo Asignar roles a cada miembro del equipo Organización del tiempo	Liderazgo	Trabajo en equipo
Ausencia de liderazgo	2	1	Desorden y Ruptura en la comunicación del equipo por la falta de un líder		
Relaciones de poder - jerarquía	3		Jerarquía como generador de miedo a expresarse	Jerarquía y relaciones de poder	
Estrategias para disminuir jerarquía	8	2	Resaltar la importancia de cada miembro en el equipo Abordaje multidisciplinar de la entrega de turno Integración del residente al equipo de trabajo Actividades de socialización entre miembros del equipo	Estrategias para mejorar las relaciones de confianza en el equipo de trabajo	
Ausencia de compañerismo	3		Ausencia de compañerismo y trato inadecuado entre pares Rivalidad	Ausencia de compañerismo	
Estrategias para mejorar el compañerismo	2		Identificar a los compañeros por su nombre Compartir experiencias Realizar actividades extracurriculares Tener apoyo psicológico	Estrategias para mejorar el compañerismo	
Construcción de plan durante el turno	4		Ventajas de tener un plan durante el turno Plan interdisciplinar para el turno El plan incluye el tiempo para la academia	Plan durante el turno	
Ausencia de plan durante el turno	2	2	Falta de resolutiveidad Confusión durante el turno		
Estrategias recomendadas para los planes durante los turnos	2		Realizar un plan desde el principio del turno donde se identifiquen los roles de cada uno	Estrategias para mejorar el plan durante el turno	
Inteligencia emocional	5		Lenguaje claro y comprensible Comunicación bidireccional Empatía Actitud positiva y calmada	Comunicación efectiva	
Lenguaje paraverbal	4	1	Lenguaje paraverbal como apoyo emocional con el equipo y con el paciente		
Falta de inteligencia emocional	3		Incoherencia lenguaje verbal y paraverbal Animo fluctuante		
Barreras físicas	4	2	Ruido Equipos de protección generan despersonalización		
Barreras actuales para interactuar con familiares	4	1	Información mediante teléfonos Pérdida de rol model en la interacción familia médico Pérdida del lenguaje paraverbal	Barreras para interactuar con familiares	Interacción con paciente y familiares
No saber dar malas noticias	1		No saber dar malas noticias a los familiares	No saber dar malas noticias	
Estimular metacognición	8	1	Identificar sus áreas para mejorar Ser receptivo a cosas nuevas Aprender a preguntar	Pensamiento crítico y actitud reflexiva	Aprendizaje reflexivo del residente
Aprendizaje de otras fuentes	2		Aprendizaje de otros profesionales	Aprendizaje de otras fuentes	

			Aprendizaje desde el paciente		
Adecuada supervisión	3		Beneficios de tener una adecuada supervisión	Supervisión	
Ausencia de supervisión	4		Genera miedo a tomar decisiones erróneas		
Ausencia de confianza	8	2	Genera miedo a preguntar Desconocer el nivel de madurez académica del residente genera ansiedad y presión Ausencia de realimentación	Ausencia de confianza	
Relación de confianza	3		Dialogar con el residente para conocer su nivel académico El docente debe conocer las competencias necesarias para cada residente durante el turno	Construir relación de confianza con el docente	
Encuentran espacios académicos a pesar de la carga del turno	6	1	Espacios actuales para la academia Necesidad de mantener estos espacios en todos los turnos	Espacios académicos actuales	Espacios de instrucción durante el turno
Estrategias propuestas para mejorar los espacios de instrucción	11		Crear estrategias de realimentación Organizar el tiempo y procurar temas cortos y prácticos Dar a conocer las competencias de cada semestre Enseñar a dar malas noticias	Estrategias para mejorar los espacios de instrucción	
Sobrecarga para el residente	10		Sobrecarga asistencial disminuye actividades académicas Sobrecarga horaria con poco tiempo para actividades personales Sobrecarga emocional por aumento en mortalidad	Sobrecarga laboral, horaria, cognitiva y emocional	
Estrategias para disminuir la carga del residente	3		Volver a la relación 1:1 docente y residente División equitativa de pacientes Entrega de turno por parte del especialista	Estrategias para disminuir la sobrecarga del residente	

LISTA DE FIGURAS.

FIGURA 1. Competencias del profesionalismo en el intensivista.



