

Identidad profesional del educador médico

El legado de una comunidad



Mildred López
Yolanda Heredia Escorza



Identidad profesional del educador médico

El legado de una comunidad

Mildred López
Yolanda Heredia Escorza

*Identidad profesional del educador médico:
el legado de una comunidad*, Mildred Vanessa López Cabrera
y Yolanda Heredia Escorza
México: Editora Nómada, 1era edición, junio de 2020.

[Identidad profesional — Educador médico —
Comunidad médica — Labor docente en medicina]

D.R. © 2020, Mildred Vanessa López Cabrera
D.R. © 2020, Yolanda Heredia Escorza
D.R. © 2020, Editora Nómada

ISBN: 978-607-98815-5-9

DOI: <https://doi.org/10.47377/OYOB4450>

*Esta obra acreditó el proceso de revisión por pares, bajo la modalidad
doble ciego. La revisión se realizó a través de un comité de evaluación,
integrado por un par de expertos académicos. El dictamen de aceptación
cumple con los criterios de calidad científica y de evaluación.*

www.editoranomada.mx
contacto@editoranomada.mx

Imagen de portada: Pixabay
Edición y cuidado: Katia Ibarra Guerrero



ÍNDICE

Introducción.....	7
-------------------	---

Sección 1: Reivindicando la labor del educador médico

Definiendo al educador médico.....	11
Aproximaciones al concepto de identidad.....	25
La identidad profesional.....	37
Dimensiones de la identidad profesional del educador médico.....	47
Proceso de maduración de la identidad profesional en el educador médico.....	61

Sección 2: Estudio del proceso de maduración de la identidad del educador médico

Justificación y metodología del estudio.....	73
Diseño del estudio.....	75
Contexto y muestra.....	78
Hallazgos sobre el estado de maduración de su identidad como educadores médicos.....	85
Selección de casos para la fase cualitativa.....	88
Roles y experiencia docente.....	89

Vocación.....	94
Pasión.....	99
Compromiso.....	102
Comunidad de práctica.....	106
Reflexiones sobre la identidad del educador médico.....	111
Principales hallazgos.....	112
Aporte al campo de conocimiento.....	114
Futuras investigaciones.....	115
Tabla de figuras.....	119
Relación de tablas.....	121
Acerca de las autoras.....	123

INTRODUCCIÓN

En el marco de la identidad profesional, el caso de los profesores es de especial interés al incluir en sus actividades el balance entre tres esferas donde se desempeñan: la académica, la docencia y su vinculación con el entorno profesional de su disciplina. Los profesores rigen su desempeño integral acorde a las experiencias y creencias que valoran a través de la asimilación de una cultura profesional. Estas tribus académicas tienen su propia cultura, con rasgos estables y reconocibles. Uno de los elementos más importantes es el lenguaje mediante el que interactúan y construyen, el cual da entrada y excluye a aquellos que no lo conocen.

En estos años, hemos tenido el privilegio de aprender ese lenguaje específico del médico como docente mediante una inmersión total. Este libro representa ese trabajo realizado en cinco años de investigación sobre la identidad profesional del educador médico.

La identidad profesional específicamente en docentes ha sido tema de especial interés en México debido al debate generado con la Reforma Educativa a nivel nacional en la pasada administración presidencial. Esta consistió en cambios a la Ley General de Educación, la Ley del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación y la Ley General del Servicio

Profesional Docente. Esta propuesta incluía temas como la vocación y la profesionalización docente con una actualización constante en temas de pedagogía, la identificación de puntos críticos en la gestión de centros educativos para la implementación de una ruta de mejora y, el más discutido de todos, la evaluación docente para la promoción o la justificación de la permanencia en su puesto.

La interrogante de fondo es la misma: cómo ofrecer una educación de calidad con docentes que no se sienten profesores o que no tuvieron como primera elección dedicar su vida profesional a la enseñanza. La mayoría de las estrategias de desarrollo docente se centran en la capacitación en tecnología y metodologías para la innovación, lo que hace eco en que los docentes cuenten con el pleno reconocimiento a su dignidad y certeza en la trascendencia de su labor. No obstante, la realidad de la labor diaria del educador dista ampliamente de estos ideales. Los profesores consideran que reciben una baja compensación por su labor y un nulo reconocimiento en relación al esfuerzo que les implica.

Los médicos tienen una identidad profesional previa, adquirida en su formación académica como médicos o como especialistas. Una gran mayoría entra, posteriormente, por necesidad o por la búsqueda activa de oportunidades laborales, a la docencia, y es ahí donde se enmarca este libro: ¿cómo se construye la identidad docente del educador médico?

SECCIÓN 1

REIVINDICANDO LA LABOR DEL EDUCADOR MÉDICO

DEFINIENDO AL EDUCADOR MÉDICO

La educación médica ha estado en constante movimiento a lo largo de la historia debido a la influencia de diferentes factores que impulsan el cambio, como la mejora de la práctica educativa, la incorporación de tecnología, la transición en los modelos de atención, y algunos otros atribuidos a los factores epidemiológicos (Valdez-García, 2004). Desde la elaboración del informe Flexner (1910) a principios del siglo XX, el diagnóstico proveniente de un estudio de más de 150 escuelas de medicina en Estados Unidos y Canadá ha identificado grandes fases de evolución del proceso de enseñanza y aprendizaje lo cual exige nuevos roles y requisitos para las habilidades de los educadores médicos (Olivares y Valdez, 2017).

Los alumnos han participado durante siglos acompañando a médicos expertos observando sus consultas, pases de visitas e incluso cirugías para aprender de la práctica médica *in situ* (Valdez-García, 2007). Esta ha sido la forma imperante en la que se realiza la formación de nuevos profesionales; sin embargo, la profesión en sí ha avanzado considerablemente en los últimos cien años mediante el desarrollo de procesos de credencialización, acreditación y estándares éticos (Steinert, 2012). Lo cual ha creado múltiples oportunidades de carrera dentro del área de la salud. Además de la posibilidad de que los médicos realicen

estudios en una residencia médica, y se dediquen a la parte clínico-asistencial, ellos pueden perseguir una carrera como educadores, investigadores o una mezcla de estos. Siendo de particular interés estos últimos los cuales han sido reconocidos en múltiples estudios como médico académico, profesor médico, educador clínico o educador médico (Salcedo, 2016; Schuwirth y van der Vleuten, 2006; Roberts, Schwartzstein y Weinberg, 2014; van der Berg, Verberg, Scherpbier, Jaarsma y Lombarts, 2017).

Tradicionalmente estos profesores en escuelas de medicina han contado con una sólida preparación en su disciplina y buscan transmitir estos conocimientos y experiencia a sus estudiantes. Con frecuencia se espera que estos médicos, sin una formación previa en la práctica educativa, ofrezcan enseñanza clínica de calidad como un complemento a la prestación de servicios (Konerman, Alpert y Shashank, 2016); sin embargo, en la mayoría de los casos se requiere atender las necesidades de desarrollo de la carrera del educador médico a partir de un entrenamiento formal en educación. En forma adicional, las agencias de acreditación y las regulaciones gubernamentales exigen cada vez más la formalización de roles y competencias del educador médico para garantizar los resultados declarados en el perfil de egreso (MacLeod, 2012), así como indicadores y evaluaciones concretas que evidencien el desempeño del profesor y la calidad de su enseñanza.

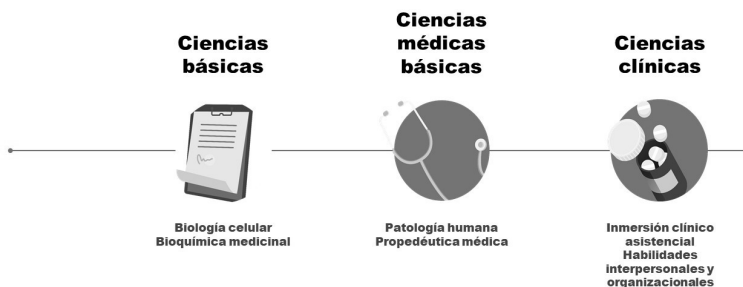
Reconciliar las presiones de pacientes, estudiantes, instituciones de salud y escuelas de medicina con nuevos enfoques pedagógicos y tecnológicos es la lucha que enfrentan los educadores médicos del siglo XXI. Por esta razón, es imprescindible no solo velar por el desarrollo de la facultad, sino también facilitar la percepción de la enseñanza como una tarea satisfactoria y gratificante para el educador mismo (MacLeod, 2012). Tener una sólida identidad profesional es esencial para superar las tensiones de convertirse en educador médico, tales como la pobre valoración

de hacer carrera en educación, la poca o nula oportunidad de crecimiento profesional, y los retos de mantenerse actualizados en su especialidad (Sethi, Ajjawi, McAleer y Schofield, 2017).

Diversas organizaciones y asociaciones profesionales han realizado esfuerzos a fin de clarificar la identidad de estos profesionistas (Heflin, Pinheiro, Kaminetzky y McNeill, 2009; Lieff, Baker, Mori, Egan-Lee, Chin y Reeves, 2012; Sethi, Ajjawi, McAleer y Schofield, 2017). Aunque esta diversidad dentro del perfil académico es valiosa para la formación multidisciplinaria de los estudiantes, ha probado ser difícil para la consolidación de una identidad profesional única (Sabel y Archer, 2014). Como resultado, se ha incrementado la conciencia de la importancia de esta identidad profesional compartida donde coexisten el ser médico y el ser educador (Sethi, Ajjawi, McAleer y Schofield, 2017).

La formación realizada en el área de la salud ha evolucionado a lo largo de los años; sin embargo, una constante ha sido la participación de educadores vinculados con el ejercicio activo de su profesión (Forsythe, 2005). La estructura del currículo de medicina en pregrado, es decir los estudios en una carrera de profesional, tiene una duración aproximada de seis años y uno adicional de servicio social comunitario. Su secuencia ha sido típicamente en tres etapas: ciencias básicas, ciencias médicas básicas y ciencias clínicas (Figura 1).

Figura 1. Estructura curricular típica en los programas de medicina



El área de ciencias básicas concentra los conocimientos fundamentales de biología celular, bioquímica medicinal, anatomía y fisiología humana. El área de ciencias médicas consiste en la integración de todo lo aprendido en los años previos para el estudio de la patología humana desde la perspectiva de mecanismos celulares y fisiológicas afectados, propedéutica médica para la destreza básica para el interrogatorio y exploración física humana. La parte de ciencias clínicas es una inmersión clínico asistencial donde el estudiante aprende medicina, adquiere las competencias interpersonales y organizacionales necesarias para su labor, tal como en la época hipocrática junto a la cama de un enfermo en el entorno ambulatorio y hospitalario. Cada una tiene en promedio dos años de duración.

Esta estructura con contenido y materias tan variadas requiere de educadores con perfiles muy distintos. En la definición de educador médico no existe una acotación que implique como requisito el mantener la práctica clínica, y más radicalmente, tampoco es necesario que sea médico. No es raro encontrar entre estos: ingenieros, investigadores en ciencias médicas básicas, químicos farmacobiólogos, nutriólogos, enfermeras y médicos especialistas, por mencionar algunos. Esto es quizás por lo que la definición de un perfil basado en los perfiles de formación profesional ha sido tan compleja (Hirsh, 2006). A su vez, cosas tan operativas, como la definición de estrategias de capacitación, debe considerar la diversidad en los perfiles en el diseño de programas.

Un educador médico es un profesional ejemplar, comprometido con desarrollar a sus estudiantes de manera integral, líder en su campo de especialidad y con actividad académica o asistencial que demuestra su compromiso con la comunidad (López, Heredia y Olivares, 2020). Debido a las responsabilidades que su rol demanda, el educador médico es competente

en investigación, enseñanza, administración y gestión, y en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Para Steinert (2012) es importante ahondar en las razones por las que un médico se convierte en educador (Tabla 1).

Tabla 1. Razones por las que un médico se convierte en educador

<i>Razones</i>	<i>Definición</i>
<i>Por la naturaleza de mis responsabilidades</i>	Un profesional que participa en actividades administrativas que le permiten tener un laboratorio o personal para hacer proyectos de innovación o investigación educativa.
<i>Participando en programas de capacitación y otras oportunidades de desarrollo profesional</i>	Una persona que asiste a talleres de desarrollo de profesores, tiene la oportunidad de conocer a los miembros de una comunidad de práctica los cuales pueden contagiarle entusiasmo por la labor docente.
<i>Persiguiendo estudios de posgrado</i>	Participando en un programa de estudios de posgrado, ya sea del área clínica, de investigación o profesionalizantes, un médico puede experimentar la dinámica del personal en formación desde una visión del participante. Esta dinámica inmersiva puede llegar a ser transformacional.
<i>Porque era mi deseo</i>	Tener el genuino interés o deseo de adentrarse en educación también es una causa frecuente por la que médicos entran en docencia. Algunos crecieron en familias, o tuvieron padres que participan como docentes. Lo verbalizan como “siempre quise enseñar”, “seguí mi pasión por enseñar”.
<i>Perteneciendo a una comunidad</i>	En la medida que un profesional participa en foros o comunidades de manera regular, con un grupo de personas que comparten sus hábitos, intereses y vocabulario, empiezan a co-construir una cultura profesional.
<i>Por mi mentor</i>	Mediante la observación de su mentor que representa un modelo a seguir, una figura profesional aspiracional, un médico puede también entrar a la docencia.

<i>Haciendo educación médica</i>	Algunas personas no hicieron una elección a conciencia de entrar a educación médica. Poco a poco, haciendo e implementando metodologías o técnicas que mejoraban su enseñanza se transformaron en un educador médico.
----------------------------------	---

Algunos modelos para describir al educador médico están basados en roles. Harden y Crosby (2000) presentan un marco de doce roles agrupados en seis áreas de participación: proveedor de información, modelo, facilitador, evaluador, planeador de currículo y clase, y creador de contenido (Tabla 2).

Tabla 2. Modelo de roles de Harden y Crosby

<i>Áreas de participación</i>	<i>Descripción</i>
<i>Proveedor de información</i>	Integrada por los roles de expositor en cursos teóricos y enseñanza en la clínica. Describe la participación del médico como curador de contenidos importantes para adentrarse en la disciplina.
<i>Modelo a seguir</i>	Integrada por los roles de modelo como profesor, y modelo de profesional en ejercicio. Describe la representación que tiene el educador como miembro de una institución formadora, y a la vez de los valores profesionales de un médico en ejercicio.
<i>Facilitador</i>	Integrada por los roles de mentor y facilitador del aprendizaje. Se refiere a la interacción con los estudiantes para el aprendizaje y para el acompañamiento en su formación profesional. Un acompañamiento más personal, como el consejo de un socio con experiencia de vida.
<i>Evaluador</i>	Integrada por su rol como evaluador del currículo, y evaluador del aprendizaje en los estudiantes. Se refiere a la participación del educador en el ciclo de mejora continua de la medicina, cómo mejorar el proceso enseñanza-aprendizaje y cómo asegurar un perfil de egreso de los estudiantes.

<i>Planeador del currículo y clase</i>	Integrada por el rol de desarrollo curricular, y el organizador operativo de cada clase. Describe la participación del educador en el diseño del programa formativo para nuevos profesionales a largo plazo, y su posterior aplicación en la operación diaria de la implementación del currículo en el aula.
<i>Creador de contenido</i>	Integrada por los roles de creador de material de apoyo, y productor de guías de estudio. Se refiere a la capacidad inventiva y de comunicación que tiene el educador para acompañar y enriquecer su enseñanza con recursos de su autoría.

El modelo de CanMeds, de la Royal College of Physicians of Canada, descrito en la Tabla 3, incluye siete criterios para la buena enseñanza clínica: médico experto, comunicador, colaborador, administrador, líder comunitario y académico (Frank, Snell y Sherbino, 2015).

Tabla 3. Modelo de roles de Harden y Crosby

<i>Criterios</i>	<i>Descripción</i>
<i>Médico experto</i>	Un profesional excelente en su disciplina. Se mantiene actualizado en los últimos procedimientos, metodologías y tendencias para ofrecer el mejor cuidado disponible.
<i>Comunicador</i>	Un médico que estructura, analiza y comunica de manera verbal o escrita, sus ideas o críticas de manera respetuosa. Una primera evidencia de la aplicación de este criterio es una relación de respeto y de comunicación abierta con el personal en formación.
<i>Colaborador</i>	Un educador médico que se sabe parte de un equipo. Ayuda, acompaña y vela por los miembros de su comunidad de práctica como parte del legado del gremio.
<i>Administrador</i>	El profesional que busca activamente involucrarse en la gestión y evaluación de recursos económicos, de personal o de tiempo, para garantizar un manejo óptimo para el bienestar.

<i>Líder comunitario</i>	Un médico que aboga por los intereses de la comunidad, representa sus intereses en los foros y lugares donde no están físicamente. Algunos ejemplos serían: el empuje de políticas públicas que mejoren la calidad de vida de pacientes vulnerables, y la protección de la salud mental y emocional de los médicos en formación mediante la asignación a conciencia de guardias.
<i>Académico</i>	Un educador médico que se involucra en la formación de estudiantes de pregrado y posgrado, realiza investigación y comparte sus hallazgos para facilitar su adopción por otros entornos.

Otros modelos incluyen habilidades, conocimiento y actitudes de las competencias que deben demostrar y análisis de habilidades pedagógicas. En México, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) realizaron una publicación con el perfil de los profesores de medicina, basado en un modelo de competencias (AMFEM, 2018). Este modelo se describe en la Tabla 4.

Tabla 4. Competencias docentes del profesor de medicina de AMFEM

<i>Competencia</i>	<i>Descripción</i>
<i>Planes y programas</i>	La capacidad de diseñar y rediseñar los planes y programas de medicina y ciencias de la salud, a fin de que se alineen a las necesidades sociales de la región.
<i>Técnicas, métodos, prácticas y actividades</i>	La capacidad de implementar, inventar y evaluar prácticas, metodologías y técnicas educativas para mejorar la experiencia enseñanza-aprendizaje.
<i>Procesos educativos</i>	La capacidad de trabajar en equipo con colegas de otras especialidades y disciplinas para formar a la nueva generación de profesionales de la salud.

<i>Profesionalismo</i>	La capacidad de conducirse de manera congruente, siguiendo los valores profesionales de un médico de excelencia. Sustento en una postura ética y humanística de la cultura profesional.
<i>Evaluación</i>	La capacidad de diseñar un sistema de evaluación del aprendizaje sustentado en los principios de justicia, certeza, confiabilidad y veracidad. Que permitan la retroalimentación efectiva de los estudiantes para su mejora, en un clima de respeto.
<i>Investigación</i>	La capacidad de generar conocimiento científico para la mejora de la práctica educativa y de salud.

El perfil deseado en los profesores es de excelentes referentes en el desempeño profesional: competentes técnicamente, experimentados, y además que tengan carácter, principios, y tomen decisiones en situaciones complejas (Forsythe, 2005). Varelas (2012) enfatiza que la identidad del docente implica trabajo en tres categorías distintivas: la materia o área disciplinar que se enseña, la relación con los estudiantes y el rol o su concepción como docentes.

Aunque los profesores comparten un bagaje con sus colegas con los que participan en la actividad profesional propia de la disciplina, ellos se diferencian mediante una historia de vida diferente (Caballero, 2009). Para Varelas (2012), las experiencias propias y factores personales, como género, origen étnico, religión y edad, tienen una influencia en el contenido y la forma de enseñar, ya que esto describe la posición o referencia social en la que el individuo se encuentra situado en relación con otros. Esto determina a su vez, incluso la participación en formación continua en la que participará el profesor, o la integración que tendrá con sus pares. En este sentido, Craig (2005) asegura que los significados y la interpretación del uso del conocimiento

depende del interés de los participantes y en los recursos que ellos tengan para realizar el proceso de construcción.

La experiencia demostró que tener aptitudes docentes no siempre ha sido parte de un buen profesional, de la misma forma que un virtuoso musical que interpreta una melodía, no necesariamente es capaz de enseñar el canto (Fajardo, Espinosa, Millán y Sánchez, 2011). Cada uno de estos pertenece a un dominio diferente de habilidades. Es por esto que parte de los modelos de formación profesional continua cada vez se enfocan más en programas específicos, congresos, seminarios y encuentros donde sea posible promover y difundir el avance en educación médica. Para Schuwirth y van der Vleuten (2006) el enfoque de la educación médica debe adaptarse para satisfacer las necesidades de la sociedad.

Varelas (2012) enfatiza que la identidad del docente implica trabajo en tres categorías distintivas: la materia o área disciplinar que se enseña, la relación con los estudiantes y su concepción como docentes. Las pocas investigaciones realizadas en el tema de identidad profesional se encuentran delimitadas a campos disciplinares específicos, y tienen estrategias y metodologías muy distintas que no han permitido una generalización o consenso en los resultados (Hirsh, 2006). Pudiera entenderse que se ha explorado en mayor medida las primeras dos categorías relacionadas a su trabajo disciplinar y su relación con estudiantes.

Los hallazgos en relación a su percepción como docentes coinciden en la dificultad de construir una sólida identidad profesional desde su vida de estudiantes. Esto por la falta de recursos formales que apoyen este proceso. Los temas más explorados por estudios se enmarcan en la teoría de valores profesionales, la ética del ejercicio profesional, y la apropiación de estos mediante la socialización. Sin embargo, estas investigaciones cuentan con la limitación de que son realizadas

estudiando el caso de una sola institución educativa, y cuando realizan comparaciones lo hacen entre distintas unidades de la misma casa de estudios.

Es por eso que es imperante realizar nuevas investigaciones que ahonden en la identidad profesional que los educadores en el área de medicina poseen. Sería importante abordar el tema desde una perspectiva que permita integrar la visión de múltiples especialidades médicas, diversos centros de trabajo e incluso distintas regiones geográficas. A fin de comparar y contrastar prácticas para la construcción de espacios comunes, podrían explorarse los diferentes servicios médicos de hospitales públicos y privados del país.

