

Experiencias significativas de aprendizaje en residencias médicas. Un estudio de caso en el sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2022.

Meaningful learning experiences in medical residencies. A case study in the south of the City of Buenos Aires in 2022.

Por Karina Alejandra FRIERA ZAVALA¹, Carla PIERRI² y Ximena VARELA³.

Friera Zavala, K., Pierri, C. y Varela, X. (2023). Experiencias significativas de aprendizaje en residencias médicas. Un estudio de caso en el sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2022. *Revista RAES*, XV(27), pp. 92-108.

Resumen

El artículo se enmarca en un proyecto de investigación que se propone conocer las características de las experiencias significativas de aprendizaje en el sistema de residencias médicas desde la perspectiva de residentes. Se trabajó con las residencias de Medicina General y Familiar y de dos especialidades quirúrgicas de un área programática del sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El presente es un estudio de caso retrospectivo que utiliza fuentes primarias y diversos métodos y técnicas. Al momento se implementó un cuestionario administrado por el equipo de investigación a residentes en el último tramo de formación. Entendemos por experiencias significativas de aprendizaje a las situaciones que producen efectos subjetivos y que transforman a quienes las transitan. Desde una perspectiva constructivista entendemos al aprendizaje como un proceso de internalización de la cultura que propicia el desarrollo cognitivo por reconstrucciones sucesivas en el marco de situaciones mediadas por otros/as. Pensaremos el contexto no como algo que rodea a la situación de aprendizaje sino como constitutivo de ella. Entre los primeros resultados podemos mencionar que los/as residentes destacaron como muy valiosas para su formación las situaciones vinculadas a: el trabajo en equipo en la resolución de situaciones complejas, la construcción de vínculos de confianza entre residentes y referentes docentes, las propuestas formativas ligadas a la práctica situada y atentas a los ritmos de aprendizaje. Asimismo, relataron experiencias valiosas para su formación no vinculadas con destrezas procedimentales sino vinculadas a contenidos transversales de formación en salud, particularizados en cada residencia.

Palabras Clave Experiencias significativas / Aprendizaje situado / Residencias médicas / Formación en servicio / Sistema de Salud

¹ Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina / karinafrier@gmail.com

² Universidad de Buenos Aires, Universidad de Lanús, Argentina / maildecarlapierri@gmail.com

³ Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina / xime.svarela@gmail.com

Abstract

This article is part of a research project that aims to learn the characteristics of meaningful learning experiences in the postgraduate medical training program from the residents' perspective. Specifically, we worked with the Residency of General and Family Medicine and with two surgical specialties residencies, in the south of the City of Buenos Aires. This is a retrospective case study that uses primary sources and various methods and techniques to learn about the case in depth. To date, a questionnaire administrated by the research team, has been conducted on residents in their last stage of training. We conceive meaningful learning experiences as those situations which produce subjective effects on and transform those who undergo them. From a constructivist perspective, we understand learning as the process of internalizing culture, and which promotes cognitive development through successive reconstructions, within situations mediated by others. We will consider the context not as something that surrounds the learning situation but as a constitutive part of it. Among the first results, we can mention the appreciation of: teamwork in resolving complex situations, building bonds of trust among residents and "teachers", training proposals linked to the situated practice and attentive to the pace of learning. The participants reported valuable experiences for their training, linked to transversal competencies "alive work in action" at each residency program.

Key words Meaningful experiences / Situated learning / Medical residencies / In-service training / Health Care System.

Planteamiento del problema

En el marco de la Unidad de Gestión Pedagógica, dentro de una Dirección General de la que depende el sistema de residencias y concurrencias de CABA, y como equipo interdisciplinario abocado a desarrollar propuestas formativas, hemos vuelto a un interrogante primordial de todo equipo dedicado a pensar la formación: ¿Dónde y cómo se aprende en el sistema de residencias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?

En los últimos años, la profundización del enfoque hegemónico de competencias, como rector de la formación médica, produjo una progresiva invisibilización de la dimensión histórico-social de los aprendizajes, a través de una propuesta hiperfragmentadora del hecho educativo en unidades de actividad (Ten Cate, 2017) que descontextualizan la práctica y tienden a borrar a los sujetos educativos, en el marco de una pretensión de control y negación de la incertidumbre.

Inicialmente, nos preguntamos por las características que tienen las instancias de aprendizaje, considerando la especificidad del trabajo en salud (que usualmente incluye dolor, sufrimiento, temores, duelos, pudores, deseos). Por una cuestión de factibilidad y de representación, decidimos delimitar el estudio a residencias médicas. Asimismo, para poder realizar un trabajo en profundidad, definimos trabajar con dos residencias con perfiles de formación disímiles según tipo de ámbitos de desempeño frecuentes e intervenciones usuales. Nos abocamos entonces, a la residencia quirúrgica con orientación (especialidades de Urología y Neurocirugía) y a la de Medicina General y Familiar de un mismo efector.

De este modo, en esta instancia nos interesan las experiencias e hitos en los aprendizajes desde la perspectiva de los/as residentes egresantes. Así llegamos a formular nuestra pregunta de investigación: **¿Qué características tienen las experiencias significativas de aprendizaje en el marco de la propia residencia, desde la perspectiva de los/as residentes médicos/as que se encuentran en su tramo final de formación, así como de los/as jefes/as de residentes de un área programática del sur de la CABA, 2022?**

Algunos interrogantes secundarios son: ¿Cuáles son las percepciones de los/as residentes “egresantes” de dos residencias médicas (dos quirúrgicas y una de atención ambulatoria) acerca de las características de sus experiencias significativas de aprendizaje en el sistema de residencias de la CABA? ¿Cuáles son los aprendizajes valorados? y ¿Qué experiencias de aprendizaje destacan? ¿Qué características y particularidades tienen, desde su perspectiva, los incidentes críticos en su formación? ¿Cuáles son las condiciones, desde la perspectiva de los/as residentes, para que ocurra un aprendizaje?

Antecedentes

Con el fin de rastrear las investigaciones y estudios relativos a nuestra pregunta de investigación, indagamos aquellos trabajos recientes de los últimos años que se llevaron a cabo en América Latina (especialmente en México y Argentina) y también en España⁴.

Desde la Universidad Nacional de Tucumán y pensando la formación en el grado, Naigeboren Guzmán, Caram, Bordier, Gil De Asar y Ledesma (2011) investigaron en relación con los **aprendizajes significativos**. En particular, ligaron la significatividad de los espacios curriculares con la especificidad y relevancia de sus contenidos, con el

⁴ Realizamos la revisión bibliográfica (entre noviembre de 2021 y febrero de 2022) en distintas bases virtuales (Scielo, Lilacs, BVS), repositorios universitarios (SEDICI, Acta Académica) y en un buscador especializado en contenido académico (Google Académico). La mayoría de los artículos publicados en los últimos seis años. Utilizamos los siguientes descriptores para la búsqueda: incidentes críticos, formación en servicio, aprendizajes en salud, aprendizajes significativos en las residencias, experiencias de aprendizaje en residencias, obstaculizadores y facilitadores del aprendizaje en las residencias.

estilo docente y con las estrategias de enseñanza, cuando éstas favorecen las relaciones teoría-práctica y la capacidad de comprensión y análisis reflexivo de la realidad.

