



**Universidad del
Rosario**



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Interacciones entre pares en rotaciones periféricas: un estudio cualitativo sobre el aprendizaje en educación médica de posgrado

Autor

Natallie Jurado Sanabria

Director

Francisco Manuel Olmos Vega

Título por el que opta

Magíster en educación para profesionales de la salud

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

Maestría en educación para profesionales de la salud

Universidad del Rosario – Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá - Colombia

2025

Índice

I. Título

II. Investigadores

III. Planteamiento del problema

IV. Pregunta de Investigación

V. Marco teórico

VI. Marco conceptual

VII. Metodología

Diseño Metodológico

Contexto y Estrategia de Muestreo

Recolección y Análisis de datos

Reflexividad

Consideraciones Éticas

VIII. Resultados

IX. Discusión y Limitaciones

X. Bibliografía

I. Título

Interacciones entre pares en rotaciones periféricas: un estudio cualitativo sobre el aprendizaje en educación médica de posgrado

II. Investigadores

Natallie Jurado Sanabria

Especialista en Medicina Interna y Oncología Clínica Instituto de Cancerología Clínica Las Américas AUNA Medellín

Aspirante a Maestría en Educación para Profesionales de la Salud, Universidad del Rosario/Pontificia Universidad Javeriana

Francisco Olmos Vega

Coinvestigador – Director Tesis de Grado en Maestría para Profesionales de la Salud Universidad del Rosario / Pontificia Universidad Javeriana

Especialista en Anestesiología, PHD Educación Médica

Profesor Asistente Pontificia Universidad Javeriana

III. Planteamiento del Problema

El aprendizaje en el lugar de trabajo es retador en la medida que es un proceso complejo y dinámico que depende de muchos factores, uno de ellos la interacción entre estudiantes (Schrewe et al., 2018) que pueden ser de diferentes especialidades o tener diferentes niveles de formación (pregrado, internado, primera especialidad “residentes” y segunda especialidad “fellows”). No está documentado cómo influye en el aprendizaje individual, las interacciones personales de un grupo de estudiantes que cursan una misma rotación clínica, especialmente para los estudiantes cuando participan en rotaciones clínicas fuera de su especialidad. Al lograr comprender cómo influyen estas interacciones entre un grupo variable de estudiantes, se pueden generar a futuro acciones para potencializar el aprendizaje en el lugar de trabajo e intentar que este esté alineado con objetivos, e incluso aprovechar esta misma variabilidad para su formación.

IV. Marco Conceptual

En educación médica el aprendizaje en el lugar de trabajo es esencial tanto en la formación clínica como en atención en salud, ya que no sólo es el lugar donde el profesional de posgrado pasa la mayor parte del día, sino además permite la adquisición y aplicación del conocimiento en escenarios reales, facilita el desarrollo de habilidades clínicas con responsabilidad compartida y favorece la construcción de identidad profesional (J. Tai et al., 2016, Morris, 2019). Sin embargo, aprender en el lugar de trabajo es un proceso complejo y dinámico que depende del contexto, el ambiente, la cultura, el clima de aprendizaje, y las interacciones personales (Morris, 2019, Schrewe et al., 2018, Domínguez Torres et al., 2024). Con frecuencia se describe el aprendizaje en el lugar de trabajo (hospital/centro de práctica) como un aprendizaje informal, definido por Resnick en (Swanwick, 2005) aquel que es característicamente colaborativo, incidental y reactivo e implica adquisición de conocimiento y

habilidades específicas del contexto (Domínguez Torres et al., 2024). En este escenario el estudiante debe aprender la comunicación y comportamientos o actitudes propios de su profesión, lo cual depende no sólo de conocimientos formales sino de la interacción social que a su vez es dinámica e impredecible (Looman et al., 2022; Swanwick, 2005).

En el sector salud, el lugar de trabajo evoluciona de manera constante debido a los requerimientos de los pacientes. Esto demanda un sistema de atención especializada y el trabajo interdisciplinario y transversal, donde el estudiante se convierte en un agente activo dentro de su formación. El aprendizaje, en este entorno, es un esfuerzo social que implica la negociación de diferentes formas de participación de los actores involucrados, como supervisores, pares, personal de salud y administrativo, todo dentro de las llamadas comunidades de práctica (Lave y Wenger 1991). En este contexto, el estudiante debe adaptarse a los diferentes roles y responsabilidades que emergen de estas interacciones y de la dinámica del equipo de salud, donde la colaboración es esencial para la adquisición de competencias clínicas.

El Aprendizaje Asistido por Pares (PAL, por sus siglas en inglés), juega un rol importante en este entorno. Se define como un proceso en el cual grupos de estudiantes con niveles de conocimiento similares se ayudan mutuamente para construir y desarrollar competencias (Burgess et al., 2020). Esta interacción entre pares es facilitada por la comunicación efectiva, y el apoyo mutuo en entornos de confianza y motivadores (Chou et al., 2014; Eddy et al., 2016, van Schie et al., 2024). Sin embargo, la participación depende de la disposición individual de los estudiantes, así como de las oportunidades y calidad de las invitaciones a participar en cada escenario (Burgess et al., 2020). A veces, estas interacciones pueden verse afectadas por competencias no saludables o tensiones, pero en otros casos generan espacios de mayor comodidad y compromiso, donde los estudiantes profundizan en sus conocimientos y herramientas de aprendizaje (J. Tai et al., 2016, Mordang et al., 2020).

El PAL tiene una importante relevancia en la formación médica y ha demostrado ser una herramienta dinámica que facilita la construcción social del aprendizaje (Burgess et al., 2020). El aprendizaje asistido por pares permite habilidades para reflexionar, disminuir ansiedad, dar y recibir retroalimentación inmediata, y posibilita la aplicación de nuevas habilidades y conocimiento (como compartir información para prepararse para un rol o responsabilidad determinado) (J. Tai et al., 2016); permite priorizar información, así como reconocer vacíos y favorecer el desarrollo de una cultura intraprofesionalismo en personas con diferentes valores y grados de conocimiento (Knopes et al., 2024). Sin embargo, la información sobre PAL es escasa en formación de posgrado, y aunque existe mucha información respecto al rol de las interacciones sociales en el proceso de aprendizaje en el lugar de trabajo, aún falta por entender los factores socioculturales y contextuales que impactan en el aprendizaje, en especial sobre las interacciones no estructuradas y no planificadas entre pares de diferente formación o disciplinas (Held et al., 2019), cómo influyen las percepciones de roles, cómo se desarrollan límites y jerarquías, y su influencia en el aprendizaje individual (van Schie et al., 2024, Teheux et al., 2023, 2024).