Figura 1. Competencias del profesionalismo del intensivista. Modificado de Mueller P- Teaching And Assessing Professionalism in Medical Learners and Practicing Physicians. Rambam Maimonides Medical Journal. 2015, 8(2)

FIGURA 2. Flujograma de las fases de la investigación

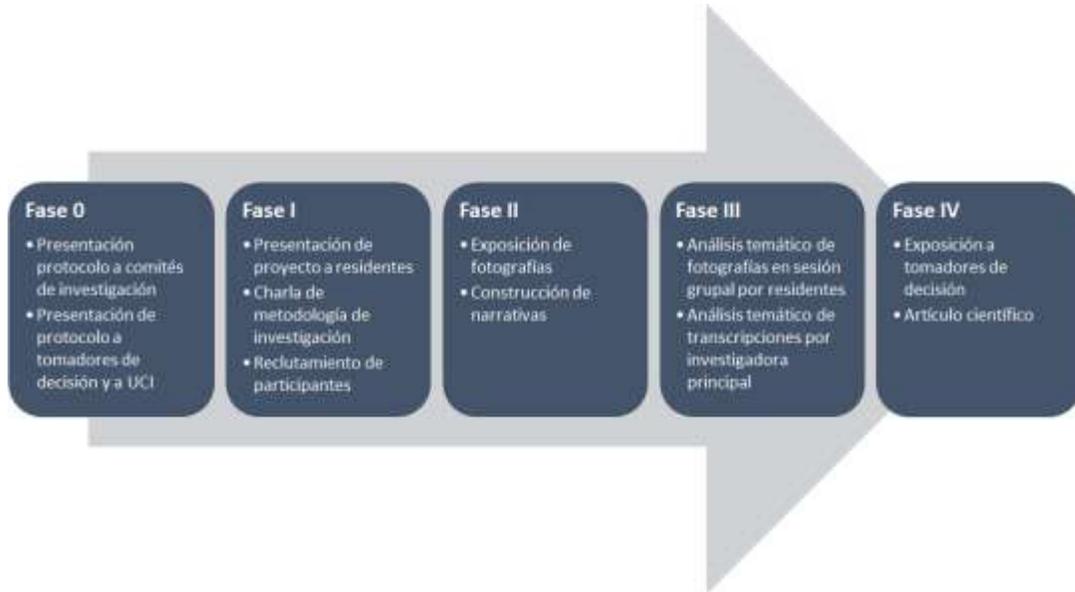


Figura 2. Flujograma de fases de la investigación

FIGURA 5. Análisis temático sobre las experiencias para el aprendizaje de la competencia comunicativa durante los turnos nocturnos



Figura 5. Temas sobre las experiencias para el aprendizaje de la competencia comunicativa durante los turnos nocturnos

FIGURA 6. Actitud positiva



Figura 6. Actitud positiva: Ante las situaciones más difíciles, tener una actitud calmada y positiva permite mejor comunicación y mejores resultados en los turnos (María, residente 1er año)

FIGURA 7. Confusión



Figura 7. Confusión: Temas como la ventilación mecánica son difíciles de entender y se necesita apoyo de los especialistas para interpretar la condición del paciente y las intervenciones a realizar (María, residente 1er año)

FIGURA 8. Las torres altas necesitan las mejores bases



Figura 8. Las torres altas necesitan las mejores bases: Por más pesado que esté el turno, es más fácil soportarlo si la cabeza sabe cómo dirigir y el resto del equipo carga responsabilidades según su respectiva función (Ania, residente 3er año)

FIGURA 9. Al todos dirigir, no tarda el caos en ingresar



Figura 9. Al todos dirigir, no tarda el caos en ingresar: Si no llega el especialista, entonces empiezan todos a actuar e ir cada uno por su lado (Ania, residente 3er año)

FIGURA 10. Jerarquía



Figura 10. Jerarquía: Tanto las jeringas grandes como pequeñas son capaces de envasar diferentes medicamentos vitales para los pacientes; de igual manera los diferentes colaboradores de la UCI, sin importar su formación académica o edad, tienen importante información o ideas para los pacientes y los procesos de la UCI (Dulce, residente 1er año)

FIGURA 11. Trabajo en equipo



Figura 11. Trabajo en equipo: Así como los antibióticos, el trabajo en equipo con todo el equipo de UCI es esencial para la comunicación y el desenlace de nuestros pacientes (María, residente 1er año)

FIGURA 12. Contacto



Figura 12. Contacto: En ocasiones el contacto físico puede ser refuerzo positivo entre los diferentes colaboradores de la unidad, puede transmitir calidez, agradecimiento, aprobación, humanidad o empatía (Dulce, residente 1er año)

FIGURA 13. Ruido



Figura 13. Ruido: Con frecuencia, durante la entrega de turno se hace laborioso escuchar o ser escuchado, en la medida que se confunden las voces de todos quienes están hablando (Laura, residente 4to año).

FIGURA 14. Despersonalización



Figura 14. Despersonalización: Despersonalización de la salud, pérdida del contacto con el paciente, disminuye el canal de comunicación y el nexo comunicativo corporal que se tiene en el acto de la salud (Daki, residente 1er año).