Al indagar acerca de “los aprendizajes significativos en las residencias médicas”, se encontraron, en su mayoría, estudios desde la perspectiva de los/as formadores/as, y muy pocos desde la perspectiva de los/as residentes. Asimismo, hay estudios que hacen foco en los aprendizajes situados o en el clima de aprendizaje.

Específicamente hablando del sistema de residencias, Murillo Bautista (1998) investigó los factores **obstaculizadores y facilitadores de los aprendizajes** en la residencia de cirugía del Instituto Mexicano del Seguro Social. Concluyó que los principales factores que dificultan el aprendizaje son la falta de tiempo libre y el exceso de trabajo; mientras que los factores que lo facilitan serían el gran número de pacientes que atienden, la buena comunicación con los/as formadores/as y las clases.

Otro estudio referido a la formación en el sistema de residencias, también de México, y a cargo de Hamui Sutton, Flores Hernández, Gutiérrez Barreto, Castro Ramírez, Lavalle Montalvo y Vilar Puig (2014), se abocó a describir las dimensiones de los ambientes clínicos de aprendizaje desde la percepción de profesionales residentes en medicina y concluyó que el cumplimiento del programa, el "ejemplo" y comunicación con docentes son relevantes. Por otro lado, la congruencia entre lo que dice y hace el/la docente, la supervisión constante de los procedimientos clínicos y su interés en el proceso formativo son rasgos que se integran y valoran en los años de aprendizaje en la práctica clínica.

Un estudio transversal realizado en un Centro Médico Nacional en México, a cargo de Gaona-Flores, Campos-Navarro, Arenas-Osuna y Alcalá-Martínez (2017), concluyó que, en relación con las actividades de enseñanza utilizadas para promover un aprendizaje significativo, se destacan: la organización de los/as alumnos/as para exponer temas, realización de preguntas sobre temas vistos, análisis de casos clínicos y aprendizaje basado en problemas.

El trabajo de Balcázar Rincón, Ramírez Alcántara y Ramos Ortega (2019) estudió estilos de enseñanza y de aprendizaje y, como corolario, recomendaban que los/as docentes de las especialidades médicas adoptasen un modelo educativo constructivista centrado en los/as residentes para que su experiencia educativa sea significativa.

Un estudio desarrollado en una Unidad Docente de Medicina Familiar de Murcia, España (2020) evaluó el cumplimiento y la calidad de los informes de **incidentes críticos (IC)** elaborados por residentes y analizó las características formativas más destacables de los mismos. Se concluyó que la mayoría sucedió en la puerta de urgencias de los hospitales, lo que lo identifica como un ámbito que predispone a su ocurrencia.

En relación con las **experiencias de aprendizaje en la residencia**, un estudio realizado con psicólogos/as que se formaron en una residencia multiprofesional en salud en un municipio de San Pablo (2020), concluyó que existen cuatro elementos experienciales significativos:

- transformación personal y profesional provocada por el servicio de aprendizaje que requiere dedicación completa;
- apropiación de la forma de ser un/a psicólogo/a que se centra en la construcción de prácticas interdisciplinarias e integridad en el cuidado;
- apropiación de estrategias de atención psicológica desarrolladas según la red de atención a la salud; y
- tensión entre exigencias y estrategias de enseñanza y servicio, que resultó perjudicial para el proceso de aprendizaje.

Se sugirió que la residencia creara estrategias grupales a fin de potenciar la autonomía y la creatividad generadas en las relaciones intersubjetivas que son vividas cotidianamente en la formación en servicio.

Marco conceptual

El **constructivismo** plantea que el sujeto que aprende es activo en la construcción de conocimientos. Tomamos de la Psicología Genética Piagetiana esta conceptualización acerca de cómo se pasa de un estado de menor conocimiento a uno mayor y, de los aportes del enfoque sociohistórico de la teoría de L. Vigotsky (2000) la comprensión de la acción humana en contextos culturales y sociales. En este sentido, toda situación de aprendizaje comprende ciertos elementos constitutivos: un sujeto que aprende, un objeto a ser aprendido y un contexto en el que dicho aprendizaje ocurre.

Desde esta perspectiva, pensamos que el conocimiento avanza por reconstrucciones sucesivas, a través de cambios en el sistema cognitivo. Ningún conocimiento es definitivo sino provisorio. Siendo éste una “invención”, una construcción producto de la interacción entre nuestras hipótesis y la realidad (Filidoro, 2009).

Desde la **teoría sociohistórica**, el aprendizaje es pensado como internalización de la cultura, como aquello que propicia el desarrollo cognitivo. Esto ocurriría en situaciones mediadas y con la presencia de otros/as. Según Zion (2001), el desarrollo no se mediría en niveles del sujeto, sino como capacidades potenciales que se manifiestan en la actividad que puede realizar un sujeto con la ayuda de uno más experto. Nos referimos a la **zona de desarrollo próximo**, es decir, la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema, bajo la guía o colaboración de alguien más capaz en dicha cuestión.

De este modo, el desarrollo cognitivo tiene un carácter social. El contexto deja así, de ser algo que rodea la situación de aprendizaje para pensarse constitutivo de ella, la entrelaza (Nakache, 2004), crea la trama donde ello ocurre. La construcción de conocimiento, entonces, ocurre en contextos que regulan y legitiman los aprendizajes.

Según Baquero (1999), analizar las situaciones de aprendizaje implica una descripción de cada uno de sus componentes y de los efectos recíprocos que se generan entre ellos. En lo referido al *sujeto que aprende*, es posible mencionar sus esquemas de conocimiento, desarrollo cognitivo y saberes previos desde los cuales le otorga sentido a los objetos. Los *objetos a ser aprendidos* tienen particularidades, especificidades que son importantes a la hora de pensar una posible apropiación pues plantean desafíos, exigencias, perturbaciones a quienes intentan aprehenderlos (Aizencang, 2001). En cuanto al *contexto, actividad o escenario cultural*, comprende singularidades que sin dudas inciden en los procesos de aprendizaje. De hecho, en la interacción entre las propuestas que ofrece el contexto y los esquemas de conocimiento que posee el sujeto es que se construyen objeto y sujeto.

El **sistema de residencias** constituye un sujeto: “el/la residente”, y propone una organización de la vida en la formación en servicio que inciden en la forma de actuar y de aprender. Como toda institución social tiene formas de trabajo y tareas específicas reguladas por normativas explícitas e implícitas (Aizencang, 2001).