Referencias

- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM). (2008). Perfil por Competencias del Médico General Mexicano. Ciudad de México: Autor.
- Caballero, K. (2009). *Construcción y desarrollo de la identidad profesional del profesorado universitario* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Craig, A.P. (2005): *What is self? A Philosophy of Psychology*. Lewiston: The Edwin Mellen Press.
- Fajardo, Y., Espinosa, J. A., Millán, M. M., Sánchez, C. E. (2011). Caracterización de la formación docente del Médico General Básico. *Multimed*, 15(1), 10-14.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in United States and Canada*. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Recuperado de http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf
- Forsythe, G.B. (2005). Identity Development in Professional Education. *Academic Medicine*, 80(10), 112-117.

- Frank, J.R., Snell, L., Sherbino, J. (Eds.) (2015). *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Harden, R. M., Crosby, J. (2000) AMEE Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer—the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*, 22(4), 334-347.
- Heflin, M. T., Pinheiro, S., Kaminetzky, C. P., McNeill, D. (2009). So you want to be a clinician-educator. Designing a clinician-educator curriculum for internal medicine residents. *Medical Teacher*, 31(6), e233-e240.
- Hirsch, A. (2006). Construcción de un estado del conocimiento sobre valores profesionales en México. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 8(2). Recuperado de <http://redie.uabc.mx/vol8no2/contenido-hirsch2.html>
- Konerman, M., Alpert, C., Shashank, S. (2016). Learning to be a clinician-educator. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(3), 338-342.
- Lieff, S., Baker, L., Mori, B., Egan-Lee, E., Chin, K., Reeves, S. (2012). Who am I? Key Influences on the formation of academic identity within a faculty development program. *Medical Teacher*, 34(3), e208-e215.
- López, M. V., Olivares, S.L., Heredia, Y. (2020). Professional culture in medical schools: A medical educator interpretation. *Medical Science Educator*. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s40670-019-00896-x>
- MacLeod, A. (2011). Caring, competence and professional identities in medical education. *Advances in Health Science Education*, 16(3), 375-394.
- Olivares, S.L. y Valdez, J.E. (2017). *Aprendizaje Centrado en el Paciente*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Roberts, D.H., Schwartzstein, R.M., Weinberger, S.E. (2014). Career Development for the Clinician-Educator. *AnnalsATS*, 11(2), 254-259.
- Sabel, E., Archer, J. (2014). Medical Education is the Ugly Duckling of the Medical World and the Other Challenges to Medical Educators Identity Construction: A Qualitative Study. *Academic Medicine*, 89(11), 1474-1480.

- Salcedo, A. (2016). La identidad docente de profesores de pos-gradados médicos y quirúrgicos en un hospital universitario: una mirada desde las historias de vida. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(1), 75-92.
- Schuwirth, L. W., van der Vleuten, C.P. (2006). Challenges for educationalists. *BMJ*, 333(7567), 544-546.
- Sethi, A., Ajjawi, R., McAleer, S., Schofield, S. (2017). Exploring the tensions of being and becoming a medical educator. *Medical Education*, 17, 62. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0894-3>
- Steinert, Y. (2012). Faculty development: On becoming a medical educator. *Medical Teacher*, 34(6), 74-76.
- Valdez-García, J.E. (2007). Desarrollo histórico de la medicina científica. *Avances*, 4(12), 35-39.
- Valdez-García, J.E. (2004). Brevisima historia de la educación médica. *Avances*, 1(3), 37-38.
- Varelas, M. (2012). *Identity Construction and Science Education Research. Learning, Teaching, and Being in Multiple Context*. Rotterdam: Sense Publishers.

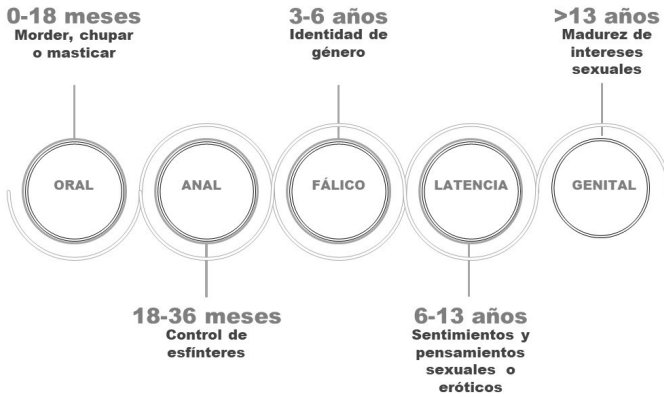
APROXIMACIONES AL CONCEPTO DE IDENTIDAD

Las teorías clásicas de desarrollo social y de la personalidad presentan posturas desde un enfoque psicoanalítico, conductiva y de desarrollo cognitivo hacia el concepto de identidad. Desde el punto de vista de los psicoanalistas, los principales postulantes que describen este desarrollo de la personalidad son Freud, y Erikson (Bordignon, 2005; Erikson, 1950; Freud, 1920).

Freud utiliza cinco estadios para explicar su construcción, a través del desarrollo sexual, considerando como etapas (Figura 2): oral, anal, fálico, latencia y genital (Rice, 1997). La etapa oral transcurre entre el nacimiento y los 18 meses de vida, donde el niño explora el mundo alrededor del placer que le provoca morder, chupar o masticar (Freud, 1920). En la etapa anal, que termina alrededor de los 36 meses de vida, el foco de este placer cambia al control de esfínteres (Freud, 1920). En la etapa fálica, entre los 3 y 6 años de edad, se descubren los genitales y el individuo se enfrenta con los factores que construyen su identidad de género. En la etapa de latencia, que concluye en la pubertad, se despiertan sentimientos y pensamientos sexuales o eróticos que estaban antes dormidos (Freud, 1920). La etapa genital, inicia en la pubertad, y es donde se maduran los intereses sexuales. Esta teoría describe la importancia que tienen las primeras vivencias de la niñez y adolescencia, en motivaciones

inconscientes en la vida adulta (Rice, 1997). La construcción de la identidad desde este enfoque surge incluso desde el nacimiento de la persona y su relación con su madre, y es fuertemente influenciada por elementos, como el interés sexual en otras personas.

Figura 2. Estadios de construcción de identidad de Freud



Para Erikson (1980), la experimentación del individuo consigo mismo es inherentemente subjetiva y se describe en tres procesos de influencia: el biológico que describe la organización de los sistemas, el psíquico que organiza la experiencia individual a través de la síntesis del yo, y el social en el que la interdependencia con las personas regula la organización cultural (Bordignon, 2005; Erikson, 1950). Él es notablemente reconocido por su trabajo que amplía la teoría de Freud, explicando en ocho estadios claramente definidos para entender el desarrollo evolutivo del individuo. Erickson (1980) asegura que el desarrollo se realiza a partir de un principio epigenético, el cual afirma que, a partir de un plano básico de desarrollo, se madura y sigue construyendo mediante partes que se agregan. Uno de los distintivos de su propuesta es el elemento de continuidad entre los estadios.

El diagrama epigenético del adulto, descrito en la Tabla 5, describe como estadios: confianza y desconfianza básica,

autonomía y vergüenza, iniciativa y culpa, laboriosidad e inferioridad, identidad y difusión, intimidad y aislamiento, generatividad y estancamiento, e integridad frente a la desesperación (Erikson, 1950, 1968, 1980). Este modelo otorga especial valor a la interacción social para ir avanzando en etapas vitales, en las que hasta que el individuo se enfrenta a una crisis y la supera desarrolla competencias que le permiten avanzar a la siguiente etapa. En la medida que se va adquiriendo dominio sobre estas, el individuo adquiere lo que se llama fuerza del ego. Al no alcanzar esta madurez, el individuo se mantiene en esa etapa y puede desarrollar un riesgo en el desarrollo, lo cual tiene repercusiones en las relaciones interpersonales. Algunos de estos son polos opuestos, por ejemplo: una persona que fue descuidada o abandonada por sus padres, puede desarrollar una desconfianza extrema en las intenciones de los demás; por el contrario, una persona que tuvo padres sobreprotectores que satisfacían inmediatamente sus necesidades puede poseer una ingenuidad extrema que cree en la bondad total de las personas. Es posible entonces encontrar adultos que se encuentran en una etapa previa que no corresponde a su edad biológica, porque no han superado las crisis y evidencian el polo de las crisis psicosociales.

Tabla 5. Descripción del ciclo de vida

<i>Etapas</i>	<i>Descripción</i>
<i>Confianza y desconfianza básica</i>	Esta etapa comprende la asimilación del mundo mediante las sensaciones recogidas por el sistema motor, oral y respiratorio. Tiene lugar típicamente el primer año de vida. En esta el niño recibe y acepta información para adquirir la certeza de que sus necesidades básicas serán suplidas (Erikson, 1968). En la medida que se identifique uniformidad y fidelidad de comida, atención y cariño de los padres, el niño adquiere confianza. Si, por el contrario, recibe negligencia, abandono o aislamiento, el niño genera desconfianza básica que continua hacia su vida adulta. Es en ese conflicto entre ambas en que se genera una actitud crítica y de esperanza que de acuerdo a algunos autores provee de una confianza interior para afrontar la vida (Erikson, 1950).

<i>Autonomía y vergüenza</i>	Esta comprende la adquisición de autonomía física para controlar el sistema retentivo y eliminativo. Tiene lugar típicamente entre los 2 y 3 años. En esta el niño aprende a recibir orientación y ayuda de otros. En la medida que equilibre la autoconfianza por haber realizado este control de manera satisfactoria y la vergüenza que puede emerger de no realizarlo, surge la voluntad de aprender y decidir (Erikson, 1968). Es en este conflicto entre ambas que se genera el sentido de justicia, ley y orden (Erikson, 1980).
<i>Iniciativa y culpa</i>	En esta etapa el niño perfecciona sus habilidades motoras y el lenguaje, lo que inicia su aprendizaje psicosexual con sus respectivas funciones sociales. Tiene lugar típicamente entre los 3 y 5 años. En la medida que explora su relación con otros, desarrolla la conciencia moral y los rituales que son parte de su interacción en lo individual, con objetos y su relación con otras personas (Erikson, 1980).
<i>Laboriosidad e inferioridad</i>	En esta etapa el niño aprende de su entorno escolar competencias para realizar un trabajo (Erikson, 1980). Tiene lugar típicamente en la adolescencia entre los 6 y los 12 años. En esta explora su relación con otros y puede desarrollar patologías como inferioridad, y destacar principios como el orden y la ritualización de técnicas formales (Bordignon, 2005).
<i>Identidad y difusión</i>	En esta etapa las relaciones sociales significativas son los grupos de iguales con sus amigos y compañeros de escuela. Tiene lugar típicamente en la adolescencia entre los 12 y 20 años. Sus fuerzas básicas están compuestas de fidelidad y fe, las patologías básicas son la confusión de identidad. Sus ritualizaciones son de orden ideológico y sus desvinculantes serían el fanatismo (Bordignon, 2005).
<i>Intimidad y aislamiento</i>	La virtud de esta etapa está en el amor. Su fuerza vital radica en los compañeros y están en constante competencia los elementos de amor y trabajo (Erikson, 1950, 1980). Tiene lugar típicamente entre los 20 y 30 años. Su enfoque está en patrones de cooperación basados en el sentido de ética. Algunas de las antipatías que pueden crearse son: aislamiento, exclusividad y narcisismo (Bordignon, 2005).
<i>Generatividad y estancamiento</i>	La virtud de esta etapa es el cuidado y el celo. Esta etapa tiene lugar típicamente entre los 30 y 50 años. Una de las antipatías o fuerzas distónicas es el estancamiento (Bordignon, 2005).
<i>Integridad frente a la desesperación</i>	La virtud de esta etapa es la sabiduría. Tiene lugar típicamente después de los 50 años. Una de las antipatías o fuerzas distónicas es la desesperanza (Bordignon, 2005).

Desde un enfoque de desarrollo cognitivo, Piaget identifica la inteligencia como factor que da forma a su adaptación biológica y la responsabilidad activa en la propia evolución cognitiva (Castilla, 2013). Para lograrlo, el niño realiza dos cosas: la incorporación de múltiples vivencias y experiencias, y por otro lado la organización y posterior asimilación con el conocimiento previo. Esta describe la evolución del niño en cuatro periodos, conocidas como: sensorio-motor, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales (Piaget, 1981). Cada uno de estos se conforma por subetapas que permiten esquematizar la construcción mental del niño. Este modelo se presenta en la Tabla 6.

Tabla 6. Periodos de desarrollo cognitivo de Piaget (1981)

<i>Periodo</i>	<i>Descripción</i>
<i>Sensorio-motor</i>	Culmina con los 2 años de edad, el niño experimenta el mundo mediante los sentidos y adquiere el concepto de la permanencia de objetos
<i>Preoperacional</i>	Culmina a los 7 años, los niños desarrollan la capacidad de manejar el mundo de manera simbólica o por medio representaciones.
<i>Operaciones concretas</i>	Termina a los 11 años, y es donde el niño logra un pensamiento lógico y concreto alrededor de los eventos.
<i>Operaciones formales</i>	Se logra aproximadamente a los 12 años, y se refiere al pensamiento y lógica abstracta. En esta existe potencial para el razonamiento moral que integra el concepto de la intención detrás de sus acciones.

Existen dos grandes componentes en constante negociación: la respuesta de quién soy yo, es decir los detalles que hacen al individuo particular y diferente; y, por otro lado, el lugar dónde pertenezco, la componente que denota una interacción con un grupo. Goffman (1959) amplía esta categorización y describe que se compone de tres elementos: el yo, la identidad personal y la social. El “yo” se determina con base a las experiencias previas, y se refiere a una interpretación subjetiva

propia de sí mismo con sus interacciones. La identidad personal se refiere a la diferencia que existe entre el individuo y aquellos pertenecientes a la misma categoría social. La identidad social se describe como las características compartidas con otros, como: género, nacionalidad o edad. Para Craig (2005) estos constructos se describen en las dimensiones natural o biológica, social o cultural, y personal o ética. La primera, la natural, describe cómo pertenece el individuo en la línea de la evolución del hombre. La social o cultural es el contexto histórico o regional en la que el individuo se desarrolla. Por último, la personal o ética describe el desarrollo personal que forma parte.

Algunos autores describen que la construcción de la identidad se realiza mediante el autoconocimiento y la autointerpretación de una narrativa autobiográfica que identifica signos y símbolos, mediante una mediación que recurre a los aspectos históricos y en ocasiones a características ficticias (Craig, 2005). De ahí que se describe a la identidad como múltiple, dinámica, situacional y negociable.

En ese sentido, Beriain (1993) asegura que la definición de la identidad es selectiva y paradójica, ya que a nivel taxonómico esta se define en un borde o una frontera que representa a una empresa, entidad territorial, roles o partidos políticos; sin embargo, a nivel arquetípico, las identificaciones a través de imágenes o metáforas, existe una crisis simbólico-cultural. Es decir que la comunidad, la sociedad o el colectivo imponen una identidad al grupo, proporcionando a su vez una al individuo. Esta última dicta en sí la forma en que este se relaciona con las grandes preguntas del ser humano: la muerte, lo bello, el sexo y el mal.

De acuerdo a Yañez (1997), la problemática alrededor de la definición de la identidad no radica en sus múltiples determinaciones, sino en el entendimiento propio de esta. Mead (1982) asegura que la identidad del individuo proviene de donde el

individuo interacciona con la sociedad, donde incluso este proceso social cohibe al individuo, reforzando pautas socioculturales desde sus respectivos roles. En el inicio, la persona es un espíritu que tiene experiencias individuales lógicamente anteriores al grupo o proceso donde se encuentran; sin embargo, su expresión y explicación solo surge en términos de un medio social.

Desde la antropología cultural, esta identidad colectiva ha sido descrita como un sentimiento explícito de pertenecer a un grupo, el cual emerge de intereses compartidos. Algunos autores aseguran que existe un constante choque entre la categorización de los pronombres “nosotros” y “ellos”, que finalmente son resueltos mediante manipulaciones ideológicas, simbólicas y rituales (Yañez, 1997).

El caso de los adolescentes es de particular interés ya que existen diferentes miradas biológicas, médicas y psicológicas para caracterizarlos. Los modelos de desarrollo humano identifican este estadio como una crisis turbulenta y crítica en la que se estructura la personalidad. Por el contrario, Mead asegura esta etapa es una transición armónica de actividad e intereses que maduran lentamente. Es en este momento en el que el individuo cuestiona y rechaza el mundo de los adultos para dar lugar a su propia concepción del mundo. Esto, de acuerdo a Castro (2009), surge mediante la creación e integración de tribus o bandas que facilitan la exploración de intereses, gustos y motivaciones.

Esta pertenencia a un grupo se define por inclusión, al referirse a la afirmación de identidad mediante las características que los hace iguales y la identificación de lo que los separa de los demás. Es decir que inherentemente están ligados a la permanencia y continuidad, unidad y cohesión, pero también emergen elementos como la afirmación de la diferencia, que surge en la separación mediante el autoreconocimiento. Goldie (2012) asegura que la identidad no solamente se refiere a quiénes son, sino también a quiénes no son. Para Mead (1997), la

interacción de impulsos, el reconocimiento y la integración de la cultura son parte fundamental, pero destaca que cada individuo realiza una combinación particular y distintiva que lo hace adquirir su identidad.

La identidad es el resultado subjetivo que surge de la experimentación del individuo consigo mismo durante toda su vida (Erikson, 1980). Para algunos autores, es la narración que el individuo hace sobre sí mismo, asegurando que se construye en la interacción simbólica con otros (Caballero, 2009). Esto quiere decir que al ser un significado personal que surge de eventos e interpretaciones, fantasías o meditaciones, no es objetiva y puede ser reconstruida en la medida que el sujeto adquiere nuevas experiencias y significados (van Manen, 2003).

La percepción de la identidad como un constructo sólido e inamovible ha evolucionado a una concepción dinámica donde el individuo posee múltiples facetas que conforman su identidad (Goldie, 2012). Estas facetas se refieren a la identidad personal, cultural, política, religiosa, de género y profesional, las cuales se describen a continuación.

La identidad personal va más allá de una esencia individual que conocer (Revilla, 2003). Esta identidad tiene una eminente concepción social, ya que permite al individuo situarse en un sistema donde constantemente se balancea la identificación y la diferenciación (Bolívar, 2004). Esta se forma mediante un proceso dinámico de identificación en la que la persona se clasifica como individuo y a la vez como miembro de un colectivo.

Identidad cultural se refiere a una identidad colectiva construida por individuos, grupos sociales y sociedades, mediante el procesamiento y la asignación de sentido en su estructura social. Para otorgar este sentido se consideran diferentes determinaciones sociales y experiencias históricas, geográficas y biológicas que se comparten a través de una memoria colectiva y aparatos del poder (Rascón, 2007).

La identidad política se describe por algunos por factores como la ascendencia y conexiones de diferentes niveles de conexiones profundas a una nación, mientras que otros autores enfatizan una conexión más cívica y participativa a las decisiones en un país o una región geográfica (McLaren, 2016). Esta última forma de conceptualizarla se integra por la ciudadanía, derechos individuales y las obligaciones que brinda un sistema político determinado (Gennaioli y Tabellini, 2019).

La identidad religiosa es una dimensión límite de la identidad colectiva. Algunos autores la describen como un espíritu común que hace que la comunidad se mantenga unida a través de ideas, creencias y sentimientos de todos tipos (Pérez-Agote, 2016). En este tiempo, la identidad religiosa aparece como principio fundamental de autodefinición, cuyo desarrollo marca la dinámica en la sociedad a través de una identidad comunitaria fuerte fundada en un legado histórico y tradición cultural (Castells, 1999).

La identidad de género es una base primaria de identidad del individuo, la cual se inscribe en una normatividad identitaria más amplia que el sexo, y que adquiere de la cultura o etnia donde participa la persona (Manzanares, 1999). Estos códigos se describen en un tiempo concreto, un lugar determinado y una sociedad que darán validez o sesgo al imaginario de cada individuo (García, 2005). Para algunos autores está compuesta de etapas: la asignación de género, la identidad de género y el rol de género (Rascón, 2007).

La identidad profesional es una construcción social adquirida como un legado histórico, producto de la transmisión de modelos y de las relaciones entre los miembros de una profesión (Salcedo, 2016). De manera conceptual, la construcción de la identidad profesional es congruente con los procesos en que se desarrolla personalidad individual (Cruess, Cruess, Boudreau, Snell y Steinert, 2015). Esta se sustenta en múltiples

significados individuales y colectivos, por lo que su definición es inherentemente subjetiva. Algunos autores aseguran que la etapa de construcción, maduración y consolidación de la identidad, es la adolescencia (Zamora, 2013). Porque más allá de ser una etapa biológica, en ella surge la visión del mundo. Desde el punto de vista psicológico y sociológico, esta etapa es en la que la persona se plantea su proyecto de vida futura, con base en lo que conoce, es decir, su identidad.

Referencias

- Beriain, J. (1993). De la sociedad industrial a la sociedad del riesgo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 63(1),145-162.
- Bolívar, A., Fernández, M., Molina, E. (2004). Investigar la identidad profesional del profesorado: una triangulación secuencial. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 6(1), 12. Recuperado de: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewFile/516/1117>
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson, El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.
- Caballero, K. (2009). *Construcción y desarrollo de la identidad profesional del profesorado universitario* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Castells, M. (1999). *Globalización, identidad y estado en América Latina*. Santiago, Chile: PNUD.
- Castilla, M.F. (2013). *La teoría del desarrollo cognitivo de Piaget aplicada en la clase de primaria* (Tesis de maestría). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
- Castro, M.U. (2009). Juventudes, culturas, identidades y tribus juveniles en el México contemporáneo. *Diario de campo*, 56(4),13-29.
- Craig, A.P. (2005). *What is self? A Philosophy of Psychology*. Lewiston: The Edwin Mellen Press.