FIGURA 15. Puertas cerradas



Figura 15. Puertas cerradas: Antes de la pandemia podíamos entrar a ver a nuestros pacientes y las puertas siempre estaban abiertas, esas barreras físicas, aunque necesarias para la bioseguridad, limitan nuestra comunicación con los pacientes y su entorno (María, residente 1er año)

FIGURA 16. Flexibilidad



Figura 16. Flexibilidad: Al momento de recibir una indicación o crítica constructiva por parte del especialista de turno. Debemos mostrar nuestra capacidad de adaptarnos frente a situaciones inesperadas (Nina, residente 1er año)

FIGURA 17. Ahora que hago



Figura 17. Ahora que hago: En ocasiones el especialista por su agotamiento en la noche (algo esperado) no contesta al llamado... por lo cual en varias ocasiones he tenido que tomar decisiones en el paciente crítico, afortunadamente sin complicaciones (Pepe, residente 1er año)

FIGURA 18. Primer turno, primer mes. El momento más difícil



Figura 18. Primer turno, primer mes. El momento más difícil: La pregunta del especialista de ese turno (un tanto preocupada e incómoda al ver que era mi primer turno) fue: ¿Usted a que se dedicaba antes Dr.? La verdad, mentí y dije que era hospitalario (realmente laboraba como ayudante quirúrgico). Durante el turno se sentía la desconfianza y la incertidumbre de que hacer y no hacer.... El primer turno de la residencia siempre será el más complicado

(Pepe, residente 1er año).

FIGURA 19. Espacio para la enseñanza



Figura 19. Espacio para la enseñanza: A pesar de la falta de tiempo o las complicaciones presentadas en el turno, hay docentes que, a pesar de todo, siempre nos revisan las tareas o inquietudes académicas (Pepe, residente 1er año)

FIGURA 20. Categorías finales del análisis temático



Figura 20. Temas acerca de las experiencias asociadas al aprendizaje de la comunicación de los residentes de UCI en los turnos nocturnos. Los temas de doble color verde/rojo pueden ser facilitadores o barreras según la experiencia, los verdes fueron facilitadores de forma continua y los rojos son barreras encontradas de forma regular.

FIGURA 20. Propuestas de mejora



Figura 21. Propuestas de mejora. Propuestas por parte de los residentes para mejorar las experiencias consideradas barreras para el aprendizaje de la comunicación del intensivista durante los turnos nocturnos.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Adams KE, O'Reilly M, Romm J, James K. Effect of Balint training on resident professionalism. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(5):1431–7.
2. Barrett H, Bion JF. Development of core competencies for an international training programme in intensive care medicine. *Intensive Care Med.* 2006;32(9):1371–83.
3. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R. Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Acad Med.* 2004;79(6):495–507.
4. Ellison S, Sullivan C, Quaintance J, Arnold L, Godfrey P. Critical care recognition, management and communication skills during an emergency medicine clerkship. *Med Teach.* 2008;30(9–10).
5. Hobgood CD, Riviello RJ, Jouriles N, Hamilton G. Assessment of communication and interpersonal skills competencies. *Acad Emerg Med.* 2002;9(11):1257–69.
6. Roze Des Ordon AL, Doig CJ, Couillard P, Lord J. From Communication Skills to Skillful Communication: A Longitudinal Integrated Curriculum for Critical Care Medicine Fellows. *Acad Med.* 2017;92(4):501–5.
7. Sullivan C, Ellison SR, Quaintance J, Arnold L, Godfrey P. Development of a communication curriculum for emergency medicine residents. *Teach Learn Med.* 2009;21(4):327–33.
8. Turner DA, Fleming GM, Winkler M, Lee KJ, Hamilton MF, Hornik CP, et al. Professionalism and Communication Education in Pediatric Critical Care Medicine: The Learner Perspective. *Acad Pediatr.* 2015;15(4):380–5.
9. Fassier T, Azoulay E. Conflicts and communication gaps in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care.* 2010;16(6):654–65.
10. Kalet A, Pugnaire MP, Cole-Kelly K, Janicik R, Ferrara E, Schwartz MD, et al. Teaching communication in clinical clerkships: Models from the Macy initiative in health communications. *Acad*

Med. 2004;79(6):511–20.

11. Lingard L, Espin S, Evans C, Hawryluck L. The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Crit Care*. 2004;8(6):403–8.
12. Lotte A, van der Voort PHJ. Trust in intensive care patients, family, and healthcare professionals: The development of a conceptual framework followed by a case study. *Healthc*. 2021;9(2).
13. Piazza O, Cersosimo G. Communication as a basic skill in critical care. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2015;31(3):382–3.
14. Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett PA, Simmonds T, Haraden C. Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care*. 2003;18(2):71–5.
15. Brindley PG, Reynolds SF. Improving verbal communication in critical care medicine. *J Crit Care*. 2011;26(2):155–9.
16. Reader TW, Flin R, Cuthbertson BH. Communication skills and error in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*. 2007;13(6):732–6.
17. Schaefer KG, Block SD. Physician communication with families in the ICU: Evidence-based strategies for improvement. *Curr Opin Crit Care*. 2009;15(6):569–77.
18. Gotlib Conn L, Haas B, Rubenfeld GD, Scales DC, Amaral AC, Ferguson ND, et al. Exclusion of residents from surgery-intensive care team communication: A qualitative study. *J Surg Educ* [Internet]. 2016;73(4):639–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2016.02.002>
19. Rutter DR, Maguire GP. History-Taking for Medical Students. Evaluation of a Training Programme. *Lancet*. 1976;308(7985):558–60.
20. Maguire P, Roe P, Goldberg D, Jones S, Hyde C, O’Dowd T. The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students. *Psychol Med*. 1978;8(4):695–704.