En este ambiente diverso y heterogéneo de aprendizaje en el que el estudiante de posgrado principiante se vuelve un experto en un dominio, o puede participar de manera periférica en la comunidad, las dinámicas entre estudiantes pueden influir significativamente en la forma en que se adaptan a entornos clínicos especialmente en rotaciones fuera de su especialidad, donde la colaboración y el apoyo mutuo son esenciales (Wong et al., 2022). Por esta razón el propósito de esta investigación es comprender cómo influyen las interacciones personales entre pares en la experiencia de aprendizaje de los estudiantes de posgrado durante rotaciones clínicas ajenas a su propia especialidad. Y con esto poder optimizar el lugar de trabajo como entorno de aprendizaje.

V. Pregunta de Investigación

¿Cómo percibe un estudiante de posgrado pasante en una rotación clínica fuera de su especialidad las interacciones personales con pares y de qué manera influye esta variabilidad en su aprendizaje individual?

VI. Marco Teórico

Existen teorías en educación que analizan cómo las interacciones entre pares favorecen el éxito en el aprendizaje, sin embargo no logran captar la complejidad del aprendizaje en el lugar de trabajo (Morris, 2019). Las teorías socioculturales sustentan la metáfora del aprendizaje como un proceso de participación con conceptos clave como “aprendizaje situado” y “comunidades de práctica”, en los que el aprendizaje se produce a través de la participación en un contexto social (Kahlke et al., 2019). Lave y Wenger en (Balmer et al., 2008) consideran que las relaciones sociales dinámicas en el contexto social pueden ser divididas en una participación periférica, legítima y comunidad de práctica. Akkerman & Bakker, 2011 también consideran que durante el aprendizaje en el lugar de trabajo puede haber un participante experto en el dominio o especialidad, y un estudiante que participe de manera periférica, y esta interacción implica límites o fronteras dentro de esa comunidad de aprendizaje.

Suchman 1994 define una frontera como una diferencia sociocultural entre individuos o grupos de personas que generan interrupciones (o discontinuidad) en una acción o interacción entre ellos (Akkerman & Bakker, 2011), por ejemplo dos estudiantes con diferentes valores pedagógicos en una rotación de urgencias (un residente de medicina interna o de emergencias y un residente de geriatría que se quiere dedicar a la investigación, pueden percibir con diferente utilidad para su práctica profesional esta rotación). Akkerman y Bakker a su vez consideran que estas fronteras pueden ser físicas o conceptuales, pueden separar diferentes contextos de aprendizaje (trabajo o universidad), o diferentes disciplinas; por lo tanto, esta

interacción entre estudiantes de diversas culturas puede enriquecer o entorpecer el proceso educativo.

Cruzar estas fronteras es fundamental para el aprendizaje significativo, situado, y las herramientas o signos utilizados para realizar esta transición, corresponden a los objetos de fronteras definidos por Star y Griesemer 1989, los cuales son elementos utilizados a manera de traducción o puente que también generan potencial para el aprendizaje (Akkerman & Bakker, 2011). En una rotación clínica de especialidad no propia, un estudiante se encuentra en un ambiente no familiarizado o de nuevo conocimiento y práctica, inmerso en estructuras de poder y jerarquías ocupacionales, por lo que puede cruzar fronteras, negociar de manera bilateral y lograr integrar experiencias y transformar conocimiento o encontrar obstáculos para la adaptación a este escenario y superar o no estas fronteras (Walker & Nocon, 2007).

La teoría de cruce de fronteras y objetos de fronteras que definen (Akkerman & Bakker, 2011), identifica cuatro mecanismos de aprendizaje, que son Identificación, Coordinación, Reflexión y Transformación. La *Identificación* está en relación con las similitudes que un estudiante encuentra con su entorno y con sus pares, por ejemplo, el estudiante de medicina interna que en su rotación de cuidado crítico cuestiona su campo profesional futuro, reconoce su identidad profesional, redefine límites, reconoce roles y legitima su responsabilidad en el trabajo y con el grupo. La *Coordinación*, en la que el estudiante coopera de manera eficiente el trabajo mediante diálogo y traduce o flexibiliza (permea) las fronteras y desarrolla rutinas enfocado en el cumplimiento de una tarea, lo cual puede corresponder a ese estudiante periférico que llega a una rotación clínica ajena a su especialidad y que puede encontrar o no motivación por esta rotación transitoria. En la *Reflexión* como mecanismo de aprendizaje, el estudiante posee el potencial de cruzar fronteras para comprender y explicar diferencias entre prácticas y aprender algo nuevo, así como formular distintas perspectivas (Boland y Tenkasi 1995), en este escenario dos estudiantes intercambian experiencias de su rotación por ejemplo

en el abordaje de un caso difícil, integrando no sólo conocimientos previos, sino comparando experiencias propias con las de su par, reforzando y construyendo aprendizajes. Y finalmente la *Transformación*, que implica la confrontación de carencias o problemas con la posterior creación de nuevas prácticas, como en un staff multidisciplinario donde se reenfoca la atención de pacientes.

En el lugar de trabajo la teoría del cruce y objeto de fronteras de Akkerman y Bakker explicar de manera amplia cómo las interacciones sociales pueden fomentar el aprendizaje individual, y cómo las diversas dinámicas que se pueden desarrollar en estas interacciones pueden ser aprovechadas en distintos contextos y disciplinas para enriquecer la experiencia educativa. Al comprender estas interacciones, se pueden encontrar herramientas para facilitar la adquisición de competencias y maximizar la capacidad de metacognición en la práctica clínica.

VII. Metodología

Diseño Metodológico

En este estudio adoptamos un enfoque de Teoría Fundamentada Constructivista (Charmaz, 2014), permitiendo elaborar un constructo teórico basado en los conceptos de la teoría del cruce de fronteras, en las experiencias y percepciones de los participantes sumado a elementos empíricos y reflexiones de los investigadores. Siguiendo los principios claves de este enfoque, se implementó un muestreo teórico, con recolección y análisis iterativo de datos, comparación constante y una interacción reflexiva con los datos por parte de los investigadores (Watling, 2012). La elección de este diseño se basó en su capacidad para explorar un proceso social complejo y heterogéneo que no ha sido suficientemente estudiado, construyendo resultados fundamentados en las experiencias tanto de los participantes, como de los investigadores, quienes tienen un papel activo en la creación de conocimiento durante el

proceso analítico (Eppich et al., 2019; Watling & Lingard, 2012), permitiendo así una comprensión profunda y contextualizada del fenómeno estudiado.

Contexto y Estrategia de Muestreo

La investigación se desarrolló en la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ) – Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) en Bogotá, Colombia entre febrero 2025 – mayo 2025. La PUJ es una institución de educación superior, de carácter privado que oferta 50 programas de posgrado en la Facultad de Medicina, siendo el HUSI el principal sitio de práctica (*Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana s.f.*). Durante el programa de posgrado los residentes realizan rotaciones en bloques de 1 a 3 meses en su propia disciplina (rotaciones centrales) o en disciplinas diferentes a su especialidad (rotaciones periféricas), interactuando durante 1 a 12 semanas con estudiantes de su misma especialidad, residentes, fellows y subespecialistas de la disciplina correspondiente a la rotación periférica en curso, con residentes otras disciplinas en diferentes años de formación y estudiantes de pregrado e internos.

