

Open Acces



¹Metgessa de família.
Centro de trabajo: Eap
Sardenya. Barcelona

²Tècnica de docència.
Centro de trabajo: Eap
Sardenya. Barcelona

³Professor Lector. Centro
de trabajo: Departament
d'Infermeria. Facultat
de Medicina. Universitat
Autònoma de Barcelona

**Adreça per a
correspondència:**
Rosa Monteserín

Adreça electrònica:
rmonteserin@
eapsardenya.cat

DE LA TEORIA A LA PRÀCTICA: LA CONSTRUCCIÓ DE LA IDENTITAT PROFESSIONAL DELS RESIDENTS DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA DURANT ELS DOS PRIMERS ANYS DE RESIDENCIA

Rosa Monteserín¹, Araceli Bergillos² i Juan M. Leyva³

RESUM

El concepte d'identitat refereix a un procés de construcció en què els individus està en continua interacció amb altres individus. La residència de Medicina Familiar i Comunitària ofereix l'oportunitat per construir la identitat com futurs metges de família. Seguint el mètode d'estudi de cas, aquest estudi ha explorat les experiències expressades pels residents en la manera de realitzar la transició d'estudiant de medicina de pregrau als programes de postgrau (la residència) i les seves experiències com a residents en medicina de família en els seus dos primers anys de residència. Les dades es van recollir mitjançant entrevistes semi-estructurades i grups focals durant els anys 2017-2019 a Barcelona. Les dades van ser transcrits literalment i analitzades temàticament. Els resultats principals indiquen que la identitat dels residents ve, d'inici, construïda per les idees prèvies, creences i valors associats dels residents quan trien especialitat, construint-se el primer any per oposició al context hospitalari en el que fan la major part de les rotacions, i difuminant-se el segon, any en què els residents pràcticament no passen per l'Atenció Primària tot i que conserven la visió holística de l'especialitat.

DE LA TEORIA A LA PRÁCTICA: LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE RESIDENCIA

El concepto de identidad se refiere a un proceso de construcción en el que los individuos se encuentran en continua interacción con los demás. La residencia de Medicina Familiar y Comunitaria ofrece la oportunidad para construir la identidad como futuros médicos de familia. Siguiendo el método de estudio de caso, este estudio ha explorado las experiencias expresadas por los residentes en la manera de realizar la transición de estudiante de medicina de pregrado a los programas de posgrado (la residencia) y

sus experiencias como residentes en Medicina de Familia en sus dos primeros años de residencia. Los datos se recogieron mediante entrevistas semiestructuradas, grupos focales durante los años 2017-2019 en Barcelona. Los datos fueron transcritos literalmente y analizados temáticamente. Los resultados principales indican que la identidad de los residentes viene, de inicio, construida por las ideas previas, creencias y valores asociados de los residentes cuando eligen especialidad, construyéndose el primer año por oposición al contexto hospitalario en el que hacen la mayor parte de las rotaciones, y difuminándose el segundo, año en el que los residentes prácticamente no pasan por la Atención Primaria aunque conservan la visión holística de la especialidad.

FROM THE THEORY TO THE PRACTICE: BUILDING UP THE PROFESSIONAL IDENTITY OF THE TRAINEES IN FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE DURING THE FIRST TWO YEARS OF THE TRAINING PROGRAMME

The term identity refers to a process of construction in which individuals in continuous interaction with other individuals. Family and Community Medicine training offers residents the opportunity to develop identity as future family physicians. Following the case study method, this study explores residents about the transition from undergraduate medical student to graduate programs (the residency) and their experiences as family medicine residents in their first two years of residence. Data were collected using semi-structured interviews, focus groups during the years 2017-2019 in Barcelona. Data were transcribed literally and analysed thematically. The main results show that Family and Community Medicine residents identity is, initially, created by their previous ideas, beliefs and associated values at the time of choosing specialty; thus, identity is built in the first year as opposed to the hospital context in which they do the most of the rotations, and fading during the second year in which residents rarely attend

to the Primary Care Centre, even though they conserve the holistic vision of the specialty.