21. Quirk M, Letendre A. Teaching communication skills to first year medical students. *J Med Educ.* 1986;61:603–5.
22. Evans B, Stanley R, Burrows G, Sweet B. Lectures and skills workshops as teaching formats in a history-taking skills course for medical students. *Med Educ.* 1989;23(4):364–70.
23. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine - A review with quality grading of articles. *Med Teach.* 1999;21(6):563–70.
24. Gilligan C, Powell M, Lynagh MC, Ward BM, Lonsdale C, Harvey P, et al. Interventions for improving medical students interpersonal communication in medical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;1–5.
25. Santhosh L, Jain S, Brady A, Sharp M, Carlos WG. Intensive care unit educators: A multicenter evaluation of behaviors residents value in attending physicians. *Ann Am Thorac Soc.* 2017;14(4):513–6.
26. Aldawood F, Kazzaz Y, AlShehri A, Alali H, Al-Surimi K. Enhancing teamwork communication and patient safety responsiveness in a paediatric intensive care unit using the daily safety huddle tool. *BMJ open Qual.* 2020;9(1):1–5.
27. Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey HJ, Meltzer DO. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: A critical incident analysis. *Qual Saf Heal Care.* 2005;14(6):401–7.
28. Dutra M, Monteiro M V., Ribeiro KB, Schettino GP, Amaral ACKB. Handovers among staff intensivists: A study of information loss and clinical accuracy to anticipate events. *Crit Care Med.* 2018;46(11):1717–21.
29. Jalilian L, Antongiorgi Z. Handoffs to enhance teamwork and communication in the ICU. *Crit Care Med.* 2019;47(6):e534–5.

30. Boyle DK, Kochinda C. Enhancing Collaborative Communication of Nurse and Physician Leadership in Two Intensive Care Units. *J Nurs Adm.* 2004;34(2):60–70.
31. Wang YY, Wan QQ, Lin F, Zhou WJ, Shang SM. Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2018;5(1):81–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.09.007>
32. Reader TW, Flin R, Mearns K, Cuthbertson BH. Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2009;37(5):1787–93.
33. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2009;302(12):1284–93.
34. Cheng A, Kessler D, Mackinnon R, Chang TP, Nadkarni VM, Hunt EA, et al. Reporting guidelines for health care simulation research: extensions to the CONSORT and STROBE statements. *Adv Simul* [Internet]. 2016;1(1):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s41077-016-0025-y>
35. Karlsen MMW, Gabrielsen AK, Falch AL, Stubberud DG. Intensive care nursing students' perceptions of simulation for learning confirming communication skills: A descriptive qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2017;42:97–104. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.005>
36. Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP, Khoury JC, Gonzalez Del Rey JA, DeWitt TG, et al. Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: A randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(1):44–9.
37. Schmitz CC, Chipman JG, Beilman GJ, Luxenberg MG. Professionalism and communication in the intensive care unit. *Simul Healthc.* 2008;3(4):224–38.
38. Wittenberg E, Goldsmith J V, Chen C, Prince-paul M, Johnson RR. Opportunities to improve COVID-19 provider communication resources : A systematic review. *Patient Educ Couns.*

2021;104(January):438–51.

39. Ersek M, Smith D, Griffin H, Carpenter JG. End Of Life Care In The Time Of COVID-19: Communication Matters More Than Ever. *J Pain Symptom Manage.* 2020;(January).
40. Epstein R, Hundert E. Defining and Assessing Professional Competence. *J Am Med Assoc.* 2002;287(2):226–35.
41. Mueller PS. Teaching and Assessing Professionalism in Medical Learners and Practicing Physicians. *Rambam Maimonides Med J.* 2015;6(2):1–13.
42. Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient complaints and malpractice risk. *J Am Med Assoc.* 2002;287(22):2951–7.
43. Pichert J, Miller C, Hollo A, Gauld-Jaeger J, Federspiel C, Hickson G. What health professionals can do to identify and resolve patient dissatisfaction. *J Qual Improv.* 1998;24(6):303–12.
44. Sullivan C, Ellison SR, Quaintance J, Arnold L, Godfrey P. Development of a communication curriculum for emergency medicine residents. *Teach Learn Med.* 2009;21(4):327–33.
45. Jerng JS, Huang SF, Yu HY, Chan YC, Liang HJ, Liang HW, et al. Comparison of complaints to the intensive care units and those to the general wards: An analysis using the Healthcare Complaint Analysis Tool in an academic medical center in Taiwan 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. *Crit Care.* 2018;22(1):1–12.
46. Colombia C de. Ley 1917 12JUL2018 “por medio de la cual se reglamenta el sistema de residencias médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones.” 1917 2018.
47. Osborne R, Parshuram CS. Delinking resident duty hours from patient safety. *BMC Med Educ* [Internet]. 2015;14(1):S2. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/14/S1/S2>
48. Saucier D, Paré L, Côté L, Baillargeon L. How core competencies are taught during clinical supervision: Participatory action research in family medicine. *Med Educ.* 2012;46(12):1194–205.

