RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 21/08/2026 | aceito: 24/08/2026 | publicação: 27/08/2026

Espejo de preceptoría en Medicina Familiar y Comunitaria: la relación residente–interno y sus reflejos en la formación del preceptor

Espelho de preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: a relação residente–interno e seus reflexos na formação do preceptor

Preceptorship mirror in Family and Community Medicine: the resident–medical intern relationship and its effects on preceptor development

Raiane Virginia Gonçalves Oliveira – Escola de Saúde Pública do Distrito Federal - ESP DF, e-mail: raianeeeoliveira@gmail.com

Resumen: La preceptoría es un elemento central en la formación médica, especialmente en Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), en la que la enseñanza se da de forma práctica y longitudinal. Este estudio tiene como objetivo reflexionar críticamente sobre la experiencia de un residente del MFC en el rol de preceptor de internos de medicina y sus impactos en la formación pedagógica y profesional. Se trata de un relato de experiencia, con enfoque cualitativo, realizado en un escenario de Atención Primaria de Salud. La experiencia destacó avances en el desarrollo de habilidades comunicativas, adaptación de estrategias de enseñanza y construcción de retroalimentación, al mismo tiempo que reveló vacíos en la formación pedagógica formal. La experiencia funcionó como un “espejo” de la tradicional relación preceptor-residente, permitiendo una mayor comprensión del proceso de enseñanza-aprendizaje. Se concluye que la inserción estructurada de la formación preceptora durante la residencia puede calificar la docencia y fortalecer la formación de futuros preceptores.

Palabras clave: Preceptoría; Educación Médica; Medicina Familiar y Comunitaria; Internado; Residencia Médica.

Resumo: A preceptoria constitui elemento central na formação médica, especialmente na Medicina de Família e Comunidade (MFC), na qual o ensino ocorre de forma prática e longitudinal. Este estudo tem como objetivo refletir criticamente sobre a experiência de um residente de MFC no papel de preceptor de internos de medicina e seus impactos na formação pedagógica e profissional. Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, realizado em cenário de Atenção Primária à Saúde. A experiência evidenciou avanços no desenvolvimento de habilidades de comunicação, adaptação de estratégias de ensino e construção de feedbacks, ao mesmo tempo em que revelou lacunas na formação pedagógica formal. A vivência funcionou como um “espelho” da relação tradicional preceptor–residente, permitindo maior compreensão do processo ensino-aprendizagem. Conclui-se que a inserção estruturada de formação em preceptoria durante a residência pode qualificar o ensino e fortalecer a formação de futuros preceptores.

Palavras-chave: Preceptoria; Educação Médica; Medicina de Família e Comunidade; Internato; Residência Médica.

Abstract: Preceptorship is a central element of medical education, especially in Family and Community Medicine (FCM), where teaching takes place through practical and longitudinal activities. This study aims to critically reflect on the experience of an FCM resident acting as a preceptor for medical interns and on its effects on pedagogical and professional development. This is a qualitative experience report conducted in a Primary Health Care setting. The experience showed progress in the development of communication skills, the adaptation of teaching strategies, and the provision of feedback, while also revealing gaps in formal pedagogical training. The experience functioned as a ‘mirror’ of the traditional preceptor–resident relationship, enabling a deeper understanding of the teaching-learning process. It is concluded that the structured inclusion of preceptorship training during residency can improve teaching and strengthen the development of future preceptors.

Keywords: Preceptorship; Medical Education; Family and Community Medicine; Medical Internship; Medical Residency.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 21/08/2026 | aceito: 24/08/2026 | publicação: 27/08/2026

1. Introducción

La formación médica contemporánea ha avanzado hacia la integración de conocimientos teóricos, habilidades prácticas y actitudes profesionales, con énfasis en el desarrollo de habilidades necesarias para una atención integral, ética y centrada en las necesidades de las personas y las comunidades. En este contexto, el aprendizaje ya no se restringe a ambientes tradicionalmente académicos y comienza a ocurrir de manera cada vez más significativa en escenarios de práctica real, en los que estudiantes y médicos en formación se exponen a situaciones clínicas concretas y necesitan articular conocimientos, habilidades comunicativas, razonamiento clínico, toma de decisiones y trabajo en equipo. En Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), esta perspectiva asume particular relevancia, ya que la Atención Primaria de Salud (APS) constituye un espacio privilegiado para el acompañamiento longitudinal de individuos, familias y comunidades, favoreciendo la integración entre atención y formación profesional. La enseñanza clínica realizada en estos escenarios depende, por tanto, no sólo de la disponibilidad de casos y situaciones de aprendizaje, sino también de la presencia de profesionales capaces de acompañar, supervisar y guiar a los aprendices en los servicios diarios (Botti; Rego, 2008; Ramani; Leinster, 2008).

Dentro de este proceso formativo, distintos sujetos ocupan distintos puestos y responsabilidades, aunque se insertan en una misma dinámica de enseñanza-aprendizaje. Entre ellos destacan el estudiante de internado de medicina, el médico residente y el preceptor. Comprender las particularidades de cada uno de esos roles es importante para analizar las relaciones pedagógicas que se establecen en el escenario de la práctica y, especialmente, para comprender situaciones en las que un médico residente asume, aunque sea parcialmente, funciones relacionadas con la preceptoría de estudiantes de pregrado.

La pasantía médica corresponde a una etapa específica de la formación médica de pregrado, caracterizada por una mayor inserción del estudiante en escenarios de práctica y un acercamiento progresivo a las responsabilidades inherentes al ejercicio profesional. Las Directrices Curriculares Nacionales de la Carrera de Medicina establecen la importancia de la formación basada en competencias y la inserción de los estudiantes en los diferentes escenarios de atención de salud, incluida la Atención Primaria de Salud. La Ley nº 12.871/2013, que instituyó el Programa Más Médicos, también estableció que parte de la carga horaria de prácticas debe desarrollarse en Atención Primaria y en servicios de urgencia y emergencia del Sistema Único de Salud (SUS), reforzando la importancia de escenarios reales de atención en la formación médica (Brasil, 2013; Brasil, 2014). Así, el interno se encuentra en una fase de transición entre el aprendizaje predominantemente académico y la práctica profesional, movilizando conocimientos previamente adquiridos y desarrollando progresivamente habilidades clínicas, comunicacionales y profesionales.

Si bien el interno ya cuenta con conocimientos teóricos y habilidades desarrolladas durante su graduación, su trabajo en el servicio se desarrolla bajo supervisión y dentro de

límites compatibles con su etapa de formación. La autonomía del estudiante, por tanto, es progresiva y debe estar relacionada con su nivel de competencia y la complejidad de las actividades que realiza. En este sentido, la supervisión no sólo representa una forma de control sobre las actividades realizadas, sino que también constituye un importante recurso pedagógico, permitiendo al estudiante asumir paulatinamente mayores responsabilidades a medida que demuestra capacidad para ello. El entorno clínico se convierte así en un espacio en el que la autonomía y la supervisión deben negociarse continuamente, considerando tanto las necesidades de aprendizaje como la seguridad y la calidad de la atención ofrecida a los pacientes.

