



## ORIGINAL

# Historias de aprendizaje del profesionalismo en la formación de los médicos de urgencias en Colombia

Diego Alejandro Vivas<sup>a,\*</sup>, Natalia Reinoso Chávez<sup>b</sup> y Diego Alejandro Jaimes<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Universidad de la Sabana, Clínica Universitaria Colombia, Servicio de Urgencias, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Centro de Estudios Médicos Interculturales, Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia

<sup>c</sup> Universidad de la Sabana, Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia

Recibido el 26 de enero de 2022; aceptado el 8 de mayo de 2022

Disponible en Internet el 7 de junio de 2022

## PALABRAS CLAVE

Profesionalismo;  
Educación;  
Currículo;  
Medicina de urgencias;  
Bullying;  
Medicina narrativa

## Resumen

**Introducción:** el profesionalismo médico es una competencia multidimensional basada en habilidades actitudinales y cognitivas, que permite a los profesionales tener un mejor desempeño profesional al establecer buenas relaciones entre ellos y ofrecer una atención humana y de calidad al paciente. Sin embargo, el aprendizaje de esta competencia, particularmente necesaria en la atención de urgencias, no se ha asumido de manera formal en los procesos de formación de posgrado. El estudio buscó conocer las experiencias y nociones de un grupo de residentes y especialistas en medicina de urgencias acerca del aprendizaje de profesionalismo, indagando acerca del *role model* durante su formación de posgrado.

**Métodos:** investigación cualitativa de enfoque narrativo. Se usaron como métodos de recolección de información la entrevista narrativa, la entrevista interactiva y los textos autoetnográficos reflexivos con 7 residentes y especialistas en urgencias, incluyendo al investigador principal, en la construcción de su propio texto autoetnográfico. Se realizó un análisis temático en el cual se informaron patrones dentro de los datos encontrados.

**Resultados:** surgieron 5 temas principales sobre la experiencia del aprendizaje del profesionalismo de médicos de urgencias: 1) role model, 2) anti-role model, 3) ambiente inseguro como barrera del aprendizaje, 4) enseñanza del profesionalismo y 5) metacognición en el proceso de aprendizaje.

**Conclusiones:** el comportamiento de los profesores en el contexto hospitalario se constituye en role model a seguir por su buen ejemplo, relacionado con la atención de los pacientes, la comunicación interprofesional y el trabajo en equipo. De la misma forma, el comportamiento negligente, el mal uso de los recursos y los comportamientos de discriminación, agresión o matoneo se constituyen en lo contrario: el anti-role model. Sin embargo, esos comportamientos indeseados pueden ser incorporados, a pesar de la intención de los estudiantes de actuar de manera contraria. Es necesario diseñar currículos intencionados que incorporen dentro de las

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alejandro\\_048@hotmail.com](mailto:alejandro_048@hotmail.com) (D.A. Vivas).

normas culturales institucionales de los hospitales la intolerancia ante las situaciones de agresión y otros comportamientos no profesionales hacia los estudiantes y los pacientes.

© 2022 UNIVERSIDAD DE LA SABANA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## KEYWORDS

Professionalism;  
Education;  
Curriculum,  
Emergency Medicine;  
Bullying;  
Narrative Medicine

## Professionalism learning stories of Colombian emergency physicians during postgraduate medical training

### Abstract

**Introduction:** Professionalism is a multidimensional competence based on attitudinal and cognitive skills that drives to better performances in medical practice, by establishing effective interprofessional relationships, and offering a humanized and qualified service to the patient. However, the learning process of this competence particularly relevant in emergency rooms has not been formally developed in postgraduate medical training. The study sought to know the experiences of a group of residents and specialists in Emergency Medicine about learning professionalism during their postgraduate training, knowing the notions related to this concept and inquiring about the role model in learning professionalism during their training. postgraduate.

**Methods:** We developed a qualitative narrative research, with a total of 7 Emergency physicians (residents and emergency physicians) including the main researcher with his own autoethnographic text. Data collection involved narrative and interactive interviews, and reflective autoethnographic texts. A thematic analysis constructed patterns from the data.