Se planeó reclutar 8 a 15 estudiantes de posgrado especialidades médicas o quirúrgicas, que se encontraran cursando una rotación clínica diferente a su propia especialidad, y que manifestaran su deseo de participar de manera voluntaria en esta investigación; se excluyó la información sobre rotaciones en su propia especialidad, y estudiantes de pregrado o internado. Finalmente se incluyeron 8 estudiantes que aceptaron la invitación de 16 estudiantes de especialidades médicas contactados vía WhatsApp, utilizando muestreo en dos fases: propositivo no probabilístico guiado por consideración teórica inicial teniendo en cuenta contactos telefónicos proporcionados por profesores, jefes de residentes o compañeros de residencia del hospital y muestreo teórico, con modificación de la muestra y las preguntas de la entrevista según análisis emergente y la mayor comprensión teórica (Eppich et al., 2019)

Recolección y Análisis de Datos.

Para la recopilación de datos se realizaron en total 8 entrevistas semiestructuradas que permitieron identificar a profundidad hallazgos utilizando un guion con preguntas semiestructuradas y abiertas, construidas a partir de los conceptos sensibilizadores del marco teórico. Se siguió una estrategia de muestreo intencional a residentes de diferentes especialidades clínicas, géneros y niveles de formación (Tabla 1), con la intención de capturar múltiples experiencias de interacciones durante una rotación periférica, aumentando la transferibilidad de los resultados. Cada entrevista tuvo una duración promedio de 60 minutos (47 – 77 min). La información se recopiló mediante grabación de video y voz en plataforma ZOOM®, y notas tomadas por el entrevistador NJ para resaltar diferencias en número de rotaciones periféricas, número de participantes, características de la rotación y las relaciones con pares, datos para profundizar o ampliar información. La entrevista en videollamada por esta plataforma permitió que tanto entrevistador como participante estuvieran en un espacio cómodo, y neutral fuera del lugar de trabajo, sin interrupciones y con diálogo ameno y fluido entre los participantes, se solicitó una descripción de sus rotaciones periféricas y se profundizó en las relaciones e interacciones con pares desarrolladas durante cada rotación mencionada. Se realizó transcripción de datos de voz utilizando el video en plataforma stream de Outlook y se revisaron y corrigieron errores de transcripción por el investigador NJ.

Tabla 1. Características de participantes

Características	# participantes
Edad (años)	
23-27	3
28-32	3
33-37	2

Identidad Género	
Hombre	2
Mujer	6
Año de formación Posgrado	
I	1
II	2
III	5
Programa posgrado	
Anestesiología	2
Dolor y Cuidado Paliativo	1
Geriatría	2
Medicina Emergencias	2
Medicina familiar	1

Durante el proceso se realizó análisis iterativo de datos, codificación y agrupación de datos utilizando plataforma Quirkos®, y notas manuales con memos de colores en datos correspondientes a conceptos sensibilizadores de identificación, coordinación, reflexión y transformación en las primeras cuatro entrevistas, a partir de lo cual se definió el muestreo intencional de las 4 entrevistas adicionales, y los datos a profundizar en el guion de estas entrevistas semiestructuradas restantes (Anexo 1). Se empleó una estrategia de muestreo teórica para seleccionar a los participantes en esta segunda fase, considerando que pertenecían a especialidades ya incluidas y de esta manera facilitar saturación datos, y fiabilidad al tener diversidad de perspectivas (Varpio, 2017). Adicionalmente se utilizaron los comentarios y perspectivas de los participantes en la interpretación de datos para tener una mayor comprensión evolutiva de los mismos.

Realizamos análisis de datos mediante triangulación de datos y conceptos entre investigadores, se realizó codificación inicial de hallazgos por el investigador NJ y posterior discusión de codificación según categorías preliminares por los dos investigadores utilizando conceptos sensibilizadores de la teoría de cruce de fronteras. El investigador FO aportó experiencia teórica y metodológica en la interpretación de datos desde la perspectiva constructivista y de cruce de fronteras. Finalmente, los autores realizaron codificación axial para desarrollar categorías principales de manera colaborativa y consensuada (Teunissen, 2015), momento en el que se consideró suficiencia teórica, y se compararon perspectivas de los investigadores frente a los hallazgos por categoría.

Reflexividad

Durante el desarrollo del estudio, se implementó un proceso individual de reflexividad permanente, desde la concepción de la idea de investigación hasta la escritura del manuscrito (Olmos-Vega, 2023). Los investigadores, médicos especialistas formados en el sitio del trabajo de investigación, reconocimos la subjetividad e influencias de nuestras experiencias previas en la interacción con pares durante la formación de posgrado. Esto se pudo reflejar en el diseño del guion de la entrevista semiestructurada, en las preguntas abiertas durante la entrevista y en el análisis de datos para lo cual se llevaron memos reflexivos para anotar pensamientos, emociones y se realizaron reuniones semanales para compartir los mismos y decisiones durante todo el proceso de investigación.

La reflexividad es fundamental en investigación cualitativa, ya que permite a los investigadores ser conscientes de sus propias experiencias y prácticas sociales, y minimizar su impacto en el conocimiento construido (Olmos-vega et al., 2023). En este estudio no se presentaron relaciones de autoridad o jerarquía entre los participantes; durante la entrevista virtual se generó un ambiente neutral, fuera de la institución educativa, escenario de libre

expresión, y se resaltó la posibilidad de consultar las transcripciones personales durante el estudio.

Consideraciones Éticas.

Los aspectos éticos de esta investigación están amparados en la Resolución 8430 de 1993, Pautas Éticas Internacionales para la investigación biomédica en seres humanos (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas) en colaboración con Organización Mundial de la Salud y en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2008). Según estas directrices esta investigación se clasifica en categoría de investigación de bajo riesgo dado que se manejará información sensible para los actores comprometidos (residentes, institución), así que se declaran las recomendaciones para garantizar confidencialidad durante todo el proceso del estudio mediante firma de consentimiento informado libre, que firmó cada participante, con claridad en la metodología investigación y posibilidad de disenso. Adicionalmente este trabajo de investigación se sometió al comité de ética institucional y se siguieron sus recomendaciones.

