

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

**Presentado por
Catalina Alcalá Lozano**

**Tutor
John Vergel**

TRABAJO DE GRADO

**El aprendizaje del liderazgo compasivo en residentes de cuidado intensivo pediátrico: una
indagación narrativa sobre su relación con el equipo de trabajo**

COLOMBIA, 2026

Tabla de contenido

Resumen	6
Abstract	6
1 Preámbulo narrativo	8
1.1 El camino que me conduce a esta investigación	8
2 Introducción	10
2.1 El contexto formativo y la experiencia del liderazgo en unidades de cuidado intensivo pediátrico	10
2.2 Lo que aún no se comprende sobre el aprendizaje del liderazgo compasivo.....	12
2.3 Comprender narrativamente el aprendizaje del liderazgo compasivo.....	13
2.4 Pregunta de investigación.....	14
2.5 Objetivo general	14
2.6 Objetivos específicos.....	14
3 Marco teórico / Estado del arte	15
3.1 Fundamentación teórica	15
3.1.1 Liderazgo como competencia profesional en la formación en salud.....	15
3.1.2 Liderazgo compasivo como concepto central del estudio	16
3.1.3 Trabajo interprofesional y equipo de trabajo como contexto relacional	17
3.1.4 Aprendizaje profesional en residencia: observación, interacción y reflexión .	18
3.1.5 Experiencia narrada como vía para comprender el significado de lo vivido...	19
3.1.6 Convergencia de los marcos teóricos con la pregunta de investigación.....	19
3.1.7 Conceptos orientadores del estudio	20
3.2 Estado del arte	22

5. Diseño metodológico	27
5.1 Enfoque y diseño de investigación	27
5.2 Contexto del estudio y participantes.....	28
5.3 Instrumentos de recolección de datos.....	29
5.4 Plan de análisis de datos	31
5.5 Criterios de rigor y calidad	34
5.6 Reflexividad de la investigadora	35
5.7 Consideraciones éticas.....	36
6. Resultados.....	38
6.1 Narrativa de María Luisa. Aprender a liderar cuando la coherencia se rompe	38
Sentidos que emergen de la narrativa.....	43
6.2 Narrativa de Ofelia. Del liderazgo temido al liderazgo compasivo	44
Sentidos que emergen de la narrativa.....	50
6.3 Narrativa de Rosa. Del control individual al liderazgo compartido.....	51
Sentidos que emergen de la narrativa.....	58
6.4 Narrativa de Carlos. Aprender a liderar cuando no siempre hay respuestas	59
6.5 Narrativa de Daniela. Aprender a liderar entre la calma, la muerte y el trabajo con otros	
67	
Sentidos que emergen de la narrativa.....	75
6.6 Narrativa de Alejandra. Aprender a quedarse, aprender a cuidar.....	76
Sentidos que emergen de la narrativa.....	85
7. Discusión	87
8. Conclusiones	95

9. Limitaciones del estudio	96
Declaración de uso de herramientas de inteligencia artificial generativa	97
Referencias bibliográficas	98
Anexos	102
Anexo 1. Acta del Comité de Ética	102
Anexo 2. Consentimiento informado	104
Anexo 3. Notas de campo de las entrevistas	108
Anexo 4. Matriz analítica del aprendizaje implícito del liderazgo compasivo en UCIP .	117

Agradecimiento

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento al Dr. Vergel, quien con su acompañamiento constante, su generosidad académica y su calidad humana hizo posible que este proyecto llegara a buen término.

Gracias por sostenerme en los momentos más difíciles, por no permitirme abandonar este camino cuando las circunstancias parecían sobrepasarme y por recordarme, una y otra vez, el sentido de continuar. Su apoyo trascendió lo académico; estuvo presente también en los momentos de incertidumbre, cansancio y fragilidad, ofreciendo siempre una palabra de orientación, confianza y fortaleza.

Agradezco profundamente sus conocimientos, su rigurosidad y su capacidad de guiar este proceso con sensibilidad y compromiso. Cada conversación, cada observación y cada enseñanza contribuyeron no solo al desarrollo de esta investigación, sino también a mi crecimiento personal y profesional.

Más allá de dirigir un proyecto, usted acompañó una historia. Y por ello, este trabajo lleva una huella de su generosidad, su empatía y su convicción de que incluso en los momentos más difíciles vale la pena seguir adelante.