**Results:** Five main themes emerged around the professionalism learning experience of emergency physicians: 1) role model, 2) anti-role model, 3) unsafe environment as a barrier to learning, 4) teaching of professionalism, 5) metacognition in the learning process.

**Conclusions:** Teacher behavior in clinical settings become a role model to follow related to physician-patient relationship, interprofessional communication and teamwork. On the other hand, neglective behavior, missuses of clinical resources, discrimination, harassment, or bullying become anti-rol model behaviors. However, those unwanted behaviors may be learned even though students intend to act otherwise. It is necessary to design intentional curriculum in emergency postgraduate schools which include establishing institutional cultural norms that do not tolerate aggression or other unprofessional behavior towards patients or students.

© 2022 UNIVERSIDAD DE LA SABANA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Introducción

El profesionalismo es una competencia multidimensional basada en habilidades actitudinales y cognitivas que permite a los profesionales en medicina tener un mejor desempeño en sus sitios de trabajo<sup>1-3</sup>. Sin embargo, el desarrollo del aprendizaje y la puesta en práctica de esta competencia, ha estado en segundo plano en los procesos de formación de posgrado, con poca claridad respecto a la concepción de profesionalismo como cualidad básica y necesaria para la interacción social<sup>4,5</sup>. Las fallas en el aprendizaje de las competencias de profesionalismo generan consecuencias graves para el desarrollo profesional de los especialistas en medicina de urgencias, pues durante su ejercicio clínico pueden tener dificultades para tener empatía y entablar una buena relación médico-paciente. Además de que los profesionales que carecen de competencias profesionalizantes tienen menos capacidad para trabajar en equipo y entender su profesión desde una perspectiva holística tanto administrativa, social, ética y personal. Lo anterior, teniendo consecuencias directas sobre el rendimiento profesional de las personas implicadas que

finalmente impactan al grupo de trabajo, alejándose de la misión y la visión de las instituciones de salud<sup>6-8</sup>. El presente estudio propuso los siguientes objetivos:

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

## Material y métodos

Esta investigación cualitativa con enfoque narrativo se hace a partir de 4 valores centrales de profesionalismo identificados en la revisión de la literatura, los cuales son: la atención centrada en el paciente, la integridad y la

responsabilidad, la búsqueda de la excelencia y la justicia y administración ética de los recursos<sup>7</sup>. Tuvo un total de 7 participantes (residentes y especialistas en Urgencias) incluyendo al investigador principal en la construcción de su propio texto autoetnográfico. Se envió la invitación por correo electrónico a 3 médicos residentes y a 3 especialistas en medicina de urgencias de diferentes posgrados y hospitales de Bogotá. Se les presentó el estudio y se les invitó a participar. Hubo gran receptividad ante la invitación y los participantes manifestaron de forma voluntaria su interés por contar y hacer pública su historia, toda vez que llegaron los demás sujetos reclutados por bola de nieve<sup>9</sup>. Se obtuvo la firma del consentimiento informado, el cual fue enviado previamente para su revisión y aclaración de dudas, donde se detallaba adicionalmente la total confidencialidad de la información. Todos los participantes que aceptaron fueron incluidos. Los sujetos que aceptaron no recibieron incentivo alguno por su participación, pero se les ofreció la transcripción de sus entrevistas y una copia de los resultados de la investigación. Los participantes hacen parte del equipo de trabajo de la sala de urgencias de varias instituciones de salud de alta complejidad de la ciudad. El número final de participantes reclutados fue de 7, incluyendo al investigador principal, quiéanse desempeña como emergenciólogo en una institución de salud Bogotá, y que además, tiene una relación laboral con los sujetos que ya culminaron la especialización y una relación docente con algunos de los participantes que se encuentran en proceso de formación.