VIII. Resultados

Ingresar a una rotación fuera de la propia especialidad representa un desafío significativo, ya que implica adaptarse a un nuevo entorno con ritmos y dinámicas diferentes. Los residentes deben cumplir con obligaciones asistenciales y académicas en un contexto que puede ser más exigente o relajado que su especialidad de origen. Este proceso de adaptación requiere comprender la dinámica del servicio receptor y asumir el rol específico que se espera de ellos como residentes visitantes. Al hacerlo, pueden establecer nuevas rutinas y estar preparados o no para enfrentar los desafíos de la rotación.

A medida que los residentes pasan por cada rotación, identifican diferencias significativas entre sí. Estas diferencias pueden estar relacionadas con factores como la edad,

la ciudad de origen, la experiencia laboral previa, la universidad de pregrado y el nivel de formación, así como aspectos culturales y socioeconómicos. La rotación periférica implica no solo cruzar fronteras institucionales, sino también simbólicas, tanto para el residente visitante como para el residente anfitrión, y la interacción entre pares se puede caracterizar en la medida que incide en sus procesos de identificación o comprensión de similitudes, diferencias, y coexistencia de especialidades en la atención del paciente y la coordinación requerida para mantener el flujo de trabajo en donde el paciente es un objeto de frontera unificador. Lo anterior requiere tener claridad con antelación de los objetivos y ambiente de la rotación, una adecuada comunicación y procesos de rutinización y negociación de actividades y diferencias en la nueva rotación, y reflexión de nuevos aprendizajes a partir del “perspective taking” o la capacidad de adoptar la perspectiva del par, implicando empatía y comprensión de las necesidades y desafíos de los demás, así como de lograr nuevos aprendizajes a partir de la comprensión profunda de su propia práctica y experiencia o “perspective making”.

Tipos de Interacciones en una Rotación Periférica

Respecto a la sensación de bienestar y crecimiento del residente las interacciones en la rotación periférica pueden ser clasificadas en positivas y negativas. Las interacciones positivas se caracterizan por un intercambio de información y aprendizaje en un ambiente de confianza y respeto, donde se valoran las contribuciones y se forjan relaciones de afinidad. En este tipo de interacciones, los residentes pueden identificar aspectos positivos de las actitudes y habilidades de su propia especialidad y de las demás especialidades, lo que influye positivamente en el flujo de trabajo y en el estado de ánimo.

Interacciones Positivas

Implica una interacción con buena comunicación entre las partes, con objetivos claros y actitudes de empatía y apoyo, intercambio de información y aprendizajes, colaboración,

retroalimentación constructiva, mentoría, se valoran contribuciones, se valora el grupo de trabajo y se forjan relaciones de afinidad e incluso camaradería. El residente visitante, durante la interacción con el par, en un proceso inicial de comprensión de su rol y sus responsabilidades en cada rotación, encuentra similitudes y diferencias con sus pares, y define o delinea su identidad profesional, su rol en el equipo de salud, y el rol de sus pares. A continuación, ejemplos del proceso de identificación encontrados durante las entrevistas:

E1 “uno comprende más lo que hace el otro y cómo es el ambiente, y también comprenden más lo que hace uno y eso también es importante para uno...”

E3 “yo creo que me ha forjado la decisión de, esto es lo que a mí me gusta, sí, que no haría otra cosa, otra especialidad... me afianza esa decisión, que estoy en el lugar que debo estar...”

Estas interacciones positivas, permiten coordinar sin dificultades las obligaciones académicas y asistenciales durante la atención de pacientes, se resuelven dudas puntuales (mediante una llamada, un mensaje de texto, de voz o de imagen por whats app), se comparte información, lo cual permite el flujo de trabajo del día a día, incluso si hay obstáculos como dificultades en la primera semana de rotación, dificultades con el sistema, dudas académicas, una exposición no realizada, el desconocimiento de datos del paciente o desconocimiento de procesos. Además, estas interacciones disminuyen la sobrecarga asistencial al reducir el número de interconsultas entre servicios, al acelerar una intervención por la solicitud temprana de exámenes, de valoraciones, lo que permite que se enfoque más la atención del paciente y se aprovechen escenarios de aprendizaje siendo relevante pues hay oportunidades de práctica que no se repiten.

Esta coordinación se favorece entre especialidades en las que hay familiaridad, por rotaciones anteriores o porque se comparten temas o pacientes de manera frecuente y se

desarrollan de manera óptima con una comunicación respetuosa, amable, empática, constructiva y con actitud colaboradora de distribución de cargas, que reducen estrés en el ambiente y permite concentrarse en lo esencial: el cuidado del paciente, el aprovechamiento de las oportunidades académicas y se puede limitar cuando hay percepciones o experiencias previas que limitan la comunicación o generan sentimientos de desconfianza y miedo a la represión.

E2 “...ellos entendían el hecho que soy nuevo, de que no manejo ciertos temas aún y menos el sistema, nunca me presionaron como: usted tiene que hacer ya la consulta solo, usted escribe y haga todo a la vez... sino que me dieron como mi tiempo para irme acoplando a lo que tenía que hacer, entonces yo les cogí mucho aprecio”

E8 “...lo primordial es como esas alianzas positivas que hemos hecho entre las especialidades con los residentes, que son los que finalmente están en los servicios. Entonces digamos: mira, te mando esta foto, ¿qué le hago?, no hazle tal, o llamarlos y decirles, ven, tengo tal paciente, ¿van a venir?: no, no vamos a ir, pero vayan haciendo esto...”

Durante las rotaciones clínicas fuera de su especialidad, los residentes pueden experimentar un entorno desafiante fuera de su zona de confort, debido a la exposición a contenidos desconocidos o cargas asistenciales intensas que pueden generar un ambiente de estrés y sobrecarga. Sin embargo, ocasiones de colaboración y apoyo pueden contribuir significativamente al bienestar del residente. Estrategias como la negociación de actividades académicas y procedimientos, la distribución equitativa de horarios (como salidas anticipadas), y el reconocimiento de los aportes laborales y académicos, pueden fortalecer la experiencia formativa y hacer que el proceso de aprendizaje sea valorado por todos los implicados. Además, la percepción de similitudes significativas entre los residentes, como experiencias compartidas en rotaciones previas o el cuidado de pacientes comunes, puede facilitar la

formación de relaciones más fluidas y efectivas, que pueden variar en profundidad y relevancia, desde conexiones significativas hasta interacciones más superficiales.

E8 "... hacíamos como una división en cuanto a los objetivos de cada especialidad, entonces si veíamos un adulto mayor que tenía, pues una patología no tan compleja digamos, geriatría, ayúdanos con este paciente, y lo veía, o si veíamos un dolor torácico que fuera probablemente cardiogénico, nosotros lo veíamos, digamos que intentamos como que cada uno escogiera como sus pacientes de acuerdo con sus intereses..."