En una etapa posterior de la formación médica se encuentra la residencia médica. Según la Ley nº 6.932/1981, la Residencia Médica es un tipo de formación de posgrado dirigida a médicos, caracterizada por la formación en servicio y desarrollada bajo la orientación de profesionales médicos calificados (Brasil, 1981). El médico residente, por lo tanto, presenta una posición particular en el proceso de formación: si bien ya es un profesional egresado y legalmente habilitado para ejercer la medicina, permanece en el proceso de especialización y desarrollo de habilidades específicas. Su formación se da a través de una combinación de práctica asistencial, supervisión, actividades teórico-prácticas y reflexión sobre situaciones vividas en el día a día de los servicios.

Esta posición intermedia le otorga al residente características únicas en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Sin dejar de ser aprendiz de sus preceptores y otros profesionales más experimentados, el residente puede asumir tareas docentes junto con estudiantes de pregrado y otros profesionales en formación. De esta forma, el residente no ocupa exclusivamente el lugar del aprendiz, sino que también puede participar activamente en la formación de otras materias. Esta experiencia puede entenderse como un tipo de enseñanza entre pares o enseñanza realizada por un profesional en formación, situación que tiene el potencial de producir beneficios tanto para quienes aprenden como para quienes enseñan (Ten Cate; Durning, 2007).

La preceptoría, a su vez, constituye un componente importante de la formación médica en el ámbito de la práctica. Aunque los términos preceptor, supervisor, tutor y mentor a veces se utilizan indistintamente, tienen diferentes significados y funciones en el campo de la educación para la salud. Botti y Rego (2008) destacan que el preceptor es el profesional que actúa en el ambiente de trabajo y de formación, particularmente en el contexto de la práctica clínica, acercando los conocimientos teóricos a la realidad del cuidado. Su función puede implicar enseñanza clínica, supervisión, evaluación, orientación, seguimiento del desarrollo de habilidades y utilización de situaciones reales de atención como oportunidades de aprendizaje. Además, el preceptor puede incidir en la formación ética y profesional de los aprendices, funcionando como modelo de desempeño profesional.

La enseñanza en el ambiente clínico, sin embargo, tiene características propias y

demandas del profesional que enseña habilidades que van más allá del dominio técnico y científico. El profesor o preceptor clínico puede asumir diferentes roles a lo largo de una misma actividad, actuando como fuente de información, facilitador del aprendizaje, evaluador, asesor y modelo profesional (Ramani; Leinster, 2008). Por tanto, saber practicar la medicina no significa necesariamente saber enseñar medicina. La competencia clínica y la competencia pedagógica constituyen dimensiones relacionadas pero no equivalentes, y la experiencia asistencial por sí sola no garantiza que el profesional esté preparado para organizar objetivos educativos, adaptar estrategias de enseñanza, evaluar el desempeño del alumno u ofrecer retroalimentación adecuada.

En este sentido, la retroalimentación juega un papel importante en la educación médica. En el contexto clínico, permite al educando comprender aspectos de su desempeño que necesitan ser mantenidos, modificados o mejorados, contribuyendo al desarrollo progresivo de habilidades. Para ser eficaz, la retroalimentación debe estar relacionada con conductas observables y ofrecer información que pueda orientar el desempeño futuro, diferenciándose de una evaluación meramente clasificatoria (Ende, 1983). La capacidad de ofrecer una retroalimentación adecuada, por tanto, constituye una de las habilidades pedagógicas que se pueden desarrollar durante la experiencia de preceptoría y que no siempre se enseñan formalmente durante la formación médica.

Otro aspecto relevante para comprender las relaciones entre interno, residente y preceptor tiene que ver con el aprendizaje de adultos. La mayoría de los sujetos involucrados en la formación médica se encuentran en el proceso de educación de adultos, lo que hace pertinente considerar los presupuestos de la andragogía. El concepto, asociado especialmente a la obra de Malcolm Knowles, se basa en la comprensión de que los adultos tienen experiencias, necesidades, motivaciones y formas de participación previas en el proceso de aprendizaje que deben ser consideradas en la organización de las estrategias educativas. En la formación de profesionales de la salud, las teorías del aprendizaje de adultos valoran aspectos como la experiencia previa del educando, la participación activa, la relevancia práctica de los contenidos, la resolución de problemas y la integración entre lo aprendido y situaciones profesionales cotidianas concretas (Mukhalalati; Taylor, 2019).

En el escenario MFC y APS, estos principios encuentran un terreno particularmente fértil. El contacto con pacientes reales, familias, equipos multidisciplinares y situaciones clínicas complejas permite relacionar directamente el aprendizaje con problemas concretos y contextualizados. El conocimiento no sólo se moviliza como contenido teórico, sino como herramienta para comprender y resolver situaciones que emergen de la práctica. El aprendiz puede participar en la consulta, realizar anamnesis y exploración física, formular hipótesis diagnósticas, discutir conductas, realizar un seguimiento longitudinal de los usuarios y reflexionar sobre las decisiones tomadas. En este contexto, el papel del preceptor o de cualquier profesional que asuma una función educativa es fomentar la participación activa del

educando sin perder de vista los límites necesarios para la seguridad del paciente y el nivel de competencia de la persona que se forma.

La relación entre interno, residente y preceptor puede, por tanto, entenderse desde diferentes niveles de experiencia, responsabilidad y autonomía. El interno se encuentra en proceso de desarrollar las habilidades necesarias para el ejercicio profesional y requiere una supervisión proporcional a su nivel de formación. El residente, a su vez, tiene mayor experiencia y autonomía clínica, pero permanece bajo supervisión durante su proceso de especialización. El preceptor asume mayor responsabilidad en la supervisión, orientación y evaluación de los profesionales en formación. Estos niveles no deben entenderse como posiciones estáticas o como una jerarquía exclusivamente vertical, sino como una organización dinámica, en la que la autonomía debe ampliarse progresivamente según la competencia demostrada y la complejidad de la situación clínica.

Esta dinámica se vuelve especialmente interesante cuando el residente pasa a actuar como preceptor o educador de los internos. En esta situación se establece una relación que puede representarse como un movimiento entre diferentes posiciones en el proceso de formación: el residente es aprendiz antes que su preceptor, pero puede asumir el rol de educador antes que el interno. Existe, por tanto, una superposición de roles y una posibilidad de circulación de conocimientos y experiencias entre los diferentes niveles de formación. El residente necesita no sólo dominar ciertos contenidos, sino también seleccionar lo relevante para el nivel de conocimiento del interno, adaptar su lenguaje, estimular el razonamiento clínico, monitorear el grado de autonomía posible y reconocer cuándo es necesario intervenir o solicitar apoyo del preceptor responsable.