Las residencias constituyen un sistema de formación de posgrado de especialistas en servicio a tiempo completo. Quienes se forman en este sistema profundizan conocimientos específicos, pero también conocen e interactúan en un contexto real de prácticas y trabajo. Entre los/as graduados/as de medicina pareciera naturalizada la concepción de que, para ejercer las prácticas, no se encuentran en condiciones solo con la formación de grado (Duré, 2015).

Si consideramos que el aprendizaje supone el “desarrollo de nuevos criterios o capacidades para resolver problemas o como la revisión de criterios y capacidades existentes que inhiben la resolución de problemas” (Davini, 2008), esto conlleva a que el diseño y la programación de la acción educativa -en contexto de trabajo- focalice en el conocimiento práctico o en la acción y favorezca a partir de él, la reflexión compartida y sistemática.

En este sentido, se reconoce el *potencial educativo de la situación de trabajo*. Cada situación de la cotidianeidad posee la potencialidad de constituirse como “palanca” del aprendizaje (Davini, 2008), a partir de un análisis reflexivo de los problemas de la práctica y valorizando el propio proceso de trabajo en el contexto en que ocurre. Los objetos a ser aprendidos en el sistema de residencias tienen la particularidad de que implican acciones en un escenario no simulado, sino real. A diferencia del aprendizaje escolar o académico, aquellos que tienen que desarrollar los/as residentes implican prácticas, competencias transversales y disciplinares a desplegar en acto en el encuentro con el otro.

La naturaleza de los objetos a aprender en el sistema de residencias prioriza el planteamiento de situaciones complejas de la práctica concreta que tienen el potencial de movilizar saberes, actitudes y habilidades de manera integrada, y que se presentan de acuerdo con la realidad de las prácticas del propio sistema de salud. Esto se diferencia de la clásica secuenciación lineal de conocimientos centralmente teóricos organizados desde un criterio lógico que predomina en los ámbitos universitarios. Asimismo, en la residencia aprende la organización y el grupo, a partir de acciones colectivas, a diferencia de los ámbitos académicos, que ponderan los rendimientos individuales.

En relación con la conceptualización en torno a las **experiencias significativas** es necesario considerar la complejidad, la polisemia y la ambigüedad que el término ~~de~~ experiencia nos plantea como investigadoras y la necesidad de explicitar la manera como la entendemos.

En principio, la experiencia es un encuentro o una relación con algo que se experimenta. Se trata, en términos de Larrosa (2011), de un movimiento de ida y vuelta. Un movimiento de ida porque la experiencia implica un encuentro con el acontecimiento vía la exteriorización. Y un movimiento de vuelta porque supone que el acontecimiento afecta al sujeto: “tiene efectos en mí, en lo que yo soy, en lo que yo pienso, siento, sé o quiero”.

Por último, en consonancia con dicha conceptualización, y en relación con el campo de la educación médica, los **incidentes críticos en la formación** son entendidos como los acontecimientos de la práctica cotidiana que han producido dudas, sorpresa o inquietud por sus resultados inesperados (Flanagan, 1954) y que han provocado una reflexión sobre la propia práctica para mejorarla. Pensar en experiencias de aprendizaje es reconocer la capacidad de los sujetos de re-construir significados, ya sea a través de ponerlos en acción o de narrar su experiencia, es decir, desde la dimensión subjetiva (Guzmán Gómez y Saucedo Ramos, 2015).

Diseño y metodología

El presente es un estudio exploratorio de caso con un abordaje principalmente cualitativo. Como en todo estudio de caso, para poder comprenderlo en profundidad (Stake, 1999) recurrimos a diversos métodos y técnicas.

Trabajamos con dos cohortes de residentes de los últimos dos años de su formación hacia finales de 2022. Seleccionamos una especialidad médica con preeminencia de formación en segundo nivel de atención (hospitales generales) y otra en el primer nivel de atención (centros de salud) de la misma área programática. Dicho territorio fue seleccionado por la riqueza y diversidad de sus ámbitos de formación, así como debido a la accesibilidad para realizar este estudio.

Dentro de dicha área seleccionamos por accesibilidad y factibilidad la Residencia de Medicina General y Familiar y dos Residencias Quirúrgicas: la de Urología y la de Neurocirugía. Hemos incorporado dos especialidades quirúrgicas, y no solo una, por ser estas residencias más pequeñas en cuanto al número de residentes.

El trabajo se dividió en dos momentos. En un primer momento se administraron, en duplas, doce (12) cuestionarios anonimizados con preguntas cerradas y abiertas a residentes de último, anteúltimo año y jefatura de las dos especialidades seleccionadas⁵. Los mismos fueron administrados en su mayoría en los lugares de formación de los/as residentes y en espacios resguardados elegidos por ellos/as. Algunos se administraron virtualmente por plataforma zoom por dificultades para coordinar horarios comunes (5/12)⁶.

Durante las administraciones había una investigadora que dirigía la toma de cuestionarios y una que registraba los intercambios dado que definimos no grabar a fin de construir un clima de mayor confianza. En los cuestionarios se indagaban: ámbitos, escenarios de formación apreciados especialmente, valoraciones a espacios formativos, aprendizajes en el sistema de residencias. Dicho instrumento había sido previamente testeado en un pilotaje con residentes egresados/as y referentes docentes de las residencias⁷.

En un segundo momento esperamos trabajar en grupos focales a fin de comprender el sentido común del grupo (Canales Cerón, 2006) que se conformará de cuatro residentes (dos de cada especialidad).

En este artículo, se presentarán algunos resultados del cuestionario a fin de profundizar en los hallazgos y comprender las percepciones acerca del proceso de formación. El procesamiento se realizó con paquete office (Excel) a partir de un tratamiento cuantitativo de las variables que así lo permitieran; y se desarrolló un análisis de contenido de las categorías indagadas principalmente a través de las preguntas abiertas. Se consideraron, en tal proceso, los supuestos hipotéticos surgidos del marco conceptual y de la experiencia de trabajo cotidiano con el sistema de residencias de las investigadoras. Dicha tarea, asimismo, sostuvo una lectura atenta a la emergencia de dimensiones no contempladas originalmente, pero que por recurrencias en el trabajo de campo, se constituyeron como tales.

En la administración y en el análisis tuvimos en cuenta, la manera en que somos vistos en tanto miembros de una unidad pedagógica anclada en el nivel central del Ministerio de Salud. En ese punto, la construcción de confianza, el garantizar confidencialidad y el anonimizar las transcripciones y análisis que realizamos a fin de proteger la identidad de quienes participaron, resultó central. Por otro lado, el hecho de elegir residentes que estaban en proceso de egreso nos desafió a reparos éticos pues eran personas que podían encontrarse elaborando un cierre en su proceso de formación.