- Cruess, R.L., Cruess, S.R., Boudreau, J.D., Snell, L., Steinert, Y. (2015). A Schematic Representation of the Professional identity formation and socialization of medical students and residents: A Guide for Medical Educators. *Academic Medicine*, 90(6), 718-725.
- Erikson, E. (1950). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Erikson, E. (1968). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. Nueva York: WW Norton & Co.
- Freud, S. (1920). *Obras completas: Más allá del principio del placer, psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- García, P. (2005). Identidad de género: modelos explicativos. *Escritos de Psicología*, 7, 71-81.
- Gennaioli, N., Tabellini, G. (2019). Identity, Beliefs, and Political Conflict. CEPR Discussion Paper 13390.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. Londres: Penguin.
- Goldie, J. (2012). The formation of professional identity in medical students: Considerations for educators. *Medical Teacher*, 34(4), e641-e648.
- Manzanares, P.A. (1999). La identidad de género y etnia: un modelo de análisis. *Nueva Antropología*, 16(55), 105-130.
- McLaren, L. (2016). Immigration, national identity and political trust in European democracies. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/1369183X.2016.1197772>
- Mead, G.H. (1982). *Espíritu, persona y sociedad*. Barcelona: Paidós Básica.
- Mead, M. (1997). *Cultura y compromiso*. Barcelona: Gedisa.
- Pérez-Agote, A. (2016). La religión como identidad colectiva: las relaciones sociológicas entre religión e identidad. *International Journal on Collective Identity Research*, 2, 155. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.16178>
- Piaget, J. (1981). La teoría de Piaget. *Infancia y Aprendizaje*, 4(2), 13-54.

- Rascón, M. T. (2007). *La construcción de la identidad cultural desde una perspectiva de género: el caso de las mujeres marroquíes*. (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga, España.
- Revilla, J. C. (2003). Los anclajes de la identidad personal. *Athenea digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 4, 54-67.
- Rice, F. P. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. Estado de México: Pearson Educación.
- Salcedo, A. (2016). La identidad docente de profesores de posgrados médicos y quirúrgicos en un hospital universitario: una mirada desde las historias de vida. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(1), 75-92.
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida: ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad*. Barcelona: Idea Books SA.
- Yañez, C. (1997). La identidad: aproximaciones al concepto. *Revista Colombiana de Sociología*, 3(2), 27-34.
- Zamora, P.E. (2013). La construcción de identidad en la adolescencia. El reto de apropiarse de un lugar en el mundo. *Eutopia. Revista del colegio de ciencias y humanidades para el bachillerato*, 6(19), 57-62.

LA IDENTIDAD PROFESIONAL

El sentimiento de pertenencia a un grupo con intereses, vocabulario y hábitos compartidos se desarrolla cuando un individuo se apropia de una identidad profesional. Para hablar sobre identidad profesional, es indispensable entender el concepto de vocación, la cual aparece en cualquier actividad profesional como el motivo por el cual los individuos tienen un mayor rendimiento en el trabajo y la búsqueda de propósito que evita fracasos personales (Larrosa, 2010).

Etimológicamente proviene del latín *vocatio*, de *vocatum*, que significa “llamar” (Perales, Mendoza y Sánchez, 2013). Por lo que la vocación sería de manera textual un llamado hacia una ocupación, profesión o actividad cualquiera (Flores, Góngora-Cortés, López y Eraña, 2019). Para atender este llamado debería cumplirse con una amplia gama de características personales que hacen que una persona tenga mayor afinidad por una actividad. Esta inclinación hacia una profesión o una carrera concreta representa un deseo firme y cierta complacencia en el ejercicio de la misma (Sánchez, 2003). Por lo que algunos autores aseguran que la vocación puede convertirse en un callejón sin salida para las personas que quieren ejercer una carrera, pero no tienen aptitudes para la misma, presentando una paradoja entre el “quiero ser” y el “puedo ser” (Larrosa, 2010).

El descubrimiento de esta vocación que se realiza en la adolescencia en ocasiones prueba no ser exitosa, ya que esta decisión aparece muy temprano en el trayecto de vida de un individuo. Elegir la profesión, oficio o quehacer al que se dedicará una buena parte de su vida adulta, parte de un proceso activo de maduración en la que integran intereses o aptitudes personales, así como presiones de la comunidad o del mercado. En la medida en que la persona madura, consolida y profundiza en la elección, y en ocasiones la modifica.

Para Fernández-Cárdenas y Silveyra-De la Garza (2010), en un nivel profesional, estas comunidades de práctica comparten categorías lingüísticas y repertorios que son la fuente de prácticas académicas y sociales en la que los aprendices son socializados. De tal forma que es un concepto dinámico que invariablemente está en construcción por los distintos participantes, grupos de interés y contextos o escenarios donde se desarrolla la actividad.

De manera conceptual, la construcción de la identidad profesional es congruente con los procesos en que se desarrolla personalidad individual (Cruess, Cruess, Boudreau, Snell y Steinert, 2015). De forma que se incorporan las esferas de la vida personal, familiar y profesional conforme avanzan en cada una de las etapas descritas por Freud, Erikson y Piaget (Castilla, 2013). Esto quiere decir que las otras esferas de la vida personal tienen una influencia en el desempeño profesional.

Las personas que comparten una profesión forman un colectivo, el cual fue denominado por Wenger (2000) como una *comunidad de aprendizaje*. Este concepto se refiere a un proyecto de transformación social profunda, en el que un grupo de personas se integra para participar con el fin de realizar una educación participativa que trasciende a la formación áulica. Estos grupos de personas se suman al proceso de cambio colectivo en un dominio compartido del comportamiento humano.

Algunos ejemplos de esta integración son observables en un grupo de cirujanos explorando nuevas técnicas de tratamiento o estudiantes que están definiendo su identidad y pertenencia en una nueva escuela.

Wenger (2000) expone que un grupo social y una comunidad comparten como prácticas que su identidad está definida por un interés en común, la pertenencia implica un compromiso y que el bagaje de experiencias que tienen acumuladas como red, no necesariamente es reconocida como tal por terceros. En una comunidad de aprendizaje, los miembros se comprometen a interactuar en actividades conjuntas para la ayuda entre pares y pares cercanos. Algunos elementos indispensables para describir una comunidad de práctica son: gestión del conocimiento, aprendizaje colaborativo, experiencias, debate y reflexión (Figura 3).

Figura 3. Elementos de una comunidad de práctica



La gestión del conocimiento y el aprendizaje colaborativo describen cómo se construye el aprendizaje y cómo se comparte entre sus miembros. Las experiencias integran los mecanismos en los cuales la comunidad explora la aplicabilidad de su conocimiento y crece en nuevos hábitos. El debate y la reflexión son elementos de andamiaje y desarrollo para los nuevos miembros en los que se asegura un futuro para la comunidad.

Históricamente, la vocación del médico ha tenido propuestas desde un marco mágico-religioso que consideran esta vocación como un “llamado divino”, evidencia del destino (Larrosa, 2010). Por ejemplo, en la Plegaria del Médico de Maimónides, el médico es elegido para velar por la vida y la salud de todas las criaturas (Perales, Mendoza y Sánchez, 2013). Esto también se observa en el Juramento Hipocrático, base de la ética médica, y en los consejos de Esculapio que presentan a su vez los estándares profesionales de la medicina (Peña, 2014).

En aproximaciones posteriores, el proceso de convertirse en médico ha sido descrito como una transición especial en la que, mediante experiencias, un estudiante de medicina se convierte en un doctor (Joseph, Bader, Wilson, Walker, Stephen y Varpio, 2017). Algunos estudios han evaluado el impacto que tienen los encuentros clínicos tempranos y la vinculación con pacientes, lo cual repercute en la concepción que los médicos en formación tienen sobre sí mismos; ellos inician inseguros sobre sus habilidades y van evolucionando hasta adquirir autoconfianza y mayor seguridad sobre su rol (Wilson, Cowin, Johnson y Yound, 2013).

De acuerdo a Wong y Trollope-Kumar (2014), los estudios se han realizado bajo la lente etnográfica y sociológica, para entender el proceso de preparación el aprendiz se involucra en una transformación donde se integran conocimiento, habilidades, valores y comportamientos de un médico humano con sus propia identidad y valores básicos. Para algunos, este proceso de cambios es sencillo, ya que sus valores personales se alinean con aquellos de la profesión; sin embargo, para otros se vuelve un momento arduo plagado de incongruencias que tratan de reivindicar su forma de ver la vida, ambiciones y valor personal.

Eso último puede ocasionar una disonancia en la identidad, lo cual crea un sentido de rechazo y falta de pertenencia, no solo en su identidad profesional, sino un conflicto de mayor

profundidad. Aunque estas diferencias pueden ser positivas, en el sentido de que el alumno deba apropiarse de nuevos valores como el respeto por la vida y el apego a principios religiosos expresados por el paciente previo a un tratamiento, en ocasiones también se enfrentan a anti-modelos del médico. Por ejemplo, el cinismo o la arrogancia que forma parte de la práctica médica de algunas escuelas de pensamiento (Wilson, Cowin, Johnson y Yound, 2013).

La identidad profesional define a la actividad del médico como una práctica profesional y técnica ligada directamente a la producción de conocimiento científico (Picaroni, 2017). Esta identidad, descrita en la Figura 4, se cimienta en experiencias previas, la observación de modelos a seguir, y el currículo formal y oculto, y está mediada por la participación en encuentros con pacientes y por las expectativas de la sociedad (Wong y Trollope-Kumar, 2014).

Figura 4. Identidad profesional del médico construida en la práctica



Las experiencias previas integran el bagaje personal, experiencias profesionales previas, identidades, motivaciones y expectativas del estudiante anteriores al ingreso a la carrera profesional. El tema de modelos a seguir se refiere a las influencias

positivas y negativas de profesores en los que los estudiantes han podido observar en sus encuentros académicos o clínicos. El tema de encuentros con pacientes integra las narrativas de aprender de los pacientes, momentos significativos como presenciar un nacimiento o una muerte, compartir malas noticias y utilizar la empatía en su relación médico-paciente. El tema de currículo describe el valor del ambiente formal para prepararlos para la práctica clínica, y las reglas no-escritas para conducirse en dilemas éticos. Las expectativas de la sociedad se refieren a los subtemas de relación de poder en su comunidad y las responsabilidades con el paciente y sus familias.

Jarvis-Selinger, Pratt y Regehr (2012) describen el proceso mediante etapas sucesivas en las que los médicos evolucionan hasta que son capaces de representar un rol. Siguiendo ese modelo de etapas distintas y discontinuas, es importante destacar la importancia de las crisis abruptas en las que emergen discrepancias en las experiencias que facilitan estos procesos. El interaccionismo simbólico ha sido utilizado para abordar las relaciones sociales en instituciones sanitarias y para esta adopción de la identidad profesional se utiliza la escenificación de un rol específico y un comportamiento que refleja ese rol (Picaroni, 2017).

El identificar el papel que observan en los procesos de atención en la clínica se trata de una legitimización y mantenimiento de sus prácticas y saberes hegemónicos sobre otras profesiones y, al mismo tiempo, el cuestionamiento y crítica de los mismos (Picaroni, 2017). Para Burford (2012), el significado de ser un médico está en constante cambio acorde a las políticas, cambios epidemiológicos y modelos de atención. Jarvis-Selinger, Pratt y Regehr (2012) lo ejemplifican en que un estudiante puede considerarse un médico como proveedor de salud, y se encuentra con la muerte de un paciente o toca un cadáver por primera vez; este tipo de incidentes o dilemas

fuerzan al médico en formación a resolver sus nociones sobre lo que significa ser un médico.

De acuerdo a Picaroni (2017), el saber y la identidad médica se construyen, transforman y expresan en contextos específicos que le son intrínsecos. Esta se construye, transforma y expresa en forma individual y colectiva, sin ser fijas, estáticas o coherentes. Otros autores afirman que esta construcción se realiza mediante la naturaleza discursiva e iterativa en los encuentros con el paciente, con los colegas y mentores, en contextos múltiples (Wong y Trollope-Kumar, 2014). Para Cruess, Cruess, Boudreau, Snell y Steinert (2014) este es el principal objetivo de la educación médica: el apoyo para el desarrollo de una sólida identidad profesional en cada estudiante de medicina y residente.

Desde una perspectiva antropológica, el trabajo del médico puede entenderse como un acto social institucionalizado constituido por representaciones y prácticas socioculturales ordenables para su análisis como un saber específico (Picaroni, 2017). De acuerdo a Forsythe (2005), esto incluye valores de la profesión y la ética detrás de sus implicaciones en la práctica. Para Picaroni, la relación de poder mediante la adopción del título de “Doctor” o “diostor”, impacta en la conformación de la identidad profesional se define partiendo de la contraposición al no-médico, al lego e incluso contra otros médicos. Esto es observable en la verticalidad de la relación con el paciente, en donde el médico posee todo el saber, y esta se extiende hacia otros dominios de su vida. Algunos de los medios que se utilizan son la forma de vestir, hablar, escribir, costumbre o gustos.

En el médico, un momento trascendental es cuando se adopta este título de “Doctor”, donde físicamente puede empezar a portar la “bata blanca”. Algunas organizaciones realizan ceremonias especiales donde los profesionales de la salud pronuncian el juramento hipocrático y simbólicamente se colocan un chaquetín blanco. Este momento se conoce como un rito de

paso o de iniciación que marca la transición hacia otro estado en la vida del individuo (Peña, 2014).

Referencias

- Burford, B. (2012). Group processes in medical education: learning from social identity theory. *Medical Education*, 46(2), 143-152.
- Castilla, M.F. (2013). *La teoría del desarrollo cognitivo de Piaget aplicada en la clase de primaria* (Tesis de maestría). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
- Cruess, R.L., Cruess, S.R., Boudreau, D., Snell, L., Steinert, Y. (2014). Reframing Medical Education to Support Professional Identity Formation. *Academic Medicine*, 89(11), 1446-1451.
- Cruess, R.L., Cruess, S.R., Boudreau, J.D., Snell, L., Steinert, Y. (2015). A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators. *Academic Medicine*, 90(6), 718-725.
- Fernández-Cárdenas, J.M., Silveyra, M. (2010). Disciplinary Knowledge and Gesturing in Communicative Events: a Comparative Study between Lessons using Interactive Whiteboards and Traditional Whiteboards in Mexican Schools. *Technology Pedagogy and Education*, 19(2), 173-193.
- Flores Meléndez, M., Góngora-Cortés, J.J., López Cabrera, M.V., Eraña Rojas, I.E. (2019). El llamado de la medicina: uso de nuevos modelos de mentoría para la orientación vocacional. *Educación Médica*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.11.008>
- Forsythe, G.B. (2005). Identity Development in Professional Education. *Academic Medicine*, 80(10), 112-117.
- Jarvis-Selinger, S., Pratt, D., Regehr, G. (2012). Competency is Not Enough: Integrating Identity Formation Into the Medical Education Discourse. *Academic Medicine*, 87(9), 1185-1190.

- Joseph, K., Bader, K., Wilson, S., Walker, M., Stephen, M., Varpio, L. (2017). Unmasking identity dissonance: exploring medical student's professional identity formation through mask making. *Perspect Med Educ*, 6, 99-107.
- Larrosa, F. (2010). Vocación docente versus profesión docente en las organizaciones educativas. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 13(4), 43-52.
- Perales, A., Mendoza, A., Sánchez, E. (2013). Vocación médica; necesidad de su estudio científico. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(2), 133-140.
- Peña, D. (2014). El arte de la medicina: ética, vocación y poder. *Panorama Cuba y Salud*, 9(3), 31-41.
- Picaroni, N. (2017). Trabajo médico e identidad profesional, Inserción de médicos/as de la ELAM (Cuba) en Uruguay y Chile. *Revista Uruguaya de Antropología Etnográfica*, 11(1), 27-40.
- Sánchez, E. (2003). La vocación entre los aspirantes a maestro. *Educación XXI*, 6, 203-222.
- Wenger, E. (2000). Communities of practice and social learning systems. *Organization*, 7(2), 225-246.
- Wilson, I., Cowin, L.S., Johnson, M., Young, H. (2013). Professional Identity in Medical Students: Pedagogical Challenges to Medical Education. *Teaching and Learning in Medicine*, 25(4), 369-373.
- Wong, A., Trollope-Kumar, K. (2014). Reflections: an inquiry into medical students' professional identity formation. *Medical Education*, 48(5), 489-501.

DIMENSIONES DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL DEL EDUCADOR MÉDICO

A fin de presentar una propuesta para describir la identidad profesional del educador médico, es importante analizar el estado actual de la investigación sobre el tema. En ese sentido, Sabel y Archer (2014) realizaron un estudio cualitativo para identificar los principales retos que el educador médico tiene para apropiarse de su identidad. Ellos tuvieron dos enfoques: realizaron nueve grupos focales con un análisis interpretativo fenomenológico para estudiar cómo los educadores jóvenes entienden los eventos y fenómenos para explicar su carrera profesional; por otro lado, realizaron entrevistas a profundidad con educadores experimentados. Esto permitió hacer una triangulación de los distintos elementos que forman parte de las barreras y habilitadores que forman parte de la educación médica. Las preguntas que formaron parte de la guía de los grupos focales de aproximadamente 80 minutos, fueron: cuál es su entendimiento de una carrera como educador médico, cuáles son las prácticas en su país para el entrenamiento y acreditación de competencias del educador médico, cuáles son las fortalezas y debilidades de su propia experiencia como educador médico, y qué intervenciones podrían formar parte del desarrollo de su carrera como educador médico. Estas fueron

procesadas con un análisis temático de contenido utilizando el software de NVivo 8.0. Finalmente consideraron como marco de referencia la teoría de identidad social, donde emergieron los temas: identidad profesional, categorización social, identidad de grupo y desarrollo de la identidad. Uno de los hallazgos que son consistentes con otros estudios es que existe una crisis de identidad dual, la médica asistencial y la de educador; sin embargo, los grupos focales y las entrevistas demostraron que la identidad dominante es la de médico y la de educador está en segundo lugar. Algo especial de este estudio es que ahondan en el entendimiento de los participantes en educación médica, y ellos parecen interiorizarlo como un rol más que comparten en su complicada agenda. Los médicos no se asumen como educadores, y los autores aseguran que es por la falta de involucramiento emocional con esta tarea. Su vinculación se encuentra en un nivel operativo, dependiente de las responsabilidades que deben mantener.

Helfin, Pinheiro, Kaminetzky y McNeill (2009) se enfocaron en médicos que participan en la enseñanza clínica del programa de medicina interna para estudiar diferentes elementos que componen al educador médico. Ellos realizaron grupos focales para discutir los conceptos de: la definición del educador médico, delinear los objetivos de aprendizaje de un programa de formación para educadores médicos, y posibles facilitadores y barreras en esta identificación. En la investigación participaron 23 médicos internistas, y directores de programa de diferentes centros de estudios de posgrado. Los resultados indican una separación temática en cuatro roles de educadores médicos: enseñanza en el entorno clínico, desarrollo curricular, administración y académico. Un aspecto a destacar, que forma parte de este análisis, es el valor que ellos perciben en un programa formativo exclusivo de educadores médicos, ellos consideran que esta actividad detona a su vez

la creación de una comunidad en la que es natural la generación de proyectos conjuntos, basados en la negociación e inspiración de diseminar el cambio que ellos han experimentado. Además, discutieron la complejidad de su vida profesional donde el balance entre su vida como clínicos y educadores debe alcanzarse muchas veces sin la preparación y guía adecuada.

Sethi, Aijawi, McAleer y Schofield (2017) realizaron un estudio en 2014 con un método mixto de tres fases, en el que a partir de teoría fundamentada estudiaron la formación de identidad en educadores médicos. El marco conceptual del estudio se basa en la teoría de comunidades de práctica de Wenger (2000) para entender la profundidad de los cambios y barreras en su desarrollo de la identidad profesional. En las entrevistas semiestructuradas, participaron 36 médicos educadores con estudios de posgrado en educación médica. El análisis se basó en construir una explicación teórica del fenómeno basada en la adquisición, síntesis, análisis e interpretación de experiencias prácticas de los participantes. El abordaje que realizaron fue el de preguntar acerca de los miedos y tensiones alrededor de convertirse en educadores médicos, posterior a la obtención de la información ellos utilizaron el software de ATLAS.ti 7 para su análisis. Los autores reportan seis tensiones asociadas: 1) balance de múltiples identidades, 2) baja valoración de carrera en educación, 3) poca claridad en la definición de carreras en educación, 4) dificultad de la traducción entre la teoría de pedagogía y la práctica educativa en la clínica, 5) baja paga en carreras como educador, y 6) los retos del desarrollo profesional continuo para mantenerse a la vanguardia. Una de sus conclusiones es que como las creencias y valores relacionados con la enseñanza tienen un impacto en la formación de la identidad, estas tensiones se vuelven críticas para la definición de una carrera exitosa. Hasta ahora los programas formativos o de desarrollo se han enfocado en prepararlos en conceptos

básicos de pedagogía, la validez de las diferentes herramientas de evaluación; sin embargo, los programas no están apoyando en el desarrollo de estrategias que faciliten la resolución de estas tensiones o en la definición de planes de vida estructurados.

Lieff, Baker, Mori, Egan, Chin y Reeves (2012) estudiaron los factores clave que forman parte de la identidad profesional de los médicos con un rol académico. Ellos consideraron un abordaje cualitativo en el que analizaron la participación de 43 médicos en el marco de un programa de desarrollo docente que tenía dos años de duración. Su metodología fue el estudio de caso, debido a que esta permite el estudio a profundidad de un individuo o un grupo. Los autores destacan la particularidad que permite que el investigador se involucre en el análisis de los datos recolectados desde múltiples recursos con el propósito de entender el fenómeno de estudio. Durante este periodo de dos años, los docentes entregaron tres ensayos reflexivos y se realizaron trece grupos focales que tuvieron en promedio siete u ocho participantes, lo cual permitía hacer una triangulación de la información obtenida en las diferentes fases. Ambos fueron analizados con un análisis temático de contenido en tres factores: personal, relacional y contexto. El tema personal incluyó los subtemas de percepción de las capacidades, interpretación de las acciones, impacto de la experiencia previa y administración de identidades que compiten entre sí. En el caso del educador médico, serían la de médico y la docente. El tema relacional se refiere al sentido de pertenencia, la comparación con los otros, y la percepción de los otros. El de contexto describe el discurso del programa, los métodos y contenido curricular, y el entorno laboral. En relación al tema personal, los resultados indican que los participantes adquirirían mayor confianza de su rol como educadores al participar en los talleres de desarrollo docente, pero en ciertos momentos la confianza se veía afectada al hacerse conscientes de que todavía tenían mucho por

aprender. Con esta confianza, las entrevistas demostraron un impacto en sus habilidades para hacer experimentación educativa fuera de su zona de confort. En el tema relacional, los participantes indicaron que compartir tiempo con otros médicos docentes les otorgaba un sentido de pertenencia a una comunidad que compartía ideas y experiencia, lo cual es congruente con teorías como la de Wenger (2000). Desde el tema de contexto, los participantes indican que comparten e interiorizan un nuevo lenguaje que les permite integrarse también con la comunidad de expertos en educación.