Esta experiencia puede tener un efecto pedagógico en el propio residente. Al enseñar comienza a observar el proceso de aprendizaje desde una perspectiva diferente a la que tenía cuando era exclusivamente aprendiz. Las situaciones vividas previamente con sus propios preceptores pueden revisarse y reinterpretarse. Las estrategias de enseñanza pueden reproducirse, modificarse o evitarse deliberadamente. Ciertas actitudes que antes parecían naturales pueden adquirir un nuevo significado cuando el residente necesita desempeñar el papel de guiar a otra persona. El acto de enseñar puede, por tanto, favorecer la explicación de conocimientos que antes permanecían implícitos, además de estimular la reflexión sobre la comunicación, la supervisión, la autonomía, la evaluación y la retroalimentación.

Es en este punto donde se establece la metáfora del “espejo de la preceptoría”, propuesta en este informe. El residente, al ocupar temporalmente el puesto de docente, puede reconocer en su propia conducta elementos de prácticas pedagógicas vividas previamente con sus preceptores. El espejo, sin embargo, no implica necesariamente una reproducción pasiva. Al percibirse en la posición de educador, el residente puede identificar prácticas que desea mantener, estrategias que desea adaptar y experiencias que prefiere transformar. La relación con el interno puede, de esta manera, funcionar como un dispositivo de reflexión sobre la

propia trayectoria formativa y sobre el modelo de preceptoría que se está construyendo.

Esta perspectiva también nos permite problematizar la preparación pedagógica de los médicos residentes. Si bien el objetivo principal de la residencia médica es la formación especializada y el desarrollo de habilidades para el ejercicio profesional, los servicios del día a día pueden colocar al residente en situaciones de enseñanza y supervisión de estudiantes. Cuando esto ocurre sin una formación pedagógica específica, el residente puede confiar predominantemente en las experiencias que tuvo como estudiante y en las estrategias que observa en sus propios preceptores. Un proceso de este tipo puede ser productivo, pero también puede reproducir modelos de enseñanza que reflejan mal o son inadecuados para las necesidades de los alumnos. La literatura sobre enseñanza clínica destaca acertadamente que muchos profesionales asumen responsabilidades educativas sin una preparación específica para llevar a cabo estas funciones (Ramani; Leinster, 2008).

Así, la inserción del residente en actividades de preceptoría puede entenderse no sólo como una estrategia de apoyo a la docencia de pregrado, sino también como una oportunidad para el desarrollo profesional y pedagógico del propio residente. La experiencia puede contribuir a mejorar las habilidades de comunicación, liderazgo, organización del conocimiento, supervisión, evaluación y retroalimentación, además de favorecer la construcción de una identidad profesional que reconozca la dimensión educativa como parte del quehacer médico. Por otro lado, la falta de preparación formal puede generar inseguridad y dificultades para definir los límites de la autonomía, conducir la enseñanza y evaluar al educando.

Ante este escenario, se vuelve relevante reflexionar sobre qué sucede cuando un médico residente del MFC asume el cargo de preceptor de internos y cómo esta experiencia impacta en su propia formación. Más que describir actividades realizadas con los estudiantes, es importante comprender cómo esta experiencia cambia la percepción del residente sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje, su propio desempeño profesional y el rol de preceptor que puede desempeñar en el futuro. La experiencia de enseñar puede, en este sentido, constituir una oportunidad para repensar la propia formación y comprender cómo los modelos de preceptoría previamente experimentados influyen en la práctica educativa actual.

Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo reflexionar críticamente sobre la experiencia de un residente de Medicina Familiar y Comunitaria en la preceptoría de médicos internos, considerando la relación entre los diferentes niveles de formación, los procesos de autonomía y supervisión, los principios del aprendizaje de adultos y los impactos de esta experiencia en el desarrollo de habilidades pedagógicas y profesionales para el futuro ejercicio de la preceptoría.

2. Objetivos

2.1 Objetivos generales

Este trabajo tiene como objetivo relatar y reflexionar críticamente sobre la experiencia de un médico residente en Medicina Familiar y Comunitaria, miembro de un equipo de Salud de la Familia (eSF) vinculado a dos programas de Residencia Médica en Medicina Familiar y Comunitaria, desarrollados en Montes Claros, Minas Gerais, y en Brasilia, Distrito Federal, en el ejercicio de la enseñanza y acompañamiento de internos de medicina en el escenario de la Atención Primaria a la Salud, considerando las repercusiones de esta experiencia para el desarrollo de habilidades en aspectos pedagógicos, clínicos y profesionales relacionados con su futura actuación como preceptora.

2.2 Objetivos específicos

Describir el contexto de los escenarios de Atención Primaria de Salud en los que se desarrolló la experiencia docente;

Caracterizar la relación que se establece entre el médico residente, los internos de medicina y los preceptores involucrados en el proceso de enseñanza-aprendizaje;

Describir las principales actividades de enseñanza, supervisión y seguimiento que se desarrollan con los internos;

Reflexionar sobre los distintos niveles de autonomía atribuidos a residentes e internos, considerando sus respectivas etapas de formación;

Identificar las estrategias pedagógicas utilizadas durante la experiencia, incluyendo discusión de casos, seguimiento de consultas y retroalimentación;

Analizar las dificultades y limitaciones que encuentra el residente en el desempeño de las actividades docentes;

Reflexionar sobre la influencia de las experiencias vividas previamente por el residente con sus propios preceptores en su práctica educativa;

Identificar las habilidades pedagógicas y profesionales desarrolladas a partir de la experiencia de la preceptoría;

Analizar cómo la experiencia de los internos docentes contribuyó a la redefinición de la trayectoria formativa del residente;

Reflexionar sobre la experiencia como posibilidad de preparación para el futuro ejercicio de la preceptoría en Medicina Familiar y Comunitaria.

3. Metodología

Se trata de un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, relato de experiencia, basado en la experiencia de un médico residente en Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) en el desarrollo de la docencia, seguimiento y supervisión de internos de medicina en el ámbito de la Atención Primaria a la Salud (APS). El relato de experiencia constituye una modalidad de producción académica que posibilita la sistematización y reflexión crítica sobre una experiencia concreta, articulando la experiencia práctica con referentes teóricos y permitiendo la construcción de conocimientos a partir del análisis de situaciones vividas en la vida profesional diaria (Daltro; Faria, 2019). La elección de esta modalidad se justifica por la naturaleza del objeto de este estudio, que busca describir y reflexionar críticamente sobre una experiencia durante la formación médica, considerando sus significados, potencialidades, limitaciones y repercusiones para el desarrollo de habilidades pedagógicas y profesionales.