Para esta investigación se decidió que el investigador principal participara en la construcción de su propio texto autoetnográfico con el fin de facilitar la interacción en las entrevistas interactivas con los demás sujetos desde su propia experiencia. De esta forma, se contribuyó al proceso de reflexividad del investigador, siendo de esa manera el eje central en la construcción de las relaciones de confianza y desarrollo de las entrevistas con los demás sujetos<sup>6,10</sup>. Los métodos de recolección de información fueron entrevistas narrativas, interactivas y textos autoetnográficos reflexivos<sup>11–15</sup>. Las entrevistas fueron realizadas y grabadas por el investigador principal; se usaron guías metodológicas hechas tras una revisión de la literatura, para precisar las temáticas de las preguntas<sup>10,11,13,16</sup>. Se realizó un análisis temático en el cual se informaron patrones dentro de los datos encontrados, con revisión por pares (investigador 2 y 3) en la codificación inicial y en los temas finales<sup>17</sup>. Finalmente, se hizo un proceso de revisión con los participantes, en donde revisaron y aprobaron los resultados garantizando su precisión y ratificando el anonimato.

Al tratarse de una investigación en el área de las ciencias de la educación, se garantizó el respeto a la dignidad de las personas, su libertad y autodeterminación, previniendo daños, tensiones y salvaguardando su vida privada. De igual manera, se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos y de la identidad de los sujetos, lo que brindó la posibilidad de retirarse en cualquier momento de la investigación. Se dio carácter anónimo a los textos y al final de la investigación, se destruyó toda la información recopilada, dejando únicamente los resultados y los análisis para ser publicados con todas las garantías de anonimización de la identidad, la

ubicación y la relación académica o laboral de todos los participantes.

## Resultados

Se obtuvieron 5 temas centrales con relación a la experiencia del aprendizaje del profesionalismo en urgencias (fig. 1):

Tema 1. *Role model*: el aprendizaje a través del role model fue un factor importante durante nuestro proceso de formación.

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

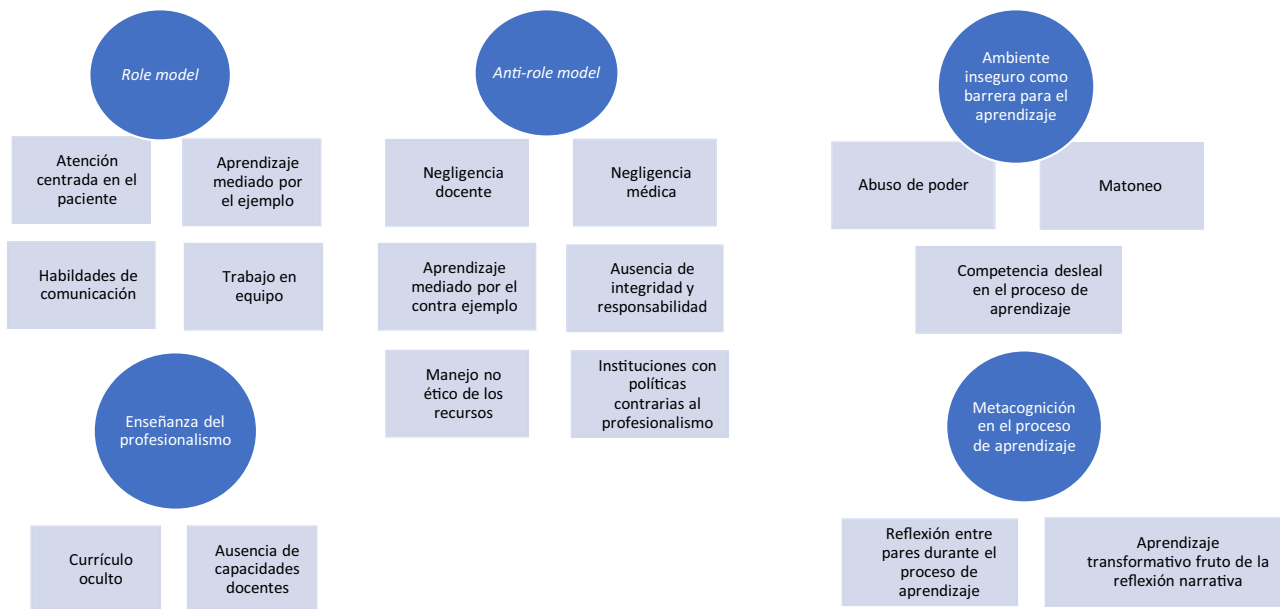
«(...) recuerdo uno de mis primeros turnos, con el Dr. Alberto, donde ingresó una paciente en paro y verlo a él, cómo se desenvolvía, aplicando paso a paso cada algoritmo que muchas veces leíamos y releíamos, sin darse por vencido, hasta sacar a la paciente de esta situación inminente de muerte. Sentí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