49. Sultan N, Torti J, Haddara W, Inayat A, Inayat H, Lingard L. Leadership Development in Postgraduate Medical Education: A Systematic Review of the Literature. *Acad Med*. 2019;94(3):440–9.
50. Krüger C, Blitz-Lindeque JJ, Pickworth GE, Munro AJ, Lotriet M. Communication skills for medical/dental students at the University of Pretoria: Lessons learnt from a two-year study using a forum theatre method. *South African Fam Pract*. 2005;47(6):60–5.
51. Akl EA, Bais A, Rich E, Izzo J, Grant BJB, Schünemann HJ. Brief report: Internal medicine residents', attendings', and nurses' perceptions of the night float system. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):494–7.
52. Coomber R, Smith D, McGuinness D, Shao E, Soobrah R, Frankel AH. Foundation doctors working at night: What training opportunities exist. *Med Teach*. 2014;36(7):632–8.
53. Hanson JT, Pierce RG, Dhaliwal G. The new education frontier: Clinical teaching at night. *Acad Med*. 2014;89(2):215–8.
54. Lefrak S, Miller S, Schirmer B, Sanfey H. The night float system: Ensuring educational benefit. *Am J Surg*. 2005;189(6):639–42.
55. Real K, Fields-Elswick K, Bernard AC. Understanding Resident Performance, Mindfulness, and Communication in Critical Care Rotations. *J Surg Educ* [Internet]. 2017;74(3):503–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2016.11.010>
56. Hudon C, Loignon C, Grabovschi C, Bush P, Lambert M, Goulet É, et al. Medical education for equity in health: A participatory action research involving persons living in poverty and healthcare professionals. *BMC Med Educ* [Internet]. 2016;16(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0630-4>
57. Mueller PS. Teaching and Assessing Professionalism in Medical Learners and Practicing Physicians. *Rambam Maimonides Med J*. 2015;6(2):e0011.
58. Real K, Fields-elswick K, Bernard AC. Understanding Resident Performance , Mindfulness , and

Communication in Critical Care. *J Surg Educ* [Internet]. 2016;1–10. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2016.11.010>

59. Núñez J. Actividades Profesionales Confiables. *Educ Médica*. 2018;19(5):2018.
60. Halpern SD, Detsky AS. Graded autonomy in medical education - Managing things that go bump in the night. *N Engl J Med*. 2014;370(12):1086–9.
61. Hodges B. Medical education and the maintenance of incompetence. *Med Teach*. 2006;28(8):690–6.
62. Brennan MD, Monson V. Professionalism: Good for patients and health care organizations. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2014;89(5):644–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.01.011>
63. Raya LDAA. Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. *Educ Med Sup* [Internet]. 2005;19(3):1–10. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol19_3_05/ems04305.htm
64. Wall RJ, Curtis JR, Cooke CR, Engelberg RA. Family satisfaction in the ICU: Differences between families of survivors and nonsurvivors. *Chest*. 2007;132(5):1425–33.
65. Mathew JE, Azariah J, George SE, Grewal SS. Do they hear what we speak? Assessing the effectiveness of communication to families of critically ill neurosurgical patients. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2015;31(1):49–53.
66. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Teaching rounds: Role modelling - Making the most of a powerful teaching strategy. *Bmj*. 2008;336(7646):718–21.
67. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: An aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. 1996;30(2):83–9.
68. Donovan AL, Matthew Aldrich J, Kendall Gross A, Barchas DM, Thornton KC, Schell-Chaple HM, et al. Interprofessional care and teamwork in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(6):980–90.

69. Turner DA, Fleming GM, Winkler M, Lee KJ, Hamilton MF, Hornik CP, et al. Professionalism and Communication Education in Pediatric Critical Care Medicine: The Learner Perspective. *Acad Pediatr.* 2015;15(4):380–5.
70. Kirk LM. Professionalism in Medicine: Definitions and Considerations for Teaching. *Baylor Univ Med Cent Proc.* 2007;20(1):13–6.
71. Collins ER. Teaching and learning in medical education. *J Med Educ.* 1962;37(7):671–80.
72. Berger AS, Niedra E, Brooks SG, Ahmed WS, Ginsburg S. Teaching Professionalism in Postgraduate Medical Education. *Academic Medicine.* 2019. 1 p.
73. Burt J, Abel G, Elliott MN, Newbould J, Davey A, Llanwarne N, et al. The Evaluation of Physicians' Communication Skills From Multiple Perspectives. *Ann Fam Med.* 2018;16:330–7.
74. Cruess R, Mcilroy JH, Cruess S, Ginsburg S, Steinert Y. The Professionalism Mini-Evaluation Exercise : A Preliminary Investigation. 2006;81(10):74–8.
75. Donnon T, Ansari A, Alawi S, Violato C. The Reliability, Validity, and Feasibility of Multisource Feedback Physician Assessment: A Systematic Review. *Academ.* 2014;89(3):511–6.
76. Wilkinson TJ, Wade WB, Knock LD. A blueprint to assess professionalism: Results of a systematic review. *Acad Med.* 2009;84(5):551–8.
77. Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, Lin KH, Chen YY. Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Med (United States).* 2016;95(50):e5629.
78. Landrigan C, Rothschild J, Cronin J, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units. *N Engl J Med.* 2004;352:1838–48.
79. Peets A, Ayas NT. Restricting resident work hours: The good, the bad, and the ugly. *Crit Care Med.* 2012;40(3):960–6.