La experiencia se construyó longitudinalmente a lo largo de la formación del autor en dos programas de Residencias Médicas en Medicina Familiar y Comunitaria, en diferentes contextos de la Atención Primaria de Salud. Inició el 1 de marzo de 2024, en el Programa de Residencia Médica del MFC en Montes Claros, Minas Gerais, donde la autora permaneció hasta el 31 de mayo de 2025. Debido al traslado del programa de residencia, la formación continuó en Brasilia, Distrito Federal, a partir del 1 de junio de 2025. En esta segunda etapa, la autora permaneció activa hasta el 3 de septiembre de 2025, cuando inició un período de licencia de maternidad, que duró seis meses. El retorno a las actividades se produjo en marzo de 2026, permaneciendo el autor en formación hasta el período considerado para este informe.

La experiencia ocurrió en servicios de APS vinculados a los respectivos programas de residencia, con el autor incluido en el cotidiano de los equipos de Salud de la Familia (eSF). Si bien ambos escenarios presentaron particularidades relacionadas con la organización de los servicios, la composición de los equipos, los flujos de atención y las características institucionales, ambos permitieron la integración entre las actividades de atención, formación profesional y enseñanza. El paso por diferentes contextos también permitió observar cómo la organización del servicio, el desempeño de los preceptores, el perfil de los estudiantes y el grado de autonomía de los involucrados influyen en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Los principales involucrados en la experiencia fueron el médico residente, autor del informe, los internos de medicina insertados en los escenarios de práctica y los médicos preceptores responsables de la supervisión de la residencia. La autora ocupaba una posición intermedia en la estructura de formación: seguía siendo médica en formación especializada, bajo la supervisión de preceptores, pero, al mismo tiempo, realizaba en determinadas situaciones actividades de seguimiento, orientación y enseñanza para los internos. Esta superposición de roles constituyó un elemento central de la experiencia, permitiendo al autor vivir el proceso de enseñanza desde una perspectiva distinta a la que anteriormente ocupaba como estudiante y residente.

Durante los períodos de actividad, el seguimiento de los internos se integró a la atención diaria de la APS, especialmente en consultas, discusión de casos y otras situaciones clínicas que brindaron oportunidades de aprendizaje. Las actividades docentes incluyeron seguimiento de consultas, discusión de casos clínicos, elaboración y discusión de hipótesis diagnósticas, planificación terapéutica, orientación sobre el abordaje de los pacientes, discusión de aspectos relacionados con la comunicación clínica y reflexión sobre la organización de la atención en la APS. También se brindó orientación durante las consultas, discusiones sobre la conducta después de las consultas y momentos de retroalimentación sobre el desempeño observado.

Las estrategias pedagógicas se utilizaron de manera contextualizada, considerando el nivel de formación, conocimientos previos y habilidades demostradas por cada interno, así como los objetivos de aprendizaje identificados en cada situación. Entre las estrategias utilizadas se destacaron preguntas orientadas a estimular el razonamiento clínico, la discusión conjunta de hipótesis y conductas y la retroalimentación luego de la realización de las actividades. La enseñanza se produjo predominantemente a partir de situaciones concretas cotidianas en la APS, utilizando consultas y casos clínicos como oportunidades de aprendizaje.

La experiencia también involucró situaciones relacionadas con la definición del grado de autonomía de los internos. La autonomía se entendió como un proceso progresivo, definido en función del nivel de formación del estudiante, las habilidades ya demostradas, la complejidad de la situación clínica y la necesidad de garantizar la seguridad del paciente. Ante situaciones más complejas o dudas de conducta, el autor recurrió a la supervisión de los preceptores responsables. Esta dinámica permitió reflexionar sobre los límites entre autonomía, supervisión y responsabilidad en el proceso de formación médica.

La construcción del informe se realizó de forma retrospectiva, a partir de la memoria del autor y de la recuperación de registros personales producidos a lo largo de la residencia. Durante los períodos de capacitación se realizaron anotaciones en libretas personales, libretas de celulares y archivos almacenados en espacio de almacenamiento digital personal. Estos registros no fueron elaborados originalmente con fines científicos, sino como una forma de registrar situaciones, percepciones, dudas, aprendizajes y acontecimientos considerados relevantes durante la formación. Posteriormente fueron recuperados y organizados según su relación con el objeto de este estudio.

También se consideraron como elementos complementarios a la reflexión las declaraciones espontáneas y de retroalimentación realizadas por los residentes durante la experiencia, especialmente comentarios relacionados con las actividades docentes, la realización de las consultas, las orientaciones recibidas y las estrategias utilizadas por el residente. Estas manifestaciones fueron utilizadas exclusivamente como elementos contextualizadores de la experiencia, y no fueron tratadas como datos de investigación, ni

analizadas o presentadas individualmente.

Luego de recuperar los registros y recuerdos relacionados con la experiencia, el material fue organizado temáticamente, considerando los principales aspectos relacionados con el proceso de enseñanza-aprendizaje vivido por el autor. Se definieron cuatro ejes para organizar la experiencia: (1) contextualización de escenarios de práctica e inserción de los involucrados; (2) relación entre residente, internos y preceptores; (3) situaciones relacionadas con la autonomía, supervisión, estrategias de enseñanza y retroalimentación; y (4) percepciones, sentimientos, dificultades, potencial y aprendizaje resultantes de la experiencia.

El análisis se realizó de manera reflexiva, buscando ir más allá de la descripción cronológica de los acontecimientos y comprender sus significados para la formación profesional y pedagógica del autor. Las situaciones vividas fueron interpretadas a la luz de referencias relacionadas con la educación médica, la preceptoría, el aprendizaje de adultos, la enseñanza clínica, la autonomía, la supervisión y la retroalimentación. Se consideraron tanto las fortalezas como las debilidades identificadas durante la experiencia, incluyendo el desarrollo de habilidades comunicativas, liderazgo, organización del conocimiento, supervisión, razonamiento clínico y retroalimentación, así como las dificultades relacionadas con la falta de formación pedagógica formal, la definición de los límites de la autonomía de los internos, la conciliación entre cuidado y enseñanza y la inseguridad experimentada inicialmente en el rol de educador.

El análisis también consideró la influencia de la trayectoria previa de la autora como estudiante y residente en su forma de enseñar. Se observaron situaciones en las que se reprodujeron, adaptaron o cuestionaron prácticas vividas previamente con sus propios preceptores. La percepción de este movimiento entre reproducir, adaptar y resignificar las prácticas docentes constituyó un elemento central para la construcción de la metáfora del “espejo de la preceptoría”, utilizada como eje interpretativo del informe.