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

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

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

«Mi experiencia más bonita fue la rotación por cuidado paliativo y dolor. El profesor, un caballero, fuerte, alto, bien parecido, para nada cariñoso, más bien serio y muy exigente, pronto aprendí que el dolor es una emergencia, que cada minuto cuenta, que estar ahogado y dolorido es indigno, que los pacientes en final de vida jamás deben esperar por el alivio que merecen, que no calmar el dolor y el sufrimiento es un crimen ético y moral a la medicina misma. Entendí sobre compasión y no se trata de llorar con los enfermos y los familiares. Él jamás se mostraba triste, pero trataba a sus pacientes y familiares con respeto, con dignidad, y ellos lo adoraban. Aunque estuviera muriendo lo que más amaban, a pesar de acabar de perder a su ser



**Figura 1** Temas centrales acerca del aprendizaje de profesionalismo.

querido lo buscaban y le agradecían, y entonces sí que quise estudiar. No solo porque me inspirara él: es que entendí que era fundamental aliviar y que tenía que saber bien qué hacer. Estudiaba con alegría, con ansiedad, pero de la buena, con ganas, no quería terminar mi rotación, incluso llegué a pensar que me hubiera gustado más ser paliativista que emergencióloga. Supe lo que es un buen docente, el que motiva, el que impacta sobre sus estudiantes, incluso el que se adapta a ellos. También fui feliz y aprendí para mi vida y mi profesión cosas invaluable que siento sí me hacen mejor» (Johana).

**Tema 2. Anti-role model:** también describimos múltiples experiencias en las que el aprendizaje se da por contraste.

«(...) Lo curioso es que no me identificaba con los docentes. Los vi maltratar y burlarse de pacientes, criticarles, ser sarcásticos y luego pregonar que eran excelentes profesionales. Los escuché todos los días criticarse entre ellos, pero no con el ánimo de crecer o discutir un tema, era con malicia, se burlaban y demeritaban a sus colegas, aún cuando decían ser mejores amigos. Escuché cosas como ‘Ahhh. Es que es ella, ¿qué más se le puede pedir?, se dedicó a ser mamá y ya no lee’, ‘es que él es buena gente, pero de medicina no sabe nada’ (...)» (Efraín).

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

Dentro de las experiencias con profesores considerados anti-role model se describe ausencia de profesionalismo en casos que llegaron a la negligencia médica y docente, así como a la discriminación hacia los pacientes.

«(...) entonces, yo llamo a la doctora y le digo, este paciente está muy malito, yo creo que hay que monitorizarlo, hay que hacerle un examen neurológico, porque estaba en una silla de ruedas y no se pudo pasar a la camilla, y me dice ‘aish, tiempo para ver locas no tenemos’, ‘eh, pero al paciente hay que hacerle algo doctora, ¿qué le vamos a hacer?, pongámosle algo para el dolor, pongámosle una benzodiacepina para que lo tranquilice’, ‘hágale usted lo que quiera’. Lo miró y finalmente lo regañó, y le dijo, ‘ay, deje de hacerse que aquí hay mucho trabajo; si usted sigue con esa actitud por ahí va a terminar operado de la cabeza o haciendo cosas que usted no se imagina’ (...)» (Daniela).

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

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

Los participantes también describimos el papel de las políticas institucionales y el manejo ético de los recursos en la adquisición de competencias profesionales, nuevamente por contraste:

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

**Tema 3. Ambiente inseguro como barrera del aprendizaje:** los participantes describimos situaciones de abuso de poder, maltrato y competencia desleal en el proceso de aprendizaje.