Resultados, análisis y discusión

1. Caracterización de la muestra

Se han administrado doce (12) cuestionarios hacia fines de 2022.

Ocho (8) de las personas participantes se autopercebían mujeres y cuatro (4) varones. De las siete (7) personas participantes pertenecientes a la residencia de Medicina General y Familiar, seis (6) se autopercebían mujer y de las cinco (5) personas pertenecientes a las residencias quirúrgicas tres (3) se autopercebían varones. Dicha conformación es congruente con la feminización en curso del sistema de salud, especialmente en las especialidades

⁵ El cuestionario incluía preguntas referidas a: 1) Datos sociodemográficos, 2) Facilitadores y obstaculizadores de los aprendizajes (por ej.: "Te pedimos que nos menciones tres cuestiones que consideres facilitadoras para aprender en el marco de la residencia"), 3) Experiencias significativas de aprendizaje (Por ej.: "Te pedimos que recuerdes y nos describas lo más detalladamente posible una experiencia en la residencia que haya sido valiosa para tu aprendizaje como profesional de la salud."), 4) Valoración de aspectos importantes y ámbitos en los cuales ocurrieron las experiencias significativas de aprendizaje.

⁶ Inicialmente habíamos definido que los cuestionarios fueran autoadministrados, aunque el equipo decidió, en el mismo campo, probar con la administración en duplas a fin de poder obtener registros cualitativamente ricos e intercambios durante la misma.

⁷ El pilotaje incluyó a dos egresados/as y a las coordinaciones de ambas especialidades. Lo realizamos en mayo de 2022 y el mismo permitió incorporar, entre las variables no contempladas, nuevos ámbitos de desempeño. También permitió visibilizar y precisar ciertas preguntas, así como definir la forma de implementación (no autoadministrado, no grabar y en dupla).

abocadas al primer nivel de atención y menos dependientes de tecnologías duras (Merhy, 2006) y cierta preeminencia de varones en las especialidades quirúrgicas (Duré, 2015).

La edad promedio fue de 31,54 años, la mediana de 31,5 y la moda de 31,5. La edad mínima fue de 28 años y la máxima de 38 años, lo cual es consistente con el grupo etario de quienes se encuentran egresando del sistema de residencias y concurrencias (primeros años post graduación de la carrera de grado).

En cuanto al año de residencia que cursaban los/as participantes, nueve (9) eran residentes del último y anteúltimo año de la residencia y tres (3) realizaban la jefatura correspondiente.

2. ¿Qué se aprende en las “experiencias valiosas” para el aprendizaje profesional? Tierra a la vista: los ejes transversales de formación en salud

Ante la pregunta por una experiencia que haya sido valiosa para su formación profesional, los/as residentes destacaron, en su mayoría, situaciones donde comenzaron a estar a cargo de procesos terapéuticos o diagnósticos en un *in crescendo* gradual de autonomía. Ahora bien, los relatos no refirieron, en su mayoría, a experiencias exitosas o de logros procedimentales específicos de cada especialidad, sino que más bien destacaron situaciones:

- donde se pusieron en juego saberes no procedimentales.
- en las que la comunicación con pacientes o su familia resultó central para dar espacio a escuchar las interpretaciones, preguntas, temores de quienes consultan.
- ligadas a la gestión del proceso de cuidado. Por ejemplo:

Cuando empecé a hacer guardia solo. Estás vos solo, con el paciente. Uno se va fogueando. Vos tenés que hablar con la familia, decidir si es quirúrgico o no, comunicar a la familia, coordinar con quirófano, operar ese paciente donde el que está cargo es uno. El primer paciente que me tocó tenía un ACV (...) con deterioro. Era domingo por la tarde, tuve que hablar con la familia. El pronóstico iba a ser malo. El día a día con los familiares es importante. ¡Al principio me sentía avasallado con las familias y yo veía a los más grandes y pensaba “con qué naturalidad lo hace”! y ahora un residente de primero me lo dijo a mí... (se detiene, nos mira fijo, parece emocionarse). Transmitir una mala noticia no es fácil... imaginate, una cirugía en la cabeza... se esperan lo peor. Es importante no ponernos nerviosos, y no alterar a la familia, la empatía... Hay que dejar que hagan preguntas y dar tranquilidad (...) (Jefe de Residentes, Cuestionario N° 2, 2022)

- donde se limita el intervencionismo, destacándose la escucha a quien padece y dando lugar a un posicionamiento ético que corre al/a la médico/a de la centralidad, dando espacio a lo humano del acto. Como plantea este residente:

Conocía a la familia y por primera vez tuve esa charla. Fue larga. Les expliqué qué pensábamos que iba a pasar si operábamos. Uno puede inclinar la balanza en esa conversación. Yo podía tener un interés egoísta en operar al paciente, pero me parecía muy cruel hacerlo (...). La familia me agradeció (...) Una experiencia de buen morir. Me ocupó bastante de hablar con las familias. Hay que ser claros. Creo que eso fue muy útil en mi especialidad, entender beneficio/riesgo. No es tan blanco o negro. Reducir el daño. (...) Lo difícil de tomar decisiones... (Residente, Cuestionario N° 1, 2022)

- denominadas como “no felices”, o donde los/as profesionales se angustiaron (mencionaron casos de abuso sexual infantil, de “limitación del esfuerzo terapéutico” en un paciente con “un pronóstico muy malo”, entre otras).

- de construcción de un vínculo con pacientes, de abordaje integral ubicando la perspectiva de salud como un objeto complejo, histórico, situado y social.

(refiriendo a experiencia valiosa para su formación) (...) acompañé a una paciente durante todo el embarazo y quiso que acompañe el seguimiento del nene al nacer. Fue hermoso, me llevó a pensar por qué elegí esa residencia, acompañar a las personas en sus etapas de la vida, conozco su entorno. Me llevó a pensar en el rol, el contexto de las familias. Aprender cuidados en la infancia, puerperio, embarazo, fueron varias cosas que fui integrando (Residente, Cuestionario N° 5, 2022)

Las mencionadas dimensiones nos remiten a lo que se conoce como formación en contenidos transversales en salud; es decir, una formación necesaria para todo/a trabajador/a de la salud, independientemente de su especialidad, pero que suele tomar formas específicas según el tipo de prácticas desarrolladas. Estos contenidos forman parte del encuentro en acto (Merhy, 2006) entre personas en el sistema de salud, dan cuenta de cómo son considerados/as “los/as otros/as”, cómo se hacen viables ciertos procesos de atención, cómo se protegen los derechos, cómo se reflexiona y produce conocimiento en la práctica (Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, 2017)⁸.

Ahora bien, las programaciones anuales suelen centrarse en ofrecer estrategias, espacios y actividades ligadas a la formación en las competencias específicas de cada especialidad y en menor medida en las transversales. En síntesis, no es extraño que los contenidos transversales sean considerados como “accesorios” en tanto suponen saberes que exceden a lo disciplinar (Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, 2017).