3.1 Base teórica

Para sustentar la reflexión sobre la experiencia, se realizó una revisión narrativa de la literatura sobre preceptoría, educación médica, enseñanza clínica, aprendizaje de adultos y andragogía, autonomía y supervisión en la formación médica, enseñanza entre pares y retroalimentación formativa. La revisión narrativa permite un acercamiento amplio e interpretativo a la literatura disponible, siendo adecuada para la contextualización teórica y discusión de experiencias y fenómenos relacionados con la práctica profesional (Rother, 2007).

La revisión tuvo como objetivo brindar sustento teórico para la interpretación de las situaciones vividas, relacionando la experiencia individual del autor con conceptos y discusiones presentes en la literatura sobre la formación médica. No se pretendió realizar una revisión sistemática de la literatura ni producir una síntesis cuantitativa de los estudios

encontrados. Se utilizaron artículos científicos, documentos normativos y referencias consideradas pertinentes a la formación médica y a la Medicina Familiar y Comunitaria, especialmente aquellos relacionados con los conceptos de preceptoría, aprendizaje de adultos, enseñanza en el ambiente clínico, retroalimentación y desarrollo progresivo de la autonomía.

3.2 Aspectos éticos

En la elaboración del informe se observaron los principios de confidencialidad, anonimato y protección de la privacidad de pacientes, internos, preceptores y demás profesionales involucrados en la experiencia. No se utilizaron nombres, iniciales, números de registros médicos, información de contacto u otros datos que permitieran la identificación individual de los involucrados.

Las situaciones clínicas seleccionadas fueron descritas de manera que preservaran la identidad de los pacientes y de otras personas involucradas, priorizando los aspectos pedagógicos y reflexivos relevantes al objetivo del estudio. Los registros personales utilizados en la construcción del informe provienen de archivos de uso privado del autor. Las manifestaciones espontáneas de los internos fueron utilizadas únicamente de forma contextual y no fueron presentadas de forma individual ni asociadas a características que permitieran su identificación.

Considerando la naturaleza del trabajo como relato de experiencia y las características de los registros utilizados, se observaron los lineamientos éticos e institucionales aplicables a la ejecución y presentación de este tipo de producción académica.

4. Informe de experiencia/Resultados

La experiencia de seguimiento de internos comenzó durante la formación en Medicina Familiar y Comunitaria en Montes Claros, Minas Gerais, en una unidad de Atención Primaria a la Salud en la que trabajaban tres médicos residentes y internos. Inicialmente, los reclusos rotaban diariamente entre los residentes. Si bien esta organización permitió a los estudiantes conocer diferentes formas de conducir el cuidado, en la práctica se identificaron algunas dificultades. Cada residente tenía su propio horario, horarios específicos y diferentes formas de organizar y discutir los casos, mientras que los internos en ocasiones llegaban en horarios diferentes a los previamente acordados y tenían dificultades para seguir la rutina y encontrar el camino a las citas.

Además de cuestiones relacionadas con horarios y organización del servicio, se notó que la rotación diaria dificultaba la continuidad del proceso docente. Cada residente tenía su propia forma de realizar las consultas, organizar el razonamiento clínico y discutir la conducta, y la estadía del interno por tan solo un día no le permitió comprender suficientemente la dinámica de trabajo de cada profesional.

Ante estas dificultades, los residentes discutieron la situación con el preceptor y

propusieron una reorganización de la pasantía, de modo que los internos permanecieran vinculados al mismo residente por períodos más prolongados, inicialmente establecidos en aproximadamente seis a ocho semanas. Posteriormente, esta organización permitió que cada recluso permaneciera con un residente durante aproximadamente tres o cuatro meses, antes de cambiar las rotaciones.

El cambio proporcionó una mayor continuidad en la relación entre residente y recluso. Con la estadía prolongada, la estudiante conoció mejor la rutina de la residente, su forma de realizar consultas, organizar el razonamiento clínico y discutir los casos. De la misma manera, la residente conoció mejor el nivel de conocimientos, dificultades y grado de autonomía de la interna, permitiéndole adaptar progresivamente sus estrategias de supervisión y enseñanza.

Durante la primera semana de seguimiento, el residente siguió siendo el principal responsable de la atención, mientras que el interno observaba las consultas. Después de cada cita, se discutió el caso, incluyendo los principales hallazgos de la anamnesis y el examen físico, las hipótesis diagnósticas, la conducta adoptada y las dudas que tuvo el estudiante. Este primer momento también permitió al interno comprender la organización de la consulta y el funcionamiento rutinario de la unidad.

Tras esta fase inicial de observación, los internos progresivamente pasaron a asumir cuidados de menor complejidad. En los casos en los que tenían más confianza realizaron la consulta de forma más autónoma, mientras que en situaciones consideradas más complejas solicitaron la presencia del residente. Al finalizar la anamnesis y el examen físico, el interno presentó el caso al residente, quien revisó la información obtenida, discutió el razonamiento clínico y evaluó conjuntamente el curso de acción propuesto. De esta forma se fue ampliando progresivamente la autonomía, manteniendo la supervisión necesaria para la seguridad del paciente.

La estancia del interno con el mismo residente también favoreció el desarrollo de una relación de confianza. A medida que aumentó el período de convivencia, fue más fácil identificar qué situaciones el estudiante podía manejar solo y cuáles requerían mayor supervisión. Para el residente, esta experiencia también le permitió darse cuenta de que la enseñanza clínica no se limitaba a la transmisión de conocimientos, sino que implicaba acompañar el desarrollo del alumno, reconocer sus límites y adaptar la supervisión a sus necesidades.

En este proceso, la residente también comenzó a reflexionar sobre su propia forma de brindar atención y enseñanza. El hecho de necesitar explicar los motivos de ciertas conductas y responder a las preguntas de los internos requirió una mayor organización del razonamiento clínico y de los conocimientos utilizados durante la consulta. La experiencia permitió así que cuidado y enseñanza se convirtieran en procesos interconectados, en los que el cuidado del paciente constituyó simultáneamente una actividad de cuidado y una oportunidad de aprendizaje.

Por lo tanto, inicialmente se observó inseguridad en la realización de las actividades docentes, especialmente en el equilibrio entre asistencia y supervisión. La responsabilidad de orientar a los internos generó la necesidad de organizar el razonamiento clínico de forma más didáctica y estructurada. Con el tiempo, la interacción con los internos permitió desarrollar estrategias de enseñanza más adaptadas a las necesidades individuales, reconociendo diferentes estilos de aprendizaje. Situaciones como la discusión de casos clínicos, la atención compartida y la revisión de conducta se convirtieron en oportunidades de aprendizaje bidireccional.

Generar retroalimentación fue uno de los mayores desafíos. Inicialmente puntual y desestructurada, evolucionó hacia una práctica más consciente, centrándose en aspectos concretos y pautas constructivas. Al mismo tiempo, la experiencia propició una reflexión sobre su propia experiencia como residente, permitiéndole identificar similitudes y diferencias en relación con sus preceptores. Este proceso reforzó la percepción de la preceptoría como una práctica compleja, que requiere no sólo dominio técnico, sino también habilidades pedagógicas.