Resumen

La formación médica de posgrado de cuidado intensivo pediátrico exige que los residentes aprenden a liderar equipos en escenarios de alta complejidad clínica, emocional y moral. Aunque el liderazgo suele entenderse como una competencia curricular asociada a gestión, comunicación y toma de decisiones, se conoce menos sobre la manera como se aprende el liderazgo compasivo en la práctica cotidiana cuando no está explícitamente incorporado en el currículo. El objetivo fue comprender las narrativas que los residentes de cuidado intensivo pediátrico cuentan sobre el aprendizaje del liderazgo compasivo durante su formación posgradual y su relación con el equipo interprofesional en la UCIP. Se realizó un estudio cualitativo con diseño de indagación narrativa, desde un paradigma constructivista-interpretativo. Participaron seis residentes de cuidado intensivo pediátrico de un hospital universitario, mediante entrevistas narrativas semiestructuradas y reconstrucción interpretativa de sus experiencias. Los hallazgos muestran que el liderazgo compasivo no está ausente de la formación, sino que se aprende como currículo oculto en escenas cotidianas de cuidado, jerarquía, retroalimentación, comunicación interprofesional y alta carga emocional. Este aprendizaje fue implícito y desigual: se aprendió tanto desde modelos que orientaron y habilitaron la palabra, como desde experiencias que produjeron miedo, silenciamiento o daño formativo. Las narrativas mostraron que liderar compasivamente implica ejercer autoridad con responsabilidad relacional: escuchar al equipo, corregir sin humillar, reconocer el sufrimiento y proteger la dignidad. Se concluye que formar líderes compasivos en la UCIP requiere, más que añadir contenidos curriculares, reconocer y transformar las escenas donde este liderazgo ya se enseña y se aprende.

Abstract

Postgraduate medical training in pediatric intensive care requires residents to learn how to lead teams in settings of high clinical, emotional, and moral complexity. Although leadership is usually understood as a curricular competency associated with management, communication, and decision-making, less is known about how compassionate leadership is learned in everyday practice when it is not explicitly incorporated into the curriculum. The aim of this study was to

understand the narratives that pediatric intensive care residents tell about learning compassionate leadership during their postgraduate training and in relation to the interprofessional team in the Pediatric Intensive Care Unit. A qualitative study was conducted using a narrative inquiry design, grounded in a constructivist-interpretive paradigm. Six pediatric intensive care residents from a university hospital participated through semi-structured narrative interviews and the interpretive reconstruction of their experiences. The findings show that compassionate leadership is not absent from training; rather, it is learned as a hidden curriculum in everyday scenes of care, hierarchy, feedback, interprofessional communication, and high emotional burden. This learning was implicit and uneven: it emerged both from role models who guided residents and enabled their voices, and from experiences that produced fear, silencing, or formative harm. The narratives showed that leading compassionately involves exercising authority with relational responsibility: listening to the team, correcting without humiliating, recognizing suffering, and protecting dignity. The study concludes that training compassionate leaders in the Pediatric Intensive Care Unit requires more than adding curricular content; it requires recognizing and transforming the scenes in which this leadership is already being taught and learned.

Palabras clave: liderazgo compasivo, educación médica de posgrado, cuidado intensivo pediátrico, relaciones interprofesionales, investigación cualitativa.

Keywords: compassionate leadership, graduate medical education, pediatric intensive care, interprofessional relations, qualitative research.

1 Preámbulo narrativo

1.1 El camino que me conduce a esta investigación

Esta investigación nace de mi trayectoria como pediatra intensivista y formadora. A lo largo de los años, he acompañado equipos y residentes en escenarios de alta complejidad, en los que cada decisión clínica exige no solo conocimiento técnico, sino también capacidad de relación, escucha, templanza y cuidado de otros. En ese camino, he vivido experiencias profundamente distintas. Algunas han estado marcadas por el apoyo, la empatía, la comunicación abierta y la posibilidad de trabajar con otros desde la confianza. Otras, en cambio, han estado atravesadas por la tensión, la hostilidad, el silencio, la desconfianza y formas de liderazgo que fragmentan al equipo en lugar de sostenerlo.

Con el tiempo entendí que esas experiencias no eran asuntos menores ni simplemente diferencias de estilo. En contextos como la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP), la manera como se lidera, moldea el ambiente en el que se aprende, se trabaja y se cuida. He visto como un liderazgo capaz de escuchar, acompañar y reconocer al otro, favorece la cohesión del equipo, fortalece la formación de quienes están aprendiendo y crea condiciones más humanas para el cuidado del paciente y su familia. También he visto cómo lo contrario deja huellas: instala temor, deteriora la confianza, limita la comunicación y empobrece la experiencia formativa.

Mi interés por esta investigación no surge únicamente de una inquietud académica, sino también de un proceso personal y profesional de reflexión. Mi propia historia me ha llevado a mirar con mayor atención las relaciones humanas que sostiene, o debilitan, el trabajo clínico. He aprendido que liderar no consiste solo en dirigir o decidir, sino en la manera como se acompaña a otros en escenarios de vulnerabilidad, incertidumbre y presión. Esa comprensión se fue haciendo más profunda al observar a los residentes: cómo aprenden de quienes los rodean, cómo son marcados por ciertos modos de trato, y, muchas veces, cómo construyen su manera de liderar a partir de experiencias que no siempre son nombradas, pero sí vividas intensamente.