«Con la Dra. Blanco y la Dra. Castilla debes tener cuidado, ellas odian a las mujeres, gánatelas o te va a ir mal..., y... me fue bien, 2 o 3 veces a la semana recogía los perros de la Dra. Castilla cuando me lo pedía, les daba una vuelta y los llevaba a su casa, traía los tintos y la comida de todos en los turnos, hacía las valoraciones que nadie quería en medio del «gracias, tan divina, el mío con sal, el mío sin queso» (...)» (Johana).

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

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

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

La mayoría de los participantes informamos casos de intimidación y acoso:

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

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

«(...) la revista académica de siempre, con gran jerarquía, largas y con tendencias absolutistas. Una de las técnicas de forzar el conocimiento era el escarnio público del desconocimiento del estudiante, ante internos, estudiantes y demás residentes. Existía mucha exigencia, pero se expresaba de una manera. O se estudiaba o la vergüenza pública, o un regaño con agresiones indirectas. En el hospital C el maltrato y la hostilidad era algo constante. Era usual andar con 3 piedras en la mano, tanto con instructores y otros residentes o instructores de otros servicios. Tanto que

inclusivo se notaba una tensión constante con el Servicio de Enfermería» (Nicolás).

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

«(...) pero, en ese proceso de construcción del médico, yo creo que las personas con las que tuve más choque emocional, fue con aquellas que maltrataban a los demás. No entiendo, y esta es la fecha y el punto donde no entiendo, de verdad no logro entender, y no concibo en mi cabeza, por qué diablos ellos son así. Son un perfil de personas donde la tolerancia a ese tipo de cosas es normal, no lo ven mal: les gusta el maltrato, les gusta tratarse mal, les gusta ser unos cabrones con las otras personas» (Rodrigo).

«(...) el hombre disfruta de humillar a sus estudiantes en público. Se ríe de ellos con sus médicos generales hospitalarios y sus enfermeras, los trata de brutos, de incapaces, de retrasados, e inclusive hace acusaciones tan fuertes como que sus estudiantes matan los pacientes, diciéndolo en frente de sus pacientes y familiares. El Dr. Moreno nunca se toma 5 minutos para explicar algún concepto de medicina, su estrategia de aprendizaje es centrada en él» (Miguel).

Se describieron varios casos de agresiones públicas dirigidas particularmente a las mujeres en formación, incluso con connotaciones sexuales:

«(...) pues es que el maltrato extremo en el hospital D también tenía una connotación como misógina, desde lo que alcanzamos a sentir. Éramos 3 mujeres y era un contexto personal, todo era sarcástico, personal, ehh, nos ponía sobrenombres, a una compañera le decía «chimoltrufia» (...) «Agáchese que le voy a clavar un veinte», «¿trajo vaselina pa' poderle dar por donde es?» (...) cosas que se salen de contexto y que le imprimen además como cierto grado de humillación, porque allá había eso, era delante de pacientes, estudiantes de pregrado, médicos generales, enfermeras, y todo el mundo se reía, entonces uno se sentía realmente humillado» (Johana).

**Tema 4. Enseñanza del profesionalismo:** dentro de la enseñanza del profesionalismo, los participantes describimos barreras que influyeron directamente en la adecuada adquisición de esta competencia. Entre ellos está la falta de estructura curricular y el currículo oculto.

«(...) en muchas rotaciones extramurales, claramente, los diferentes especialistas, no tienen ni idea de qué hacemos en su área» (Nicolás).

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

tuve que pagar varias veces para que alguien de otro programa me enseñara» (Johana).

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

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

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

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

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

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

*Tema 5. Metacognición en el proceso de aprendizaje:* los participantes reconocimos que durante el proceso de formación, hubo la posibilidad de reflexionar con los pares sobre las experiencias más significativas, reconociendo esta investigación autoetnográfica como un espacio de reflexión y metacognición sobre nuestro aprendizaje.