5. Discusión

La experiencia relatada muestra que la inserción del médico residente en la enseñanza de los internos produjo repercusiones que fueron más allá de la transmisión de conocimientos clínicos. Al asumir, aunque sea parcialmente, un rol educativo, el residente pasó a atender simultáneamente las demandas de atención, las necesidades de aprendizaje, la supervisión, la evaluación y la seguridad del paciente. Esta posición intermedia –aprendiz frente a sus preceptores y educador frente a los internos- constituye un aspecto central de la experiencia y permite entender la preceptoría como una práctica que también participa en la formación del propio residente.

La literatura reconoce que los residentes desempeñan un papel importante en la educación de los estudiantes de medicina y otros profesionales en formación, aunque a menudo asumen estas responsabilidades sin una preparación pedagógica formal. Los programas de desarrollo de habilidades docentes para residentes han demostrado resultados favorables en la confianza para enseñar, el conocimiento de los principios educativos y el comportamiento docente (Bensinger; Meah; Smith, 2005; Hill et al., 2009). Más recientemente, una revisión de los programas de residentes como maestros reforzó que la enseñanza de los residentes a menudo se incorpora informalmente a la capacitación, mientras que los propios residentes identifican la necesidad de objetivos educativos explícitos y una capacitación estructurada para cumplir este papel (Residents as Teachers..., 2026).

En este sentido, la experiencia descrita en este informe puede entenderse como una forma de enseñanza aprendizaje situada en el propio entorno laboral. La residente no inició su trabajo con un conjunto de habilidades pedagógicas previamente estructuradas, sino que

desarrolló estrategias basadas en las necesidades concretas de los internos y las situaciones encontradas en la práctica. Este proceso es particularmente relevante en MFC, en el que la enseñanza se produce de manera integrada con la atención y en el que la consulta, la discusión de casos, el seguimiento longitudinal y la organización de la atención constituyen oportunidades de aprendizaje continuo.

Uno de los aspectos más significativos de la experiencia fue la reorganización de las prácticas de los internos, pasando de un modelo de rotación diaria entre residentes a una estancia más prolongada con el mismo profesional. El cambio, inicialmente motivado por dificultades organizativas, tuvo importantes repercusiones pedagógicas. La continuidad de la relación permitió que el residente conociera progresivamente el nivel de conocimientos, habilidades, dificultades y límites de autonomía de cada interno. Al mismo tiempo, el estudiante pasó a comprender mejor la dinámica de trabajo, la organización de la consulta y la forma de razonamiento clínico utilizado por el residente.

Esta experiencia se aproxima a los principios del aprendizaje clínico longitudinal, en el que la continuidad de las relaciones favorece no sólo el seguimiento de los pacientes, sino también el conocimiento progresivo del educando por parte del educador. En el modelo adoptado inicialmente, caracterizado por reuniones específicas, cada residente necesitaba adaptarse rápidamente a un estudiante que conocía poco, mientras que el interno necesitaba comprender diferentes formas de gestión clínica en períodos muy cortos. La estancia prolongada redujo esta fragmentación y permitió construir una relación pedagógica más consistente.

La relación que se establece entre residente y recluso también puede entenderse a la luz de la enseñanza entre pares o la enseñanza casi entre pares. Si bien el residente se encontraba en un nivel de formación diferente al interno, hubo proximidad en relación a la experiencia educativa y el lenguaje utilizado, además de una menor distancia jerárquica respecto a la relación tradicional entre estudiante y docente especialista. Las revisiones de la literatura indican que las estrategias de enseñanza entre pares pueden presentar resultados similares a los métodos convencionales en diferentes resultados educativos y pueden ser particularmente útiles para desarrollar habilidades prácticas (Brierley; Ellis; Reid, 2022; Harris et al., 2022).

En el presente relato, esa proximidad parece haber favorecido una relación de confianza, en la que el interno podía presentar dudas, reconocer limitaciones y solicitar ayuda ante situaciones clínicas más complejas. Para el residente, el conocimiento del aprendiz a lo largo del tiempo permitió sustituir una supervisión poco diferenciada por una supervisión más ajustada a las habilidades demostradas. Por lo tanto, la continuidad no sólo representó más tiempo juntos, sino que permitió una supervisión más individualizada y progresiva.

La autonomía de los internos constituyó otro eje importante de la experiencia. Inicialmente predominantemente observacional, la participación de los estudiantes se amplió a servicios menos complejos y, más tarde, a situaciones en las que demostraron mayor

seguridad. La residente debía decidir, en cada situación, cuánto podía delegar y en qué circunstancias debía intervenir. Este proceso resalta que la autonomía en la enseñanza clínica no debe entenderse como una ausencia de supervisión, sino como una construcción progresiva, dependiente de la competencia demostrada por el alumno, la complejidad de la situación y la seguridad del paciente.

La necesidad de tomar estas decisiones también tuvo un efecto formativo en la propia residente. A la hora de supervisar a un interno, se hizo necesario aclarar criterios que, anteriormente, podían quedar implícitos en la propia práctica clínica. Preguntas como “¿por qué esta conducta?”, “¿qué considera usted más importante en este caso?” o "¿qué harías a continuación?" comenzaron a constituir instrumentos para hacer más explícito el razonamiento clínico. La docencia, en este sentido, funcionó como estímulo a la metacognición profesional, pues obligaba al residente a reflexionar sobre conocimientos y decisiones que antes se movilizaban de forma más automática.

Este fenómeno puede estar relacionado con el principio de que la enseñanza también constituye una oportunidad de aprendizaje para quienes enseñan. En la experiencia de enseñanza cercana a pares, el educador en formación necesita reorganizar su propio conocimiento, seleccionar información relevante y adaptar la complejidad de la explicación al nivel del alumno. La literatura sobre enseñanza entre pares describe precisamente este beneficio potencial para los diferentes sujetos involucrados en el proceso educativo (Ten Cate; Durning, 2007; Brierley; Ellis; Reid, 2022).

Otro aspecto relevante fue el desarrollo de la comunicación. Al inicio de la experiencia, el residente relató inseguridad respecto a la necesidad de explicar de manera didáctica decisiones clínicas que, en algunas situaciones, fueron tomadas de manera intuitiva durante la consulta. La necesidad de enseñar requería una mayor organización del pensamiento y una mayor claridad en la comunicación. Este proceso puede entenderse como una consecuencia de la transición entre “saber hacer” y “saber explicar cómo y por qué hacerlo”, una distinción importante para el desarrollo de la competencia pedagógica.