Dorene, Alix, Latha, Donna y Maryellen (2018) realizaron un estudio con entrevistas semiestructuradas con 36 educadores médicos en abril de 2016, ellos utilizaron el modelo de Ibarra de transformación de la identidad para hacer la codificación de las transcripciones. El modelo de Ibarra (1990) describe tres tareas críticas: 1) observación de diferentes modelos a seguir que pueden ser aplicables a su contexto específico, 2) experimentación personal con los diferentes modelos a fin de hacer un juicio y reflexión sobre cuál se adapta a su personalidad y estilo, y 3) evaluación de dichos experimentos e integración con experiencias pasadas. Dos investigadores participaron en el proceso de entrevistas, las cuales se extendieron en promedio por 28 minutos; el análisis se realizó con el *software* de DeDoose. La teoría fundamentada se utilizó para entender el rol implícito del mentoreo en la gestión de la una carrera como educador médico. Los autores destacan que, en un periodo de 10 años, los participantes cambiaron de rol de aprendices a desarrolladores de profesores, y aunque no son capaces de describir cómo o cuándo sucedió el cambio, sí pueden describir sus habilidades o actitudes como educadores médicos. Los extractos de narraciones presentadas son consistentes con el modelo descrito por Ibarra de transformación de su identidad, y exploran los factores individuales y colectivos que facilitan esta construcción.

Sullivan e Irby (2014) realizaron un estudio cualitativo en el que exploraron la formación de la identidad de los médicos educadores que participan en la capacitación de otros profesores. Ellos incluyeron ocho preguntas en una entrevista semiestructurada en la que hablaban sobre su formación como educadores, la motivación para participar en la formación de sus pares, el impacto en su propia identidad como educadores, la descripción de sus roles profesionales, la concepción de sus trayectorias de carrera y el impacto que esto tiene en sus instituciones o ambientes de influencia. La pregunta que ellos trataban de responder era cómo describen su identidad, y cómo consideran que la construcción que realizan de su identidad impacta en sus comunidades de práctica. Para el análisis, la información fue estructurada en el modelo de alineación de identidad: identidades en compartimentos, identidades jerarquizadas, identidades paralelas e identidades integradas, en la que ambas coexisten a consciencia. Los resultados indican que los médicos educadores con mayor compromiso en la formación de otros profesores, demostraban una identidad integrada.

Salcedo (2016) realizó un estudio cualitativo en Colombia, desde un enfoque histórico hermenéutico, empleando las historias de vida con cinco profesores con actividad en el hospital. Los resultados fueron triangulados entre: relatos de profesores, interpretación de los investigadores y la teoría pedagógica existente. Como criterios de inclusión se encontraba el contar con al menos cinco años experiencia docente y participación en el hospital. Se utilizaron entrevistas abiertas con duración en promedio de entre 50 y 90 minutos. Se utilizó una guía de entrevista con temas provocadores que incitaban a la narración. Su análisis se centró en el significado, y posteriormente se realizó una codificación en tres categorías: cómo se convirtieron en docentes, el sentido o motivaciones de realizarlo, y cómo viven las etapas de cambio y adaptación de su actividad. Como

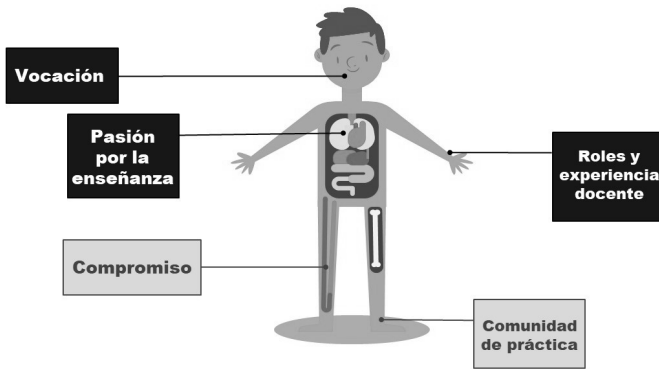
hallazgos se encuentra que la ausencia de formación pedagógica genera tensión y preocupación en los profesores lo cual impedía que ellos pudieran considerar la educación médica como una carrera. Uno de los aspectos más relevantes de esta investigación es el entendimiento de la identidad de los educadores médicos en tres facetas: como persona, como profesor y como parte de la profesión docente. Cada uno de estos se posiciona desde una construcción social. El concepto de persona es totalmente cambiante, el de profesor madura también con el paso del tiempo, pero el pertenecer a la profesión docente es un constructo más o menos estable, basado en la transmisión de un modelo.

La reflexión sobre la relación entre los roles desempeñados, la identidad profesional y la competencia individual específica a una comunidad de práctica es, un proceso crítico para integrar la estructura social en el comportamiento de un individuo (Jarvis-Selinger, Pratt y Regehr, 2012). Esto implica la internalización de una identidad que de entrada parece ser rechazada por los educadores médicos.

En estos estudios presentados, se ha encontrado que el educador médico posee una identidad dual que está en constante negociación, afectando así su interpretación del valor de su tarea formativa en los estudiantes de medicina. Esto se agrava con políticas organizacionales que privilegien las prácticas individuales de reconocimiento y la evaluación del desempeño en las universidades y escuelas de medicina; sin embargo, en la medida que incrementa la demanda y, en consecuencia, la oferta de programas en ciencias de la salud, existe una necesidad de encontrar educadores médicos preparados y apropiados de su identidad, a fin de que sean capaces de crecer y desarrollarse en su profesión (van der Berg, Verberg, Scherpbier, Jaarsma y Lombarts, 2017).

La propuesta de este libro describe que la identidad profesional del educador médico, se integra por dimensiones de carácter interno y externo (Caballero, 2009). Los de carácter interno son: los roles y experiencias en docencia, la vocación y la pasión por la enseñanza. Los de carácter externo son: el compromiso y la integración dentro de una comunidad de práctica, los cuales dan sustento a la identidad del educador (Figura 5).

Figura 5. Dimensiones que integran la identidad profesional del educador médico



Estos elementos se presentan sintéticamente en la Tabla 7.

Tabla 7. Elementos internos y externos que conforman la identidad profesional

<i>Carácter de la identidad</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Descripción</i>
<i>Interno</i>	<i>Roles y experiencia docente</i>	Engloba el dominio de los conocimientos y competencias que ha adquirido mediante la experiencia de la práctica en la enseñanza (Frank, Snell y Sherbino, 2015).
	<i>Vocación</i>	Se refiere a la congruencia entre la posibilidad de hacer lo que se siente o desea hacer (Goldie, 2012).
	<i>Pasión</i>	Una parte afectiva que rige la interacción en el entorno profesional. Esta perspectiva particular permite la interpretación de los acontecimientos (Forsythe, 2005; Steinert, 2012).

<i>Externo</i>	<i>Compromiso</i>	Identificación que el individuo tiene en la cultura profesional del educador médico.
	<i>Comunidad de práctica</i>	Vinculación con profesionales de su misma disciplina; aquellos ya egresados tienen la responsabilidad de aquellos aún en formación (Frank, Snell y Sherbino, 2015).

De manera ampliada, los *roles y experiencia docente* otorgan un dominio demostrado de conocimientos y competencias que distinguen a un educador médico en este ejercicio (Sethi, Aijawi, McAleer y Schofield, 2017). Para Schön (1998), esta acumulación de conocimiento tácito es un acompañante permanente, y se conoce como conocimiento en la acción. Un educador médico con conocimiento de su profesión conoce los orígenes y la evolución histórica de la educación médica, y es capaz de distinguir las diferencias entre su participación como educador médico y el de otros profesionales de la salud (Roberts, Schwartzstein y Weinberger, 2014). Para mantenerse actualizado, tiene de manera cercana el acceso a revistas científicas de educación médica, y conoce las asociaciones y sociedades para educadores médicos (Sabel y Archer, 2014). En el contexto de México, esto se refiere a la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) que acredita a las universidades y mantiene talleres de actualización para docentes, y la Academia Nacional de Educación Médica (ACANEMED) la cual organiza reuniones y congresos para discutir las tendencias que rigen la educación médica. En el contexto internacional, se encuentran la Asociación Europea de Escuelas de Medicina (AMEE), la Asociación de Educación Médica (ASME), la Asociación de Colegios Médicos Americanos (AMMC) y la Asociación Internacional de Educadores de Ciencia Médica (IAMSE).

En la *vocación* se observa la congruencia entre la posibilidad de perseguir una carrera profesional en el entorno académico y haberlo logrado (Liu, Carrese, Colbert-Getz, Geller y Schochet,

2014). La vocación se encuentra en el sentido que su profesión provee un servicio y propósito único a la sociedad, una especie de trascendencia que se encuentra en la satisfacción con el trabajo y la profesión (Super, 1957). Esto se puede observar en cómo recomiendan esta alternativa de carrera a otros médicos, y la alineación de la personalidad y atributos con las características y valores de la profesión (Vicente-Sánchez, Vicente-Peña, Rocha-Vázquez y Costa-Cruz, 2014). Schön (1998) se refiere también a la metacognición en la acción, como la reflexión y la captación de las variantes y matices. Esta tiene un fuerte componente subjetivo, ya que depende de una apreciación sobre la situación y está ligada a las emociones. La actitud se evidencia en el optimismo respecto al avance y futuro de la educación médica, y en cómo las metas profesionales se complementan con las personales, y viceversa. El educador médico se siente valorado como tal, y no existe una desvaloración al contrastar su participación como educador respecto al ejercicio en la clínica (Steinert, 2012).

La *pasión* se materializa en el poder y autonomía que el individuo ha adquirido como educador médico (Picaroni, 2017). Un profesor que se ha apropiado de estos roles, valora los diferentes tipos de participación que puede tener un educador médico, como mentor, catedrático, instructor o consultor (Goldie, 2012). Además, reconoce que el contexto donde se desempeña para determinar las actividades que debe llevar a cabo para ejercer como educador médico, sin afectar negativamente el bienestar o la atención del paciente (Burford, 2012). La experiencia del educador se adquiere de múltiples formas, una de las más tradicionales es a través del entrenamiento formal o la educación continua de cursos de preparación para fungir como educador, existen además otros mecanismos informales para la adquisición de conocimiento profesional y habilidades prácticas requeridas para desenvolverse en su rol.

Invariablemente esto tiene un impacto en la confianza que el educador toma hacia su trabajo, al igual que el optimismo que demuestra hacia su rol (Cruess, Cruess, Boudreau, Snell y Steinert, 2015). Una práctica que no se encuentra todavía generalizada se refiere al profesionalismo, la cual se compone de la interiorización de los principios éticos y estándares profesionales propios de su rol, y la práctica de reflexión continua que detona la autoevaluación de su efectividad y desempeño como educador médico (Draper y Louw, 2009).

El *compromiso* se refiere a la identificación que el individuo tiene en la cultura profesional del educador médico. Esta se observa en la actualización constante, compromiso en asociaciones de educación médica, y la participación activa en conferencias. También se demuestra en la presentación de proyectos de investigación donde el educador ha participado o ha fungido como líder, incluso en la difusión a través de una publicación en una revista de impacto. Estas actividades facilitan un proceso reflexivo, llamado por Schön (1998) como reflexión sobre la acción. Otra forma de observarlo es en el compromiso en posiciones de liderazgo de manera voluntaria, como grupos de interés, comités o mentoreo (Draper y Louw, 2009).

La integración dentro de una *comunidad de práctica* se refiere a la creación de un clima apto para la formación de recursos humanos en su área (Fernández-Cárdenas y Silveyra, 2010). Este ambiente se genera cuando en un clima de respeto, existe una búsqueda para la retroalimentación y supervisión en los colegas o pares cercanos para el desarrollo profesional (Goldie, 2012; Heflin, Pinheiro, Kaminetzky y McNeill, 2009). También cuando se interactúa de manera programada y sistemática con un mentor que funge de manera personal como un guía. Un alto nivel de compromiso es observable cuando el educador se cuestiona sobre su identidad profesional y discute el rumbo de la profesión con otros educadores

médicos (Caballero, 2009; Jarvis-Selinger, Pratt y Regehr, 2012; Konerman, Alpert y Shashank, 2016).

Referencias

- Burford, B. (2012). Group processes in medical education: learning from social identity theory. *Medical Education*, 46(2), 143-152.
- Caballero, K. (2009). *Construcción y desarrollo de la identidad profesional del profesorado universitario* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L., Steinert, Y. (2015). A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators. *Academic Medicine*, 90(6), 718-725.
- Dorene, B., Alix, D., Latha, C., Donna, A., Maryellen, G. (2018). How Mentor Identity Evolves: Findings from a 10-Year Follow-up Study of a National Professional Development Program. *Academic Medicine*, 93(7),1-10.
- Draper, C., Louw, G. (2009). What is medicine and what is a doctor? Medical student's perceptions and expectations of their academic and professional career. *Medical Teacher*, 29(5), e100-e107.
- Fernández-Cárdenas, J.M., Silveyra, M. (2010). Disciplinary Knowledge and Gesturing in Communicative Events: a Comparative Study between Lessons using Interactive Whiteboards and Traditional Whiteboards in Mexican schools. *Technology Pedagogy and Education*, 19(2), 173-193.
- Forsythe, G.B. (2005). Identity Development in Professional Education. *Academic Medicine*, 80(10), 112-117.
- Frank, J. R, Snell, L., Sherbino, J., editors. (2015). *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

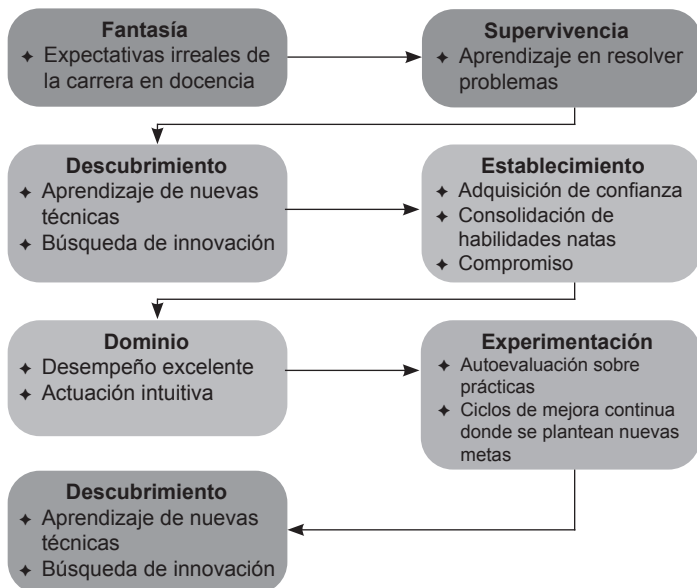
- Goldie, J. (2012). The formation of professional identity in medical students: Considerations for educators. *Medical Teacher*, 34(4), e641-e648.
- Heflin, M. T., Pinheiro, S., Kaminetzky, C. P., McNeill, D. (2009). So you want to be a clinician-educator. Designing a clinician-educator curriculum for internal medicine residents. *Medical Teacher*, 31(6), e233-e240.
- Ibarra, H. (1990). Provisional selves: Experimenting with image and identity in professional adaptation. *Administrative Science Quarterly*, 44(4), 764-791.
- Jarvis-Selinger, S., Pratt, D., Regehr, G. (2012). Competency is Not Enough: Integrating Identity Formation Into the Medical Education Discourse. *Academic Medicine*, 87(9), 1185-1190.
- Konerman, M., Alpert, C., Shashank, S. (2016). Learning to be a clinician-educator. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(3), 338-342.
- Lieff, S., Baker, L., Mori, B., Egan-Lee, E., Chin, K., Reeves, S. (2012). Who am I? Key Influences on the formation of academic identity within a faculty development program. *Medical Teacher*, 34(3), e208-e215.
- Liu, R., Carrese, J., Colbert-Getz, J., Geller, G., Schochet, R. (2014). Am I cut out for this? Understanding the experience of doubt among first-year medical students. *Medical Teacher*, 37(12), 1-7.
- Picaroni, N. (2017). Trabajo médico e identidad profesional, Inserción de médicos/as de la ELAM (Cuba) en Uruguay y Chile. *Revista Uruguaya de Antropología Etnográfica*, 11(1), 27-40.
- Roberts, D.H., Schwartzstein, R.M., Weinberger, S.E. (2014). Career Development for the Clinician-Educator. *AnnalsATS*, 11(2), 254-259.
- Sabel, E., Archer, J. (2014). Medical Education is the Ugly Duckling of the Medical World and the Other Challenges to Medical Educators Identity Construction: A Qualitative Study. *Academic Medicine*, 89(11), 1474-1480.
- Salcedo, A. (2016). La identidad docente de profesores de posgrados médicos y quirúrgicos en un hospital universitario:

- una mirada desde las historias de vida. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(1), 75-92.
- Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo*. Barcelona: Paidós.
- Sethi, A., Ajjawi, R., McAleer, S., Schofield, S. (2017). Exploring the tensions of being and becoming a medical educator. *Medical Education*, 17, 62. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0894-3>
- Steinert, Y. (2012). Faculty development: On becoming a medical educator. *Medical Teacher*, 34(6), 74-76.
- Sullivan, P. S., Irby, D. M. (2014). Identity Formation of Occasional Faculty Developers in Medical Education: A Qualitative Study. *Academic Medicine*, 89(11), 1467-1473.
- Super, D. E. (1957). *The psychology of Careers*. New York: Harper and Row.
- Van der Berg, J. W., Verberg, C. P. M., Scherpbier, A. J. J. A., Jaarsma, A. D. C., Lombarts, K. M. (2017). Is being a medical educator a lonely business? The essence of social support. *Medical Education*, 51(3), 302-315.
- Vicente-Sánchez, B., Vicente-Pena, E., Rocha-Vázquez, M., Costa-Cruz, M. (2014). Orientación y formación vocacional hacia la carrera de Medicina. *Medisur*, 12(1), 14.
- Wenger, E. (2000). Communities of practice and social learning systems. *Organization*, 7(2), 225-246.

PROCESO DE MADURACIÓN DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL EN EL EDUCADOR MÉDICO

La identidad profesional evoluciona a través del tiempo. Para Bevan (2004) esta vida profesional surge a través de una carrera como docente. El autor lo describe de acuerdo a un modelo de siete ciclos de la vida de un profesional en docente: fantasía, supervivencia, descubrimiento, establecimiento, dominio, experimentación e impacto (Figura 6).

Figura 6. Explicación del ciclo de vida del profesor



El autor los asocia con el factor de tiempo, particularmente el número sesiones de clase que ha impartido el educador. Con el paso del tiempo, el educador obtiene experiencias, en ocasiones ligadas a una biografía personal, que lo desarrolla en su carrera profesional. Un docente novato, ubicado en el ciclo de *fantasía*, cree que sabe de qué se trata la enseñanza, sueña con repetir lo que observó de sus propios profesores. Considera que la forma en la que fue educado es la mejor forma de aprender. No obstante, esta idea se ve destruida cuando entra en el ciclo de *supervivencia* donde el choque con la realidad de obtener una primera experiencia docente presenta el reto de mantener la calidad profesional mientras se presentan problemas de falta de confianza en sí mismo. Además, se presentan dificultades en el manejo del tiempo, los cuales se pueden aminorar en la medida que se pida ayuda a otros colegas que ya han recorrido ese camino.

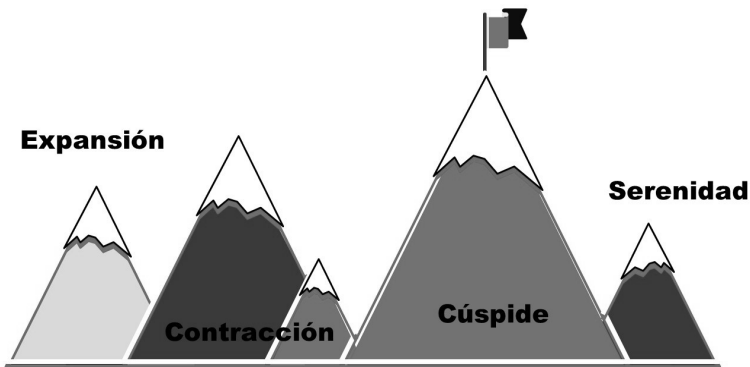
Un docente se encuentra en el ciclo de *descubrimiento* cuando se da cuenta de que no lo sabe todo, empieza a buscar ciclos que le permitan actualizarse. Algunos buscan programas formales de posgrado en educación para adquirir las bases y principios de pedagogía o andragogía. Un docente en el ciclo de *establecimiento*, quizás entre el cuarto y octavo año de experiencia, se siente cómodo con la dinámica educativa dentro de su salón de clase. Ha construido un repertorio de estrategias y materiales que le permite identificar tendencias en el desempeño y reacciones de los estudiantes. Un docente en el ciclo de *dominio*, además de poseer conocimientos y habilidades en docencia, adquiere un compromiso con su profesión.

Entre los seis y diez años de experiencia, el docente evoluciona hacia el ciclo de *experimentación*. En este momento, el docente busca diversificarse en sus materiales y metodologías, a fin de salir de la rutina y plantear nuevos retos. Por último, se encuentra el ciclo de *impacto*. Un docente en esta etapa de

carrera sabe que se necesita hacer para motivar al estudiante, y lo hace. Además, lo logra de manera eficiente.

Huberman (1989) describe en momentos en la carrera de profesores. En estos instantes de cambio entre una *expansión* y *contracción* con el entorno, el profesor crece en su carrera conforme obtiene perspectiva mediante la exploración, luego se satura, y llega a una etapa de estabilización, o incluso retroceso (Figura 7). Posteriormente, vuelve a inspirarse, crece, y se diversifica, para finalmente regresar a una etapa conservadora titulada *serenidad*. Este modelo se asocia fuertemente a la edad del docente, y los años que pasa en cada una de las posiciones y pudiera describirse como el arquetipo de como se hace carrera dentro de una organización.