Keywords: Family Medicine, Residency training, Professional Identity

INTRODUCCIÓ

El concepte d'identitat es refereix a un procés de construcció en què els individus, en contínua interacció amb altres individus es van definint i redefinint de forma constant, entreteixint diverses narratives sobre si mateixos i en funció dels "altres"¹. La identitat pot ser definida des de diferents perspectives: psicològica, política, sociològica, demogràfica, antropològica i acadèmica, totes elles com una expressió associada a rols i/o percepcions. És important destacar que el concepte d'identitat pot ser individual o col·lectiu: individual, atès que la identitat es construeix en base a discursos "externs", considerant, valorant, acceptant o modificant discursos dels "altres", i col·lectiu ja que la identitat es construeix en base a nombrosos discursos individuals que la conformen. En conseqüència, la identitat es construeix de forma dinàmica mitjançant un procés d'interacció cultural, material i social^{2,3}.

Actualment se sap molt poc sobre com es construeix la identitat professional, tot i que existeix cert acord en afirmar que les identitats professionals es componen al llarg de la vida, construint-se en entorns personals i professionals canviant en el temps i en constant reconstrucció. La construcció de la identitat professional mèdica s'inicia a les facultats de Medicina, tot i que en l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària (MFic) ha estat poc estudiada^{4,5}. Els residents de MFic presenten dues transicions en la construcció de la seva identitat: una primera en què es passa de ser estudiant a metge resident, que és compartida amb altres residents d'altres especialitats i que transcorre en els primers mesos de residència, i una segona, en què s'identifica com metge resident de MFic, que es diferencia dels altres residents i que va sorgint i desenvolupant-se al llarg de la residència^{6,7}.

Resulta crucial comprendre com construeixen la identitat professional els residents ja que pot oferir dades útils per millorar la pràctica professional i acadèmica. A nivell intencional s'observa poca evidència al respecte, i menys encara amb un enfocament qualitatiu^{5,8,9}, sobre les experiències expressades pels residents envers la seva transició com estudiants de medicina de pregrau als programes de postgrau (la residència) i com aquesta experiència d'aprenentatge contribueix a la construcció de la identitat com a MFic. Lamentablement no es disposa d'evidències nacionals, per tant, l'objectiu d'aquest estudi és descriure les experiències durant la transició d'estudiant-metge resident fins la finalització del segon any de residència, en el marc de la teoria social de l'aprenentatge de Wenger¹⁰, com a primer pas per conèixer la construcció de la seva identitat com a metge de família. I és que el resident va formant la seva identitat a mesura que construeix

els seus coneixements, a mesura que aprèn en la pràctica, que aprèn fent, insert a diverses organitzacions, interactuant amb diversos professionals i amb diverses formes d'entendre la medicina.

METODOLOGIA

Disseny de l'estudi

Es tracta d'un estudi qualitatiu, descriptiu, transversal, observacional multicèntric. Els criteris d'inclusió van ser que els residents fessin la residència de MFic a qualsevol de les Unitats Docents de Barcelona. S'ha utilitzat el mètode d'estudi de cas¹¹ com a tècnica qualitativa per a la recollida d'informació. A través d'entrevistes semi-estructurades i grups focals. Pel disseny de l'estudi i donat que poden existir múltiples realitats construïdes per cada resident i no coneixiem les seves experiències prèvies, vam triar un mètode que permetés variacions en el disseny a mesura que anessin sorgint noves informacions o idees. Es va utilitzar un procés inductiu-deductiu i es van compilar dades que van ser revisades, comparades i codificades a mesura que sorgien idees i es repetien temes^{12,13}.

Es va convidar a participar a seixanta-vuit residents de primer any de diferents Centres d'Atenció Primària (CAP) de quatre Unitats Docents Multiprofessionals d'Atenció Familiar i Comunitària de Barcelona. Es van portar a terme entrevistes semi-estructurades individuals als sis mesos de l'inici de la residència, i un grup focal a l'inici del segon any de residència. Les entrevistes individuals van tenir una durada aproximada d'una hora cadascuna i uns noranta minuts el grup focal. Les entrevistes individuals es van utilitzar a l'inici de l'estudi per explorar creences i experiències dels residents per continuar amb el grup focal, on es van desenvolupar àrees menys explorades a les entrevistes individuals, per més tard poder triangular dades. Tant les entrevistes individuals com la grupal van ser enregistrades en àudio i transcrits textualment.