La dificultad inicial para construir retroalimentación es otro hallazgo relevante. Al principio, las devoluciones eran puntuales y desestructuradas; progresivamente comenzaron a incorporar aspectos más específicos del desempeño observado y orientaciones sobre posibilidades de mejora. Esta transformación es consistente con la literatura que considera la retroalimentación como una herramienta esencial en la educación clínica, pero también como una habilidad compleja que no necesariamente se desarrolla únicamente a través de la experiencia de atención (Ende, 1983; Bing-You et al., 2017).

La retroalimentación efectiva debe proporcionar al alumno información específica sobre su desempeño en relación con un determinado estándar u objetivo, permitiendo identificar aspectos que deben mantenerse o modificarse (Ende, 1983). Estudios más recientes refuerzan que las intervenciones que involucran retroalimentación pueden producir efectos

positivos en los conocimientos, actitudes y habilidades de los estudiantes de medicina, aunque la literatura aún presenta una importante heterogeneidad en cuanto a las estrategias utilizadas (Castro et al., 2021).

En la experiencia relatada, la evolución del residente en la construcción de la retroalimentación parece haber ocurrido precisamente por la necesidad de transformar las impresiones generales en pautas más concretas. Este cambio representa uno de los ejemplos más claros de desarrollo pedagógico a lo largo de la experiencia. Progresivamente el residente dejó de ocupar el rol de alguien que identifica errores o aciertos y pasó a entender la retroalimentación como parte del proceso de aprendizaje, orientado al desempeño futuro.

El llamado “espejo de la preceptoría” constituye, en este contexto, el principal aporte interpretativo de este informe. Al ocupar el puesto de docente, la residente comenzó a reconocer prácticas pedagógicas que había vivido previamente como estudiante y como residente. Algunas fueron reproducidas porque fueron percibidas como positivas; otros fueron modificados cuando resultaron inadecuados para la situación; y algunos comenzaron a ser cuestionados a partir de su propia experiencia como educador.

Este movimiento es relevante porque la formación pedagógica de los médicos no se da exclusivamente a través de disciplinas o cursos formales. Una parte significativa del aprendizaje sobre cómo enseñar ocurre a través de la observación de profesores y preceptores, a través de la participación en situaciones reales y a través de la reproducción, consciente o no, de modelos pedagógicos previamente experimentados. De esta manera, cuando el residente comienza a enseñar, es posible hacer explícitos modelos de enseñanza que antes permanecían implícitos. El “espejo” representa, por tanto, no sólo la reproducción de conductas, sino la posibilidad de reconocer, evaluar y transformar estos modelos.

La metáfora también nos permite entender la preceptoría como un componente de la identidad profesional. El médico no sólo actúa como cuidador, sino que muchas veces participa en la formación de estudiantes, residentes y otros profesionales. En el MFC, esta dimensión educativa adquiere particular importancia, ya que la APS constituye un espacio de formación clínica, trabajo en equipo, atención longitudinal e integración entre diferentes niveles de formación. La experiencia relatada mostró que la identidad de un educador puede comenzar a construirse durante la residencia, incluso antes del ejercicio formal del rol de preceptor.

Sin embargo, el informe también destaca una tensión importante entre la responsabilidad educativa y las actividades asistenciales. La residente necesitaba equilibrar el cuidado de sus propios pacientes con el seguimiento de los internos, responder a las demandas clínicas y, simultáneamente, crear oportunidades de aprendizaje. Esta superposición de roles puede producir inseguridad y sobrecarga cuando no existe una definición clara de responsabilidades, tiempo protegido o apoyo pedagógico institucional.

Esta pregunta es particularmente relevante porque la literatura sobre la formación de

residentes como docentes señala que la existencia de oportunidades de enseñanza, por sí sola, no garantiza que estas experiencias sean pedagógicamente calificadas. Los programas de formación estructurados pueden abordar la planificación, la comunicación, la supervisión, la evaluación y la retroalimentación de la enseñanza, promoviendo una mayor seguridad y eficacia en la enseñanza (Hill et al., 2009; Ostapchuk et al., 2010). En Medicina Familiar, específicamente, los programas de formación de residentes para la docencia han incluido habilidades de enseñanza clínica, liderazgo, retroalimentación y evaluación, con resultados positivos en la enseñanza de conductas (Albanese et al., 2009).

La ausencia de formación pedagógica formal, por lo tanto, no impidió el desarrollo de habilidades durante la experiencia, pero hizo que este proceso fuera predominantemente intuitivo y basado en el ensayo, la observación y la reflexión sobre la práctica. Este hallazgo no debe interpretarse como una devaluación del aprendizaje informal, que resultó ser importante en la experiencia, sino como una oportunidad para discutir cómo la capacitación institucional podría mejorar este proceso.

En este sentido, la experiencia sugiere que la inclusión de actividades de preceptoría en la residencia debe ir acompañada de espacios estructurados de reflexión. La simple asignación de estudiantes a residentes puede generar oportunidades de aprendizaje, pero la inclusión de objetivos pedagógicos, la supervisión de los residentes, la discusión de casos de enseñanza y la capacitación en herramientas de retroalimentación podrían transformar una actividad espontánea en una experiencia formativa intencional. La evidencia sobre programas de residentes como docentes indica que las intervenciones estructuradas pueden mejorar las habilidades de enseñanza y que las estrategias longitudinales tienden a favorecer una mayor consolidación de habilidades que las intervenciones aisladas (Hill et al., 2009; Residentes como maestros…, 2026).

Otro elemento importante es que la experiencia no debe interpretarse como una demostración de la eficacia de un método de enseñanza en particular. Al tratarse de un relato de experiencia basado en la perspectiva del propio autor, no se utilizaron instrumentos objetivos para medir la evolución de las habilidades de los internos o residentes, ni se realizó una comparación con un grupo de estudiantes sometidos a otra estrategia pedagógica. De esta manera, los hallazgos representan percepciones y aprendizajes construidos a partir de una experiencia particular y no permiten generalizaciones causales.

Esta limitación, sin embargo, no reduce la relevancia del informe. El objetivo de una producción de esta naturaleza no es establecer relaciones de causa y efecto, sino sistematizar una experiencia concreta y producir una reflexión sobre sus significados y posibilidades. En este sentido, la experiencia permitió identificar aspectos que pueden ser relevantes para otros programas de residencia, especialmente la importancia de continuar la relación pedagógica, la supervisión progresiva, la retroalimentación y la preparación del residente para asumir responsabilidades educativas.

Finalmente, la experiencia nos permite comprender que la preceptoría no debe verse como un rol que comienza recién después de completar la residencia. El residente ya participa en el proceso de formación de otros profesionales durante su carrera y, al hacerlo, desarrolla habilidades que luego pueden ser fundamentales para su rol como preceptor. La residencia puede, por tanto, constituir un espacio privilegiado para iniciar intencionadamente la formación pedagógica del futuro médico de familia y comunitario.