E4 "... como somos servicios hermanos, pues nos apoyamos mucho más, entonces ellos tienen un año de pisos, y a los residentes que están en piso les toca bastante duro, entonces uno trata como de ayudarlos ir viendo interconsultas, llegando a ver las historias clínicas...entonces nos encargamos entre comillas de más cosas, no porque ellos se lo digan, sino que uno como que se atribuye eso de estar más pendiente, de ayudarlos más..."

Adicionalmente, para facilitar el flujo de trabajo, los residentes pueden realizar esfuerzos mediante la transición de roles en las que el residente anfitrión con experiencia en la disciplina, guía al residente visitante no sólo en conocimientos, bibliografías, sino en habilidades prácticas en el abordaje de pacientes, realiza actividades de repaso o "check-list" antes de la atención de pacientes o de la revisión docente, e incluso orienta en técnicas de estudio. Así mismo, a medida que el residente visitante gana experiencia y confianza asume papeles más activos en la atención de pacientes.

E6 "...es un servicio tranquilo, entonces te da tiempo para revisar temas, hacer procedimientos; ellos te preguntan si sabes cauterizar, si has cauterizado, te preguntan antes de hacer el procedimiento... entonces te hacen como un check-list de cómo abordarías el paciente que vas a manejar... entonces el residente mayor, que ya se van a graduar, antes de hacer un procedimiento, que eso me parece chévere, es como: ¿qué indicaciones tiene ese

procedimiento?, ¿qué contraindicaciones tiene ese procedimiento?, ¿cómo vas a hacer el procedimiento?, o sea, antes de tú hacerlo te evalúan si sabes hacer el procedimiento, o sea, no es como de pronto, que pasa con el estudiante, como sigue aquí, cauterice ahí y ya, no, te hacen como un barrido, y miran a ver qué si tienes conocimientos sobre el procedimiento, ¿qué complicaciones puedes tener?, ¿Qué podría pasar entonces? Ah, bueno, entonces listo, dale, vamos a hacer el procedimiento...”

Otra estrategia utilizada en la coordinación del trabajo y las interacciones es hacer rutinas o prácticas automatizadas tanto en la parte asistencial como académica. Se identifica en los entrevistados como valioso el compartir al inicio de cada rotación estas rutinas y horarios del equipo, formas de presentar pacientes, formas de buscar bibliografía y priorizar temas en los cuales profundizar durante las exposiciones, formas de presentar los pacientes en la revista, procesos en la atención de pacientes, destacando la importancia de adaptarse a preferencias y expectativas del docente, lo cual favorece además un escenario de confianza que facilita la comunicación y la integración del residente visitante, quien puede planificar y organizar su trabajo de manera más efectiva, y el residente anfitrión puede delegar tareas y responsabilidades con más confianza.

E3 “...obviamente igual uno pues es un residente, hay que seguir las normas, hay que hacer las notas, a medio día tienen que estar las notas hechas, entonces uno lo hace, no hay problema con eso...”

E4 “...esa primera semana es como de adaptación, observar, ir haciendo, proactiva sin ser intensa, de tener buena relación sin llegar a meterse en terrenos ajenos, yo hago lo que ustedes me digan, ya después uno toma liderazgo y opina desde su perspectiva...”

Cuando se está en una rotación fuera de la especialidad, hay desafíos como priorizar la cantidad de información a revisar para cumplir con los deberes asistenciales y académicos de

cada día. Esto genera retos y miedos en el residente visitante, quien se puede apoyar en sus pares co-visitantes o en el par anfitrión, especialmente si la interacción es con un par de mayor nivel de formación, pues el residente puede identificar afinidades, modelos a seguir, identificar nuevas oportunidades de crecimiento profesional, o aprovechar espacios colaborativos y prácticos en los que el residente mayor actúa como mentor o guía compartiendo experiencias, conocimientos y orientando sobre recursos específicos (como bibliografía) para mejorar las habilidades y conocimientos; se fomenta el pensamiento crítico y la resolución de problemas en un contexto de aprendizaje bidireccional donde ambas partes se benefician de esta interacción. Estas conexiones generadas durante la interacción en la rotación pueden perdurar incluso después de haber finalizado la rotación.

Los estudiantes realizan reflexiones que permiten comprender y explicar diferencias entre prácticas y aprender algo nuevo propio y sobre los demás. La adopción de perspectivas “Perspective Taking” implica considerar al otro (al par) a la luz de un conocimiento reflexivo lo cual permite desarrollar una mayor comprensión de la propia disciplina, se crean y adoptan perspectivas que enriquecen la identidad, se reconoce el rol de cada quien, en el equipo de salud, integrando diferentes perspectivas en la atención de pacientes. Esta interacción interdisciplinaria permite reforzar habilidades y conocimientos que se integran y se comparten en la práctica futura, favoreciendo una cultura de colaboración y educación continua.

E6 “...¿cómo intubas este paciente?, ¿cómo lo posicionas? Entonces uno hacía el ejercicio, y yo: mira, yo lo posiciono para este lado, porque me queda un poco mejor, o léete esta guía, porque de pronto el abordaje es mejor así, o ¿hasta cuándo dejas desaturar un paciente?, o sea, digamos que compartían ciertos plus y ciertas cosas que le apoyaban a uno, entonces le decían, no, mira, léete esto ¿cómo haces el abordaje de una secuencia de intubación rápida? Pero por este artículo, entonces uno mira, entonces le dan como herramientas a uno para abordar esos pacientes...”

E8: "...Lo que me sorprendió fue lo que nos enseñaron a nosotros, en ocasiones, que nosotros digamos los fines de semana o turnos de noche, no estamos con las especialidades, aplicamos lo que ellos nos enseñan, eso es un plus muy grande y pues tener también como el contacto de ellos, como Ay, ya, tengo tal caso y nos ayudan igual..."

Por otra parte, durante de la interacción con sus pares, el residente visitante crea/formula perspectivas sobre supuestos implícitos de su disciplina, mejorando la comprensión y valoración de la misma, apreciando los beneficios del trabajo en equipo, y la función que cada uno cumple en la atención a pacientes "Perspective Making". En este proceso se comparten y afianzan conocimientos y/o habilidades que son fortaleza con los pares en el nuevo servicio y más que competitividad, se valora la competencia, pues la competitividad no es necesariamente un motivador efectivo para el aprendizaje. Esta interacción interdisciplinaria permite además reforzar habilidades y conocimientos que se integran y se comparten en la práctica futura favoreciendo una cultura de colaboración y educación continua.

E7 "...yo creo que el hecho de haber tenido que explicar tanto qué es la medicina familiar estos 3 años, me ayudó a comprender qué era la medicina familiar, ... me hacía ver que yo tenía una mirada diferente y que en ese orden de ideas era parte del equipo de salud de ese paciente específico... me obligó en parte a buscar mi lugar..."