En base a les evidències prèvies i les inquietuds de l'equip investigador, les entrevistes es van centrar en explorar els seus valors i creences sobre la MFic, motivacions per realitzar l'especialitat, transició d'estudiant a metge resident, responsabilitat i estratègies d'adaptació durant el procés formatiu, àmbit de formació (CAP/Hospital) i visió sobre el futur com a metge de família. La participació va ser voluntària. Van signar un consentiment informat i es va assegurar l'anonimat de les seves entrevistes. El protocol va ser aprovat pel comitè d'ètica de la Fundació Jordi Gol i Gurina (P17 /110)

Anàlisi

Les dades s'analitzen temàticament seguint el mètode proposat per Braun i Clarke¹⁴ i centrant-se principalment en aspectes positius i negatius de l'experiència general. Inicialment, es van llegir diverses vegades les transcripcions per

familiaritzar-se amb el contingut. Això va permetre identificar les primeres unitats de significat. Després, es van codificar els textos mitjançant codis descriptius segons el seu contingut. A continuació, els codis es van agrupar en categories segons les semblances entre codis. En aquest moment es van discutir els resultats preliminars dins del grup de recerca i, mitjançant el pensament reflexiu i el raonament crític, es van fer alguns canvis fins a obtenir consens. Finalment, es va debatre l'informe de resultats amb dos dels participants per verificar el significat i la coherència de les interpretacions, no proposant cap canvi.

RESULTATS

Han participat un total de 14 residents de sis centres d'atenció primària (11 dones), amb una mitja d'edat de 26,5 anys a l'inici de l'estudi, 6 han realitzat el Grau de medicina a diferents facultats de Barcelona, 3 a facultats de la resta de Catalunya, 4 a d'altres comunitats autònomes i 1 fora d'Espanya. Tothom, a excepció d'una resident, contemplava la MFiC entre les primeres opcions d'elecció.

Després de desconstruir i reconstruir les dades i observant les creences i preocupacions de forma aïllada i/o col·lectiva, es van identificar sis àrees d'interès: valors i creences atribuïdes a l'especialitat, motivacions per ser metge de família, estratègies d'adaptació durant el procés formatiu, àmbit de formació, transició estudiant-metge resident i metge resident-metge resident en MFiC i visió com a futur metge de família.

Valors i creences atribuïdes a l'especialitat de MFiC

De forma transversal s'identifica entre els participants una sèrie de valors propis de l'especialitat. És el cas de la visió integral del pacient, la continuïtat assistencial, la relació metge-pacient basada en l'empatia i la comunicació.

“¿Els valors de la medicina de Família? Jo crec que l'atenció a la persona i el seguiment en el temps de les persones.... i poder englobar molts aspectes, que no solament impliquen els aspectes mèdics, sinó que impliquen tota la persona en general, i crec que això és molt bonic, que un metge engloba doncs això, la persona, on viu, la seua família, la part social i la part humana. O sia, jo crec això. I en el temps i portar les persones en el temps”. (E-7)

Consideren que els valors de la MFiC són similars als valors que per ells ha de tenir un metge en general, que haurien de ser comuns a tots els professionals independentment de la seva especialitat: coneixements teòrics però també l'acompanyament, la proximitat, la comunicació amb el pacient.

“Doncs jo diria que hauria de ser igual en un metge que sigui o no de família, però el metge de família encara més, en el sentit que el veus al llarg de totes les etapes de la seva vida, i

trobo que encara és més important el poder-hi tenir aquesta confiança perquè tens aquesta continuïtat en el temps” (E-5).

Motivacions per ser MFiC

Una de les motivacions que els van condicionar per a l'elecció de l'especialitat va ser la necessitat de no renunciar a cap coneixement adquirit durant la formació pregrau. Van considerar la MFiC com una especialitat global, tant pels coneixements com per l'ampli ventall de població que englobava.

“I després valorava la medicina de família pel fet que t'especialitzes en tot alhora, com que pots arribar fins on tu vulguis”. (E-3)

Encara que a totes les entrevistes es manifesta la dimensió humanística i global de la concepció de la MFiC com una de les primeres raons per a la seva elecció en front d'altres així com els amplis coneixements associats a ella, també van aparèixer altres motius, destacant la visió de la MFiC com una font d'opcions envers un futur professional divers, amb la possibilitat de nombroses sortides professionals.