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

«Esa experiencia es de esas que uno cuenta con todo el que se encuentra, pero la reflexión e introspección del caso es personal. Pensé que no sería capaz de hacerlo, que no podría con un turno así jamás otra vez, pero, así como eso se resolvió, todo pasó y al siguiente día pude valorar lo positivo, mis aptitudes y desempeño, reconocí lo positivo y me motivaba que sí había podido con lo pesado, entonces ya se podía con lo que fuera. Me di cuenta de que esa era mi

labor y para eso estaba yo en la tierra. Sabía que contaría con la suficiente capacidad y ayuda para poder desarrollarla» (Daniela).

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

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

«(...) tener que pensar en mi programa de formación en medicina de urgencias, tan solo el recuerdo genera una estampida de sentimientos difíciles de discernir» (Nicolás).

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

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

## Discusión

Esta investigación proporciona una comprensión detallada y vivencial de las experiencias de residentes y especialistas en Medicina de Urgencias acerca del aprendizaje del profesionalismo y los contextos de las culturas institucionales hospitalarias durante su formación de posgrado<sup>18,19</sup>.

De acuerdo con los participantes, el role model es un factor determinante para llevar a cabo un adecuado proceso de formación. Esto ocurre en el contacto directo con los profesores durante las rotaciones clínicas, en donde se reconocieron habilidades que promueven el aprendizaje mediado por el buen ejemplo. En esta línea, Karnielli-Miller et al., analizaron las narrativas de las experiencias positivas y negativas de estudiantes de Medicina, encontrando que las interacciones médico-clínicas y los modelos a seguir fueron las categorías más descritas por los participantes<sup>13</sup>.

Empero, el anti-role model puede constituirse tanto como factor de desarrollo del profesionalismo, como un factor para desarrollar comportamientos no profesionales. Wong y Trollope-Kumar analizaron 604 narraciones de 65 estudiantes de Medicina de McMaster y comprobaron la influencia positiva y negativa del role model, la visión de

dilemas éticos, las aprensiones personales frente al sufrimiento de los pacientes y la carencia de virtudes profesionales<sup>20</sup>.

Las agresiones sistemáticas, recurrentes y con desbalance de poder constituyen situaciones de matoneo<sup>21</sup>. Estas experiencias se han reportado desde la literatura en el mundo y en Latinoamérica con mayor énfasis en la experiencia vivida de discriminación o violencia hacia las mujeres en la educación médica. En el año 2014, Roberto Castro hizo una publicación sobre las pautas de género en el desarrollo del *habitus médico*, donde documentó la violencia de género a la que se ven enfrentados los y las estudiantes de Medicina en el contexto mexicano<sup>22</sup>. De la misma manera, en una publicación del periódico el *Unindino*, se investigaron casos de maltrato, acoso sexual y abuso de poder en facultades de Medicina colombianas de Bogotá, Cali y Medellín. Se describieron las características de estos comportamientos relacionados con la violencia dentro del proceso de enseñanza y aprendizaje en Medicina, los cuales no ocurren de manera aislada, y fueron normalizados y minimizados por parte de los acosadores y las instituciones<sup>23</sup>. En la misma línea, esta investigación evidencia normas culturales implícitas en los contextos clínicos que son permisivas con estos comportamientos, impactando negativamente en la salud mental y el bienestar de los residentes y especialistas, entendiendo que la dinámica del matoneo implica que la agresión sistemática involucra no solo la víctima y el victimario, sino especialmente a otros actores del contexto institucional que juegan como observadores y reforzadores de la conducta<sup>24</sup>.

Por otra parte, los participantes informaron que el proceso de enseñanza de competencias profesionales se vio opacado por la ausencia de capacidades docentes, lo cual ha sido reportado en muchos escenarios académicos<sup>25</sup>, además de la poca claridad en la planeación curricular y currículo oculto, demostrando una ruptura entre el saber teórico y el saber práctico<sup>25</sup>.