En este marco, el tipo de relatos vinculados a los contenidos transversales que hicieron los/las participantes -a la hora de describir una experiencia valiosa para su aprendizaje profesional- da cuenta de la centralidad de este tipo de contenidos para la formación en servicio. Los mismos no necesariamente deben ser abordados teóricamente pues se encuentran profundamente enlazados a las situaciones que conmueven e interpelan a quienes trabajan y se forman en el sistema de salud.

3. Cuestiones valiosas para la formación en el sistema de salud.

3.1 Aprender en equipo: entre el “scrum”, el servicio y las reuniones de equipo

“Las reuniones de equipo de todo el CeSAC... Antes, en la pandemia, solíamos tenerlas y eran experiencias importantes porque nos conocíamos entre todos (...) conocimos caras y nombres, cómo trabajan los demás, saber qué podés pedir y a quién. En ese espacio nos empezamos a conocer”.

(Residente, Cuestionario N°7, 2022)

⁸ Los aprendizajes que ocurren en la formación en servicio, a diferencia del modelo académico tradicional (centrado en el aprendizaje enunciativo basado en la dimensión cognitiva, en el trabajo con contenidos teóricos, con un uso esencialmente de textos bibliográficos, evaluación a través de exámenes en el trabajo con textos donde los errores no tienen consecuencias más que de calificación), tienen consecuencias concretas en la vida de otros/as y se ponen en juego en un encuentro que interpela (Acosta, C., Battistoni, C. Bolonese, Castillo, P., Fazzini, J., Fogiel, F. y Pierri, C., 2017).

Todos/as los/as participantes destacaron como de máxima importancia para la propia formación, el **trabajo en equipo**. No existe en otras respuestas una coincidencia total en dicha valoración, ni siquiera en la supervisión capacitante o en los espacios de retroalimentación de la práctica, en tanto estrategias privilegiadas desde la perspectiva de los/as formadores/as.

Queda así acentuado el hacer con otros/as, la dimensión colectiva de la práctica. Salimos entonces, de concepciones donde el aprendizaje es sólo individual o en soledad, para destacar que -según los/as participantes- las experiencias más importantes de aprendizaje suponen el quehacer activo con otros/as, en tanto dinamiza la experiencia.

Pensamos que compartir trabajo en equipo en el sistema de residencias implica una práctica con otros/as con mayor o diversa expertise en determinadas actividades profesionales. Quienes son más expertos/as andamian el quehacer de quienes son menos expertos/as. Se configura así una zona de desarrollo próximo.

Asimismo, consideramos la formación en servicio como una **comunidad de prácticas** en situaciones reales de trabajo, la cual supone un conjunto de personas que se encuentra a lo largo de un período de tiempo y de manera sostenida a los fines de abordar una situación problemática. Para ello, comparten recursos y modos de actuar.

Desde esta perspectiva, el conocimiento no puede ser separado de las comunidades que lo crean, usan y transforman, pues conforman una unidad que permite pensar los procesos de aprendizaje en contextos organizados socialmente (Rogoff en Nakache, 2004). Aquí se apunta a la construcción de una autonomía progresiva por parte de sus miembros. Es la comunidad, el equipo de trabajo disciplinar y/o interdisciplinar, quien aporta los marcos interpretativos.

Esta modalidad de trabajo y formación instituidas, en términos de Nakache, implica mediaciones que configuran la trama en la que esos/as residentes aprenden. Hay una comunidad disciplinar que aborda un hacer y un cómo hacer. Entonces, aprender supone interpretar los objetos de conocimiento que se ponen en juego en las prácticas profesionales, actividades, escenarios, procesos de trabajo; siendo la comunidad la que aporta el marco interpretativo y regulatorio. Desde esta perspectiva, se aprendería de forma situada, con otros/as, asumiendo papeles activos en una dinámica de relaciones simétricas y asimétricas. Un residente de especialidad quirúrgica planteaba que cuando ocurría alguna situación compleja en el servicio, no asistían individualmente a intervenir, sino que en esas situaciones era muy importante el trabajo en equipo:

No hay nada mejor, somos un *scrum*, somos el único servicio que baja todo el plantel (ante una situación compleja). (Residente, Cuestionario N° 11, 2022)

Se agregaría así, al quehacer en equipo, cierta cuestión identitaria de la especialidad que como "servicio" puede resolver situaciones adversas trabajando en conjunto. La resolución de situaciones complejas y reales con otros/as se percibe, entonces, como de gran potencia para que se produzcan experiencias transformadoras, de aprendizaje.

Ahora bien, queda una arista de la frase recortada a interrogar. A partir de dicha afirmación, es posible preguntarse acerca del porqué de la elección de la metáfora del *scrum*. Si bien da cuenta de un equipo cohesionado, abre interrogantes en términos de la imagen que ofrecen de un/a otro/a en tanto oponente ¿A quién o a qué se enfrenta ese equipo? ¿Qué sería "ganar la pelota" en una situación compleja de salud? Y por otro lado, ¿Qué ocurre con las heterogeneidades o tensiones al interior de ese equipo dispuesto como para un *scrum*?

En la misma dirección, pero, con distinto sentido, una residente de otra especialidad y que se desempeña principalmente en el primer nivel de atención expresó:

Nuestra residencia en el CeSAC no tiene servicio, sino que son profesionales que ni siquiera conforman un equipo. Sí están algo organizados, pero no tienen estructura como un plantel con una organización para la formación. Tenemos un grupo de whatsapp pero no funciona como equipo. (Residente, Cuestionario N° 9, 2022)

En esta última expresión, el “servicio” pareciera ligarse a la idea de una unidad destinada a la formación; incluso como un requisito necesario para que ésta se desarrolle. ¿Por qué se vive la falta de un servicio como un problema *per se*? ¿Qué significaciones circulan en torno al concepto de *equipo* según el tipo de residencia y su adscripción o no a un servicio de su especialidad? Pareciera, desde este fragmento seleccionado, que el servicio como forma de organización institucional en salud cobra un lugar central en la construcción de la identidad profesional, aquella conformada por discursos, reglas, representaciones apropiadas por los sujetos. Desde los aportes de Andreozzi (1996), podríamos decir que el Servicio, aún hoy, sería un ámbito de socialización privilegiada - y valorada- para el desarrollo de modelos profesionales.