“De fet, he triat també medicina de família perquè tinc un ventall d'opcions molt gran. Llavors, em veig fent moltes coses, m'agrada molt els pal·liatius, també m'agradaria explorar Urgències durant un temps i veure més pacients com més ràpid i una mica més d'adrenalina, [...] i potser estar un temps de cooperació”. (E-7)

Àmbit de formació

La comparació dicotòmica entre les opcions formatives que ofereix l'Hospital i el CAP va ser una constant a les entrevistes; per exemple, quant a l'aprenentatge i identificació, per ells, els de l'hospital eren els “estranyos” i encara que adquirien coneixements no sentien que formessin part de la seva identitat professional.

“A l'Hospital és com molta feina de coses ràpides i administratives.... és tot més mecànic. Al CAP és diferent, es proven diferents coses, es fa una analítica a veure com va, després esprova una altra cosa. És com més un procés i tu has d'anar pensant què fer. En canvi aquí a l'hospital és molt més ràpid, i em sento més un robot que metge”. (E-10)

Un altre exemple d'aquesta dicotomia va ser l'associació dels valors, considerant que els valors de l'hospital no només eren diferents, sinó que tampoc no eren tan positius. Així descriuen una experiència no holística i una relació metge-pacient poc empàtica.

“Aquí al CAP et preocupes pel pacient en general, que estigui bé, que entengui una medicació, que entengui el que li passa. et preocupes per ell com a persona global, i moltes vegades a Urgències això es deixa una mica de banda i moltesvegades s'ha de deixar el box lliure, donar altes i ja està, llavors

es deixa de banda aquest component que em sembla molt important de la persona, el component global. (E-2)

Estratègies d'adaptació durant el procés formatiu

Durant les primeres setmanes de residència, en general, la preocupació més important que referien va ser la d'orientar-sei adaptar-se als seus nous entorns, el CAP i l'Hospital, així com a l'aprenentatge de les eines informàtiques, circuits i funcionaments d'ambdós àmbits.

Al CAP les estratègies adoptades estaven relacionades amb la negociació del seu paper amb el seu propi tutor podent arribar a un acord amb ell per començar a tenir més autonomia dins d'un entorn supervisat i protegit.

"Potser pots tenir tu una consulta i portar tu alguns pacients, [...] però és veritat que el tutor tampoc et coneix a tu, com vols que et deixi a tu una consulta al costat, amb com de difícils són els pacients d'atenció primària, que també t'ha de conèixer... t'has de guanyar la seva confiança". (E-7)

D'altra banda, en l'àmbit hospitalari, les estratègies d'adaptació a un entorn d'aprenentatge que han qualificat com "d'hostil" durant el seu primer any són més indirectes, veient-se incapaces de negociar ni el seu rol amb els adjunts dins de l'estructura hospitalària ni la seva formació dins de l'hospital. Dins d'aquest àmbit, els residents van adoptar també unes estratègies d'adaptació relacionades amb el coneixement de quin professional preguntar sense por a rebre males contestacions i, sobretot a qui no fer-ho; també, van establir relacions de col·laboració amb altres residents.

"La rutina de planta és que l'adjunt ve, fa el passi i després marxa. Llavors molta docència per part seva... alguns una mica més, altres una mica menys. De qui acabes aprenent és dels R grans [...]". (E-8)

Transició estudiant-metge resident, metge resident-metge resident de MFiC

Respecte al que hauria de ser per ells la docència durant la residència, observem com les experiències prèvies com estudiants de Medicina s'han unit a les experiències com residents.

A les narratives apreciem que els residents a l'època d'estudiants tenen l'objectiu d'aprendre, de buscar el coneixement als llibres i a l'estudi teòric, principalment.

"Jo crec que la residència és com medicina número 2, és a dir, hem fet una medicina número 1, de teòrica, i ara és medicina número 2, que és pràctica i formar-nos com a bons metges". (E-8)

Durant la formació pregrau la seva integració dins de l'estructura del CAP o de l'hospital durant els rotatoris és relativa. En general, desconeixien el funcionament de la institució on feien

la pràctica, se sentien més com observadors que com actors. La seva participació com a estudiants depenia més que el tutor o adjunt acceptés formar-lo o no, que de la seva actitud proactiva com a estudiant.