Interacciones Negativas

Cuando las interacciones no se desarrollan en las condiciones previamente descritas, cuando no hay adecuada comunicación, no hay un ambiente de trabajo colaborativo, y se generan conflictos y tensiones se podría considerar que se presenta una interacción no enriquecedora o negativa para el residente visitante. Se pueden subdividir así:

Interacciones Agresivas, Autoritarias y Jerárquicas. en las que un par ejerce poder o autoridad sobre otro, o se favorece un ambiente de competitividad agresiva, o egos, lo que puede generar sentimientos de estrés, inferioridad o sumisión.

E7 "...el Fellow era muy agresivo en su forma de ser, era como: ¡párese!, ¡quítese!, ¡póngase!, ¡yo escribo!, ¡levántese! O sea, como que su forma de hablar era agresiva, no era personal, o sea, yo después me di cuenta que no era personal, es porque él no es de Bogotá...No sé, como un corte muy militar, lo voy a llamar, pero eran como en su acento también, entonces cero interacción, menos con el Fellow, y como te cuento era como con el que medio uno alcanzaba a hablar un poquito..."

Interacciones Despectivas y de Exclusión. En las que no se valoran las contribuciones del residente visitante, se menosprecia su criterio, capacidades o su trabajo, o se excluye o margina del grupo, lo que puede generar sentimientos de inseguridad, aislamiento o desmotivación.

E7 21:21 "...Se terminó la consulta, yo estaba imprimiendo los papeles del segundo paciente y todos se fueron, o sea porque ya eran los últimos dos, todos se fueron y yo quedé sola en la oficina, entonces... 21:50 ...No es mi aporte intelectual, pero también como muy a lo personal, no sentía la diferencia, o sea, era como, yo estaba ahí, siempre, y no me sé el nombre de nadie, ni ellos seguro saben el mío; hice algo por el servicio y de hecho salimos rápido ese día y tampoco importó..."

Interacciones de Carga o Desigualdad. en las que una persona se siente sobrecargada por la falta de contribución o responsabilidad de la otra, lo que genera una sensación de injusticia o desigualdad.

E5 "puede pasar que haya muchas interconsultas, yo tenga que ver cinco, y haya una persona que se haga el bobo y vea sólo una..."

E1 "...entonces uno sufre con el otro si no se sabe el paciente, y nos estresamos en revista...a mí me incomoda cuando alguien no hace su tarea, y ya el Dr. está predispuesto, se da cuenta cuando alguien no hace la tarea, cuando no examinan al paciente, cuando no hacen la historia, y siento que repercute"

Estas interacciones negativas pueden ser contraproducentes para el aprendizaje y el desempeño durante la rotación. La alta competitividad, las malas actitudes y la pobre comunicación pueden generar un ambiente hostil y de desconfianza. En este tipo de interacciones, el lenguaje puede ser crítico y condenatorio, con retroalimentación no constructiva e incluso despectivo, con ofensas y grosería, no hay cooperación, se resalta o tolera menos la sobrecarga de trabajo, lo cual puede generar que no se fomente el pensamiento crítico y reflexivo; el residente visitante no siente un ambiente de confianza para comunicar ideas, se puede sentir intimidado, desmotivado y puede optar por desconectarse con la práctica real y el proceso de aprendizaje, aislarse, y se generan rutinas para cumplir objetivos y obligaciones mínimos.

E7 "... Siento que tuve dos tipos de mecanismo de defensa, 1 fue evitación y otro como... no, yo creo que entonces solo fue 1, evitación, sí, o sea, me dije a mi misma como, es algo que toca hacer...hago lo que tengo que hacer ¿no?: motivo de consulta, historia de la enfermedad, pongo la imagen y llamo a al doctor. Eso es lo que tenía que hacer. Entonces fue evitación de ese espacio..."

E5 "...pues entré en depresión, realmente el primer año fue super duro, yo lloraba casi todos los días, entré en depresión, me tocó consultar con psiquiatría, empezar medicamentos, empezar psicoterapia..."

Estas interacciones negativas pueden ser contraproducentes para el aprendizaje y el bienestar de los residentes. La falta de objetivos formales e informales claros, la

retroalimentación no constructiva, y la falta de comunicación o el uso de lenguaje crítico o condenatorio pueden generar un ambiente de inseguridad o desconfianza. Estas interacciones pueden generar tensiones en el ambiente laboral y favorecer errores en la atención de pacientes.

“E8 “...Claro, y yo la estaba escuchando decir cosas que no eran, o sea...

NJ No la corregiste...

E8: Exacto, entonces dijo el paciente se cayó... y yo, no, no se cayó nunca, pero bueno, o sea, yo también un poco en ser diferente a lo que ella era ¿no?, no me interesa tampoco entrar a refutarle, porque no me interesa ser así...”

IX. Discusión y Limitaciones

El aprendizaje en rotaciones clínicas fuera de la especialidad es un proceso complejo y dinámico que involucra la interacción de factores determinantes personales, ambientales y relacionados con la actividad clínica o comportamentales. A medida que los residentes se enfrentan a nuevos entornos clínicos, deben adaptarse y adquirir conocimientos habilidades y actitudes profesionales específicas (Swanwick, 2005), lo que puede generar un sentimiento inicial de incertidumbre y menor cualificación (Van Schie, 2020). Sin embargo, las interacciones entre pares en este contexto son fundamentales para el crecimiento personal y profesional de los residentes, ya que proporcionan un entorno de aprendizaje reflexivo y colaborativo (Chou 2014).

En el posgrado, el aprendizaje asistido por pares (PAL) se fundamenta en la colaboración entre residentes de diferentes niveles de formación y especialidades, lo que les permite desarrollar habilidades clínicas y no técnicas esenciales como la comunicación efectiva, la empatía y el trabajo en equipo. Nuestros hallazgos indican que, al igual que describe J Tai (2016) en el pregrado, el aprendizaje reflexivo y el desarrollo de habilidades docentes son especialmente relevantes en el posgrado, ya que los residentes más

experimentados pueden servir de tutores para los residentes visitantes, proporcionándoles orientación anticipada y apoyo en la transición a nuevas experiencias clínicas. Además, encontramos que la relación previa entre disciplinas, la comunicación efectiva y la orientación clara sobre las expectativas y objetivos formales e informales al inicio de la rotación son factores que facilitan la comprensión de roles y responsabilidades en cada contexto, ayudan a mantener flujo de trabajo y a coordinar una atención integral de calidad a los pacientes. Asimismo, observamos que las interacciones con pares permiten a los estudiantes identificar y delinear las características de su identidad profesional, formular perspectivas sobre supuestos implícitos de su disciplina, mejorando la comprensión y valoración de esta y el papel de cada integrante del equipo de salud.