Desde allí comenzó a tomar forma la pregunta de investigación. Me interesó comprender qué historias viven y cuentan los residentes de cuidado intensivo pediátrico sobre el aprendizaje

del liderazgo compasivo y su relación con el equipo de trabajo. Me interesó porque intuía que en esas historias se encuentra algo más que opiniones sobre liderazgo: están presentes las huellas de formación, las tensiones de la cotidianidad en la UCIP, los aprendizajes silenciosos, las formas de sufrimiento y, además, las posibilidades de reconstrucción, acompañamiento y cambio.

Esta investigación no busca describir una competencia o proponer una mejora curricular. Desde una perspectiva narrativa, busca acercarse a las experiencias que dan forma al aprendizaje del liderazgo en la residencia. Asimismo, pretende comprender cómo se vive ese aprendizaje, cómo se resignifica y cómo puede abrir caminos para una formación más consciente, relacional y humana en el cuidado intensivo pediátrico.

Desde esta trayectoria personal y profesional, surge el interés por comprender un problema educativo que, aunque tiene expresiones concretas en la experiencia cotidiana de la formación, dialoga con preocupaciones más amplias de la educación para profesionales de la salud. La introducción que sigue desarrolla ese problema en términos académicos, situándolo en la UCIP, delimitando su relevancia formativa y mostrando la brecha de conocimiento que justifica esta investigación.

2 Introducción

2.1 El contexto formativo y la experiencia del liderazgo en unidades de cuidado intensivo pediátrico

En la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP), la formación de los residentes transcurre en escenarios de alta complejidad, donde cada turno enfrenta a quienes se están formando a decisiones que no se resuelven únicamente con conocimiento técnico. En ese espacio, aprender no significa solamente reconocer diagnósticos, indicar tratamientos o responder a la urgencia clínica. Implica, además, aprender a comunicarse con otros, a coordinar acciones en medio de la presión, a sostener conversaciones difíciles, a ubicarse dentro del equipo y a responder de manera progresiva a responsabilidades que comprometen no solo al paciente, sino también a quienes participan en su cuidado.

En el caso de la UCIP donde se forman los residentes, estas dimensiones adquieren una relevancia particular porque el aprendizaje clínico ocurre en interacción constante con docentes, especialistas, enfermería, otros profesionales del equipo y familias de niños críticamente enfermos. La unidad de cuidado intensivo pediátrico constituye un escenario de formación y trabajo marcado por la urgencia, la incertidumbre clínica, la vulnerabilidad del paciente y la necesidad de coordinación permanente entre múltiples actores. En este entorno, los residentes no solo aprenden a resolver problemas clínicos complejos, sino también a participar en dinámicas interprofesionales, comunicar decisiones difíciles y asumir responsabilidades progresivas en la atención del paciente críticamente enfermo (Fuhrman et al., 2022; Walter et al., 2019; Stockwell et al., 2005).

Esto hace que el liderazgo no aparezca únicamente como una expectativa asociada a cargos formales, sino como un eje que atraviesa la experiencia cotidiana de formación. Los residentes aprenden a decidir, a relacionarse y a posicionarse en medio de modelos diversos de autoridad, comunicación y acompañamiento. Sin embargo, este aprendizaje no siempre es explícito dentro del proceso formativo. Con frecuencia, se produce en la observación de otros, en la respuesta a situaciones críticas y en las formas de relación que se validan en la práctica diaria.

A nivel internacional, la literatura en educación médica y liderazgo en salud ha mostrado que los profesionales en formación necesitan desarrollar competencias de liderazgo para actuar en sistemas clínicos complejos, cambiantes e interdependientes. En estos escenarios, el liderazgo no se limita al ejercicio de autoridad ni a la toma de decisiones en momentos críticos, sino que implica la capacidad de comunicarse, colaborar y construir culturas de seguridad en los equipos de salud (Sonnino, 2016; van Diggele et al., 2020; Stoller, 2021). Por ello, el desarrollo del liderazgo se ha convertido en una preocupación creciente en la formación de profesionales de la salud y en la modernización de la educación médica (Bai, 2020; Lerman & Jameson, 2018).