"Per exemple, hi havia una tutora coneguda perquè no volia tenir alumnes. Tu arribaves, ni tal sols et deia hola, es posava a mirar la pantalla... li vaig preguntar i em va contestar així, de males maneres, en pla: "No, sí...". Ja no li vaig preguntar més". (E-1)

Els primers mesos de residència a l'hospital, en la transició d'estudiant a metge-resident, el resident de MFiC no es va sentir còmode en el seu paper. En ocasions se sentia com un estudiant encara, amb pocs coneixements i amb molta responsabilitat.

"[...] vull dir que sempre pots tenir dubtes, però ara mateix no em sento resolutive, ara, com que no em sento resolutive, no em sento metge complet". (E-13)

Tenir responsabilitat, per primer cop, ja de metges residents, va representar un gran canvi causant d'ansietat i preocupació. Per una banda, referien una preocupació envers la responsabilitat de les seves accions amb els pacients i, per l'altra, van referir una espècie de "responsabilitat moral", és a dir, que, tot i conèixer que com residents tenien un grau de supervisió, sentien por a equivocar-se i/o perjudicar als pacients per les seves actuacions, sentint-se com a "estrany" dins d'una dinàmica ja establerta.

"El meu primer mes de rotació va ser a una planta en què l'adjunt quasi ni hi era, llavors des del primer moment em vaig veure molt sola i això al principi va ser molt dur perquè passes de ser estudiant a portar pacients pràcticament sola, llavors les primeres setmanes van ser una mica dures i difícils, després vas agafant una mica de 'soltura' a base d'equivocar-te, de que et renyin els adjunts o els mateixos pacients". (E-4)

Com residents de primer any van reivindicant de forma recurrent el seu rol d'aprenent, de metge en formació, reclamant el dret a ser format i supervisat, a equivocar-se i a ser rectificat.

"Per mi, ser resident és aprofitar el que no podem fer quan siguem especialistes, és a dir, preguntar moltíssim, absorbir moltíssim, aprendre de tots els que podem aprendre, perquè el dia de demà seran ja companys...". (E-8)

Quant al seu període a l'hospital, han referit que tot i estant en desacord amb algunes formes de fer, no se sentien amb la força necessària per poder negociar-ho amb els adjunts, fet que ha provocat que desenvolupin pràctiques alternatives, establint relacions docents amb altres companys residents. La majoria dels residents es van identificar des de l'inici amb la MFiC, identificació que va xocar amb les seves experiències a l'hospital, on existien altres formes de fer i altres formes de concebre el pacient, de forma molt diferent a la visió que ells tenien, fet que els va portar a adoptar la identitat del servei

on es trobaven a cada moment: “Soc d'on estic”, però sense renunciar a concebre el pacient d'una forma més integral.

“En canvi, a l'hospital, que és més individualista, com que és un enfocament més biològic, se centren més en la patologia... però a la vegada són pacients que tenen altres problemes”. (E-12)

El segon any de residència els residents van expressar també la seva adaptació als diferents serveis hospitalaris, assumint el paper de ser sempre el darrer en incorporar-se a les rotacions i el primer que marxava, però tot i així sentien que formaven part del sistema de la residència: coneixien l'hospital, a una part del personal i això els va fer focalitzar l'atenció a d'altres aspectes relacionats amb la docència i la seva participació en les diferents rotacions.

“Quan al principi et diuen que les guàrdies seran molt dures, al final quan les vas fent et vas acostumant, jo crec que hi ha molta inèrcia, un cop feta la primera i la segona guàrdia, ja tot va més rodat. Sí que et vas trobant situacions més o menys conflictives, però al final et vas adaptant, et vas ficant a l'engranatge de l'hospital i no costa tant adaptar-te”. (E-1).

També, durant el segon any de residència, els residents van continuar incidint en el seu paper de metges en formació. No obstant això, consideraven que havien adquirit confiança no només a nivell personal sinó també en relació tant amb els altres residents com pel que fa al personal de l'hospital, que els mostraven confiança en les seves actuacions mèdiques. Van considerar també que en algunes rotacions era possible no aprendre si no existia una actitud proactiva per la seva part.