Las interacciones entre pares pueden ser clasificadas en positivas o negativas, dependiendo de factores como la comunicación efectiva, la empatía, el respeto mutuo, la retroalimentación constructiva y la negociación de oportunidades de participación tal como lo describen van Schie et al.(2024). Las interacciones positivas fomentan alianzas que favorecen el apoyo académico, el intercambio de materiales de aprendizaje y la transición a nuevas experiencias clínicas, lo que crea un ambiente de confianza y promueve relaciones de afinidad y una integración eficiente en el equipo de trabajo (Chou, 2014). Además, estas interacciones positivas pueden generar alianzas y redes de trabajo a futuro. Por otro lado, las interacciones negativas, que pueden ser agresivas, autoritarias, despectivas o de exclusión, pueden generar sentimientos de aislamiento, inferioridad o desmotivación y ser contraproducentes para el aprendizaje y el bienestar del estudiante.

Para brindar atención eficaz en entornos hospitalarios complejos, es fundamental desarrollar habilidades no técnicas como el trabajo en equipo, profesionalismo y mentoría (Eddy,2016). Dado que los estudiantes de posgrado desempeñan un papel docente y de mentoría con sus pares, proponemos proporcionar formación y herramientas específicas para

desarrollar estas habilidades, como lecturas y talleres sobre comunicación efectiva, retroalimentación constructiva, creación y utilización recursos de aprendizaje, resiliencia y afrontamiento. Al fomentar entornos de aprendizaje positivos y apoyadores, podemos promover el desarrollo de estas habilidades no técnicas esenciales en los estudiantes de posgrado en medicina, lo que redundará en una atención más eficaz y de mayor calidad.

Limitaciones

Este estudio tiene algunas limitaciones, como su diseño basado en entrevistas en una sola institución y la baja tasa de respuesta a la invitación a participar, posiblemente debido a la reticencia de los participantes a compartir su información de contacto personal. Sin embargo, se observó una mayor disposición a participar cuando el contacto fue referido por un compañero o profesor, lo que sugiere que estos factores pueden ser clave para mejorar la respuesta. Además, la exclusividad de estudiantes de posgrado de especialidades médicas clínicas en este estudio limita la transferibilidad de los resultados a otras especialidades, como las quirúrgicas, lo que requiere una evaluación cuidadosa por el lector de la aplicabilidad de los hallazgos en contextos específicos. A pesar de estas limitaciones, el estudio ofrece una perspectiva valiosa de estudiantes de posgrado de diferentes especialidades y años de formación, lo que permite una mejor comprensión de las interacciones entre pares en este contexto. Los resultados destacan la importancia de la tutoría y mentoría en la interacción con pares durante la formación de posgrado. Por lo tanto, se sugiere establecer de forma clara objetivos formales e informales al inicio de las rotaciones, sino también el papel mentor del estudiante de posgrado, y fomentar estrategias formativas en habilidades comunicativas, de retroalimentación, resiliencia y afrontamiento en los posgrados de medicina, con el fin de desarrollar una cultura de educación continua y trabajo en equipo en estos programas.

X. Bibliografía

Akkerman, S. F., & Bakker, A. (2011). Boundary crossing and boundary objects. *Review of Educational Research*, 81(2), 132–169. <https://doi.org/10.3102/0034654311404435>

Balmer, D. F., Serwint, J. R., Ruzek, S. B., & Giardino, A. P. (2008). Understanding paediatric resident-continuity preceptor relationships through the lens of apprenticeship learning. *Medical Education*, 42(9), 923–929. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03121.x>

Boland, R. J., & Tenkasi, R. V. (1995). Perspective Making and Perspective Taking in Communities of Knowing. *Organization Science*, 6(4), 350–372.
<http://www.jstor.org/stable/2634993>

Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Planning peer assisted learning (PAL) activities in clinical schools. *BMC Medical Education*, 20.
<https://doi.org/10.1186/s12909-020-02289-w>

Chou, C. L., Teherani, A., Masters, D. E., Vener, M., Wamsley, M., & Poncelet, A. (2014). Workplace learning through peer groups in medical school clerkships. *Medical Education Online*, 19(1). <https://doi.org/10.3402/meo.v19.25809>

Delgadillo-Sánchez V, Aluja-Jaramillo F, Olmos-Vega F. Navigating between two figured worlds: A constructivist grounded theory study on residents' workplace experiences with health care management tasks. *Med Educ*. 2024; 58(8): 952-960. doi:10.1111/medu.15302

Domínguez Torres, L. C., Vega Peña, N. V., & Leal Camacho, J. A. (2024). Cinco conceptos para maximizar el aprendizaje en el sitio de trabajo. *Investigación En Educación Médica*, 13(50), 114–121. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2024.50.24601>

Eddy, K., Jordan, Z., & Stephenson, M. (2016). Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(4), 96–137.
<https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-1843>

Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana.
<https://medicina.javeriana.edu.co/>

Held, F. P., Roberts, C., Daly, M., & Brunero, C. (2019). Learning relationships in community-based service-learning: A social network analysis. *BMC Medical Education*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1522-1>

Kahlke, R., Bates, J., & Nimmon, L. (2019). When I say ... sociocultural learning theory. *Medical Education*, 53(2), 117–118. <https://doi.org/10.1111/medu.13626>

Knopes, J., Cascio, M. A., & Warner, B. (2024). Intraprofessionalism and Peer-to-Peer Learning in American Medical Education. *Qualitative Health Research*, 34(6), 528–539.
<https://doi.org/10.1177/10497323231218137>

Looman, N., van Woezik, T., van Asselt, D., Scherpbier-de Haan, N., Fluit, C., & de Graaf, J. (2022). Exploring power dynamics and their impact on intraprofessional learning. *Medical Education*, 56(4), 444–455. <https://doi.org/10.1111/medu.14706>

Mordang, S. B. R., Vanassche, E., Smeenk, F. W. J. M., Stassen, L. P. S., & Könings, K. D. (2020). Residents' identification of learning moments and subsequent reflection: impact of peers, supervisors, and patients. *BMC Medical Education*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12909-020-02397-7>

Morris, C. (2019). Work-based learning. In *Understanding Medical Education: Evidence, Theory, and Practice* (Third Edit, pp. 163–174). Willey-Blackwell.