La literatura también ha mostrado que la formación en liderazgo en medicina suele ser insuficiente y, con frecuencia, informal. Estudios previos han descrito que muchos médicos en formación perciben una preparación limitada para asumir roles de liderazgo y gestión, y que gran parte de ese aprendizaje ocurre a través del modelamiento de otros médicos, la observación de prácticas cotidianas y la educación anecdótica entre pares, más que mediante procesos curriculares explícitos y sistemáticos (Stockwell et al., 2005; Gabel, 2014; Sonnino, 2016). En el ámbito específico del cuidado intensivo pediátrico, además, se ha señalado que los futuros intensivistas requieren competencias relacionadas con la autogestión, la gestión de equipos, la comunicación y el liderazgo clínico, pero que estas no siempre se desarrollan de manera deliberada durante la formación (Green et al., 2017; Bai, 2020).

Esta situación adquiere un peso particular en escenarios de alta presión asistencial, donde el liderazgo que se aprende o se modela durante la residencia puede favorecer relaciones colaborativas y ambientes de apoyo, pero también puede reproducir dinámicas centradas en la urgencia operativa, la jerarquía rígida o la desconexión entre quienes trabajan juntos. Dado que los residentes observan y aprenden de sus docentes, mentores y líderes de servicio, la forma en que estos se comunican, acompañan y responden a las necesidades del equipo influye de manera importante en el tipo de liderazgo que los residentes incorporan en su propio proceso formativo (Stockwell et al., 2005; Green et al., 2017; Harrell et al., 2021).

En este contexto, el problema educativo concreto que motiva este estudio radica en que, en la formación de residentes de cuidado intensivo pediátrico en la UCIP de un hospital

universitario de Colombia, el liderazgo constituye una exigencia cotidiana de la práctica, pero su aprendizaje ocurre en gran medida de forma implícita, poco estructurada y escasamente visibilizada como componente formativo. Este problema resulta relevante para la educación de profesionales de la salud porque limita la comprensión de cómo se configuran las capacidades relacionales, éticas e interprofesionales de quienes se están formando para ejercer en contextos críticos, y porque dificulta orientar de manera más intencional los procesos curriculares y de acompañamiento en la residencia (Frenk et al., 2010; Bai, 2020; Green et al., 2017).

2.2 Lo que aún no se comprende sobre el aprendizaje del liderazgo compasivo

Aunque la literatura científica ha mostrado que el liderazgo es una competencia relevante en medicina y en cuidado intensivo pediátrico, y ha descrito necesidades formativas relacionadas con comunicación, coordinación y trabajo en equipo, aún se comprende poco acerca de cómo los residentes de cuidado intensivo pediátrico viven, cuentan e interpretan este aprendizaje en la práctica cotidiana de la UCIP. La mayor parte de los estudios disponibles se han centrado en competencias generales de liderazgo, necesidades formativas amplias, intervenciones educativas o asociaciones entre estilos de liderazgo y bienestar laboral, pero ofrecen menor comprensión de la experiencia narrada de los residentes en escenarios clínicos críticos y altamente demandantes.

De manera paralela, revisiones recientes sobre liderazgo compasivo en salud han resaltado la importancia de la empatía, la comunicación, la colaboración y las culturas organizacionales de apoyo en los entornos hospitalarios. Estas revisiones muestran, además, que el campo ha crecido de manera importante, aunque persisten limitaciones en la estructura, el contenido y la evaluación de los programas de liderazgo, así como una falta de consenso sobre cómo se desarrolla este aprendizaje en la práctica clínica cotidiana (Phillipson et al., 2025; Östergård et al., 2023). Sin embargo, incluso estos trabajos continúan ofreciendo una comprensión limitada de cómo el liderazgo compasivo se configura narrativamente en residentes de cuidado intensivo pediátrico y en relación con el equipo de trabajo.

Este vacío se sitúa en la intersección entre liderazgo compasivo, residencia en cuidado intensivo pediátrico, relación con el equipo de trabajo y experiencia formativa narrada por

quienes se forman en este escenario clínico. Aunque la necesidad de fortalecer la formación en liderazgo ha sido ampliamente señalada en la literatura internacional, en el contexto colombiano sigue siendo necesario comprender cómo se vive este aprendizaje y se configura en programas de formación clínica altamente demandantes, como la residencia en cuidado intensivo pediátrico.

La brecha no está solo en reconocer que el liderazgo importa, sino en comprender cómo se configura en la experiencia cotidiana de los residentes, qué experiencias son recordadas como significativas, qué relaciones con el equipo moldean dicho aprendizaje, qué tensiones lo atraviesan y qué sentido adquiere dentro de la vida formativa en la UCIP.

2.3 Comprender narrativamente el aprendizaje del liderazgo compasivo

Desde la literatura sobre liderazgo compasivo, esta investigación propone mirar no solo si los residentes reciben formación formal en liderazgo, sino cómo aprenden, a través de sus relaciones cotidianas, formas de acompañar, comunicar y sostener al equipo en escenarios de alta presión. Esta perspectiva resulta especialmente relevante para una investigación narrativa porque desplaza la atención desde una definición abstracta del liderazgo hacia las vivencias, interacciones y significados que los residentes construyen en la UCIP.