“Hi ha rotacions que són molt tranquil·les, amb un paper poc actiu, així que... jo vinc a treballar cada dia, faig el que em diuen, més o menys, però que de veritat algú es preocupi pel que apreus o no apreus o per com fas les coses, doncs no”. (E-1)

Visió com futur metge de família

Els residents es veuen a si mateixos a l'inici com futurs metges de família amb múltiples sortides laborals. Per una banda, trobem residents que es veien com metges de família, portant una consulta pròpia sent a la vegada referents d'alguna subespecialitat dins del seu CAP. Per altra banda, alguns residents, un cop finalitzada l'especialitat, referien la possibilitat de combinar la consulta amb altres activitats com guàrdies d'urgències o col·laborant amb alguna ONG.

“Jo no em veig a l'hospital, potser a unes urgències de CAP o d'atenció continuada, però em veig més a l'atenció primària portant una consulta, un contingent de pacients que jo pugui portar poder fer el seguiment. A mi també m'agrada bastant la part de gestió, i no m'importaria dirigir-me una mica a això, però sense perdre la part assistencial”. (E-11)

DISCUSSIÓ

Aquest estudi ha trobat que tots els residents van començar la residència en MFiC coneixent què significava ser un Metge de Família, encara que aquesta especialitat es trobés absent dels currículums a la majoria de les Facultats de Medicina. No obstant això, tots han referit que han d'aprendre el que significa i com complir amb el seu nou paper de resident.

En primer lloc, han d'identificar-se i tenir el paper de metge, que implica adaptar-se a canvis significatius, com el pas d'estudiant a resident. Per primer cop senten que són responsables de l'atenció al pacient i que, unit a la sensació d'escassa supervisió per part dels seus responsables i la d'aprendre fent, els va generar sentiments d'ansietat i preocupació per no realitzar bé la seva tasca. A mesura que els residents es van adaptar a les seves noves responsabilitats van guanyar confiança en el seu nou rol com a metge. Les formes com els residents desenvolupen la seva identitat professional té implicacions pel seu propi benestar, així com per les relacions que estableixen amb altres companys residents.

Els resultats del present estudi són similars a les troballes d'altres estudis, on s'observa que la transició entre la formació d'estudiant a resident representa per ells un gran salt de responsabilitat¹⁵⁻¹⁸ i un dels períodes més estressants de la seva formació. Passen de ser estudiants “totalment” dependents dels seus professors a metges en formació sense l'absoluta “independència” en la cura dels pacients^{19,20}.

Durant els primers mesos, els residents no senten que formin part de l'hospital, sinó que s'identifiquen amb els professionals de la medicina de família. Encara que es van identificar com a residents, la seva “mirada” holística es confrontava directament amb la visió més focalitzada d'altres especialitats i serveis on havien d'adquirir competències i habilitats. Això va fer que alguns residents adoptessin la identitat del servei on estaven a cada moment i actuessin com un metge d'aquell servei.

La comparació dicotòmica entre l'Hospital i el CAP va ser una constant a totes les entrevistes. Quant a aprenentatge i identificació, la font principal de la formació al CAP va provenir sobretot del tutor/a amb el que es va iniciar una relació docent; en aquest àmbit el resident se sent més còmode negociant el seu paper en la dinàmica de l'equip, mentre que a l'hospital, tot i que adquirien coneixements, la relació amb l'adjunt era pràcticament inexistent, doncs la majoria de les ocasions estaven absents o poc presents, aspecte que va motivar als residents a buscar altres fonts de formació amb iguals o residents grans. Consideren el CAP com el seu àmbit natural i, encara que han estat poc temps rotant, senten la possibilitat de posar en pràctica aquells valors i habilitats que per ells són importants per l'especialitat i que no estan tan presents a l'hospital, com els valors humanístics i holístics i altres habilitats centrades en l'empatia.

En termes generals, els participants van expressar les idees similars a les trobades per Beaulieu et al.²¹ que indiquen la gran diferenciació interna entre metges de família i altres especialistes en l'àmbit de l'ensenyament, és a dir, tant el lloc de treball com els entorns de capacitació són dos camps clau de la representació i el desenvolupament de la identitat professional d'acord amb el marc teòric d'Abbott, que ofereix una anàlisi rica i complexa de la naturalesa de les relacions entre ocupacions professionals i les forces que donen forma a aquestes relacions²².