Figura 7. Momentos en la carrera de profesores



Un profesor que experimenta el momento de *expansión*, florece en su vida profesional. Este profesional es reconocido por sus estudiantes y líderes directos, de acuerdo a la calidad con la que imparte sus cursos. En la medida que domina nuevas habilidades, se capacita y busca actualizarse. Es posible describir su crecimiento como la escalada de montaña en la que el profesional busca la cima, para hacerlo en ocasiones tiene que

bordear una ladera que le lleva a descender algunos metros ya que es el único camino que tiene disponible.

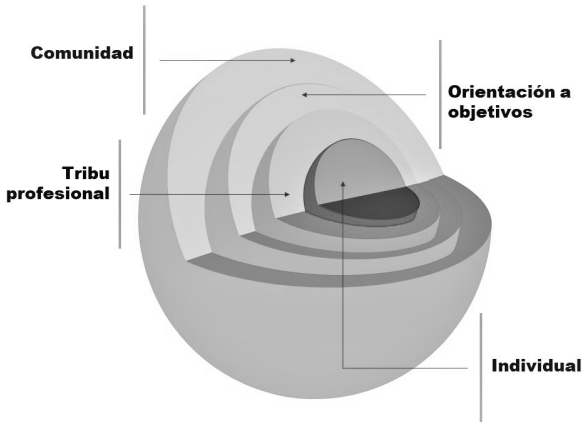
En este sentido, después de encontrar múltiples retos, el profesor puede caer en un momento de *contracción* donde se enfrenta a menos oportunidades de crecimiento profesional o de carrera. El riesgo de esta crisis es el inminente impacto anímico. Algunos profesores toman este instante como un profundo momento de reflexión para identificar fortalezas y retrasar su plan de vida y carrera, por lo que pueden pasar a otro ciclo de expansión que los conduzca a un momento cúspide.

La *cúspide* describe un momento similar al ciclo de establecimiento de Bevan (2004), el profesor conoce y domina habilidades para el diseño de sus cursos, conoce a sus estudiantes y es capaz de identificar nuevas estrategias que le permiten reinventarse como docente. Un riesgo que destaca Huberman (1989) es la *sobreconfianza* en la que el profesor pasa a ser un activista que es voluntario en asociaciones disciplinares, y se involucra en demasiadas actividades fuera de sus responsabilidades docentes. En estos momentos podemos describir a aquellos que, buscando su crecimiento profesional, le merman tiempo a aquello que era su primera pasión: enseñar. Lo que puede pasar es que cansados de tanta actividad, sin una aparente recompensa en el corto plazo, caigan en un ciclo de contracción.

El último momento se refiere a la *serenidad*, la búsqueda de esta describe un desapego emocional a las actividades del profesor. Esta aparente calma se ha observado en algunos profesores entre 50 y 60 años que han disminuido o perdido su motivación. En esta etapa de decadencia de sus antiguas cúspides, su actitud es aparentemente crítica, aunque sus colegas la catalogan de negativa. En realidad, se asocia también a que se encuentran ante otras motivaciones. Algunos deciden diversificarse a roles más administrativos, de consejería o priorizar el desarrollo de su vida personal.

Integrando las teorías descritas anteriormente, la propuesta de este estudio define que, en los educadores médicos, la identidad profesional madura y se observa en una evolución de estados van acumulando vivencias y aprendizajes de la etapa previa (Figura 8).

Figura 8. Proceso de maduración de la identidad profesional del educador médico



Un individuo es desafiado con actividades y experiencias donde reúne conocimiento, asimila valores y desarrolla actitudes hacia el entorno académico, hasta que, a través de una decisión consciente, crece hacia un siguiente estado (Schön, 1998). En cierta medida, pudiera asemejarse más al diagrama epigenético del adulto, donde el individuo se mueve en estadios en los que se deben enfrentar crisis y superarse para poder avanzar a una siguiente etapa (Erikson, 1950, 1968, 1980).

A diferencia de los modelos descritos con anterioridad, este modelo no se basa en el efecto del tiempo en un puesto de trabajo, ni la edad del educador, sino en la adquisición de una conciencia mediada por la reflexión profunda (Schön, 1998; Tan, van der Molen y Schmidt, 2015). Es decir que pueden encontrarse educadores jóvenes con una alta identidad

profesional, y es posible que algunos jamás terminen esta construcción. Los estados de este modelo han sido llamados como: *individual*, *tribu profesional*, *orientación a objetivos* y *comunidad* (Hargreaves y Fullan, 1991; López, Olivares y Heredia, 2020).

Estado de maduración: *individual*

El estado de maduración *individual* representa a una persona que tiene un alto rendimiento. Este individuo de altas capacidades es talentoso y tiene buenos hábitos de trabajo (Collins, 2011). El individuo se autodirige para cumplir con las expectativas y responsabilidades de los clientes directos: los estudiantes y el supervisor directo (Hargreaves y Fullan, 1991). Se enfoca en desarrollar las mejores actividades al incluir tecnología o entornos educativos atractivos para los estudiantes y asiste a talleres o seminarios que pertenecen a un tema de interés (Heflin, Pinheiro y Kaminetzky, 2009; Konerman, Alpert y Shashank, 2016). Los estudiantes son los que valoran y reconocen el compromiso de los educadores a través de evaluaciones satisfactorias al final del período (Martínez, Fierro y Roman, 2017; Picaroni, 2017).

Estado de maduración: *tribu profesional*

La etapa de *tribu profesional* está compuesta por personas que comparten capacitación especializada o que pertenecen al mismo departamento académico, ellos tienen una interacción intermitente, que está motivada por un jefe directo (Becher, 2001). La persona en esta etapa trabaja eficazmente con el grupo para alcanzar los objetivos comunes de su equipo (Collins, 2011). Los profesores en esta etapa, asisten a talleres o seminarios de su propia especialidad o por requerimiento del jefe del departamento, e involucran a los estudiantes en actividades educativas para sobresalir en un campo en particular (Bolívar, Fernández y Molina, 2004). Un ejemplo de cómo

se observa esta etapa es cuando los profesores de la materia de Patología trabajan juntos para desarrollar un concurso de Jeopardy, o todos los profesores del departamento de ciencias básicas asisten a una capacitación en tecnología.

Estado de maduración: *orientación a objetivos*

La etapa de *orientación a objetivos* se caracteriza por individuos que colaboran en torno a un objetivo específico, este puede ser con fines de crecimiento académico o de integración de la comunidad (Bevan, 2004). En esta interacción un administrador gobierna la interacción entre los miembros, ya que no existe una cultura que demuestre una motivación intrínseca para que surja (Hargreaves y Fullan, 1991). El individuo en esta etapa es capaz de ver más allá, destaca por su visión para organizar recursos y personas de forma eficiente para alcanzar objetivos (Collins, 2011). En el entorno educativo, podría observarse a los profesores que comienzan a participar en los talleres de capacitación como facilitadores y se convierten en instructores de las capacitaciones. Los estudiantes, la escuela y la universidad reconocen el trabajo de estos educadores por la institución (Caballero, 2009). Un ejemplo, de educadores en esta etapa podría ser un grupo de profesores que trabajan en una nueva propuesta de diseño curricular.

Estado de maduración: *comunidad*

La etapa de *comunidad* se refiere a una cultura de colaboración donde los participantes están comprometidos con el futuro y la sostenibilidad de su comunidad (Dorene, Alix, Latha, Donan y Maryellen, 2018; Draper y Louw, 2009). Este estado describe a un individuo que está centrado en los resultados de la organización y del gremio, no en su propia reputación por lo que consigue resultados excelentes que perdurarán aun cuando él deje de liderar (Collins, 2011). Hay una estrecha red de interacción

donde existe un sentido de propiedad hacia la comunidad, todos los actores son corresponsables del crecimiento actual y futuro (Forsythe, 2005). Su impacto es tal, que incluso la comunidad, fuera de la institución educativa, reconoce la contribución y el compromiso de estos participantes para los pacientes, sus familias y sociedad (Frank, Snell y Sherbino, 2015; Jarvis-Selinger, Pratt y Regehr, 2012).

Referencias

- Becher, T. (2001). *Tribus y territorios académicos: La indagación intelectual y las culturas de las disciplinas*. Barcelona: Gedisa.
- Bevan, R.M. (2004). Filtering, Fragmenting, and Fiddling? Teachers' Life Cycles, and Phases in Their Engagement with Research. *Teacher Development*, 8(2), 325-341.
- Bolívar, A., Fernández, M., Molina, E. (2004). Investigar la identidad profesional del profesorado: una triangulación secuencial. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 6(1), 12. Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewFile/516/1117>
- Caballero, K. (2009). *Construcción y desarrollo de la identidad profesional del profesorado universitario* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Collins, J. (2011). *Good to Great: why some companies make the leap...and others don't*. New York: HarperCollins Publishers.
- Dorene, B., Alix, D., Latha, C., Donna, A., Maryellen, G. (2018). How Mentor Identity Evolves: Findings from a 10-Year Follow-up Study of a National Professional Development Program. *Academic Medicine*, 93(7),1-10.
- Draper, C., Louw, G. (2009). What is medicine and what is a doctor? Medical student's perceptions and expectations of their academic and professional career. *Medical Teacher*, 29(5), e100-e107.
- Erikson, E. (1950). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

- Erikson, E. (1968). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. Nueva York: WW Norton & Co.
- Forsythe, G.B. (2005). Identity Development in Professional Education. *Academic Medicine*, 80(10), 112-117.
- Frank, J.R, Snell, L., Sherbino, J., editors. (2015). *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Hargreaves, A., Fullan, M. (1991). *Understanding Teacher Development*. London, UK: Teacher College Press y Cassell.
- Heflin, M. T., Pinheiro, S., Kaminetzky, C. P., McNeill, D. (2009). So you want to be a clinician-educator. Designing a clinician-educator curriculum for internal medicine residents. *Medical Teacher*, 31(6), e233-e240.
- Huberman, M. (1989). On Teacher's Career: Once Over Lightly with a Broad Brush *International Journal of Educational Research*, 13(4), 343-362.
- Jarvis-Selinger, S., Pratt, D., Regehr, G. (2012). Competency is Not Enough: Integrating Identity Formation Into the Medical Education Discourse. *Academic Medicine*, 87(9), 1185-1190.
- López, M. V., Olivares, S.L., Heredia, Y. (2020). Professional culture in medical schools: A medical educator interpretation. *Medical Science Educator*. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s40670-019-00896-x>
- Martínez, L., Fierro, L. E., Roman, R. D. (2017). *Reforma Educativa y Profesores: percepción sobre los procesos de evaluación*. Trabajo presentado en el Congreso Nacional de Investigación Educativa COMIE, San Luis Potosí, México.
- Picaroni, N. (2017). Trabajo médico e identidad profesional, Inserción de médicos/as de la ELAM (Cuba) en Uruguay y Chile. *Revista Uruguaya de Antropología Etnográfica*, 11(1), 27-40.
- Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo*. Barcelona: Paidós.
- Tan, C. P., van der Molen, H. T., Schmidt, H. G. (2015). A measure of professional identity development for professional education. *Studies in Higher Education*, 42(8), 1504-1519.

SECCIÓN 2

ESTUDIO DEL PROCESO DE MADURACIÓN DE LA IDENTIDAD DEL EDUCADOR MÉDICO

JUSTIFICACIÓN Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

A fin de estudiar el proceso de maduración de las diferentes dimensiones de la identidad profesional del educador médico se realizó un estudio con el propósito de responder ¿cómo se construye la identidad docente del educador médico?

Actualmente existen múltiples estudios que han abordado el tema de identidad profesional, tratando de cuantificarla en profesores que ejercen en diferentes niveles educativos (Tan, van der Molen y Schmidt, 2015; Jarauta, 2017). Particularmente en médicos y estudiantes de medicina, han dominado los abordajes cualitativos que analizan la percepción y expectativas sobre una carrera profesional (Draper y Louw, 2009; Monrouxe, 2010).

Otra perspectiva que debe considerarse es aquella particular a los docentes, en el cual los estudios se han centrado en la identificación de componentes específicos de su labor. Estos se basan en la reconstrucción de historias de vida y un análisis biográfico de la interpretación de sus vivencias (van der Klink, Avissar, White y Sakata, 2017).

No obstante, no existe un análisis que haya estudiado la conjunción de las temáticas de identidad profesional, identidad del docente y el educador médico. Estas tres áreas no pueden ser estudiadas sin entender el contexto en el que surgen, por lo que es vital comprender el área de ejercicio profesional en el que surge.

Los resultados de esta investigación se convierten en una herramienta para las facultades y escuelas de medicina a fin de entender a profundidad la práctica docente en el área de salud. En un fin práctico, favorece la mejora de los procesos de reclutamiento y selección de profesores alineados a las necesidades de cada centro educativo, y a la vez un perfil de calidad de los educadores médicos. Otorga información para la definición de un plan de desarrollo coherente para la facultad, a fin de mantenerlos no solo actualizados, sino de facilitar mecanismos que apoyen esta construcción de su identidad docente.

Para los educadores médicos, contribuiría a suavizar las tensiones de balancear identidades que se intersectan, la pobre valoración de elegir una carrera como educador, facilitaría la definición organizacional para su crecimiento profesional, y mejoraría el diseño de los programas de actualización (Sethi, Ajjawi, McAleer y Schofield, 2017). De igual forma que facilitaría el trazado de un plan de vida y carrera, así como su incursión como líderes en este sector.

Sin embargo, la aportación más importante es la reflexión profunda sobre el impacto que la labor de un educador médico tiene en la calidad de vida de una comunidad. Esto debido a la gran influencia en la calidad de egresados que estarán al cuidado de la salud de los pacientes y la atención de sus familias. Como cualquier estudio, esta investigación presenta algunas limitaciones temporales y espaciales (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Desde el punto de vista temporal, los datos se recogen durante un solo momento de la vida de cada participante. La identidad es un concepto dinámico, por lo que esta observación describe su identidad profesional en esta etapa profesional. Un estudio más completo podría hacer un seguimiento al desarrollo de esta identidad a lo largo de su vida profesional.

En relación a las limitaciones espaciales, la muestra seleccionada podría ser no representativa de todos los educadores médicos. La muestra seleccionada para este estudio contempla a los educadores que participan como profesor clínico en un programa multicéntrico de formación en salud en México. Esto permite concentrar a profesores con afiliación a hospitales o centros de investigación públicos y privados, con participación en enseñanza en pregrado y postgrado, y con actividad profesional variada. Los participantes cuentan con diferentes perfiles de formación, y tipos de contratación que describen su participación en el proceso formativo. Esto permite recopilar una visión ampliada del perfil de profesores, recordando que el objetivo no es pulverizar en programas específicos para cada uno de estos, sino que se trata de una aproximación integradora que desea comprender a profundidad las experiencias académicas y de formación profesional que han permitido u obstaculizado esta construcción de la identidad como educador médico.

Diseño del estudio

La identidad profesional es un fenómeno complejo y diverso, donde un solo enfoque es insuficiente para su abordaje (Creswell y Plano, 2011). Algunos autores sugieren la incorporación de metodologías mixtas para integrar una perspectiva amplia y profunda donde es posible formular un planteamiento con mayor claridad, y permitir una exploración y explotación de los datos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La visión pragmática de esta investigación permite incluir diversos modelos mentales para nutrir los diversos procesos que conforman la formación de la identidad del educador médico.

Para Greene (2007), existen ciertas dimensiones clave en el diseño de métodos mixtos: independencia o interacción,

estatus o dominio, temporalidad, intención de transformación, estudio, fases y características del método. Las cuales se describen a continuación:

- ◆ *Independencia o interacción*: el grado en que los diferentes métodos se conceptualizan, diseñan e implementan de manera independiente o interactiva.
- ◆ *Estatus o dominio*: la prioridad otorgada a la implementación de metodologías, por el contrario, se puede elegir tener el mismo peso en ambas.
- ◆ *Temporalidad*: la implementación de los diferentes métodos se realiza de manera concurrente o secuencial.
- ◆ *Intención de transformación*: la presencia o la ausencia explícita de una acción o agenda en la investigación.
- ◆ *Estudio*: la participación aislada en esta investigación o la articulación de diferentes estudios que se albergan en el mismo proyecto.
- ◆ *Fases*: las diferentes vertientes que conforman un estudio.
- ◆ *Características del método*: el carácter que puede desviar una investigación al realizar la mezcla.

Estas características permiten la creación de modelos para el abordaje conformadas por estudios concurrentes y secuenciales considerando su adaptación a diversas preguntas de investigación, los cuales han sido considerados como artesanales (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Los estudios concurrentes realizan la ejecución simultánea o paralela de sus componentes, mientras que uno secuenciado implementa primero un componente y posteriormente el siguiente abordaje (Tashakkori y Teddlie, 2003). Particularmente en esta investigación se propone la ejecución secuencial, iniciando con una parte cuantitativa seguida por una cualitativa. El enfoque cuantitativo de la investigación permitirá medir y ponderar factores,

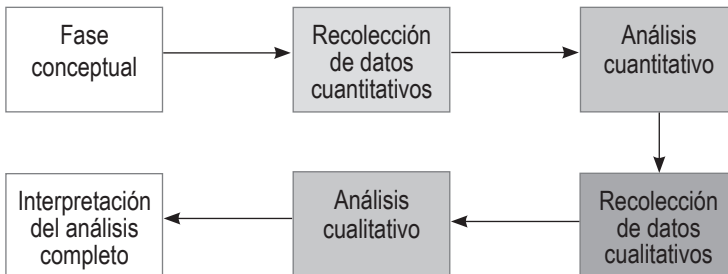
y la cualitativa, contextualizar mediante un análisis profundo para generar inferencias. En la literatura, algunos autores lo representan con la siguiente simbología:

QUAN -> qual

Los tipos de problemas que abordan con esta metodología son aquellos que presentan resultados de la parte cuantitativa que son inesperados, no anticipados, y donde el estudio cualitativo pueda ayudar a adquirir mayor certeza de las razones para obtener dichos resultados (Tashakkori y Teddlie, 2003). Como parte de diseño es posible considerar incluso que son proyectos independientes, y que podrían ser llevados a cabo por equipos diferentes.

Este diseño ha sido descrito por Hernández, Fernández y Baptista (2010) como un diseño explicativo secuencial, abreviado como DEXPLIS. En este, la primera etapa recaba y analiza datos cuantitativos, en seguida se recogen y evalúan datos cualitativos. Lo mixto surge cuando los resultados cuantitativos iniciales informan la recolección de datos cualitativos, es decir que esta segunda parte construye sobre la primera. Los descubrimientos de ambas etapas convergen en la interpretación y la elaboración final del reporte de investigación. Este proceso se realizará conforme al esquema que se presenta en la Figura 9.

Figura 9. Procesos de este diseño mixto



La fase conceptual describe el uso de esta metodología para responder a la pregunta de investigación. La recolección de datos cuantitativos se refiere a la aplicación de una encuesta, mediante un cuestionario estructurado con una escala tipo Likert, ya que este método permite medir cuantitativamente variables a través de preguntas cerradas, y en el caso particular de la investigación, es posible medir la percepción del educador médico sobre los factores que componen su identidad profesional. De acuerdo a Giroux y Tremblay (2008), esta técnica es recomendada debido a que permite observar apreciaciones privadas mediante cuestionarios. El análisis cuantitativo permitiría identificar los casos extremos en de los resultados de la medición de la identidad profesional en los sujetos.

Posteriormente, la recolección de datos cualitativos, se realizó mediante la implementación de entrevistas semiestructuradas para detectar en el análisis, las experiencias formativas que influenciaron el proceso de convertirse en educador médico, así como las facilidades o barreras que surgen en su ejercicio profesional para la construcción de esta identidad. Por último, la interpretación de los hallazgos integra ambos enfoques para el reporte de resultados.

Contexto y muestra

A fin de comprender la población estudiada, esta sección aborda las características del educador médico que participó en el estudio. Esta población está conformada por profesionales egresados de un programa de licenciatura en medicina, con un posgrado de especialidad médica, y una subespecialidad o doctorado en su área disciplinar. Además, mantienen certificación de sus competencias como médicos especialistas, cada 3 o 5 años dependiendo del caso, pasan por ese proceso con el consejo de su especialidad.

La población de los educadores médicos está conformada por profesores que ejercen en México que tienen participación en la formación o entrenamiento de los estudiantes de medicina. La muestra de interés estuvo conformada por 106 profesores clínicos que participaron voluntariamente en el estudio y otorgaron consentimiento para el uso de sus datos. Ellos participan en distintos servicios médicos como: Cirugía, Ginecología, Medicina Interna, Pediatría, y otras especialidades. Su rango de edad oscila entre 35 y 89 años de edad.

Se eligió a este grupo particular de profesionistas debido a que se desea explorar una muestra que resulte representativa de la diversidad de perfiles encontrados en la formación del estudiante de medicina en el pregrado. Además, que se busca explorar el efecto que los distintos centros de trabajo y áreas de ejercicio profesional puedan tener en la construcción de su identidad. Para la fase cualitativa, diversos autores aseguran que no existen parámetros definidos para el tamaño de la muestra (Hernández, Fernández y Baptista, 2010); sin embargo, hacen algunas recomendaciones para el estudio de casos a profundidad. El tamaño sugerido es de seis a diez casos. Por lo que esta investigación considerará el estudio de diez educadores médicos en esta fase.

Instrumento

Como instrumento se utilizó el Cuestionario de Identidad Profesional del Educador Médico, el cual está conformado por 27 reactivos y consisten en aseveraciones evaluadas mediante una escala Likert de cinco niveles. A su vez se cuenta con preguntas para determinar datos demográficos: género, edad, máximo grado de estudios, país de obtención de dicho grado, estado de residencia actual, distribución de actividad profesional, años de experiencia como educador médico, categoría de

puesto en universidad, y el tipo de universidad donde participa. El cuestionario permite evaluar la actitud favorable o desfavorable de los participantes hacia cada una de las aseveraciones mediante la escala Likert de la Tabla 8.