Esta investigación es una primera aproximación orientada a comprender las experiencias de residentes y especialistas en Medicina de Urgencias acerca del aprendizaje del profesionalismo durante su residencia. El comportamiento de los profesores en el contexto hospitalario cumple una función de role model a seguir por su buen ejemplo relacionado con la atención de los pacientes, comunicación con los colegas, los estudiantes, y el trabajo en equipo. De la misma forma, el comportamiento negligente, el mal uso de los recursos, y comportamientos de discriminación, agresión o matoneo se constituyen como inspiración para convertirse en lo contrario, el anti-role model. Sin embargo, algunos participantes reconocen que a pesar de tener ideas y propósitos claros de no querer ser como su anti-role model, muchas veces se ven a sí mismos repitiendo los comportamientos reprochables que aprendieron en su periodo de formación. Además de esto, el proceso de formación de posgrado en Medicina de Urgencias marca la necesidad de implementar un currículo intencionado que incorpore dentro de sus normas institucionales (culturales) la intolerancia ante las situaciones de matoneo hacia los estudiantes. Esta comprensión permitirá orientar ajustes en la formación médica y en la cultura institucional hospitalaria para mitigar impactos negativos vividos por los profesionales en formación y para favorecer las relaciones

interprofesionales que redundan en la atención humanizada y de calidad al paciente<sup>26,27</sup>.

## Conclusiones

Como conclusiones finales se plantean las ideas y aportes centrales derivados de esta investigación:

- Conocer las diversas experiencias de residentes y especialistas en Medicina de Urgencias durante su formación de posgrado, permite profundizar y comprender el papel del contexto en el proceso de enseñanza y aprendizaje.
- Los residentes y especialistas en Medicina de Urgencias tienen diferentes nociones sobre el concepto del profesionalismo, dependiendo de las experiencias vividas durante su formación de posgrado.
- Esta investigación permite ver el papel del contexto (cultura) en que se mantienen o permiten los comportamientos reprochables como el bullying a estudiantes, o el maltrato a los pacientes.
- Todos los participantes del estudio identificaron un role model durante el proceso de formación de posgrado y, en contraste, algunos de los participantes identificaron un anti-role model en diferentes momentos de la residencia.
- Las experiencias vividas por los residentes y especialistas en Medicina de Urgencias permitieron hacer procesos de reflexión y metacognición, fortaleciendo el aprendizaje de sus competencias profesionales.
- Esta investigación muestra la ruptura entre el saber teórico y el saber práctico en la implementación del currículo.
- La narración y la profundización de las historias de los participantes por medio de textos autoetnográficos produjo una reflexión narrativa que genera una transformación en la comprensión de sus competencias profesionales.
- Es esencial que las intervenciones para mejorar la formación profesional en programas de posgrado en Medicina de Urgencias reconozcan primero las experiencias únicas de los residentes y especialistas.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Financiación

Ninguna.

## Bibliografía

1. Hays R, Hamlin G, Worthington R. Developing professionalism in health professional learners. *Clin Teach*. 2013;10(1):64–6.
2. Hawick L, Cleland J, Kitto S. Sending messages: how faculty influence professionalism teaching and learning. *Med Teach*. 2017;39(9):987–94.