Ahora bien, los/as participantes refirieron otros espacios también vinculados con el trabajo en equipo y el encuentro con otros/as: “las reuniones de equipo”. Una de las residentes expresó:

Las reuniones de equipo de todo el CeSAC. Antes, en la pandemia, solíamos tenerlas y eran experiencias importantes porque nos conocíamos entre todos. Se rompía la “residencia isla”, se visibilizó lo que hace la residencia (...) conocimos caras y nombres, cómo trabajan los demás, saber qué podés pedirle y a quién. En ese espacio nos empezamos a conocer. (Residente, Cuestionario N° 7, 2022)

En consonancia con dicho recorte, Listovsky (2013) plantea que, en la residencia, el aprendizaje está centrado en el grupo y es así como el conocimiento no aparece como algo terminado sino más bien como una elaboración conjunta que parte de “situaciones-problema”, en donde: se elaboran hipótesis, se definen conceptos, se analizan los aspectos involucrados en una situación, se proponen alternativas, se identifican los medios, se evalúan resultados, etc. En la misma línea de valoración de los espacios de la práctica compartidos en equipo, de los cuestionarios administrados se desprende que todos/as valoraron como muy importantes o bastante importantes las conversaciones en el grupo de pares para el aprendizaje profesional. Es interesante pensar cómo los desafíos de la práctica cotidiana, siempre complejos, caóticos, pueden ser objeto de reflexión, modificar los límites de los aprendizajes a lograr, y pueden ser una oportunidad para revisar las formas de organización de los equipos.

En la misma línea, y a partir de los cuestionarios se visualiza que las discusiones interprofesionales y el trabajo interdisciplinario resultaron para todos/as muy importantes o bastante importantes (9 de 12 y 3 de 12 respectivamente) para el aprendizaje profesional.

Por último, cabe mencionar un punto de tensión recurrente que se vincula con las discordancias entre las incumbencias profesionales explicitadas en los programas y las demandas de trabajo a los servicios que, por la escasez de personal, serían cubiertas por la residencia para poder garantizar el acto en salud. Un jefe de residentes expresaba:

El hospital público que tiene gran caudal de pacientes, el hecho de que sea un hospital escuela implica también aprender a hacer todo, tal vez hacer de más, como cosas administrativas o hacer de camillero... En (espacios de formación) privados no tienen esas habilidades. (Jefe de Residente, Cuestionario N° 2, 2022)

Nos interroga cómo, en esta expresión, queda asociado el hecho de ser un hospital escuela con la realización de tareas no estrictamente profesionales. ¿Se deberá a que quienes realizan principalmente esas tareas son profesionales en formación? ¿Cómo se configuran, en cada equipo, los umbrales que delimitan los roles y funciones de sus miembros? Lo que va más allá de lo esperado para un cierto perfil profesional, ¿en qué medida enriquece y en qué medida limita los aprendizajes? ¿En qué condiciones esas experiencias se revisten de sentidos valiosos para el aprendizaje? Por último, cabe mencionar cierta percepción acerca de que este solapamiento de funciones no

ocurriría en el subsector de gestión privada. Sería interesante en próximos estudios incluir a residencias del subsector privado para indagar tal situación.

3.2 La confianza y la autonomía progresiva. Acerca de "dar pista"

"Mi primera operación solo un domingo... le avisé al médico y dijo "voy para allá", vino y se sentó en un banquito al lado. Estaba ahí, no hizo nada, pero estaba ahí."

Residente de especialidad quirúrgica, 2022

Otra cuestión especialmente destacada por quienes participaron de este estudio y en relación con la importancia para la formación profesional, fueron los vínculos de confianza. Para todos/as, la "confianza en el vínculo con el/la referente docente", resultó muy importante (10 de 12) o bastante importante (2 de 12). El siguiente fragmento permite pensar en la confianza como una relación que se construye y que se valora positivamente cuando está presente:

(respondiendo a un facilitador del aprendizaje) La libertad para la toma de decisiones, tener iniciativa siendo siempre supervisado. En el inicio preguntaba cada cosa al médico de planta o residente superior, hoy digo lo que voy a hacer, aviso. El tipo sabe que no voy a hacer una macana. Hay una relación de confianza. Entregar esa independencia progresiva hacia la toma de decisiones es muy importante. Desde que soy chiquito a grande. Si hay algo que la R3 no sabe, sé que me va a avisar, tengo la tranquilidad de que está haciendo algo que puede sola. (Residente, Cuestionario N° 1, 2022)

Según Cornu (1999), la confianza es una hipótesis sobre la conducta futura del otro que implica una apuesta, la posibilidad de no inquietarse con el no-control del otro y del tiempo. Basándonos en el recorte presentado, podemos decir que el vínculo construido con residentes de años anteriores y con referentes docentes se sostiene en una relación educativa que funciona circularmente. El actuar de las/los residentes pareciera interdependiente de lo que imaginan que esos otros significativos piensan sobre su desempeño. En este punto, la confianza no se da ni recibe unidireccionalmente, sino que se produce en esos vínculos, condicionando las formas de abordar situaciones críticas, el reconocimiento de los propios límites y la posibilidad de pedir ayuda.

(hablando de un facilitador de los aprendizajes) ...que el médico que está con vos te dé la confianza... no es lo mismo mirar que hacer. Es importante que te den lugar, que estén ahí, mi primera operación solo un domingo le avisé al médico y dijo "voy para allá", vino y se sentó en un banquito al lado, estaba ahí, no hizo nada, pero estaba ahí... (Jefe de Residente, Cuestionario N° 2, 2022)

Este relato refiere a la diferencia entre el *mirar* y el *hacer para* el aprender. De allí, la importancia de quien es más experto ubicándose como soporte o retaguardia de un proceso y que "dé lugar". Es decir que, en un primer momento el/la residente realizará una práctica de forma autónoma bajo la mirada del/de la supervisor/a. Luego, estará a cargo directamente sin ese apoyo externo. Es interesante pensar los sentidos posibles que, según el contexto y tipo de prácticas formativas, adquiere ese apoyo. Pensarlo como acompañamiento haría eje en la confianza y en la apuesta que un "experto" sostiene sobre lo que un sujeto podrá resolver en las situaciones que se le presenten. Tal vez pensarlo como supervisión, haría eje en una mirada evaluadora para el logro de una destreza precisa.

Aún nombrando los posibles matices a la hora de entender el apoyo docente, los/as residentes lo destacan entre las cuestiones más importantes para sus aprendizajes profesionales. Ante la pregunta por los facilitadores, un participante planteó la importancia del ser activo en el marco de prácticas supervisadas. Aquello que un participante llamó "independencia progresiva" refiere a una característica central de la formación en servicio. Para

casi todos las/os participantes (11 de 12) fue muy importante o bastante importante ir participando en actividades con grados de mayor autonomía.

(...) pero tiene que ser paulatino, al principio necesitás a alguien que te explique cómo es la cuestión. En los últimos años incluso vos podés ir modificando cuestiones que considerás. La pista de vuelo es para todos, pero al (residente) de primero no le podés dar toda la pista. (Residente, Cuestionario N° 11, 2022)

3.3 Errores, dilemas y dudas en las experiencias de aprendizaje situado y acompañado

Sobre el total de participantes, dos de tres valoraron como muy importantes para la formación, a las situaciones donde se pudo cometer algún error y aprender de él, y el tercio restante las valoraron como bastante importantes.