De este modo, más que asumir el liderazgo compasivo como una categoría cerrada, interesa comprender cómo aparece —o no— en las historias que viven y cuentan quienes se forman en este escenario. Bajo esta premisa, el estudio se adentra en el fenómeno a través de las historias que los residentes habitan y relatan, reconociendo que es en la trama de estas vivencias donde el liderazgo compasivo cobra forma. Este aprendizaje no aparece como una competencia aislada ni como el resultado exclusivo de una instrucción formal, sino como una construcción progresiva que madura con el tiempo, se nutre del vínculo con el otro y se configura en medio de las condiciones latentes, las exigencias clínicas y las dinámicas interprofesionales de la UCIP.

Por ello, esta investigación se orienta a comprender las historias que los residentes de cuidado intensivo pediátrico construyen sobre el aprendizaje del liderazgo compasivo y su relación con el equipo de trabajo, reconociendo que dicho aprendizaje no se explica únicamente

por la presencia o ausencia de entrenamiento formal, sino también por las relaciones, tensiones y condiciones narradas en su experiencia formativa en la UCIP.

Desde esta perspectiva, el interés no reside en capturar opiniones fragmentadas sobre el liderazgo, sino en comprender las trayectorias, tensiones y significados que emergen de la experiencia formativa narrada por los residentes. De este modo, la investigación busca ofrecer una mirada situada y relacional sobre cómo se construye el ser líder en cuidado intensivo pediátrico, y aportar una comprensión humana y pedagógica capaz de orientar el diseño curricular y las decisiones formativas en la educación de profesionales de la salud.

2.4 Pregunta de investigación

¿Qué dicen las narrativas de los residentes de cuidado intensivo pediátrico en la unidad de cuidado intensivo pediátrico de un hospital universitario, sobre el aprendizaje del liderazgo compasivo a lo largo de su formación y su relación con el equipo de trabajo?

2.5 Objetivo general

Comprender las narrativas los residentes de cuidado intensivo pediátrico en la UCIP de un hospital universitario, acerca del aprendizaje del liderazgo compasivo a lo largo de su formación y de su relación con el equipo de trabajo.

2.6 Objetivos específicos

- Explorar las experiencias significativas que los residentes reconocen como parte del aprendizaje del liderazgo compasivo durante su formación posgradual en la UCIP.
- Describir contextos, interacciones y relaciones que configuran dichas experiencias de aprendizaje con el equipo de trabajo.
- Comprender los significados que los residentes atribuyen al liderazgo compasivo en el marco de su relación con el equipo de trabajo en la UCIP.
- Interpretar las tensiones, las posibilidades y los desafíos que emergen en sus historias sobre el aprendizaje del liderazgo compasivo durante la formación.

3 Marco teórico / Estado del arte

3.1 Fundamentación teórica

Este estudio se fundamenta en un conjunto de marcos conceptuales que permiten comprender el aprendizaje del liderazgo compasivo en residentes de cuidado intensivo pediátrico, como un fenómeno educativo, relacional y situado. En lugar de presentar teorías aisladas, este marco teórico se organiza en cinco pilares conceptuales que convergen en la pregunta de investigación: i) el liderazgo como competencia profesional en salud, ii) el liderazgo compasivo como concepto central del estudio, iii) el trabajo interprofesional y el equipo de trabajo como contexto relacional, iv) el aprendizaje profesional en residencia como proceso social y reflexivo, y v) la experiencia narrada como vía para comprender el significado de lo vivido.

Esta organización busca mostrar no solo qué conceptos fundamentan la investigación, sino cómo se articulan entre sí para comprender las narrativas de los residentes sobre el aprendizaje del liderazgo compasivo y su relación con el equipo de trabajo.

3.1.1 Liderazgo como competencia profesional en la formación en salud

En educación para profesionales de la salud, el liderazgo ha dejado de entenderse únicamente como una función asociada a cargos formales o jerarquías administrativas, y se reconoce cada vez más como una competencia necesaria para la práctica clínica cotidiana. Distintos autores coinciden en que los médicos en formación deben desarrollar habilidades para coordinar acciones, influir éticamente en otros, gestionar tensiones, conducir equipos y participar en la mejora de los sistemas de atención, especialmente en contextos clínicos complejos y cambiantes (Gabel, 2014; Sonnino, 2016; van Diggele et al, 2020; Stoller, 2021).