Tabla 8. Escala Likert de cinco niveles

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

El cuestionario se desprende del estudio de identidad profesional de Woo y Henfield (2015) aplicado al área de educación médica, y se analizan por separado de acuerdo a las dimensiones que conforman la identidad profesional (Caballero, 2009). Dichos elementos se explican a continuación.

Roles y experiencia docente: es el dominio demostrado de conocimientos y competencias que distinguen a un educador médico en este ejercicio, que otorgan poder y autonomía basado en la demostración de la adquisición de habilidades. Las preguntas que integran este elemento en el cuestionario diseñado son:

1. Valoro los distintos roles profesionales que un educador médico puede tener (mentor, catedrático, instructor, consultor).
2. Los roles y responsabilidades de un educador médico varían dependiendo del contexto y la población que atiende.
3. Cuento con entrenamiento formal para desenvolverme como educador.
4. Tengo el conocimiento y las habilidades requeridas para desenvolverme exitosamente como educador médico.
5. Estoy confiado en que tendré resultados positivos en mi trabajo.

6. Conozco las responsabilidades éticas y estándares profesionales asociados a mi rol como educador médico.
7. Estoy familiarizado con los recursos disponibles para mejorar mi práctica como educador médico.
8. Consistentemente reflexiono y autoevalúo mi efectividad y desempeño como educador médico.

Vocación: Describe la congruencia entre la posibilidad de ser lo que se desea ser. Las preguntas que integran este elemento en el cuestionario diseñado son:

9. Tengo vocación como educador médico.
10. Me satisface mi labor como educador médico.
11. Mis metas profesionales están altamente relacionadas a la educación médica.

Pasión: Una parte afectiva que rige la interacción en el entorno profesional y habilita la interpretación de los acontecimientos. Las preguntas que integran este elemento en el cuestionario diseñado son:

12. Me siento un educador médico.
13. Mi rol como educador médico provee de un servicio y propósito único a la profesión médica.
14. Me siento optimista respecto al avance y el futuro de la educación médica.
15. Recomendaría dedicarse a la educación médica a aquellos que están buscando desarrollarse profesionalmente.

Compromiso: es la identificación que el individuo tiene en la cultura profesional del educador médico. Las preguntas que integran este elemento en el cuestionario diseñado son:

16. Soy miembro de alguna asociación de educación médica.
17. Regularmente participo en conferencias y talleres de educación médica.
18. He participado en proyectos de investigación en educación médica.

19. He dirigido proyectos de investigación en educación médica.
20. He publicado los resultados de mis investigaciones en educación médica (pósters, trabajos en congresos, artículos).
21. Me mantengo actualizado sobre los avances en el campo de la educación médica.
22. Me involucro voluntariamente en posiciones de liderazgo relacionadas a la educación médica (grupos de interés, comités o mentor).
23. Participo en actividades relacionadas con la legislación y política que rigen a la educación médica.

Comunidad de práctica: Es la vinculación con los profesionales de su misma disciplina, sin importar la etapa formativa en que se encuentra. Esta favorece la formación de recursos humanos en educación médica. Las preguntas que integran este elemento en el cuestionario diseñado son:

24. Busco retroalimentación y supervisión de mis colegas como parte de mi desarrollo como educador médico.
25. Interactúo regularmente con un mentor que está interesado en mi desarrollo como educador médico.
26. Interactúo regularmente con un aprendiz para su desarrollo profesional.
27. Discuto con otros educadores médicos sobre nuestra identidad y la visión de sobre el rumbo de esta profesión.

La medición de tipo cualitativa se realizó tomando una cédula de referencia para la entrevista (Tabla 9), las cuales se llevaron a cabo en el mismo entorno de práctica del participante, siguiendo la metodología de Steinert (2012). Se seleccionó un formato semiestructurado para mantener la apertura y flexibilidad, en el sentido de que los participantes perciban la sesión con naturalidad.

Tabla 9. Preguntas detonantes para entrevista

<i>Sub-escala</i>	<i>Preguntas</i>
<i>Roles y experiencia docente</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ¿Qué roles ha tenido como educador médico? (Enseñanza, diseño curricular, evaluación, liderazgo educativo, innovación e investigación) ◆ ¿Qué experiencias (formales e informales) lo prepararon para esto?
<i>Vocación</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ¿Cómo se convirtió en educador médico? (Carrera profesional e historia de vida) ◆ ¿Se siente satisfecho de hacer carrera como educador médico? (Me puede contar un momento en el que se haya sentido orgulloso de serlo)
<i>Pasión</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ¿Considera que hacer carrera como educador médico le otorga poco reconocimiento?
<i>Compromiso</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ¿Qué formación ha recibido para participar como educador médico? ◆ ¿Ha tenido experiencias compartiendo resultados de investigación educativa?
<i>Comunidad de practica</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ En el entorno clínico donde participa, ¿contribuye al desarrollo de otros educadores? ◆ ¿designan tiempos o espacios para integrarse como una comunidad de aprendizaje?

Se utilizó una conversación cara a cara donde el participante pudo expresar libremente su definición de educador médico, el proceso en el que se convirtió en uno, qué experiencias considera que lo han preparado para convertirse en educador médico. La colecta de estos testimonios permite analizar sus vivencias y enriquecer el entendimiento de la fase previa del estudio.

Referencias

- Creswell, J.W., Plano Clark, V.L. (2011). Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Draper, C., Louw, G. (2009). What is medicine and what is a doctor? Medical student's perceptions and expectations of their

- academic and professional career. *Medical Teacher*, 29(5), e100-e107.
- Giroux, S., Tremblay, G. (2008). *Metodología de las ciencias humanas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Greene, J. C. (2008). Is Mixed Methods Social Inquiry a Distinctive Methodology. *Journal of Mixed Methods Research*, 2(1), 7-22.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México: Mc Graw Hill.
- Jarauta, B. (2017). La construcción de la identidad profesional del maestro de primaria durante su formación inicial, el caso de la Universidad de Barcelona. *Profesorado*, 21(1), 103-122.
- Monrouxe, L. V. (2010) Identity, identification and medical education: why should we care?. *Medical Education*, 44(1), 40-49.
- Sethi, A., Ajjawi, R., McAleer, S., Schofield, S. (2017). Exploring the tensions of being and becoming a medical educator. *Medical Education*, 17, 62. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0894-3>
- Steinert, Y. (2012). Faculty development: On becoming a medical educator. *Medical Teacher*, 34(6), 74-76.
- Tan, C. P., van der Molen, H. T., Schmidt, H. G. (2015). A measure of professional identity development for professional education. *Studies in Higher Education*, 42(8), 1504-1519.
- Tashakkori, A., Teddlie, C. (2003). *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. London, UK: Sage Publications.
- Van der Klink, M., Kools, Q., Avissar, G., White, S., Sakata, T. (2017). Professional development of teacher educators: what do they do? Findings from an explorative international study. *Professional Development in Education*, 43(2), 163-178.
- Woo, H., Henfield, M. S. (2015) Professional Identity Scale in Counseling (PISC): Instrument Development and Validation. *Journal of Counselor Leadership and Advocacy*, 2(2), 93-112

HALLAZGOS SOBRE EL ESTADO DE MADURACIÓN DE SU IDENTIDAD COMO EDUCADORES MÉDICOS

La particularidad de los métodos mixtos es que permiten un análisis de la población desde múltiples perspectivas. En este caso el instrumento de la primera fase permitió caracterizar a los participantes en niveles o estadios de la construcción de su identidad profesional. La segunda fase, contextualizar a casos específicos la construcción en las diferentes dimensiones del modelo.

El análisis de la información, inició con la organización de los participantes de acuerdo a sus puntajes en la escala de identidad. La distribución de los participantes de acuerdo al modelo de identidad profesional del educador médico, se realizó de acuerdo a los siguientes rangos de la suma de los puntajes del cuestionario. Para el estado de maduración *individual* se consideraron puntajes de 27 a 54, para *tribu profesional* de 55 a 81, para *orientación a objetivos* de 82 a 108, y para *comunidad* de 109 a 135. Tal como se muestra en la Tabla 10, no se encontraron casos en el nivel individual, un 4.8 % de participantes se encuentran en el nivel de tribu profesional, 36.5 % en orientación a objetivos y 58.6 % en comunidad. Esto contrasta con los hallazgos de un estudio previo donde la distribución por categorías fue de 44 % individual, 31 % tribu

profesional, 13 % orientación a objetivos y 13 % comunidad (López, Olivares y Heredia, 2020).

Tabla 10. Distribución de grupos de acuerdo al estado de maduración

<i>Estado de maduración de identidad</i>	<i>Número de educadores</i>
<i>Individual</i>	0 (0%)
<i>Tribu profesional</i>	5 (4.8%)
<i>Orientación a objetivos</i>	38 (36.5%)
<i>Comunidad</i>	61 (58.6%)

Analizando la distribución en niveles del modelo contra los años de experiencia docente, se observa que la mayoría de los participantes del grupo de 0-9 años de experiencia se encuentra en los niveles de orientación a objetivos (50%) y comunidad (47%). En el caso del grupo de 10-19 años se encuentran en comunidad (59%). En el caso de 20-29 años en comunidad (68%). En el grupo de más de 30 años de experiencia, en comunidad (71%). Esto se integra en la Tabla 11.

Tabla 11. Distribución de acuerdo a los años de experiencia docente

<i>Nivel</i>	<i>0-9 años</i>	<i>10-19 años</i>	<i>20-29 años</i>	<i>> 30 años</i>
<i>Individual</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>Tribu profesional</i>	1 (3%)	3 (8%)	1 (5%)	0 (0%)
<i>Orientación a objetivos</i>	17 (50%)	12 (32%)	5 (26%)	4 (29%)
<i>Comunidad</i>	16 (47%)	22 (59%)	13 (68%)	10 (71%)

Se clasificó la media de los puntajes totales de la escala considerando el grupo de especialidad, de acuerdo a los niveles del modelo de identidad profesional del educador médico

(Tabla 12). El grupo de Anestesiología tiene la mayoría de los educadores médicos en el nivel de orientación a objetivos (50 %). El grupo de Calidad de la atención clínica tiene a todos sus educadores médicos en el nivel de tribu profesional (100 %). El grupo de Cirugía tiene a la mitad de sus educadores médicos en el nivel de tribu profesional (50 %). El grupo de Ginecología tiene la mayoría de sus educadores médicos en el nivel de orientación a objetivos (67 %). El grupo de Medicina Interna tiene a la mayoría de sus educadores médicos en orientación a objetivos (70 %). El grupo de Patología tiene a sus educadores médicos en el nivel de orientación a objetivos (100 %). El grupo de Pediatría tiene a más de la mitad de sus educadores médicos en orientación a objetivos (59 %). El grupo de Psiquiatría tiene a la mayoría de sus educadores médicos en el nivel de orientación a objetivos (80 %). El grupo de Radiología tiene a sus educadores médicos en el nivel de orientación a objetivos (100 %).

Tabla 12. Estado de maduración por especialidad

<i>Sub-escala</i>	<i>Anestesiología (%)</i>	<i>Calidad de la atención clínica (%)</i>	<i>Cirugía (%)</i>	<i>Ginecología (%)</i>	<i>Medicina Interna (%)</i>	<i>Oftalmología (%)</i>	<i>Patología (%)</i>	<i>Pediatría (%)</i>	<i>Psiquiatría (%)</i>	<i>Radiología (%)</i>
<i>Individual</i>	17	0	7	11	0	0	0	0	0	0
<i>Tribu profesional</i>	33	100	50	22	30	75	0	41	20	0
<i>Orientación a objetivos</i>	50	0	43	67	70	25	100	59	80	100
<i>Comunidad</i>	17	0	7	11	0	0	0	0	0	0

Estos hallazgos son congruentes con los reportados en el estudio de López, Olivares y Heredia (2020) que encontraron que los educadores médicos que tienen participación clínica describen su rol como parte de un sistema integrado de salud, por lo que reconocen la importancia de poseer múltiples roles en la atención. Generalmente, los educadores médicos con menor contacto directo al paciente, como Patología y Calidad de la atención clínica, tienen participaciones más individuales y en proyectos con la universidad que son parte de la operación planeada para el corto y mediano plazo. Los profesores con mayor actividad clínica, Anestesiología, Cirugía, Ginecología, Pediatría, Psiquiatría y Radiología, están acostumbrados al trabajo conjunto como grupos de especialidad, y algunos de ellos están involucrados en iniciativas estratégicas de proyectos sociales para el desarrollo de la comunidad.

Selección de casos para la fase cualitativa

Se identificaron aquellos con los valores más altos y los más bajos a fin de ahondar en el proceso de construcción de su identidad a través de una entrevista semiestructurada. En este sentido se seleccionaron diez casos: cinco del nivel de Tribu profesional y cinco de Comunidad. La Tabla 13 presenta algunas características de cada uno de los participantes que permiten contextualizar las narraciones obtenidas en su entrevista.

Tabla 13. Caracterización de los participantes en entrevistas

<i>Proceso de construcción de identidad</i>	<i>Participante</i>	<i>Nivel del modelo de identidad</i>	<i>Años de experiencia docente</i>
<i>Menos sólida</i>	Participante 1	Tribu profesional	11-15 años
	Participante 2	Tribu profesional	26-30 años
	Participante 3	Tribu profesional	21-25 años
	Participante 4	Tribu profesional	16-20 años
	Participante 5	Tribu profesional	0-5 años

<i>Más sólida</i>	Participante 6	Comunidad	6-10 años
	Participante 7	Comunidad	6-10 años
	Participante 8	Comunidad	21-25 años
	Participante 9	Comunidad	0-5 años
	Participante 10	Comunidad	26-30 años

El primer grupo estaba compuesto en su mayoría por participantes de Cirugía y Anestesiología, el segundo por participantes del servicio de Ginecología y Medicina Interna. El grupo con una construcción de su identidad menos sólida tenía una media de 17.4 años de experiencia docente, mientras que el grupo con una identidad más sólida, una media de 15 años. A continuación, se presentan los descubrimientos obtenidos en cada una de las dimensiones del modelo.

Roles y experiencia docente

La media encontrada en el factor roles y experiencia docente fue de 4.0 y 4.7, para los participantes con una construcción menos sólida y los de más sólida, respectivamente. Lo cual representa una diferencia de importante en cómo esta dimensión ha sido interiorizada como parte de su identidad profesional. Este factor se refiere al conocimiento sobre su profesión, el dominio sobre conceptos básicos de pedagogía y andragogía que distinguen a un educador médico en este ejercicio (Sethi, Aijawi, McAleer y Schofield, 2017). El paso crucial debe llevar al profesional a la aplicación de este conocimiento, para trasladar a la acción (Schön, 1998).

En este factor se les preguntó a los participantes sobre las participaciones previas como educador médico, así como las experiencias formales e informales que los prepararon para su labor. En el primer cuestionamiento, el grupo con una construcción de identidad menos sólida enfatizó su participación en enseñanza y evaluación en el área clínica, específica a la

inmersión de los estudiantes de posgrado en los entornos hospitalarios. El grupo de una construcción más sólida describe sus experiencias a través de modelos formales de enseñanza en lo que se cuenta con un diseño estructurado de programa a seguir. La Tabla 14 presenta extractos de algunas entrevistas.

Tabla 14. Extractos de participaciones previas como educador médico

<i>Construcción menos sólida</i>	<i>Construcción más sólida</i>
<i>Participante 1:</i> “En el posgrado en el diseño del programa en evaluación pues he tenido injerencia y libertad”.	<i>Participante 6:</i> “Estaba involucrada principalmente en las sesiones presenciales tipo lecciones y en las presentaciones de casos clínicos en pregrado... y en posgrado en clases presenciales desde el primer año hasta el cuarto año del residente”.
<i>Participante 2:</i> “Eres docente en cualquier lugar donde estés tú vas a ser maestro. No nada más de alumno, (eres) de tus padres, de los pacientes.”	<i>Participante 7:</i> “el educador médico supervisa y da tutorías de manera continua, analizando sus metas de manera organizada. Porque muchas veces no les planteamos a los residentes qué es lo que estamos buscando dentro de sus objetivos y sus metas, algunos tienen metas personales muy claras otros ni siquiera las tienen. Van por la vida tratando de pasar el año”.
<i>Participante 3:</i> “Lo aprendí en un modelo de una universidad en Estados Unidos en la que los muchachos te seguían, te buscaban para sacar toda la información. Tú no tenías que decirles. Ellos sabían que en poco tiempo se terminaba Pediatría y si no ellos no sacan una buena calificación para entrar a la residencia”.	<i>Participante 8:</i> “Empecé en la coordinación del programa, roles de diseño curricular para la mejora del programa, como profesor también”.
<i>Participante 4:</i> “Haces una evaluación en el área quirúrgica de manera integrada, se debe evaluar el conocimiento científico como las habilidades de destrezas y las relaciones humanas, son muchas”.	<i>Participante 9:</i> “Tú eres profesor, pero también tienes función de mentor. Tengo dos <i>mentees</i> de posgrado, ellos son mis maestros también”.

Participante 5: “Digamos que es un poquito breve porque apenas llevo digamos que un semestre y cachitos”. *Participante 10:* “Al inicio daba unas clases aisladas en un espacio los sábados... así comenzó, un paso adelante ahora en diseño curricular. Ahora estoy en un centro de investigación aquí”.

En las entrevistas se encontró que, en aquellos con una construcción menos sólida, predomina la percepción de que sus roles y experiencias en docencia son un complemento a su carga asistencial (Sethi, Ajjawi, McAleer y Schofield, 2017). Lo cual es congruente con lo obtenido en el cuestionario, ya que en el ítem “La meta última de la educación médica es el bien del paciente”, donde se obtuvo una media de 4.39. Es decir que el educador médico tiene la responsabilidad de brindar una atención de calidad y realizar tareas de enseñanza con un grupo de estudiantes en su área de especialidad, en ese orden de importancia; sin embargo, no perciben que su labor trascienda fuera del contexto de asistencial.

Los educadores con una construcción más sólida perciben la educación como una tarea formal y estructurada, con objetivos y metas claras, que les merece la misma reverencia que su labor asistencial o de investigación. Esto es evidente en la tendencia favorable encontrada en el ítem “Consistentemente reflexiono y autoevalúo mi efectividad y desempeño como educador médico”, en cual la media fue de 4.33. Este profesional ha tenido un proceso cimentado en la práctica reflexiva que ha permitido la interiorización de experiencias previas de manera directa o a través de la modelación de sus tutores (Wong y Trollope-Kumar, 2014).

Como parte del modelo descrito en esta investigación, es posible identificar que un educador con estas características, tiene un aprecio de los diferentes roles profesionales que un educador médico puede tener. Lo cual coincide con la media obtenida como resultado del ítem “Valoro todas las funciones

de un educador médico (mentor, catedrático, instructor, consultor)”, la cual fue de 4.64, uno de los ítems con una tendencia más favorable. Quizás uno de los roles más fácilmente identificado y valorado es su participación como catedráticos en la impartición de clases magistrales, un reto sigue siendo como desarrollar sus facetas como mentor o guía del proceso educativo.

Respecto a las experiencias formales e informales que los prepararon para este rol. Los educadores médicos con una construcción menos sólida destacan como el ejemplo recibido por sus profesores en el pregrado y en la residencia médica, modela el estilo de la formación en salud. La tabla 20 presenta un extracto de una influencia de un estilo favorable y una de la modelación de cómo no hacer docencia. Los educadores médicos con una construcción más sólida hablan de un compromiso con el desarrollo profesional continuo, enfocado a la mejora de sus habilidades docentes. La Tabla 15 presenta un extracto de un participante que ha hecho docencia en el área de la música y es ahí donde encuentra habilidades que traslada a la docencia en medicina, tales como la paciencia.

Tabla 15. Extractos de preparación por experiencias formales e informales

<i>Construcción menos sólida</i>	<i>Construcción más sólida</i>
<i>Participante 1:</i> “La forma de enseñar del Dr. XXXXX, porque su forma de enseñar no era de aprenderse las cosas sino de razonar. Entonces eso me marcó mucho porque yo decía yo quiero ser así. Yo quiero enseñar para que los estudiantes aprendan a pensar”.	<i>Participante 6:</i> “Mis papás me inscribieron en piano desde que tenía seis u ocho años. Alcancé un nivel alto muy rápido y entonces empecé a impartir el programa hacia los niños chiquitos. Los preparaba, con paciencia, como maestra asistente para presentarse en los festivales”.

Participante 2: “En los hospitales donde estaba el residente viajaba como un fantasma dentro del hospital y era una fuerza de trabajo, pero no había la misma reciprocidad. Los residentes estaban ahí perdidos”.

Participante 7: “Constantemente estoy buscando mejorar y prepararnos. Estar en la jefatura de esta administración, me hizo buscar prepararme en una maestría en gestión en salud. Ser profesoras de los residentes y para tener una mejor capacidad, necesito estar preparada en educación, por eso estoy haciendo el doctorado en educación”.

Participante 2: “Muchas de las actividades que una persona tiene de manera profesional, se desarrolla cuando entra a una institución de asistencia”.

Participante 8: “Cursos que uno va buscando, los congresos que ya tengo varios años en LACRE (Conferencia Latinoamericana de Enseñanza en la Residencia) en Chile”.

Participante 4: “No han sido tan formales... sin embargo tengo la facilidad de ponerme en su lugar y ver qué es lo que no entendieron o cómo lo entienden ellos de ponerme en su lugar”.

Participante 9: “Esto siempre ha sido parte muy importante de mi desarrollo profesional, que me gusta, yo amo enseñar”.

Participante 5: “Dentro de mi trayectoria como estudiante, yo creo que el currículo oculto lo ha encaminado o sea siempre se nos inculcó”.

Participante 10: “empecé a tomar cursos... porque cuando tienes que enseñar pues ahí hay toda una ciencia para enseñar”.

La experiencia brinda al educador poder y autonomía mediante la adquisición de habilidades específicas en el diseño de programas, evaluación de competencias, métodos para otorgar retroalimentación y en el diseño de su propio plan de desarrollo profesional continuo. Conocer los recursos que les ayuden a mejorar como docentes, les facilita esta tarea. Los participantes en este estudio reportaron una media de 4.01, en el ítem “Estoy familiarizado con los recursos disponibles para mejorar mi práctica como educador médico”. Este perfeccionamiento se cimienta en la definición de un plan de desarrollo profesional continuo, lo cual describe la identificación de cursos o programas de formación, autoevaluación sobre las

propias habilidades y carencias, así como el trazado de vida y carrera. Una tarea importante para las escuelas de medicina, y aquellos educadores médicos más experimentados, es apoyar a los nuevos educadores en la búsqueda de programas formativos flexibles e innovadores que los preparen para ejercer su labor apropiados para ser compatibles con sus actividades de asistencia o investigación.