Aquest estudi mostra una identificació més forta amb l'especialitat en el primer any, en què es posaven en joc les idees prèvies de l'especialitat, com la concepció holística del pacient, entre d'altres, que al llarg del segon any, en què aquesta identificació disminueix. Una de les causes podria ser que el resident pot ser condicionat per unes rotacions exclusivament hospitalàries, estant molt poc present l'especialitat durant el segon any. En tot cas, malgrat la poca presència del resident a l'Atenció Primària, al segon any persisteix la visió integral del pacient trobant a faltar el seguiment d'aquest, encara que ja se senten plenament integrats dins del rol de resident i dins del paper assignat dintre de l'estructura hospitalària.

D'acord amb la bibliografia consultada els residents van canviant les identitats al llarg de la residència, sent molt importants les seves creences sobre l'especialitat en la formació de la seva identitat professional. Pratt i cols.⁽⁶⁾ expressa que els professionals conformen i reconstrueixen la seva identitat professional quan confronten el que creuen que són com a professionals mèdics amb el que efectivament fan. Quan aquesta confrontació entre el que és i el que es fa no coincideixen produeixen "alteracions" en la seva identitat i el context on desenvolupen la seva capacitació influeix en la formació de la seva identitat professional. Hi ha una forta interfase organització-usuari que modela l'estructura de la identitat del subjecte que treballa en aquest espai^{23,24}.

Els mecanismes que conformen la (re o des) construcció de la identitat poden ser explicats per diferents formes, però la majoria dels autors com Hilton-Slotnick²⁵ expliquen que aquesta s'aconsegueix amb dos processos simultanis que són assoliment i desgast.

Segons Hall²⁶ i Pratt i cols.⁶ adopten mecanismes d'adaptació construint identitats temporals que els ajuden a sobreviure en el seu àmbit natural de treball, és a dir, les identitats canvien d'acord amb els entorns organitzacionals a mesura que canvia la residència, definint fins i tot, diferents "subidentitats" d'acord amb l'entorn.

Com a model explicatiu hi hauria una autenticació com a validació o comprovació de les motivacions que porten a ser metge de família, l'adaptació que els residents reconstrueixen en el seu recorregut d'identitat i el reposicionament com a forma d'adaptació geogràfica o física" on es fa la reconstrucció de la identitat en relació a l'entorn i les organitzacions.

Així, són importants no només els coneixements, també la xarxa de relacions i activitats que s'estableixen en l'àmbit de formació i aquests canvis defineixen profundament la seva identitat²⁶.

Limitacions i propers passos

Aquest treball presenta una sèrie de limitacions que s'han de considerar. En primer lloc, la metodologia utilitzada no permet generalitzar dades encara que sí que aquestes es poden transferir a contextos socioculturals similars. En segon lloc, falta explorar els dos darrers anys de la residència, on possiblement el resident acabi de consolidar la seva identitat donada una menor presència de formació hospitalària. Aquest estudi ha explorat els dos primers anys, espai de temps que inclou dos moments molt diferents quant a capacitació i pràctica: el de la transició estudiant-resident i el de l'inici d'identificació en el seu rol de resident. No s'exploren els dos anys següents on el resident té contacte més directe amb l'Atenció Primària, àmbit propi de la seva especialitat. Finalment, cal tenir present que el tipus de mostreig emprat podria reflectir principalment la realitat d'aquells participants molt motivats o d'aquells molt insatisfets, deixant invisibles altres experiències.

CONCLUSIÓ

Aquest estudi conclou que els residents de MFIC durant els dos primers anys de residència tenen una sèrie de valors i creences sobre la seva futura professió que els fan identificar de la mateixa, com són l'empatia i la cura global de la persona. De fet, aquestes mateixes creences es converteixen en les seves motivacions per triar l'especialitat i adaptar-se durant el seu procés formatiu. Els continguts i metodologia de la formació presenten aspectes que han de millorar com són la supervisió individualitzada i la coherència lògica de les rotacions que els facin sentir que tant el seu aprenentatge com l'adquisició de responsabilitats és progressiu i significatiu. Malgrat descriuen l'experiència formativa com a extenuant, no es peneixen i conceben el seu futur treballant com allò que van decidir ser: metges especialistes en medicina familiar i comunitària.

Les troballes d'aquest estudi permeten un apropament i una major comprensió de les experiències i estratègies d'adaptació dels residents. Aquesta informació pot servir als docents per establir estratègies de formació per al millor aprenentatge dels residents.

Conflictes d'interès: No existeix conflicte, personal o financer per cap autor. Ha estat finançat pels Ajuts a la Recerca de la CAMFiC Número Projecte1702: FAP17/01.