Esta perspectiva resulta especialmente pertinente en la formación de residentes, pues, durante la residencia, el liderazgo se ejerce antes de ocupar posiciones jerárquicas estables. En la práctica, se expresa en actos concretos de organización del trabajo, priorización clínica, comunicación con el equipo, acompañamiento a otros profesionales en formación y toma de decisiones compartidas. De este modo, el liderazgo se convierte en una dimensión del profesionalismo y no en una competencia periférica. Bai (2020) plantea que modernizar la

educación médica exige reconocer el liderazgo como parte integral del desarrollo profesional, mientras que Frenk et al. (2010) advierten que la formación en salud debe responder a sistemas complejos e interdependientes, lo que incluye fortalecer capacidades relacionales, éticas y de coordinación.

En este estudio, el liderazgo se define operativamente como una capacidad relacional y situada mediante la cual el residente moviliza comunicación, coordinación, influencia ética y toma de decisiones compartidas en contextos clínicos de alta complejidad. Esta definición permite comprender el liderazgo no como una cualidad abstracta o jerárquica, sino como una práctica cotidiana de la residencia en cuidado intensivo pediátrico. Desde esta base, la pregunta deja de ser si los residentes ocuparán o no posiciones formales de autoridad y pasa a ser cómo aprender a ejercer liderazgo en medio de la práctica clínica.

3.1.2 Liderazgo compasivo como concepto central del estudio

El concepto central de esta investigación es el liderazgo compasivo. La literatura lo describe como una forma de liderazgo que integra sensibilidad frente a las dificultades de otros, disposición para comprenderlas y compromiso con responder de manera útil, respetuosa y ética a ellas. De Zulueta (2015) sostiene que desarrollar liderazgo compasivo en salud implica reconocer la ansiedad propia de los contextos clínicos, fomentar confianza, promover la reflexión sobre el trabajo y sostener ambientes donde las personas puedan aprender y actuar sin miedo a la humillación o a la represalia. Desde esta perspectiva, la compasión no es un atributo accesorio del liderazgo, sino una forma particular de ejercerlo.

Benevene et al. (2022) amplían esta comprensión al señalar que la compasión en el trabajo no debe entenderse solo como una cualidad individual, sino como una orientación que puede aprenderse, modelarse y sostenerse en culturas organizacionales. En la misma línea, Östergård et al (2023) muestran que el liderazgo compasivo en salud se relaciona con presencia, empatía, apoyo, sensibilidad ante las necesidades del equipo y capacidad de respuesta. Vogus y McClelland (2020), por su parte, subrayan que los líderes pueden asegurar prácticas compasivas

mediante acciones concretas, estilos relacionales y formas de organización del trabajo que faciliten el cuidado mutuo y la atención centrada en la persona.

En este estudio, el liderazgo compasivo se define operativamente como una forma de ejercer liderazgo que, además de orientar la acción clínica, reconoce las necesidades tensiones y vulnerabilidades de quienes integran el equipo y responde a ellas mediante escucha, respeto, apoyo y responsabilidad compartida. Esta definición permite analizar las narrativas de los residentes, no solo como relatos sobre liderazgo en general, sino como narraciones sobre una forma de liderazgo que pone en juego la relación con el otro en condiciones de alta demanda asistencial. Así, el interés del estudio no está en cualquier forma de liderazgo, sino en aquella que se configura en relación con otros desde el acompañamiento, la sensibilidad y el cuidado.

3.1.3 Trabajo interprofesional y equipo de trabajo como contexto relacional

La pregunta de investigación sitúa el aprendizaje del liderazgo compasivo en relación con el equipo de trabajo. Por ello, el trabajo interprofesional constituye un tercer pilar del marco teórico. La literatura en educación y práctica interprofesional ha mostrado que la complejidad de la atención en salud exige colaboración efectiva entre diferentes profesiones, así como habilidades de comunicación, clarificación de roles, resolución de conflictos y construcción de metas compartidas (Hean et al., 2012; Sangaletti et al., 2017).

En el contexto colombiano, Aguiar-Rojas et al. (2024) destacan que la educación interprofesional permite desarrollar competencias relacionadas con comunicación, trabajo en equipo, reflexión y resolución de conflictos, todas ellas altamente pertinentes para entornos clínicos de alta complejidad. Swinnen et al. (2021) reportan que los modelos de educación interprofesional pueden modificar favorablemente las percepciones sobre el trabajo interdisciplinario y fortalecer la colaboración en la práctica. En un escenario como la UCIP, donde la atención del niño críticamente enfermo depende de interacciones rápidas, precisas y sostenidas entre múltiples profesionales, estas contribuciones permiten comprender que el equipo no constituye un simple trasfondo del liderazgo, sino el espacio mismo en el que este se aprende, se tensiona y se ejerce.