Dice una residente acerca de una experiencia valiosa para su formación:

Donde más te queda es donde cometes algún error. Haciendo corrés el riesgo de equivocarte, pero también aprendés más que en cualquier otra circunstancia (...) tener un supervisor que te acompañe es importante... que alguien te explique por qué sí y por qué no, qué podríamos haber hecho mejor. Reevaluar las cosas, sacar algo positivo, tener ese tiempo de calidad con alguien (...) (Residente, Cuestionario N° 12, 2022)

En este recorte observamos que el error aparece como necesario en el proceso de aprendizaje, como una oportunidad, un incidente crítico o punto de inflexión que motoriza la revisión de los marcos que orientan la acción. Se asume el error como instancia que, cognitiva y subjetivamente, suscita conflictos, reelaboraciones más complejas, nuevos posicionamientos frente a la práctica.

En segundo lugar, permite pensar de qué manera el tiempo de trabajo reúne el hacer y el pensar: el conocimiento en la acción, la reflexión en la acción y la reflexión sobre la acción (Schön, 1992). De acuerdo con Meirieu, implica aceptar que "(...) la transmisión de saberes y conocimientos no se realiza nunca de modo mecánico. Supone una reconstrucción, por parte del sujeto, de saberes y conocimientos que ha de inscribir en su proyecto y de los que ha de percibir en qué contribuyen a su desarrollo" (Meirieu, 1998; 77).

En esta línea, merece resaltarse la gran importancia que asignaron las/os residentes a las situaciones que les generaron dudas diagnósticas, las situaciones dilemáticas o con resultados inesperados o inquietantes. Para todos/as, dichas situaciones fueron consideradas muy importantes o bastante importantes. Ante tales situaciones y en circunstancias que habilitaron la reflexión, podemos pensar que se desencadenaron procesos de pensamiento y que aquello que sorprende o inquieta hace parte para que los mismos devengan situaciones de alto valor para "apalancar" aprendizajes (Davini, 2008).

Por fuera de perspectivas más ligadas al entrenamiento o la repetición de destrezas, este tipo de aprendizajes profesionales ligados a lo no protocolizable o estandarizable resultó especialmente valorado.

Ritmos e intereses situados

Otra cuestión que los/as residentes destacaron fueron los espacios de formación que parten de sus inquietudes, interrogantes, intereses y prácticas, tal y como se concibe desde la perspectiva de la Educación Permanente en Salud, en contraposición con la de la capacitación (Davini, 2008). Mientras los espacios de capacitación son pensados por fuera de la práctica, desde inquietudes no situadas, externas al lugar de trabajo, las propuestas desde la Educación Permanente en Salud parten de los problemas situados, de aquello que hace obstáculo en la práctica

real, que los equipos pueden percibir como necesario de repensar o como vacancia formativa para su desempeño cotidiano.

De esta manera, cada situación de la cotidianidad posee potencialidad educativa, siempre y cuando suponga un análisis reflexivo de los problemas de la práctica y una valorización del propio proceso de trabajo en el contexto en que ocurre.

Por último, otra cuestión que destacaron en su mayoría, fue que los tiempos de la programación estuvieran centrados en los ritmos de aprendizaje de las/os residentes. Para casi todas las personas, contemplar estos ritmos resultó muy importante.

En el contexto de las residencias, suele observarse una tensión que se genera en la homologación entre los ritmos -diversos- de aprendizaje y los tiempos -fijos- de trabajo, ligados a la productividad de los servicios de salud. Podemos pensar que cuando ello ocurre, más que “apalancar” aprendizajes, ciertas exigencias centradas en los servicios podrían “tironearlo” y hasta aplastarlo. Tal vez, inmiscuido en esa lógica que tironea, es que un residente mencionó:

El tiempo y el ritmo de una residencia o de un servicio no puede ser personalizado, la capacidad de un residente... y (sus) ganas de aprender y el servicio van por el mismo vagón. (Residente, Cuestionario N° 11, 2022).

A diferencia de dicho posicionamiento que pensamos traccionado por las urgencias de los servicios, la palabra de un jefe de residentes construye un otro tiempo -por fuera de la práctica- que permite conciliar trabajo y aprendizaje sin que ninguno de ellos se suprima. Esto conllevaría una desestandarización de esos tiempos y procesos de aprendizaje, recuperando los bagajes y trayectorias previas de cada quien.

(hablando de otras cuestiones importantes para el aprendizaje profesional) ... el poder ir viendo las necesidades de cada persona (residente) y poder acompañarla, estar disponible, hacer revisiones bibliográficas si nos quedamos con algo después, poder tener devoluciones de las prácticas "esto estuvo bueno, esto se puede mejorar" (Jefe de Residentes, Cuestionario N° 7, 2022)

Primeras conclusiones, limitaciones del estudio, próximos pasos

El análisis realizado recuperó dimensiones centrales para comprender, desde las voces de residentes, las experiencias significativas de aprendizaje en el marco de tres especialidades médicas del sistema de residencias.

Entendemos el vínculo educativo en las residencias en tanto relación entre sujetos que enseñan y aprenden en contextos de trabajo en salud, y que se saben partícipes de una construcción de saber común y superadora para ambos. Dicha relación supone asimetrías y simetrías, certezas y también posibilidades de que aparezca lo inesperado. Desde nuestra perspectiva, formar es una decisión política orientada a que las personas sean actores de los procesos que les conciernen.

Entre los principales resultados podemos mencionar que las experiencias referidas como valiosas para la formación profesional, desde la perspectiva de residentes médicos/as de últimos años de un área programática del sur de la ciudad de Buenos Aires, se vinculan en gran medida a los contenidos transversales a todas/os las/os trabajadoras/as del sistema de salud. Entre éstos, los más destacados fueron: la comunicación en el marco de los procesos de salud y la dimensión ética y de cuidados. Esta última refiere a un posicionamiento advertido sobre la posible asimetría en la relación profesional-paciente y/o familia que suele invisibilizar los derechos de los/as pacientes a decidir sobre el proceso salud-enfermedad- atención-cuidado; y un modo de hacer, estar y escuchar no avasallante.

Asimismo, destacaron como importantes diversas cuestiones como: el trabajo en equipo (en servicio, en reunión de equipo de CeSAC, con pares, con otras disciplinas), la construcción de vínculos de confianza entre formadores/as y residentes, el respeto por los ritmos e intereses surgidos del quehacer situado de la residencia, las situaciones dilemáticas o bien que les generaron dudas e, incluso, aquellas donde pudieron cometer errores. La significatividad de estas experiencias dependerá, entonces, de la posibilidad de analizarlas y aprender de ellas en espacios de supervisión capacitante durante o a posteriori de la práctica.