Vocación

La media encontrada en el factor vocación fue de 4.5 y 4.8, para los participantes con una construcción menos sólida y los de más sólida, respectivamente. Lo cual no representa una diferencia tan grande en cómo esta dimensión ha sido interiorizada como parte de su identidad profesional. En la vocación se encuentra el sentido de que su profesión provee un servicio y propósito único a la sociedad, así que la trascendencia les permite encontrar satisfacción con el trabajo (Super, 1957). Los participantes en este estudio reportaron una media de 4.64 en el ítem “16. Tengo vocación como educador médico”, lo cual es un puntaje alto respecto a las tendencias en la escala.

En este factor se les preguntó a los participantes sobre cómo fue el proceso en el que se convirtió en educador médico, y la satisfacción de hacer carrera en este rol. En el primer cuestionamiento los participantes con una construcción menos sólida, describen su entrada a la educación médica a través de la invitación de sus antiguos profesores a participar en la formación de médicos. El grupo con una construcción más sólida hizo una decisión consciente de entrar a docencia, por lo que buscaron activamente una oportunidad de participar. La Tabla 16 presenta extractos de algunas entrevistas.

Tabla 16. Extractos del proceso en el que se convirtió en educador médico

<i>Construcción menos sólida</i>	<i>Construcción más sólida</i>
<i>Participante 1:</i> “Regresé al hospital de mi alma mater... y ahí me invitaron a formar parte del profesorado de pediatría, introducción a la clínica, y ahí duré como unos cuatro o cinco años, y luego pasé a cirugía general, ya propiamente desde el 2005”.	<i>Participante 6:</i> “y es en esos años cuando entonces decido que quiero trabajar en un tema que me permita cambiar a un perfil de docente”.
<i>Participante 2:</i> “La universidad me contrató como profesor titular... inicialmente fue un papelito nada más, de teatrillo”.	<i>Participante 7:</i> “Al integrarme al área de terapia (intensiva) empezamos las sesiones (informales) con los estudiantes de medicina y los de posgrado, aunque no existía la especialidad”.
<i>Participante 3:</i> “Obviamente yo no hice (la decisión) consciente de ser profesor en la universidad. Yo más bien lo hice por cariño a la escuela”.	<i>Participante 8:</i> “En realidad fue mucho por voluntad, cuando obtuve el <i>felllow</i> en Estados Unidos, estaba muy ligado a la parte académica y de investigación. Creo que esa formación es más orientada siempre a combinar las dos cosas”.
<i>Participante 4:</i> “Participando en el hospital, en cardiología o neumología en su momento, me invitan (a dar clases) con los del departamento”.	<i>Participante 9:</i> “Toqué puertas y me aceptaron para ir a las sesiones académicas de los lunes. Fue en 2016 o 2017, no recuerdo muy bien. Y ahí empecé”.
<i>Participante 5:</i> “Entonces regresando del (extranjero) me invitaron a participar en docencia a manera de una participación presencial en pregrado, y en posgrado con los residentes”.	<i>Participante 10:</i> “Estuve trabajando con el Dr. XXXX porque he llevado tesis con él de varios estudiantes, porque también me gusta esa parte de la investigación”.

Aunque en el grupo de educadores con una construcción menos sólida tiene una media relativamente alta en este factor, las afirmaciones en las entrevistas demostraron que su entrada a la educación médica fue debido a invitaciones de parte de coordinadores académicos o directores de programa. La identidad, el

impulso y el empoderamiento son los factores que Sklar (2016) describe que hacen la diferencia entre cómo un médico busca activamente convertirse en educador médico, y otro que pasivamente “entra” en el campo. En este sentido, los resultados del estudio coinciden, ya que la identidad y la motivación por la educación médica parece ser inferior en aquellos que no buscan activamente entrar al campo. Debería observarse una diferencia entre como los grupos privilegian una u otra meta de desarrollo profesional; sin embargo, la media encontrada en el ítem “Mis metas personales están altamente relacionadas a la educación médica”, es alta (4.40).

Respecto a la satisfacción de hacer una carrera como educador médico, los participantes con una construcción menos sólida destacan la contribución que hacer docencia tiene en ellos, ya sea en alegría o actualización profesional. Otros acotan su participación como educadores al contacto directo y presencial con actividades de enseñanza, sin dimensionar el impacto que la docencia de calidad tiene en la trascendencia de la medicina como gremio. Mientras que el grupo con una construcción más sólida, hablan que el participar como educador médico los tiene satisfechos porque encuentran incluso un sentido de realización personal. La Tabla 17 presenta extractos de algunas entrevistas.

Tabla 17. Extractos de la satisfacción de hacer carrera como educador médico

<i>Construcción menos sólida</i>	<i>Construcción más sólida</i>
<i>Participante 1:</i> “Sí, fuera del aspecto económico que realmente no nos atrae, me ha ayudado a mejorar profesionalmente”.	<i>Participante 6:</i> “Totalmente. Yo me siento realizada. Me siento, pero quiero decir que he encontrado grandes <i>role-model</i> ”.
<i>Participante 2:</i> “Claro, esta faceta es un factor importante. En la educación es un tema complicado, es una forma de amor, una forma de amar a otros. Uno lo tiene que profesar, y eso indudablemente te genera alegría y confort”.	<i>Participante 7:</i> “Sí. Es esa parte mental que dice: necesito estar ocupado porque si no, no es lo mismo estar con uno mismo, hay pocos satisfactores así”.

<p><i>Participante 3:</i> “Claro, y aparte agradezco de que me sigan involucrando. A lo mejor y me lo han dicho abiertamente, yo hago comentarios erosivos porque me dicen algunos decanos: Por qué no dices cosas buenas”.</p>	<p><i>Participante 8:</i> “Sí. Hasta ahorita sí... pues siempre uno quiere ir más allá y es sobre todo tener las herramientas necesarias para saber qué estamos enseñando”.</p>
<p><i>Participante 4:</i> “Sí, porque tienes participación ahorita en la clínica y como educador. Haces investigación, se hace una sesión clínica ya algo experimental, y estás trabajando con algún proyecto”.</p>	<p><i>Participante 9:</i> “A mí me satisface mucho este tema de la educación. Me parece que es una de las herramientas más importantes para cambiar el mundo”.</p>
<p><i>Participante 5:</i> “Sí, me gusta enseñar en las sesiones”.</p>	<p><i>Participante 10:</i> “Entonces esto me parece apasionante. En realidad, no me vería nunca retirado”.</p>

Los grupos con una construcción más sólida verbalizaron en las entrevistas tener una vocación como educadores, y que buscaron de manera activa integrarse al entorno académico como docentes. Algunos de los participantes mencionaron que algunos departamentos académicos tenían su planta de profesores cubierta, por lo que inicialmente su solicitud para incorporarse fue denegada. Es importante que esta negativa no fue mencionada por los participantes como un motivador para buscar cursos y diplomados para mejorar su currículo como educadores, con la esperanza de que en futuras oportunidades fueran considerados como candidatos para llenar esa posición. Estos participantes contaban con la acreditación de programas formativos formales como educadores médicos que los prepararon en el manejo de diferentes técnicas didácticas, evaluación de competencias e introducción de la tecnología para enriquecer la experiencia de los estudiantes. Esta voluntad de ser docente, es descrita por Steinert (2011) como un requisito indispensable para decidir a quién incluir como parte de la facultad, debido a que las actividades de desarrollo de la

facultad parten de que existe una voluntad por ser docente. El autor enfatiza que ningún programa de capacitación puede despertar una vocación que no existe.

El cuestionario desarrollado fue un primer acercamiento para reflexionar sobre la existencia de la vocación y la satisfacción del educador médico; sin embargo, la media de los ítems que hacen relación a estas afirmaciones tuvieron tendencias muy altas (4.64 y 4.67, respectivamente), sin poder discriminar entre aquellos educadores con una construcción menos sólida y aquellos con una más sólida. Lo cual levanta la interrogante de si es posible que un profesional reconozca la falta de vocación por la carrera que ejerce. Esto ha sido descrito por algunos autores como “el llamado” a desenvolverse en un área profesional, refiriéndose a esta como algo tan especial y personal, como participar como misionero en un entorno religioso (Flores Meléndez, Góngora-Cortés, López Cabrera y Eraña, 2019; Schuurman, 2004). ¿Sería entonces posible esperar que un profesional reconociera para sí mismo, y para su comunidad, que carece de este llamado especial?

Las entrevistas permitieron explorar de manera superficial las historias de vida de los participantes, para comprender el contexto personal, cultural y social en el que los participantes tomaron la decisión de entrar a una carrera en docencia. Solamente uno de los participantes (participante 10) describió la influencia de su familia para su elección profesión, ya que mencionó que sus padres habían presionado su entrada al área de medicina. Este factor de influencia pareciera ser negativo, ya que no se permitió un espacio de exploración para que este tomara una decisión en pleno uso de libertad personal; sin embargo, como parte de la entrevista, el participante dentro del grupo con una construcción más sólida en su identidad, describió que la elección de entrar a docencia fue propia, razonada y que jamás se ve retirándose de ella.

Pasión

La media encontrada en el factor pasión fue de 4.5 y 4.8, para los participantes con una construcción menos sólida y los de más sólida, respectivamente. Lo cual no representa una diferencia tan grande en cómo esta dimensión ha sido interiorizada como parte de su identidad profesional. Para entender este factor, se les preguntó a los participantes sobre el reconocimiento que ellos perciben que tiene el hacer carrera como educador médico. Si bien la docencia tiene un reconocimiento social, ambos grupos reportaron que el reconocimiento económico y los incentivos son limitados o nulos, en muchos casos. También hicieron referencia al impacto favorable que tiene el ser un buen educador, ya que su concepción del ejercicio de la medicina es que tiene tres áreas de influencia: asistencia, investigación y educación. Estas tres áreas se complementan, como lo presenta en el extracto de uno de los entrevistados en la Tabla 18.

Tabla 18. Extractos del reconocimiento de la carrera como educador médico

<i>Construcción menos sólida</i>	<i>Construcción más sólida</i>
<i>Participante 1:</i> “En lo personal yo sí reconozco lo que hicieron mis maestros y a los que son maestros. Yo creo que el problema es que no está muy bien pagado”.	<i>Participante 6:</i> “Sí tienes el reconocimiento mayor de tu carrera, o al menos de la mía, como educador. Creo que es parte, y me enriquece muchísimo, pero a mí en lo particular también me gusta mucho la clínica y la investigación”.
<i>Participante 2:</i> “Desde el punto de vista del término médico, la verdad reconocemos al médico como doctor, que quiere decir docente o maestro. Probablemente el reconocimiento nace desde que uno eligió la carrera”.	<i>Participante 7:</i> “A veces la gente piensa o está interpretando como que ya tiene suficiente con el reconocimiento moral, y es cierto, es muy satisfactorio. Pero realmente si te pones a comparar sueldos y el estado de vida que tiene un médico (en docencia) si lo será realmente poco”.

Participante 2: “En investigación no tuvieron que buscar ayuda, ahí hay incentivos para hacer la investigación. Paga. También en el área de (investigación) básica es así, hay gente que puede dedicarse a eso”.

Participante 8: “Quizás no tenga poco reconocimiento... es si se acepta que hay un área, como cuando dices es investigador y ya tienes un artículo y eres investigador”.

Participante 3: “Les cambia un poquito el *chip*, y te ven con otros ojos. No, vamos. No me dice nada. No me pagan más, no me dan regalo de Navidad por ser profesor y el Día del Maestro. Pero yo siento que el (reconocimiento) que te da, lo puedes usar hasta con elegancia”.

Participante 9: “En particular, sí hay (reconocimiento), es por parte de mis alumnos... cada quien (sabe) no trato de imponer, es por convicción”.

Participante 4: “El reconocimiento, yo lo veo como un concepto equivocado porque la medicina está basada en tres aristas: asistencia médica, educación médica e investigación. Si uno hace una buena investigación usted va a tener una buena educación, si hace una buena educación, si hace una buena educación va a tener una buena asistencia, si hace buena asistencia va a tener buena investigación”.

Participante 10: “Quizás en lo económico, sí, no está bien retribuido el trabajo. Aquí me pagan, pero en el instituto (antes) era hacer por amor al arte. Con mucho gusto porque ser maestro nos hace que seamos mejores clínicos”.

Si bien es cierto que el perfil de los profesores se determina por su desempeño en docencia, diseño de programas, liderazgo y gestión, también se ve influenciado por el valor y reconocimiento que la comunidad académica otorga a dichas funciones (Caballero y Bolívar, 2015). Actualmente, existe un valor muy superior otorgado a las actividades de investigación, y la clínica, por parte de las instituciones formadoras de recursos en salud. De tal forma que crea una especie de desequilibrio en la identidad de estos profesionales, lo cual tiene el potencial de dañar la calidad de la enseñanza. Es imposible pensar que los sistemas de evaluación de la mal llamada “calidad” docente, no tienen impacto en la definición de la trayectoria profesional de

los educadores médicos. La definición de recompensas cargadas hacia el área de investigación hace que estos profesionales concentren sus esfuerzos a actividades que sí les serán valoradas, reconocidas y recompensadas.

Las entrevistas con los educadores con una construcción menos sólida no se diferenciaron en gran medida con aquellos de una construcción más sólida. Sus relatos hablaron sobre la posición en la que el educador médico obtiene poco reconocimiento o superioridad por su ejercicio profesional (Konerman, Alpert y Shashank, 2016). Una diferencia con el otro grupo es que a pesar de que, en las entrevistas, los educadores con una construcción más sólida describieron que hacer carrera como educadores representa pocas retribuciones económicas, la voluntad e interés de dedicarse a esto proviene de motivadores intrínsecos como la excelencia y la trascendencia de la medicina como gremio. Es por eso que como respuesta al ítem “Mi rol como educador médico provee de un servicio y propósito único a la profesión médica”, se obtuvo una media de 4.55.

El modelo del médico, descrito por los participantes, corresponde a lo presentado por Frank, Snell y Sherbino (2015); esta conceptualización habla de un profesional integral cuya motivación radica en factores como el compromiso con el paciente para ofrecer una atención de calidad. Es por eso que los participantes respondieron al ítem “Recomendaría dedicarse a la educación médica a aquellos que están buscando desarrollarse profesionalmente” con una de 4.22. El reconocimiento que reciben entonces de su labor proviene del agradecimiento de sus pacientes al obtener un resultado favorable, de los estudiantes de medicina una vez que enfrentan un caso similar al que resolvieron en el curso, pero no de la remuneración económica descrita por los canales institucionales.

Esta importante parte afectiva, que rige la interacción del entorno profesional, otorga una perspectiva para

la interpretación de los acontecimientos de este entorno (Forsythe, 2005). Un profesional en educación médica puede ejercer un impacto considerable en la vivencia universitaria, y en la misma vida de sus estudiantes; sin embargo, sus contribuciones podrían pasar desapercibidas por sus colegas educadores o clínicos, o dentro de los canales de la institución.

Un educador médico apasionado por lo que hace se siente valorado como tal, y no existe una desvaloración al contrastar su participación como educador respecto al ejercicio en la clínica (Steinert, 2012). Esto fue evidente en su optimismo respecto al avance y el futuro de la educación médica, recogido por uno de los ítems del cuestionario, donde los participantes obtuvieron una media de 4.45. Parte de esta valoración tiene que ver, de acuerdo con los participantes, con que perciben que están surgiendo las condiciones para la definición de un esquema de contratación justo. El cual contemple la preparación que ellos realizan, dentro y fuera del aula, y el “amor”, como fue descrito por uno de los participantes (participante 2), para otorgar una formación de calidad.

Compromiso

La media encontrada en el factor *compromiso* fue de 3.7 y 4.5, para los participantes con una construcción menos sólida y los de más sólida, respectivamente. Lo cual no representa una diferencia importante en cómo esta dimensión ha sido interiorizada como parte de su identidad profesional.

En este factor se les preguntó a los participantes sobre la preparación que recibieron para participar como educador médico, y su participación realizando proyectos en docencia que se reportaran como investigación educativa. En el primer cuestionamiento, los participantes con una construcción menos sólida describen su participación en cursos cortos de

introducción a la docencia. Cabe destacar que estos cursos son un requisito para su ingreso y algunos son parte de la inducción a profesores, por lo que los participantes no realizan un análisis de las carencias en sus habilidades para priorizar las áreas de oportunidad. Ellos solamente cumplen un programa básico diseñado para un profesional que es la primera vez que participará en docencia. Los participantes con una construcción más sólida enfatizan un compromiso con la búsqueda constante por mejorar sus habilidades como educadores; sin embargo, es más importante discutir que todos hacen una referencia en que este desarrollo profesional continuo impacta en los elementos de pasión y vocación que conforman su identidad como educadores (Tabla 19).

Tabla 19. Extractos de preparación para participar como educador médico

<i>Construcción menos sólida</i>	<i>Construcción más sólida</i>
<i>Participante 1:</i> “Sí se nos acercan con cursos u oportunidades para desarrollarse como educador. Tomé el curso PDHD (Programa de Desarrollo de Habilidades para el Docente Clínico), el de investigación (Programa de Desarrollo de Habilidades de Investigación), y el curso de Royal College (Curso para Líderes en Formación de Residentes del Royal College of Physicians and Surgeons of Canada).	<i>Participante 6:</i> “Es preguntarles sobre lo que quieres estudiar... siempre es un ambiente ameno. O sea no es un ambiente de competencia”.
<i>Participante 2:</i> “No, es más de una preparación autodidacta. Yo solo buscando cómo desarrollarme”.	<i>Participante 6:</i> “Parte de lo que nos ofrece igual como profesores, les puedo contar que si han sido varios cursos de Kahoot! También los congresos de innovación y los de enseñanza. Nos han apoyado también del Departamento de Innovación Educativa del campus con capacitaciones”.

Participante 3: “Llevé un programa que no notas en lo que te estas metiendo, pero te va llevando en técnicas de enseñanza, modelos educativos, cómo mejorar tu relación con el estudiante”.

Participante 7: “Además del doctorado, tenemos acceso a educación médica continua y la superación académica”.

Participante 4: “Recibí capacitación y me ayudó bastante, y aparte como parte de mi especialidad he estado en capacitación continua”.

Participante 8: “Al regresar (del extranjero) yo no tengo capacitación docente alguna, entre a dar clases y pues aprovechando lo que la universidad ofrece de capacitación, descubrí una afinidad y una vocación que yo no sabía que tenía”.

Participante 5: “Mucho currículo oculto de cuando era estudiante...pero también tomé el PH no sé cómo se llamaba (Programa de Desarrollo de Habilidades para el Docente Clínico”.

Participante 9: “Sí, te puedo decir que, al entrar a la institución, si te cobija mucho. Te cobija bastante como miembros y te hace sentir parte. Es un sentido de pertenencia”.

En las entrevistas, los participantes con una construcción menos sólida enfatizaron la raíz de la palabra “doctor” que proviene del latín “*docere*” que significa enseñar, por lo que en su razonamiento el médico tiene de manera instantánea las habilidades de educador. Es la misma concepción descrita por Picaroni (2017) del “Doctor” o “*diostor*” en una comunidad, donde el profesional desde una relación de poder transfiere su conocimiento. Los participantes no identifican la necesidad de obtener preparación en este sentido, por eso que estos profesionales no buscan activamente cursos de introducción a la docencia o de actualización en técnicas didácticas. Para que un profesional identifique la importancia de este proceso formativo, es necesario hacer una definición específica de las expectativas, habilidades y requisitos básicos de los criterios de una buena enseñanza clínica (Harden y Crosby, 2000).

Si estos educadores no demuestran interés por desarrollarse en cursos y programas tradicionales, difícilmente se

verán involucrados (ítem 21) o dirigirán proyectos de investigación educativa (ítem 18). Es por eso que la media encontrada en dichos ítems representa los valores más bajos obtenidos en la escala, con valores de 3.85 y 3.30, respectivamente. A pesar de esta posible apatía, los educadores aseguran que participan con regularidad en conferencias y talleres de educación médica (ítem 17), ya que los resultados del cuestionario arrojaron una media de 4.07. En las narrativas de la entrevista algunos de los participantes describieron la asistencia en dichos formatos, como actividades programadas en los congresos de actualización de su especialidad médica o en actividades para la acreditación de los requisitos de sus consejos de especialidad. Esto pudiera justificar la aparente participación.

En el caso de los educadores con una construcción más sólida, la responsabilidad de estos profesionales parte de la identificación existente con la cultura profesional del educador médico (López, Olivares y Heredia, 2020). Esto significa que ellos se preocupan por desarrollarse de manera continua en su disciplina y como educadores, algunos inclusive tienen estudios de posgrado en educación.

Al preguntar a los participantes sobre su involucramiento en proyectos en docencia e investigación educativa, solamente un participante perteneciente al grupo con una construcción más sólida, había tenido la experiencia. Este participante describió

“como estamos haciendo ese análisis hoy en día, la pregunta es respecto a cómo impactar más en la formación de médicos, y personal de salud que va a impactar en los pacientes y en los sistemas de salud”.

Una de las principales carencias dentro del factor compromiso es el involucramiento de los participantes en actividades relacionadas con la legislación y política que rigen la educación médica (ítem 23), donde tuvieron una media de las más bajas

en la escala (3.13). Esto significaría, en el contexto mexicano, que un educador con un sólido proceso de construcción de identidad profesional, participa en el liderazgo de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) que acredita a las universidades y mantiene talleres de actualización para docentes, y la Academia Nacional de Educación Médica (ACANEMED) la cual organiza reuniones y congresos para discutir las tendencias que rigen la educación médica. En el contexto internacional, se encuentran la Asociación Europea de Escuelas de Medicina (AMEE), la Asociación de Educación Médica (ASME), la Asociación de Colegios Médicos Americanos (AMMC), y la Asociación Internacional de Educadores de Ciencia Médica (IAMSE).