3. Mak-Van Der Vossen MC, De La Croix A, Teherani A, WNKA Van Mook, Croiset G, Kusrkar RA. Developing a two-dimensional model of unprofessional behaviour profiles in medical students. *Adv Heal Sci Educ* [Internet]. 2019;24(2):215–32 Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9861-y> Consultada 10 Ago 2020.
4. van Mook WNKA, de Grave WS, Wass V, O'Sullivan H, Zwaveling JH, Schwirth LW, et al. Professionalism: evolution of the concept. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2009;20(4):e81–4. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2008.10.005>.
5. Lucey C, Souba W. Perspective: the problem with the problem of professionalism. *Acad Med*. 2010;85(6):1018–24.
6. Castonguay V, Lavoie P, Karazivan P, Morris J, Gagnon R. Perceptions of emergency medicine residents of multisource feedback: different, relevant, and useful information. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2019;74(5):660–9. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.05.019>.
7. Wendy Levinson, Shipra Ginsburg, WLCR Hafferty Frederic. Understanding Medical Professionalism [Internet]. McGraw-Hill Medical; 2014 [Consultado el 9 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://accessmedicine-mhmedical-com.ez.urosario.edu.co/book.aspx?bookid=1058>.
8. Roberts TE. Enseñar, aprender y evaluar el profesionalismo: el mayor reto de todos. *Rev la Fund Educ Médica*. 2017;20(2): 47.
9. Norcini JJ, McKinley DW. Assessment methods in medical education. *Teach Teach Educ*. 2007;23(3):239–50.
10. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med* [Internet]. 2014;89(9):1245–51 [Consultado 3 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-201409000-00021>.
11. Anderson L. Book Review: HEEWON CHANG, Autoethnography as Method [Internet]. Vol. 10, Qualitative Research. SAGE Publications; 2010 [Consultado 7 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468794110379331>.
12. Gallé J, Lingard L. A medical student's perspective of participation in an interprofessional education placement: an autoethnography. *J Interprof Care*. 2010;24(6):722–33.
13. Karnieli-Miller O, Vu TR, Holtman MC, Clyman SG, Inui TS. Erratum: medical students' professionalism narratives: a window on the informal and hidden curriculum (*Academic Medicine* (2010) 85 (124-133)). *Acad Med*. 2011;86(1):29.
14. Warne KE, Hoppes S. Lessons in living and dying from my first patient: An autoethnography. *Can J Occup Ther*. 2009;76(4): 309–16.
15. Farrell L, Bourgeois-Law G, Ajjawi R, Regehr G. An autoethnographic exploration of the use of goal oriented feedback to enhance brief clinical teaching encounters. *Adv Health Sci Educ*. 2017;22(1):91–104.
16. Borrell-Carrió F, Epstein RM. Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness. *Ann Fam Med* [Internet]. 2004;2(4):310–6 Jul 1 [Consultado 10 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.annfammed.org/cgi/doi/10.1370/afm.80>.
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* [Internet]. 2006;3(2):77–101 [Consultado 31 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp0630a>.
18. Forbes MP, Iyengar S, Kay M. Barriers to the psychological well-being of Australian junior doctors: a qualitative analysis. *BMJ Open*. 2019;9(6):1–8.
19. Ellis C. Telling secrets, revealing lives: relational ethics in research with intimate others. *Qual Inq*. 2007;13(1):3–29.
20. Wong A, Trollope-Kumar K. Reflections: an inquiry into medical students' professional identity formation. *Med Educ* [Internet]. 2014;48(5):489–501. <https://doi.org/10.1111/medu.12382>.
21. Paredes OL, Sanabria Ferrand PA, González Quevedo LA, Moreno Rehalpe SP. «Bullying» en las facultades de medicina colombianas, mito o realidad. *Rev Med*. 2010;18(2):161.
22. Castro R. Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colect*. 2014;10(3):339–51.
23. Lozada A, Mejía I, Chavarro N, Alarcón M.F, Echavarría S, Riveros D, Abuso y acoso en Medicina. In: [Podcast]. (2019) El Uniandino. Disponible en: <https://www.eluniandino.com/post/abuso-y-acoso-en-medicina-https://anchor.fm/peridico-el-uniandino/episodes/Cmo-se-hizo-Abuso-y-acoso-en-medicina-e1d4533>
24. Jairo J, Peña G, María R, Ortiz M, Gil JQ. El bullying y el suicidio en el escenario. 2013;4(2):298–310.
25. Ortega BJ, Fasce HE, Pérez VC, Ibáñez GP, Márquez UC, Parra PP. Evaluación de componentes del currículum oculto en estudiantes de medicina. *Rev Med Chil*. 2014;142(11):1452–7.
26. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2016;388(10057):2272–81 [Consultado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361631279X>.
27. Clough BA, March S, Chan RJ, Casey LM, Phillips R, Ireland MJ. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review. *Syst Rev* [Internet]. 2017;6(1):144 [Consultado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-017-0526-3>.