80. Sharpe R, Koval V, Ronco JJ, Dodek P, Wong H, Shepherd J, et al. The impact of prolonged continuous wakefulness on resident clinical performance in the intensive care unit: A patient simulator study*. 2010;38(3):766–70.
81. Iglehart JK. The ACGME's Final Duty-Hour Standards - Special PGY-1 Limits and Strategic Napping. N Engl J Med. 2010;363(17):1589–91.
82. Parthasarathy S, Hettiger K, Budhiraja R, Sullivan B. Sleep and Well-Being of ICU Housestaff *. Chest [Internet]. 2007;131(6):1685–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.06-1398>
83. Farnan JM, Burger A, Boonayasai RT, Leykum L, Harrison R, Machulsky J, et al. Survey of overnight academic hospitalist supervision of trainees. J Hosp Med. 2012;7(7):521–3.
84. Bekele A, Kennedy C, Klarich K, Aksamit T, Kolars J, Hubmayr R. Introduction of a 14-Hour Work Shift Model for Housestaff in the Medical ICU. Chest [Internet]. 2005;128(6):3910–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.128.6.3910>
85. Typpo K V., Tcharmtchi MH, Thomas EJ, Kelly PA, Castillo LD, Singh H. Impact of resident duty hour limits on safety in the intensive care unit: A national survey of pediatric and neonatal intensivists. Pediatr Crit Care Med. 2012;13(5):578–82.
86. Sen S, Kranzler H, Didwania A, Schwartz A, Amarnath S, Kolars J, et al. Effects of the 2011 Duty Hour Reforms on Interns and Their Patients: A prospective Longitudinal Cohor Study. JAMA Intern Med. 2013;173(8):657–63.
87. Gerjevic KA, Rosenbaum ME, Suneja M. Resident perceptions of the impact of duty hour restrictions on resident-attending interactions: An exploratory study. BMC Med Educ. 2017;17(1):1–8.
88. Celik S, Oztekin D, Akyolcu N, Issever H. Sleep disturbance: the patient care activities applied at the night shift in the intensive care unit. J Clin Nurs. 2005;14:102–6.
89. Shulkin DJ. Like night and day - Shedding light on off-hours care. N Engl J Med. 2008;358(20):2091–

3.

90. Gallagher P, McLean P, Campbell R, Gallacher S, Kennon B. Medical training and the hospital at night: An oxymoron? *Med Educ.* 2009;43(11):1056–61.
91. Luyt CE, Combes A, Aegerter P, Guidet B, Trouillet JL, Gibert C, et al. Mortality among patients admitted to intensive care units during weekday day shifts compared with “off” hours. *Crit Care Med.* 2007;35(1):3–11.
92. Ward NS, Read R, Afessa B, Kahn JM. Perceived effects of attending physician workload in academic medical intensive care units: A national survey of training program directors*. *Crit Care Med.* 2012;40(2):400–5.
93. Cregan S, Leyland V, Rogers T. Are nights a good educational opportunity for medical students? *Bmj.* 2008;336(7656):s195–s195.
94. Pedler M, Burgoyne J. *The SAGE Handbook of Action Research Action Learning.* 2019. 179–187 p.
95. Colmenares A. Investigación acción participativa una metodología integradora del conocimiento y la acción. *Voces y Silenc Rev Latinoam Educ.* 2011;3(1):102–15.
96. Sandars J, Singh G, McPherson M. Are we missing the potential of action research for transformative change in medical education? *Educ Prim Care.* 2012;23(4):239–41.
97. Delany C, Golding C. Teaching clinical reasoning by making thinking visible: An action research project with allied health clinical educators. *BMC Med Educ.* 2014;14(1).
98. Von Pressentin KB, Waggle F, Conradie H. Towards tailored teaching: Using participatory action research to enhance the learning experience of Longitudinal Integrated Clerkship students in a South African rural district hospital. *BMC Med Educ* [Internet]. 2016;16(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0607-3>
99. Wang C, Burriss MA. Empowerment through Photo Novella: Portraits of Participation. *Heal Educ*