Olmos-Vega, F. M., Dolmans, D. H. J. M., Guzmán-Quintero, C., Stalmeijer, R. E., & Teunissen, P. W. (2018). Unravelling residents' and supervisors' workplace interactions: an intersubjectivity study. *Medical Education*, 52(7), 725–735. <https://doi.org/10.1111/medu.13603>

Olmos-Vega FM, Stalmeijer RE, Varpio L, Kahlke R. A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE guide no. 149. *Med Teach*. 2023; 45(3): 241-251.
doi:10.1080/0142159X.2022.2057287

Schrewe, B., Ellaway, R. H., Watling, C., & Bates, J. (2018). The contextual curriculum: Learning in the matrix, learning from the matrix. *Academic Medicine*, 93(11), 1645–1651. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002345>

Swanwick, T. (2005). Informal learning in postgraduate medical education: From cognitivism to “culturism.” *Medical Education*, 39(8), 859–865. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02224.x>

Tai, J. H.-M., Haines, T. P., Canny, B. J., Molloy, E. K., Tai, J. H.-M., Haines, T. P., & Canny, B. J.; (2014). A study of medical students' peer learning on clinical placements: What they have taught themselves to do. *Journal of Peer Learning*, 7, 57–80. <http://ro.uow.edu.au/ajpl>

Tai, J., Molloy, E., Haines, T., & Canny, B. (2016). Same-level peer-assisted learning in medical clinical placements: A narrative systematic review. *Medical Education*, 50(4), 469–484. <https://doi.org/10.1111/medu.12898>

Teheux, L., Kuijjer-Siebelink, W., Bus, L. L., Draaisma, J. M. T., Coolen, E. H. A. J., & van der Velden, J. A. E. M. (2024). Unravelling underlying processes in intraprofessional workplace learning in residency. *Medical Education*, 58(8), 939–951. <https://doi.org/10.1111/medu.15271>

Teheux, L., Wollaars, H., Draaisma, J. M. T., Coolen, E. H. A. J., Kuijjer-Siebelink, W., & van der Velden, J. A. E. M. (2023). Learning for doctor-to-doctor collaboration: a qualitative

study exploring the experiences of residents and supervisors with intraprofessional workplace learning in complex tertiary care. *BMC Medical Education*, 23(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1186/s12909-023-04363-5>

Teunissen, P. W. (2015). Experience, trajectories, and reifications: an emerging framework of practice-based learning in healthcare workplaces. *Advances in Health Sciences Education*, 20(4), 843–856. <https://doi.org/10.1007/s10459-014-9556-y>

van Schie, R., Coolen, E., van Tuijl, A., van der Velden, J., Thoonen, B., & Scherpbier de Haan, N. (2024). Intraprofessional boundary crossing in acute paediatric care: A rich journey for general practice and paediatric residents. *Medical Education*, April, 1–11.

<https://doi.org/10.1111/medu.15423>

Varpio L, Ajjawi R, Monrouxe LV, O'Brien BC, Rees CE. Shedding the cobra effect: problematising thematic emergence, triangulation, saturation and member checking. *Med Educ*. 2017; 51(1): 40-50. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/shedding-cobra-effect-problematising-thematic/docview/1849134703/se-2>. doi:10.1111/medu.13124

Walker, D., & Nocon, H. (2007). Boundary-crossing competence: Theoretical considerations and educational design. *Mind, Culture, and Activity*, 14(3), 178–195.

<https://doi.org/10.1080/10749030701316318>

Wong, S. N., Luo, C., MacDonald, G., & Hatala, R. (2022). A qualitative study of medical students' perceptions of resident feedback. *Medical Education*, 56(10), 994–1001.

<https://doi.org/10.1111/medu.14847>

Watling CJ, Lingard L. Grounded theory in medical education research: AMEE guide no. 70. *Med Teach*. 2012; 34(10): 850-861. doi:10.3109/0142159X.2012.704439

Anexo 1. Guía de Entrevista semiestructurada

Gracias por su colaboración. Las preguntas a continuación están relacionadas con sus experiencias como estudiante de posgrado en una rotación clínica fuera de su especialidad, y la relación con sus pares.

Preguntas iniciales

Hola, ¿puedes empezar contándome, cuantos años tienes, que programa de especialización cursas y en qué año estás?

¿En tu posgrado, cuántas rotaciones realizas fuera de tu especialidad, en qué año de formación son estas rotaciones, puedes ampliar la descripción de este proceso?

Preguntas intermedias

Identificación: ¿cómo entienden los residentes su identidad disciplinaria y las de los demás en el contexto de cada rotación fuera de su especialidad?

¿Cuáles son tus objetivos al llegar a una rotación que no es de tu especialidad?

¿Puedes describir las funciones y responsabilidades típicas de un residente en tu disciplina durante esta rotación?

¿Cómo crees que estas funciones y responsabilidades podrían diferir para residentes de (X) otra especialidad?

¿Cómo describirías las relaciones e integración con tu grupo de pares durante esta rotación clínica?

¿Podrías describir cómo afecta la comunicación entre tú y tus compañeros a tu comprensión de los conceptos clínicos, tu confianza y desempeño durante actividades clínicas y en la comprensión de tu propia disciplina?

Comunicación: ¿qué estrategias y herramientas usas los residentes para superar las diferencias disciplinarias y construir su propio conocimiento?

¿En qué medida sientes que tus compañeros de mayor o menor nivel de formación han influido en tu aprendizaje clínico?

¿Dame un ejemplo a qué te refieres con... ?

¿Cuáles fueron algunos de los retos a los que te enfrentaste a la hora de comunicar y coordinar tareas entre compañeros de diferentes disciplinas?

¿Puedo preguntar, hay momentos en los que sientes que tus contribuciones no son valoradas en el grupo?

¿Qué jerarquías identificas en la rotación, en qué se basan estas jerarquías, hay alguien al mando y cómo influyen en el aprendizaje y desempeño clínico?

¿Qué estrategia utilizaste para superar estos desafíos?

¿Has enfrentado algún desafío específico (conflictos o desacuerdos) al colaborar con tus compañeros durante la rotación? ¿Cómo lo manejaste?

¿Cómo influye la retroalimentación que recibes de tus compañeros en tu desarrollo profesional?

Reflexión: ¿la interacción con residentes de otras disciplinas incentiva a la autoreflexión y amplía la comprensión de la atención del paciente?

¿Recuerdas alguna situación en la que un residente de otra especialidad abordara un caso clínico diferente a como lo hiciste tú? ¿qué conclusiones sacaste de sus apreciaciones?

¿Al trabajar con otros residentes en la atención de pacientes, cómo ha ampliado tu comprensión de las funciones y perspectivas de otras disciplinas médicas?

Transformación: ¿Interactuar con residentes de otras especialidades genera algún cambio duradero en la comprensión de la propia disciplina o favorece la adquisición de conocimientos habilidades o actitudes?

¿Se te ocurren ejemplos en los que las ideas o enfoques de otra disciplina hayan influido en tu propia práctica?

¿Cómo crees que la experiencia de trabajar con residentes de otras disciplinas repercutirá en tu futura práctica?

Preguntas finalización

¿Qué aspectos de la diversidad en tu grupo de pares consideras que son fundamentales enriquecen tu experiencia de aprendizaje?

¿Qué sugerencias tendrías para mejorar la inclusión y el aprendizaje colaborativo entre estudiantes de diferentes niveles de experiencia en futuras rotaciones?