Desde esta perspectiva, el equipo de trabajo se define operativamente como una red interprofesional de relaciones cotidianas, prácticas compartidas y responsabilidades clínicas distribuidas, dentro de la cual, el residente aprende a posicionarse, comunicarse y ejercer liderazgo en interacción con otros. En consecuencia, el liderazgo compasivo no puede analizarse al margen de la calidad de esos vínculos, de los modelos relacionales que circulan el servicio y de la forma como el trabajo colaborativo configura experiencias formativas significativas. En la UCIP, el aprendizaje del liderazgo ocurre dentro de una trama relacional y no como un atributo individual aislado.

3.1.4 Aprendizaje profesional en residencia: observación, interacción y reflexión

El cuarto pilar del marco teórico aborda el aprendizaje profesional durante la residencia como un proceso social, relacional y reflexivo. Al respecto, la teoría cognitiva social permite comprender que el aprendizaje no ocurre únicamente mediante la instrucción formal, sino también a través de la observación, el modelamiento, la interpretación de consecuencias y la participación en entornos de práctica concretos (McCrorie, 2018). En el ámbito clínico, esto implica que los residentes adquieren modos de actuar, decidir y relacionarse, observando el comportamiento de docentes, mentores y pares, e interpretando qué conductas son reforzadas, toleradas o cuestionadas en la dinámica cotidiana del servicio.

Esta perspectiva resulta especialmente pertinente para el estudio del liderazgo compasivo, pues permite comprender que los residentes no lo aprenden únicamente en módulos curriculares o talleres formales, sino a través de experiencias vividas, interacciones significativas y momentos críticos en los que se modelan formas de trato, comunicación y respuesta ante la presión asistencial. En ese sentido, aprender liderazgo compasivo implica no solo adquirir habilidades, sino también desarrollar sensibilidad relacional, autorreflexión y conciencia de los efectos que las propias acciones tienen sobre otros.

McCrorie (2018) vincula el aprendizaje profesional con procesos de reflexión crítica y transformación de marcos mentales. Esto permite pensar que la residencia puede convertirse en un escenario donde los residentes no solo reproducen estilos de liderazgo observados, sino que

los interpretan, los cuestionan y los resignifican. En el contexto de la UCIP, esta mirada ayuda a comprender que el aprendizaje del liderazgo compasivo ocurre en el tiempo, a través de experiencias acumuladas y de la reflexión sobre lo vivido.

3.1.5 Experiencia narrada como vía para comprender el significado de lo vivido

El quinto pilar del marco teórico se relaciona con la experiencia narrada como vía para comprender el significado de lo vivido. Desde la indagación narrativa, la experiencia no se reduce a hechos aislados ni a percepciones descontextualizadas; se comprende como algo que ocurre en el tiempo, en relación con otros y en lugares específicos. Clandinin (2006) y Clandinin, Cave y Berendonk (2017) plantean que la narrativa permite aproximarse a cómo las personas viven, cuentan y resignifican sus experiencias, haciendo visible la relación entre temporalidad, sociabilidad y lugar.

Este pilar resulta especialmente pertinente para la presente investigación porque la pregunta no se orienta a medir competencias ni a identificar opiniones generales sobre liderazgo, sino a comprender las narrativas de los residentes sobre el aprendizaje del liderazgo compasivo y su relación con el equipo de trabajo. En este sentido, la narrativa, no es solamente una técnica para obtener información, sino una manera de acceder a los significados que los residentes atribuyen a experiencias formativas que ocurren en la práctica cotidiana en la UCIP.

Para este estudio, las narrativas se entienden como las aquellas mediante las cuales los residentes organizan, interpretan y otorgan significado a experiencias significativas de formación. Esta definición permite reconocer que el aprendizaje del liderazgo compasivo no se agota en conductas observables ni en discursos normativos, sino que se configura en la manera como los residentes recuerdan, narran y resignifican lo que han vivido.

3.1.6 Convergencia de los marcos teóricos con la pregunta de investigación

Los cinco pilares conceptuales convergen en la pregunta de investigación porque permiten comprender, en primer lugar, el liderazgo como una exigencia cotidiana de la práctica clínica; en segundo lugar, el liderazgo compasivo como el foco particular del estudio; en tercer lugar, la relación con el equipo de trabajo como el escenario relacional en donde ocurre ese aprendizaje;

en cuarto lugar, la formación posgradual como un proceso de aprendizaje mediado por observación, interacción y reflexión; y, finalmente, las narrativas como la vía para acceder al significado que los residentes atribuyen a esas experiencias.