Agraïments: Agraïm a tots els/les residents que han aportat les seves experiències a l'elaboració de l'estudi, sense ells/es no hauria estat possible.

BIBLIOGRAFIA

1. Larrain J. El concepto de identidad. *FAMECOS*. 2003;21:30-42.
2. Brewer MB, Gardner W. Who is this 'we'? Levels of collective identity and self-representations. *J Pers Soc Psychol*. 1996;71:83-93.
3. Dutton JE, Dukerich JM. Keeping an eye on the mirror: image and identity in organizational adaptation. *J Acad Manag*. 1991;34:517-54.
4. Rodríguez C, Pawlikowska T, Schweyer F, López-Roig S, Bélanger E, Burns J, et al. Keeping an eye on the mirror: image and identity in organizational adaptation. *BMC Med Educ*. 2014;14:184.
5. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency. *JAMA*. 2010;304:235-6.
6. Pratt MG, Rockman KW, Kaufmann JB. Constructing professional identity: the role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Acad Manag*. 2006;49:235-62.
7. Beaulieu MD, Rioux M, Rocher G, Samson L, Boucher L. Family practice: Professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. *Soc Sci Med*. 2008;67:1153-63.
8. Albert S, Whetten DA. Organizational identity. *Res Organ Behav*. 1985;7:263-95.
9. Pugno PA, McPherson DS, Schmittling GT, Fetter GT, Kahn NB. Results of the 2004 National Resident Matching Program: Family medicine. *Fam Med*. septiembre de 2004;36:562-70.
10. Wenger E. *Comunidades de práctica: Aprendizaje, significado e identidad*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2017.
11. Starman AB. The case study as a type of qualitative research. *J Contemp Educ Stud*. 2013;64:28-43.
12. Corbin JM, Strauss AL. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 4th ed. London, UK: Sage; 2015. 431 p.
13. Onions P. Grounded Theory Applications in Reviewing Knowledge Management Literature, in postgraduate research conference. Methodological issues and ethical considerations. Leeds, UK: Leeds Metropolitan University; 2006.
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3:77-101.
15. Prince KJAH, van de Wiel MWJ, van der Vleuten CPM, Boshuizen HPA, Scherpbier AJJA. Junior doctors' opinions about the transition from medical school to clinical practice: A change of environment. *Educ Heal*. 2004;17:323-31.
16. Stern DT, Papadakis M. The developing physician-Becoming a professional. *N Engl J Med*. 2006;355:1794-9.
17. Brown J, Chapman T, Graham D. Becoming a new doctor: a learning or survival exercise? *Med Educ*. 2007;41:653-60.
18. Westerman M, Teunissen PW, Van Der Vleuten CPM, Scherpbier AJJA, Siegert CEH, Van Der Lee N, et al. Understanding the transition from resident to attending physician: A transdisciplinary, qualitative study. *Acad Med*. 2010;85:1914-9.
19. Teunissen PW, Westerman M. Opportunity or threat: the ambiguity of the consequences of transitions in medical education. *Med Educ*. 2011;45:51-9.
20. Monrouxe L V. Identity, identification and medical education: Why should we care? *Med Educ*. 2010;44:40-9.
21. Beaulieu MD, Samson L, Rocher G, Rioux M, Boucher L, Del Grande C. Investigating the barriers to teaching family physicians' and specialists' collaboration in the training environment: A qualitative study. *BMC Med Educ*. 2009;9:31.
22. Abbott A. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
23. Ashforth BE, Humphrey RH. Emotional Labor in Service Roles: The Influence of Identity. *Acad Manag Rev*. 1993;18:88.
24. Chreim S, Williams BE, Hinings CR. Interlevel influences on the reconstruction of professional role identity. *Acad Manag J*. 2007;50:1515-39.
25. Hilton SR, Slotnick HB. Proto-professionalism: How professionalisation occurs across the continuum of medical education. *Med Educ*. 2005;39:58-65.
26. Hall DT. The protean career: A quarter-century journey. *J Vocat Behav*. 2004;65:1-13.

Com citar l'article: Monteserín R, Bergillos A, Leyva JM. De la teoria a la pràctica: la construcció de la identitat professional dels residents de Medicina Familiar i Comunitària durant els dos primers anys de residència. *But At Prim Cat* 2021;39:15.