Comunidad de práctica

La media encontrada en el factor comunidad de práctica fue de 3.8 y 4.3, para los participantes con una construcción menos sólida y los de más sólida, respectivamente. Lo cual no representa una diferencia importante en cómo esta dimensión ha sido interiorizada como parte de su identidad profesional.

En este factor se les preguntó a los participantes si su contexto contribuye a su desarrollo, o de otros educadores médicos, mediante la designación de tiempos y espacios para integrarse como una comunidad. Los participantes con una construcción menos sólida, describen a su grupo de profesores como pequeño, con un enfoque en las experiencias negativas que han enfrentado. El foco de sus reuniones, si es que llega a ver, es resolutivo de los problemas apremiantes. El grupo de los participantes con una construcción más sólida describe que su comunidad se integra a través de reuniones sistemáticas en las que tiene una agenda y un objetivo definido. Las reuniones además tienen un trasfondo social, los participantes enfatizan

que es un entorno cordial y proactivo, al proponer qué más hacer por la comunidad (Cruess, Cruess, Bourdreau, Snell y Steinert, 2015). Algunos fragmentos de estas entrevistas se presentan en la Tabla 20.

Tabla 20. Extractos de contribución de su contexto al desarrollo del educador médico

<i>Construcción menos sólida</i>	<i>Construcción más sólida</i>
<i>Participante 1:</i> “En lo personal nunca he sentido un freno, una barrera, al contrario, siempre cuando he necesitado algo, o quiero alguna preparación siempre la encuentro. Un problema es en el sentido que no tengo tiempo”.	<i>Participante 6:</i> “Nos juntamos cada semana en el CAP (Comité Académico de Programa), y vamos punto por punto viendo. Es una junta cordial, de amigos”.
<i>Participante 2:</i> “Yo ya no me puedo involucrar con todo el claustro de profesores o con el gremio, simplemente me involucro en procesos a lo mejor pues vengo de la clase, y me voy”.	<i>Participante 7:</i> “Sí hay reuniones periódicas entre los profesores. Generalmente, las sesiones de residentes, adjuntos y profesores las convocan juntas”.
<i>Participante 4:</i> “Teóricamente deberíamos de serlo, pero no somos tan integrados. Aunque deberíamos serlo porque somos un grupo muy pequeño, pero no estamos tan integrados como deberíamos”.	<i>Participante 8:</i> “Siempre buscamos todo el claustro de profesores, tenemos muchas actividades, pero buscamos un espacio para poder ver cómo estamos y qué más podemos hacer”.
<i>Participante 4:</i> “Sí hay un grupo de profesores del programa. De hecho, hay muy buena comunicación con mis jefes y siempre que hay alguna duda estoy dispuesto a escuchar y ayudar”.	<i>Participante 9:</i> “Yo trabajo en los medios privado y público, en los dos hay deficiencias y excesos. Yo trato de transmitirles que lo más importante es tu actitud”.
<i>Participante 5:</i> “Yo creo que sí. Somos un grupo muy pequeño por eso nos conocemos todos, somos muy unidos y entonces eso hace que podamos compartir los fracasos, errores y cuando hay algo malo o cuando hay algo bueno se pone en la mesa...hay algunos otros especialistas que pueden llegar a criticar un poquito el programa por el hecho de no conocerlo, lo cual genera preguntas”.	<i>Participante 10:</i> “Yo creo que, si nos hemos agrupado en ese sentido, y me parece que somos un Instituto (médico) con mucha cohesión. Nunca hemos tenido conflicto, y si acaso hubo uno o dos conflictivos, ya no están aquí. Eso ha sido bueno porque tenemos una excelente relación todos aquí”.

Los educadores médicos con una construcción menos sólida aseguran estar integrados dentro de un grupo académico, típicamente asociado a su especialidad médica; sin embargo, describen este entorno como uno de competencia en el que los desacuerdos sobre la administración del programa o las historias personales impactan en la cohesión del ambiente. Aunque comparten espacios con profesionales dentro de su campo de especialidad, al no integrarse con otros educadores médicos pueden experimentar una extensa soledad (van der Berg, Verberg, Scherpbier, Jaarsma y Lombards, 2017). Esto es evidente en la media encontrada como parte del ítem “Busco retroalimentación y supervisión de mis colegas como parte de mi desarrollo como educador médico” y el “Interactúo regularmente con un mentor que está interesado en mi desarrollo como educador médico”, donde se tuvo una media de 3.98 y 3.39, respectivamente. Es importante desarrollar espacios, programas de desarrollo y conferencias, para soportar su proceso de construcción de identidad.

El grupo con una construcción más sólida mencionó consistentemente la integración en una comunidad de práctica, lo cual es congruente con la postura presentada por Cruess, Cruess, Bourdreau, Snell y Steinert (2015). Los resultados encontrados como parte del cuestionario, particularmente en la media en el ítem “Discuto con otros educadores médicos sobre nuestra identidad y la visión sobre el rumbo de esta profesión” fueron alentadores, ya que se obtuvo un puntaje de 4.27. Esta importancia del soporte a la conformación de la identidad, enmarcado en una comunidad, coincide con los reportados en el estudio de van der Berg, Verberg, Scherpbier, Jaarsma y Lombarts (2017). En sus entrevistas, los participantes describieron también la influencia de la discusión y las reuniones formales entre los educadores, los cuales pasaron a ser círculos de motivación e inspiración que fueron “positivos” y “estimulantes”.

Referencias

- Caballero, K., Bolívar, A. (2015). El profesorado universitario como docente: hacia una identidad profesional que integre docencia e investigación. *Revista de Docencia Universitaria*, 13(1), 57-77.
- Cruess, R.L., Cruess, S.R., Boudreau, J.D., Snell, L., Steinert, Y. (2015). A Schematic Representation of the Professional identity formation and socialization of medical students and residents: A Guide for Medical Educators. *Academic Medicine*, 90(6), 718-725.
- Flores Meléndez, M., Góngora-Cortés, J. J., López Cabrera, M. V., Eraña Rojas, I. E. (2019). El llamado de la medicina: uso de nuevos modelos de mentoría para la orientación vocacional. *Educación Médica*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.11.008>
- Forsythe, G.B. (2005). Identity Development in Professional Education. *Academic Medicine*, 80(10), 112-117.
- Frank, J.R., Snell, L., Sherbino, J. (Eds.). (2015). *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Harden, R. M., Crosby, J. (2000). AMEE Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer – the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*, 22(4), 334-347.
- Konerman, M., Alpert, C., Shashank, S. (2016). Learning to be a clinician-educator. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(3), 338-342.
- López, M. V., Olivares, S.L., Heredia, Y. (2020). Professional culture in medical schools: A medical educator interpretation. *Medical Science Educator*. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s40670-019-00896-x>
- Picaroni, N. (2017). Trabajo médico e identidad profesional, Inserción de médicos/as de la ELAM (Cuba) en Uruguay y Chile. *Revista Uruguaya de Antropología Etnográfica*, 11(1), 27-40.
- Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo*. Barcelona: Paidós

- Schuurman, D.J. (2004). *Vocation: Discerning Our Callings in Life*. Cambridge: William B. Eerdmans Publishing Company.
- Sethi, A., Ajjawi, R., McAleer, S., Schofield, S. (2017). Exploring the tensions of being and becoming a medical educator. *Medical Education*, 17, 62. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0894-3>
- Sklar, D. (2016). Moving From Faculty Development To Faculty Identity, Growth, and Empowerment. *Academic Medicine*, 91(12), 1585-1587.
- Steinert, Y. (2011). Faculty Development: the road less traveled. *Academic Medicine*, 86, 409-411.
- Steinert, Y. (2012). Faculty development: On becoming a medical educator. *Medical Teacher*, 34(6), 74-76.
- Super, D.E. (1957). *The psychology of Careers*. New York: Harper and Row.
- Van der Berg, J. W., Verberg, C. P. M, Scherpbier, A. J. J. A., Jaarsma, A. D. C., Lombarts, K.M. (2017). Is being a medical educator a lonely business? The essence of social support. *Medical Education*, 51(3), 302-315.
- Wong, A., Trollope-Kumar, K. (2014). Reflections: an inquiry into medical students' professional identity formation. *Medical Education*, 48(5), 489-501.

REFLEXIONES SOBRE LA IDENTIDAD DEL EDUCADOR MÉDICO

La pregunta de investigación en este estudio fue ¿cómo se construye la identidad docente del educador médico? La información obtenida permitió comprender la forma en que este profesional construye su identidad docente a través de las dimensiones de roles y experiencia docente, vocación, pasión, compromiso y comunidad de práctica. Estos dos últimos factores –compromiso y comunidad– parecen ser los diferenciadores entre un educador médico con una construcción de identidad menos y más sólida.

Fue posible colocar al educador en diferentes estadios o niveles de maduración de identidad profesional a través del modelo que describe el proceso de maduración en: individual, tribu profesional, orientación a objetivos y comunidad. Al analizar las tendencias agrupadas por la especialidad médica de los participantes, fue evidente que el pertenecer a una comunidad académica ha influido en que los participantes de las especialidades de Anestesiología, Cirugía, Ginecología, Pediatría, Psiquiatría y Radiología, tengan una construcción más sólida.

El objetivo de esta investigación fue el de comprender la forma en que se construye la identidad docente del educador médico, lo cual se logró a través de la caracterización de los

participantes en diferentes niveles de construcción de acuerdo al modelo teórico revisado. Estos profesionales comparten, además de un proyecto educativo conjunto, valores y saberes de una cultura profesional. En algunos casos, incluso comparten historias de vida similares sobre cómo entraron a una carrera en docencia y el desarrollo de sus actividades de desarrollo profesional continua. Más importante aún, comparten la responsabilidad de la formación de la siguiente generación de profesionales que tendrán a su cargo la atención de salud del paciente, aquellos que diseñarán las políticas de salud y colaborarán en el diseño de ciudades enfocadas en el bienestar de la comunidad.

Principales hallazgos

La identidad profesional es una experiencia personal en la cual el individuo se percibe como un ser que contribuye al ejercicio, construcción y la trascendencia de su gremio. Esto hace que sea imposible entenderla como algo ajeno y aislado de una comunidad de práctica, ya que el individuo adquiere o acepta un papel que le es conferido por su grupo profesional y la sociedad.

Esta particularidad de la identidad profesional implica que el caso del educador médico se debe entender como un espacio compartido entre el individuo, su entorno profesional y sociocultural, así como su contexto de ejercicio. Es decir que su institución u ambiente laboral, también forma parte de la construcción en esta identidad.

La identidad profesional del educador médico se puede definir como un conjunto de papeles, máscaras y roles que se movilizan en función del área y contexto de ejercicio profesional. De tal forma que son mecanismos que fungen como diferenciador o identificación del educador con otros grupos, que pueden ser por un lado los pares de otras especialidades médicas, o profesionales en otras actividades como investigación.

Las dimensiones que describen la identidad profesional del educador médico son elementos que fueron consistentemente observados en los participantes del estudio, a través de la aplicación del cuestionario y de las narraciones obtenidas en las entrevistas. Las vivencias y percepciones que los educadores tienen respecto a la docencia parecen estar descritas por el grupo o comunidad donde participan. De forma que dicha comunidad puede favorecer en la adquisición de roles y experiencias que contribuyan a su vez en el desarrollo de una pasión por la docencia, o la autoconfianza en sus habilidades como educador. Lo crítico sería que fuera en el sentido contrario, que un educador que va entrando a este campo profesional aprenda un rechazo generalizado hacia estas actividades debido a la apatía de profesionales con una menor construcción de identidad.

Ciertas comunidades académicas, típicamente asociadas a la atención directa con el paciente, laboran de manera natural en grupos de especialidad para ofrecer cuidados de manera continua; por ejemplo, los grupos de Pediatría y Ginecología, quienes deben programar individualmente sus actividades familiares, sociales y de docencia, haciendo un calendario coordinado de roles para cubrir todo el día. Esta sinergia de grupo de especialidad, originalmente planeada para que un médico esté disponible para brindar la mejor atención al momento de un nacimiento, ha entrenado al grupo para funcionar como una maquinaria.

Estos profesionales comparten formación profesional, espacios para el desarrollo y revisión de un programa académico, juntas y reuniones informales donde se actualizan sobre problemas personales o retos de desarrollo profesional, por lo que tejen conexiones entre sus miembros individuales. Estos puntos o líneas de interacción, en niveles mucho más allá de los requeridos para la administración del programa académico,

hacen que su comunidad de práctica se renueve y se prepare para definir su propósito y su razón de ser. Es una familia que encontró una receta para formar un profesional exitoso, tienen historias de éxitos conjuntos que compartir. Este éxito es a la vez personal y colectivo, por lo que todos sus miembros protegen el legado del grupo.

Para un educador médico que está inmerso en una comunidad que nutre su identidad profesional, su labor es valorada y loable, porque no es un trabajo, es una responsabilidad y compromiso para lograr que la medicina trascienda como una técnica, como un arte, y como una respuesta a las problemáticas sociales y políticas del hombre.

Aporte al campo de conocimiento

El abordaje de esta investigación, que integra una visión cuantitativa y cualitativa, permitió definir mecanismos para la documentación del proceso de construcción de la identidad profesional del educador médico que recogen percepciones sobre elementos que integran este concepto tan complejo. Un diferenciador, de las investigaciones realizadas previamente sobre este tema, es que integra en esta documentación dimensiones profundas como los sentimientos, emociones y vivencias que son clave para comprender cómo surge. El realizar una triangulación secuenciada de los hallazgos permite entrelazar los hitos en su carrera como educadores, así como los facilitadores que ellos identifican para introducir a nuevos profesionales a este campo.

El foco en la agenda nacional e internacional, descrito por las asociaciones y organismos de educación médica, está en desarrollar las habilidades de la facultad en la aplicación de técnicas de enseñanza, complementar sus habilidades tecnológicas e introducirlos en la investigación educativa. Se cuenta con la

declaración de perfiles de competencias, con modelos de evaluación de su “calidad docente”; sin embargo, poco se ha abogado por la definición de la carrera del médico como un educador.

La figura más cercana para describir al educador médico es aquella del médico como académico, cuyas métricas están sustentadas en el perfil del médico como investigador. Si bien las actividades de un educador médico pueden incluir participaciones en proyectos de innovación o investigación educativa, no es el foco de su labor. Por lo que el educador médico percibe esta falta de definición de su actividad como una “competencia” injusta con sus pares en investigación.

La importancia de definir la figura del educador médico, acompañada de su propio sistema de compensación, remuneración y recompensas, alude a las dimensiones de pasión y compromiso de su identidad. Que se sustentan de elementos previos como la vocación del profesional por la enseñanza.

El último elemento es el de la comunidad, el cual había sido hasta ahora subestimado. La misma dinámica que surge en el grupo Pediatría, cuando entra un nuevo pediatra a la clínica, hospital o grupo, de introducirlo en las prácticas, usos y costumbres, se replica como un ritual de entrada a nuevos educadores. Por lo que los mismos vicios existentes en ciertos programas, ponen en riesgo el crecimiento de algunas especialidades.

Futuras investigaciones

Algunas preguntas emergen al completar este estudio; por ejemplo, un elemento que no se consideró en esta obra es el perfil de profesores que el centro académico o la universidad está intentando atraer o desarrollar. Es posible que la misma configuración del entorno profesional esté atrayendo a un educador médico con una construcción de identidad específica. Esto estaría alineado a la filosofía de la organización. De forma

que algunas de estas organizaciones se vean beneficiadas por la operación con un modelo de un doctor con una construcción profesional más sólida que acompañe al estudiante en un proceso de descubrimiento y desarrollo de su propia identidad, mientras que otras elijan a un profesional aislado para otras actividades.

Como producto de la metodología seguida, se estudiaron las características de los educadores médicos con una construcción menos sólida y aquellos con una más sólida. Un estudio subsecuente debería buscar la caracterización en cada nivel del modelo del educador médico, a fin de identificar el impacto en las dimensiones de este profesional en el nivel individual, tribu profesional, orientación a objetivos y comunidad (López, Olivares y Heredia, 2020). En el mismo sentido, sería importante entender el contraste de esta caracterización de acuerdo al tipo de actividad docente que hace el educador, es decir si su participación es en el área de ciencias básicas o en la clínica.

Muy ligado al tema de planeación de vida y carrera, está el hablar sobre las oportunidades de desarrollo del educador médico. Los participantes describieron algunos roles y experiencias en los que se vieron inmersos en su experiencia como docentes. En este sentido, también sería de interés comprender si estas oportunidades fueron accidentadas, conforme las oportunidades iban apareciendo, o si tuvieron la influencia de un mentor para la definición de experiencias o pasos para alcanzar su máximo potencial. Una posible variable es si su desarrollo estuvo marcado por una participación en el entorno público o privado, adscrito a un centro de atención asistencial o una universidad.

En algunas entrevistas emergió el tema del programa formativo de las universidades donde estudiaron el pregrado o los hospitales, en el caso del posgrado. Algunos participantes describieron sus experiencias como negativas, ya que estas

no sustentaron el proceso de la construcción de su identidad profesional como médicos, ni su interés o gusto por la docencia e investigación. Sería interesante analizar la influencia del diseño particular del programa en el que participaron en su construcción.

En relación a la formación previa de los profesionales, sería interesante buscar contrastes de acuerdo a la especialidad médica que estudiaron y la construcción de su identidad. Un grupo de especial interés es la comunidad formada por Pediatría que a nivel estatal representa un grupo con una fuerte identidad profesional y cohesión. Los educadores médicos enfatizaron la influencia de pertenecer a este grupo en su desarrollo profesional como clínicos y educadores. Sería importante entender qué elementos de su desarrollo pueden integrarse a otros entornos.

Referencias

- López, M. V., Olivares, S. L., Heredia, Y. (2020). Professional culture in medical schools: A medical educator interpretation. *Medical Science Educator*. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s40670-019-00896-x>

RELACIÓN DE FIGURAS

Figura 1: Estructura curricular típica en los programas de medicina.....	13
Figura 2: Estadios de construcción de identidad de Freud.....	26
Figura 3: Elementos de una comunidad de práctica.....	39
Figura 4: Identidad profesional del médico construida en la práctica.....	41
Figura 5: Dimensiones que integran la identidad profesional del educador médico.....	54
Figura 6: Explicación del ciclo de vida del profesor.....	61
Figura 7: Momentos en la carrera de profesores.....	63
Figura 8: Proceso de maduración de la identidad profesional del educador médico.....	65
Figura 9: Procesos de este diseño mixto.....	77

RELACIÓN DE TABLAS

Tabla 1. Razones por las que un médico se convierte en educador.....	15
Tabla 2. Modelo de roles de Harden y Crosby.....	16
Tabla 3. Modelo de roles de Harden y Crosby.....	17
Tabla 4. Competencias docentes del profesor de medicina de AMFEM.....	18
Tabla 5. Descripción del ciclo de vida.....	27
Tabla 6. Periodos de desarrollo cognitivo de Piaget (1981).....	29
Tabla 7. Elementos internos y externos que conforman la identidad profesional.....	54
Tabla 8. Escala Likert de cinco niveles.....	80
Tabla 9. Preguntas detonantes para entrevista.....	83
Tabla 10. Distribución de grupos de acuerdo al estado de maduración.....	86
Tabla 11. Distribución de acuerdo a los años de experiencia docente.....	86
Tabla 12. Estado de maduración por especialidad.....	87

Tabla 13. Caracterización de los participantes en entrevistas.....	88
Tabla 14. Extractos de participaciones previas como educador médico.....	90
Tabla 15. Extractos de preparación por experiencias formales e informales.....	92
Tabla 16. Extractos del proceso en el que se convirtió en educador médico.....	95
Tabla 17. Extractos de la satisfacción de hacer carrera como educador médico.....	96
Tabla 18. Extractos del reconocimiento de la carrera como educador médico.....	99
Tabla 19. Extractos de preparación para participar como educador médico.....	103
Tabla 20. Extractos de contribución de su contexto al desarrollo del educador médico.....	107

ACERCA DE LAS AUTORAS

Mildred Vanessa López Cabrera

Doctora en Innovación Educativa. *Associated Fellow* de la *Association for Medical Education in Europe* (AMEE). Fellow de Educación médica del *Foundation for Advancement of International Medical Education* (FAIMER) y la Pontificia Universidad Católica de Chile. Miembro de la Federación Latinoamericana de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente (FLASIC), la Red Nacional de Educadores en Simulación Clínica (RENASIM), y la Academia Nacional de Educación Médica. Miembro fundador de la red Healthy Living for Pandemic Event Protection (HL - PIVOT).

Yolanda Heredia Escorza

Obtuvo su licenciatura en psicología con especialidad en clínica en la Universidad Iberoamericana en la Ciudad de México (1982), el grado de maestría en Educación con especialidad en psicología educativa en la Universidad Regiomontana (1992) y el grado doctoral en Política Social de Bienestar Comparada en un grado conjunto entre la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad de Texas en Arlington (2001).

Desde hace 20 se desempeña como profesora titular e investigadora en la Escuela de Humanidades y Educación del Tecnológico de Monterrey. Ha dirigido programas de maestría y doctorado. Ha dirigido 50 tesis de maestría y 15 disertaciones doctorales. Ha conducido diversas investigaciones con fondos nacionales e internacionales. Ha publicado libros, capítulos de libros y artículos en revistas arbitradas.

La identidad profesional es un concepto que se ha sido discutido por décadas; sin embargo, el proceso en el que se construye continúa vagamente comprendido. Esta identidad evoluciona debido a factores como el tiempo y las experiencias profesionales. Aunado a esto, en el caso del educador médico, el contexto y la comunidad se convierten en un determinante para su estado de maduración. El libro *Identidad profesional del educador médico: el legado de una comunidad*, de Mildred López y Yolanda Heredia Escorza, presenta los resultados de un estudio enfocado a analizar esta identidad en un grupo de profesores clínicos en México. A lo largo de las secciones se describen las dimensiones que conforman la identidad profesional del educador médico, y se presenta un modelo que explica el proceso de maduración. Posteriormente se presentan los resultados del estudio, así como los principales hallazgos y reflexiones.