6. Consideraciones finales

La experiencia de un médico residente en Medicina Familiar y Comunitaria en el seguimiento y formación de médicos internos demostró que el ejercicio de la función educativa puede constituir un componente importante de la propia formación profesional. Al transitar entre las posiciones de aprendiz frente a preceptores y educador frente a internos, el residente experimentó un cambio de perspectiva que le permitió comprender de manera más concreta la complejidad del proceso de enseñanza-aprendizaje en el ambiente clínico.

La experiencia ha demostrado que la continuidad de la relación entre residente y recluso fue un elemento central para la calificación del proceso educativo. La estancia prolongada con el mismo aprendiz permitió un reconocimiento progresivo de sus conocimientos, dificultades y habilidades previas, favoreciendo la adaptación de la supervisión y la ampliación paulatina de la autonomía. En este contexto, la enseñanza dejó de ser entendida como una mera transmisión de información y pasó a ser vivida como un seguimiento del desarrollo del educando, articulando asistencia, supervisión, razonamiento clínico y reflexión.

Para el residente, la experiencia también produjo un aprendizaje significativo. La necesidad de explicar decisiones clínicas, formular preguntas, discutir casos, evaluar el desempeño de los internos y ofrecer retroalimentación requirió una mayor organización de sus propios conocimientos y una mayor conciencia de su práctica profesional. El desarrollo de habilidades de comunicación pedagógica, la construcción de retroalimentación más estructurada, la definición de límites de autonomía y la adaptación de estrategias de enseñanza constituyeron habilidades que trascendieron el ámbito exclusivamente clínico.

La metáfora del “espejo de preceptoría” permitió comprender otra dimensión de esta experiencia: al enseñar, la residente comenzó a observar su propia formación desde una nueva perspectiva. Los modelos de preceptoría previamente experimentados podrían reconocerse, reproducirse, adaptarse o cuestionarse. El proceso favoreció así no sólo el desarrollo de habilidades docentes, sino también la construcción de una identidad profesional más consciente de la dimensión educativa del quehacer médico.

Al mismo tiempo, la experiencia demostró que la adquisición de estas habilidades se produjo predominantemente de manera informal, a través de la práctica diaria, la observación de los preceptores y la reflexión sobre las situaciones vividas. La inseguridad inicial y las

dificultades relacionadas con la creación de retroalimentación y la conciliación de la asistencia y la enseñanza demuestran que la experiencia práctica, aunque poderosa, no reemplaza la necesidad de una formación pedagógica estructurada.

Por lo tanto, se considera pertinente que los programas de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria también reconozcan al residente como un sujeto capaz de participar en la formación de estudiantes y futuros profesionales, ofreciendo condiciones para que esta responsabilidad sea ejercida de manera segura y pedagógicamente calificada. La inclusión de contenidos y estrategias de educación médica, como la planificación de objetivos de aprendizaje, la supervisión clínica, la evaluación, la retroalimentación y los métodos de enseñanza en el lugar de trabajo, puede transformar experiencias que actualmente ocurren de manera espontánea en oportunidades de capacitación intencionales.

Se concluye, por tanto, que la experiencia de preceptoría durante la residencia puede funcionar simultáneamente como estrategia de enseñanza para el interno y como dispositivo de desarrollo profesional para el residente. Más que preparar al aprendiz para situaciones clínicas específicas, la enseñanza permitió a la residente reflexionar sobre cómo aprendió, cómo le enseñaron y cómo quiere enseñar en el futuro. En este sentido, el “espejo de la preceptoría” representa un proceso continuo de reconocimiento y transformación, en el que la experiencia de la docencia contribuye a la formación del futuro preceptor y a la consolidación de la dimensión educativa como parte integral de la identidad del médico de familia y comunitario.

Referencias

ALMARZOOQI, Lateefa Mohamed; GOSWAMI, Nandu. Residents as teachers in postgraduate medical education: a structured review of global evidence and emerging gaps. BMC Medical Education, [s. l.], 2026. DOI: 10.1186/s12909-026-09920-2.

BENSINGER, Lisa D.; MEAH, Yasmin S.; SMITH, Lawrence G. Resident as teacher: the Mount Sinai experience and a review of the literature. Mount Sinai Journal of Medicine, New York, v. 72, n. 5, p. 307-311, 2005.

BING-YOU, Robert; HAYES, Victoria; VARAKLIS, Kalli; TROWBRIDGE, Robert; KEMP, Heather; MCKELVY, Dina. Feedback for learners in medical education: what is known? A scoping review. Academic Medicine, Philadelphia, v. 92, n. 9, p. 1346-1354, 2017. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001578.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 2013.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jul. 1981.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRIERLEY, Clarissa; ELLIS, Leila; REID, Emily Roisin. Peer-assisted learning in medical education: a systematic review and meta-analysis. Medical Education, Oxford, v. 56, n. 4, p. 365-373, 2022. DOI: 10.1111/medu.14672.

CASTRO, Margareth Alves Bastos e; ALMEIDA, Regina Lúcia Muniz de; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; TIBIRIÇÁ, Sandra Helena Cerrato; EZEQUIEL, Oscarina da Silva; LUCCHETTI, Giancarlo. The use of feedback in improving the knowledge, attitudes and skills of medical students: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Medical Science Educator, [s. l.], v. 31, n. 6, p. 2093-2104, 2021. DOI: 10.1007/s40670-021-01443-3.

DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019. DOI: 10.12957/epp.2019.43015.

ENDE, Jack. Feedback in clinical medical education. JAMA, Chicago, v. 250, n. 6, p. 777-781, 1983. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.1983.03340060055026.

FRANK, Jason R.; SNELL, Linda; SHERBINO, Jonathan. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015.

MUKHALALATI, B. A.; TAYLOR, A. Adult learning theories in context: a quick guide for healthcare professional educators. Journal of Medical Education and Curricular Development, v. 6, p. 1-10, 2019. DOI: https://doi.org/10.1177/2382120519840332.

RAMANI, Subha; LEINSTER, Samy. AMEE Guide no. 34: teaching in the clinical environment. Medical Teacher, London, v. 30, n. 4, p. 347-364, 2008. DOI: https://doi.org/10.1080/01421590802061613.

RAMANI, Subha; MANN, Karen; TAYLOR, David; THAMPY, Harish. Residents as teachers: near peer learning in clinical work settings: AMEE Guide No. 106. Medical Teacher, London, v. 38, n. 7, p. 642-655, 2016. DOI: 10.3109/0142159X.2016.1147540.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. DOI: 10.1590/S0103-21002007000200001.

TEN CATE, Olle; DURNING, Steven. Dimensions and psychology of peer teaching in medical education. Medical Teacher, London, v. 29, n. 6, p. 546-552, 2007. DOI: https://doi.org/10.1080/01421590701583816.