- Behav. 1994;21(2):171–86.
100. Liebenberg L. Thinking critically about photovoice: Achieving empowerment and social change. *Int J Qual Methods*. 2018;17(1):1–9.
 101. Cristancho SM, Helmich E. Rich pictures: a companion method for qualitative research in medical education. *Med Educ*. 2019;53(9):916–24.
 102. Wang CC. Youth Participation in Photovoice as a Strategy for Community Change. *J Community Pract*. 2006;14(1–2):147–61.
 103. O’Hara L, Higgins K. Participant Photography as a Research Tool: Ethical Issues and Practical Implementation. *Sociol Methods Res*. 2019;48(2):369–99.
 104. Pain H. A literature review to evaluate the choice and use of visual methods. *Int J Qual Methods*. 2012;11(4):303–19.
 105. Miller G, Happell B. Talking about hope: The use of participant photography. *Issues Ment Health Nurs*. 2006;27(10):1051–65.
 106. Wang CC, Redwood-Jones YA. Photovoice ethics: Perspectives from flint photovoice. *Heal Educ Behav*. 2001;28(5):560–72.
 107. Rees C. Drawing on drawings: Moving beyond text in health professions education research. *Perspect Med Educ*. 2018;7(3):166–73.
 108. Carolan M. Reflexivity: a personal journey during data collection. *Nurse Res*. 2003;10(3):7–14.
 109. Wang CC, Anderson R, Stern D. Exploring professional values and health policy through photovoice. *Med Educ*. 2004;38(11):1190–1.
 110. Green MJ. Comics and medicine: Peering into the process of professional identity formation. *Acad Med*. 2015;90(6):774–9.

111. Berkhout JJ, Helmich E, Teunissen PW, van der Vleuten CPM, Jaarsma ADC. How clinical medical students perceive others to influence their self-regulated learning. *Med Educ.* 2017;51(3):269–79.
112. Helmich E, Diachun L, Joseph R, Ladonna K, Noeverman-poel N. workplace-based learning ‘ Oh my God , I can ’ t handle this ! ’ : trainees ’ emotional responses to complex situations. 2018;31(0):206–15.
113. Jaiswal D, To MJ, Hunter H, Lane C, States C, Cameron B, et al. Twelve tips for medical students to facilitate a Photovoice project. *Med Teach.* 2016;38(10):981–6.
114. Ang SY, Uthaman T, Ayre TC, Lim SH, Lopez V. A Photovoice study on nurses’ perceptions and experience of resiliency. *J Nurs Manag.* 2019;27(2):414–22.
115. Wang C, Burris MA. Photovoice: Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs Assessment. *Heal Educ Behav.* 1997;24(3):369–87.
116. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment Education: Freire’s Ideas Adapted to Health Education. *Heal Educ Behav.* 1988;15(4):379–94.
117. Braun V, Clarke V. Qualitative Research in Psychology Using thematic analysis in psychology Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* [Internet]. 2006;3(2):77–101. Available from: <http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=uqrp20>
<http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=uqrp20>
118. Noreña A, Alcaraz-moreno N, Rojas JG. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *AQUICHAN.* 2012;12(3):263–74.
119. O’Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014;89(9):1245–51.
120. Bowen GA. Supporting a grounded theory with an audit trail: An illustration. *Int J Soc Res Methodol.* 2009;12(4):305–16.
121. Wright SM, Kern D, Kolodner K, Howard D, Brancati F. Attributes of excellent attending physician

- role models. *N Engl J Med*. 1998;339:1986–93.
122. Croley WC, Rothenberg DM. Education of trainees in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2007;35(2 SUPPL.):117–21.
123. Brewster DJ, Butt WW, Gordon LJ, Rees CE. Leadership in intensive care: A review. *Anaesth Intensive Care*. 2020;48(4):266–76.
124. Savel RH, Shiloh AL, Simon RJ, Kupfer Y. Getting it right for our patients: The importance of collaborative leadership in the ICU. *Crit Care Med*. 2019;47(9):1279–81.
125. Rouse RA. Ineffective participation: Reactions to absentee and incompetent nurse leadership in an intensive care unit. *J Nurs Manag*. 2009;17(4):463–73.
126. Lighthall GK, Barr J. The use of clinical simulation systems to train critical care physicians. *J Intensive Care Med*. 2007;22(5):257–69.
127. Borowitz SM, Waggoner-Fountain LA, Bass EJ, Sledd RM. Adequacy of information transferred at resident sign-out (in-hospital handover of care): A prospective survey. *Qual Saf Heal Care*. 2008;17(1):6–10.
128. Militello LG, Rattray NA, Flanagan ME, Franks Z, Rehman S, Gordon HS, et al. “Workin’ on Our Night Moves”: How Residents Prepare for Shift Handoffs. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2018;44(8):485–93. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.02.005>
129. Nembhard I, Edmondson A. Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *J Or*. 2006;27:941–66.
130. Edmondson AC. Speaking up in the operating room: How team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *J Manag Stud*. 2003;40(6):1419–52.
131. Meurling L, Hedman L, Sandahl C, Felländer-Tsai L, Wallin CJ. Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: A diverse response among critical care professions. *BMJ Qual*