Del recorrido realizado, provisorio y factible de ser profundizado, podemos identificar como aspectos a recuperar en un futuro análisis: la valoración sobre los ámbitos de desempeño donde más procesos de aprendizaje se produjeron; así como, el trabajo en grupos de discusión donde ahondar acerca de los sentidos que los/as protagonistas dan a estos resultados.

Contrastando con perspectivas excesivamente fragmentadoras, instrumentales y operacionalizadoras de los aprendizajes, estos resultados dan cuenta del valor de aprender en contextos reales: ocurren en el marco de procesos sociales, requieren de sujetos activos y reflexivos que registran y hacen lugar a las dudas, dilemas y errores, que trabajan en equipo y reconocen la complejidad del objeto (interdisciplinariedad), con referentes más expertos/os, en vínculos de confianza que habilitan, dan espacio y sostienen, para luego ir progresivamente retirándose.

Referencias bibliográficas

Acosta, C., Battistoni, C. Bolonese, Castillo, P., Fazzini, J., Fogiel, F. y Pierri, C. (2017). *Guía para la elaboración de los programas docentes*. [Archivo PDF] <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2017/02/02/7f584753c397149467180037dc1d4671a789e5a5.pdf>

Aizencang, N. (2001). Los procesos de aprendizaje en contextos escolares: particularidades, problemas y desafíos. En N. Elichiry (Comp.) *¿Dónde y cómo se aprende?* (pp.11- 22). Eudeba.

Andreozzi, M. (1996). El impacto formativo de la práctica: avances de investigación sobre el papel de las prácticas de formación en el proceso de socialización profesional. *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación*, 5(9), 20-22. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/6299?show=full>

Balcázar Rincón, L. E., Ramírez Alcántara, Y. L. y Ramos Ortega, G. (2019). Estilos de enseñanza y aprendizaje en profesores de residencia médica. ¿Enseñamos cómo aprendimos? *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 6(2), 32-38. <http://revista.medicina.uady.mx>

Canales Cerón, M. (2006). El grupo de discusión y el grupo focal. En M. Canales Cerón (Ed.), *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*. (pp. 265-287). LOM ediciones. <https://imaginariosyrepresentaciones.files.wordpress.com/2015/08/canales-eron-manuel-metodologias-de-la-investigacion-social.pdf>

Cornu, L. (1999) La confianza en las relaciones pedagógicas. En G. Frigerio (Comp.), *Construyendo un saber sobre el interior de la escuela*. (pp. 19-26). Novedades Educativas. http://www.amsaferosario.org.ar/uploadsarchivos/cornu_la_confianza_en_las_relaciones_pedaggicas.pdf

Davini, M. C. (2008) *Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos en salud*. [Archivo PDF] https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/Davini_Educacion_permanente_rhus.pdf

De Sousa Bezerra, M. C. y Engler Curyb, V. (2020). A experiência de psicólogos em um programa de residência multiprofissional em saúde. *Psicologia USP*, 31, 1-9. <https://www.scielo.br/j/pusp/a/WWtnvrPY9QPs6CJM8jKgZb/?lang=pt&format=pdf>

Duré, I. (2015). Residencias médicas en Argentina 2015. *Revista Argentina de Medicina*, 3(5), 2-4. <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/33/26>

Filidoro, N. (2009). *Psicopedagogía: conceptos y problemas. La especificidad de la intervención clínica*. Biblos.

Flanagan J. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51, 327-358.

Gaona-Flores, V.A., Campos-Navarro, L.A., Arenas-Osuna J. y Alcalá-Martínez, E. (2017). Estrategias educativas y de evaluación en la formación de médicos especialistas. *Gaceta Médica de México*, 153(4), 505-511.

Guzmán Gómez, C. y Ramos, C. (2015). Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios. Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 20(67), 1019-1054. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14042022002>

Hamui Sutton, A.; Flores Hernández, F.; Gutiérrez Barreto, S.; Castro Ramírez, S.; Lavalle Montalvo, C. y Vilar Puig, P. (2014). Correlaciones entre las dimensiones de los ambientes clínicos de aprendizaje desde la percepción de los médicos residentes. *Gaceta Médica de México*, 150(2),144-153. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49338>

Larrosa, J. (10 de abril 2022). *Experiencia y pasión*. Espacio devenir. <http://espaciodevenir.com/referencias/experiencia-y-pasion-jorge-larrosa/>

Listovsky, G (2013). *La residencia como grupo de aprendizaje. El rol del docente-tutor como coordinador de grupo. Texto elaborado para el curso de Formación Docente - Tutorial para el sistema de residencias. Estrategias y Herramientas pedagógicas*. DNCHySO-MSAL. CVSP-OPS.

Merhy, F. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.

Meirieu, P. (2003). *Frankenstein Educador*. Alertes.

Morais, J. L., Antunes de Castro, E. S. y Miranda de Souza, A. (2012). A inserção do psicólogo na residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência em oncologia. *Psicologia em Revista*, 18(3), 389-401. <https://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9563.2012v18n3p389>

Murillo Bautista, C. E. (1998). *Aprendizaje en la residencia de Cirugía*. [Tesis de Especialidad, Instituto mexicano del seguro social]. <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/30639>

Naigeboren Guzmán, M., Caram, G., Bordier, M. S., Gil De Asar, M. y Ledesma, I. M. (2011). Aprendizajes significativos, competencias profesionales y docentes como modelos de roles en alumnos de psicología y ciencias de la educación de la U.N.T. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Nakache, D. (2004). El aprendizaje en las perspectivas contextualistas. En N. Elichiry (Comp.) *Aprendizajes escolares*. Desarrollos en psicología educacional (pp. 173-194). Editorial Manantial.

Saura Llamas, J., Medina Abellán, M. D., Guirao Salinas, F. A., Martínez Garre, M., Abenza Campuzano, J. y Sebastián Delgado, M. E. (2020). Calidad y análisis formativo de los incidentes críticos de los residentes de medicina familiar de una Unidad Docente de Murcia, España. *Archivos en Medicina Familiar*, 22(2), 43-52. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2020/amf202b.pdf>

Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Paidós.

Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Morata.

Ten Cate, O. (2017). Guía sobre las actividades profesionales confiables. *Fundación Educación Médica*, 20(3), 95-102. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322017000300002&lng=es.

Vigotsky, L. S. (2000). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Crítica.

Zion, M. V. (2001) Desarrollo y prácticas educativas: del dispositivo escolar a los instrumentos mediacionales. En N. Elichiry (Comp.) *¿Dónde y cómo se aprende?* (pp. 41-48). Eudeba.

Fecha de recepción: 15/8/2023

Fecha de aceptación: 11/11/2023