- Saf. 2013;22(6):485–94.
132. van Vendeloo SN, Prins DJ, Verheyen CCPM, Prins JT, van den Heijkant F, van der Heijden FMMA, et al. The learning environment and resident burnout: a national study. *Perspect Med Educ.* 2018;7(2):120–5.
133. Webber S, Schwartz A, Kemper KJ, Batra M, Mahan JD, Babal JC, et al. Faculty and Peer Support During Pediatric Residency: Association With Performance Outcomes, Race, and Gender. *Acad Pediatr* [Internet]. 2021;21(2):366–74. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.08.009>
134. Pethrick H, Nowell L, Oddone Paolucci E, Lorenzetti L, Jacobsen M, Clancy T, et al. Peer mentoring in medical residency education: A systematic review. *Can Med Educ J.* 2020;11(6):128–37.
135. Barrier PA, Li JTC, Jensen NM. Two words to improve physician-patient communication: What else? *Mayo Clin Proc.* 2003;78(2):211–4.
136. Kim J, Neilipovitz D, Cardinal P, Chiu M, Clinch J. A pilot study using high-fidelity simulation to formally evaluate performance in the resuscitation of critically ill patients: The University of Ottawa Critical Care Medicine, High-Fidelity Simulation, and Crisis Resource Management I Study. *Crit Care Med.* 2006;34(8):2167–74.
137. Benbenishty JS, Hannink JR. Non-verbal communication to restore patient–provider trust. *Intensive Care Med* [Internet]. 2015;41(7):1359–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-015-3710-8>
138. Marra A, Buonanno P, Vargas M, Iacovazzo C, Ely EW, Servillo G. How COVID-19 pandemic changed our communication with families: Losing nonverbal cues. *Crit Care.* 2020;24(1):1–2.
139. Wallace CL, Wladkowski SP. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(1):E70–6.
140. Epstein RM. Mindful practice. *J Am Med Assoc.* 1999;282(9):833–9.

141. Sibinga EMS, Wu AW. Clinician mindfulness and patient safety. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2010;304(22):2532–3.
142. Liberman AS, Liberman M, Steinert Y, McLeod P, Meterissian S. Surgery residents and attending surgeons have different perceptions of feedback. *Med Teach.* 2005;27(5):470–2.
143. Baldwin DWC, Daugherty SR, Ryan PM. How Residents View Their Clinical Supervision: A Reanalysis of Classic National Survey Data. *J Grad Med Educ.* 2010;2(1):37–45.
144. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Med Teach.* 2012;34(10):787–91.
145. Richards JB, Wilcox SR, Roberts DH, Schwartzstein RM. Twelve tips for overnight teaching. *Med Teach.* 2014;36(3):196–200.
146. Luks AM, Smith CS, Robins L, Wipf JE. Resident perceptions of the educational value of night float rotations. *Teach Learn Med.* 2010;22(3):196–201.
147. Karlsen MW, Kristin A, Lise A. confirming communication skills : A descriptive qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2017; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.005>
148. Taylor C, Farver C, Stoller JK. Perspective: Can emotional intelligence training serve as an alternative approach to teaching professionalism to residents? *Acad Med.* 2011;86(12):1551–4.
149. Larson DG, Tobin DR. End-of-life conversations: Evolving practice and theory. *J Am Med Assoc.* 2000;284(12):1573–8.
150. Van De Ridder JMM, Stokking KM, McGaghie WC, Ten Cate OTJ. What is feedback in clinical education? *Med Educ.* 2008;42(2):189–97.
151. Bing-You R, Varaklis K, Hayes V, Trowbridge R, Kemp H, McKelvy D. The feedback tango: An integrative review and analysis of the content of the teacher↔learner feedback exchange. *Acad Med.* 2018;93(4):657–62.

152. Teunissen PW, Stapel DA, Van Der Vleuten C, Scherpbier A, Boor K, Scheele F. Who wants feedback? An investigation of the variables influencing residents' feedback-seeking behavior in relation to night shifts. *Acad Med.* 2009;84(7):910–7.
153. Schumacher DJ, Slovin SR, Riebschleger MP, Englander R, Hicks PJ, Carraccio C. Perspective: Beyond counting hours: The importance of supervision, professionalism, transitions of care, and workload in residency training. *Acad Med.* 2012;87(7):883–8.
154. Landrigan CP, Czeisler CA, Barger LK, Ayas NT, Rothschild JM, Lockley SW. Effective implementation of work-hour limits and systemic improvements. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2007;33(11 SUPPL.):19–29. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250\(07\)33110-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250(07)33110-3)
155. Haney EM, Nicolaidis C, Hunter A, Chan BKS, Cooney TG, Bowen JL. Relationship between resident workload and self-perceived learning on inpatient medicine wards: A longitudinal study. *BMC Med Educ.* 2006;6:1–7.
156. Pine G. Teacher Action Research Chapter 2. In: *Teacher Action Research: Building Knowledge Democracies* [Internet]. 2019. p. 29–61. Available from: http://www.sagepub.com/upm-data/27030_2.pdf