En conjunto, estos marcos permiten comprender que el aprendizaje del liderazgo compasivo en residentes de cuidado intensivo pediátrico no es un fenómeno exclusivamente individual ni puramente curricular. Por el contrario, se configura en la intersección entre las exigencias de la práctica clínica, las relaciones con el equipo de trabajo, los modelos de liderazgo observado y las experiencias que los residentes consideran significativas durante su formación. Así, el marco teórico no solo sustenta conceptualmente el estudio, sino que delimita el fenómeno como una experiencia relacional, situada y temporal, plenamente coherente con la pregunta de investigación.

De igual forma, estos pilares ofrecen claves para la lectura analítica de las narrativas, al permitir identificar cómo cuentan los residentes el liderazgo como exigencia de la práctica, cómo describen experiencias de apoyo o tensión con el equipo, qué modelos relacionales recuerdan como influyentes y qué significados atribuyen al aprendizaje del liderazgo compasivo a lo largo de su formación. Asimismo, orientan la formulación de preguntas narrativas centradas en experiencias significativas, relaciones con el equipo, modelos observados, formas de acompañamiento y sentidos atribuidos al liderazgo compasivo en la práctica cotidiana.

3.1.7 Conceptos orientadores del estudio

Con el fin de hacer explícita cómo entiende el equipo investigador los conceptos centrales en el contexto específico de esta investigación, se proponen los siguientes conceptos orientadores. Aunque este estudio no se inscribe en teoría fundamentada, cumplen una función analítica semejante, en la medida en que ayudan a delimitar el sentido de las nociones centrales y a orientar la lectura interpretativa de las narrativas.

Tabla 1. Conceptos clave de la investigación

Concepto orientador	Definición operativa en el estudio	Aporte para la comprensión del fenómeno
Liderazgo	Capacidad relacional y situada para coordinar, influir éticamente y tomar decisiones compartidas en contextos clínicos complejos.	Permite comprender cómo los residentes se posicionan y actúan en la práctica cotidiana.
Liderazgo compasivo	Forma de liderazgo basada en escucha activa, respeto, comprensión del otro y respuesta útil a necesidades y tensiones del equipo	Delimita el núcleo conceptual del estudio.
Equipo de trabajo	Red interprofesional de relaciones cotidianas en la UCIP, en la que el cuidado se organiza, negocia y sostiene colectivamente.	Sitúa el aprendizaje del liderazgo en relación con otros.
Aprendizaje en residencia	Proceso social y reflexivo mediado por observación de modelos, experiencia clínica, interacción con otros y resignificación de lo vivido.	Permite entender el liderazgo como aprendizaje situado.
Historias vividas y contadas	Narrativas mediante las cuales los residentes organizan, interpretan y otorgan significado a experiencias significativas en formación.	Aporta una vía para comprender el significado de la experiencia

Fuente: elaboración propia

A partir de estos consensos, la brecha que justifica esta investigación se vuelve más precisa. Lo que la literatura todavía permite comprender solo de manera limitada, no es únicamente si el liderazgo compasivo es importante o si debiera entenderse mejor, sino cómo los residentes de cuidado intensivo pediátrico viven, narran e interpretan su aprendizaje a lo largo de la formación y en relación con el equipo de trabajo. En ese sentido, el aporte específico de este estudio radica en desplazar la mirada desde el inventario de competencias o la formulación normativa hacia la comprensión narrativa de un fenómeno educativo situado. Así, más que agregar una nueva descripción general sobre liderazgo en salud, esta investigación busca contribuir a una comprensión más fina de las experiencias, significados, tensiones y posibilidades que configuran el aprendizaje del liderazgo compasivo en la residencia de cuidado intensivo pediátrico.

3.2 Estado del arte

El estudio del liderazgo en la formación médica ha ganado visibilidad en las últimas décadas, en paralelo con el reconocimiento de que la práctica clínica contemporánea exige mucho más que dominio técnico. En entornos sanitarios complejos, los profesionales no solo atienden pacientes: también coordinan equipos, gestionan tensiones interpersonales, participan en procesos de mejora y responden a sistemas organizacionales cambiantes. Desde esta perspectiva, el liderazgo ha dejado de entenderse como una función asociada a cargos formales para asumirse como una competencia transversal del ejercicio profesional en salud; sin embargo, la literatura no la describe un campo resuelto. Más bien, muestra una tensión persistente: aunque el liderazgo es ampliamente reconocido como necesario, su enseñanza sigue siendo desigual, poco sistemática y con frecuencia relegada al aprendizaje informal (Gabel, 2014; Bai, 2020; van Diggele et al., 2020; Sonnino, 2016). Esa tensión continúa apareciendo incluso en revisiones recientes sobre entrenamiento en liderazgo en salud, que muestran un crecimiento importante del campo, pero también heterogeneidad en el diseño, el contenido y la evaluación de las intervenciones formativas (Phillipson J. et al., 2025).

Esta tensión se hace particularmente visible en la residencia. En uno de los estudios más citados en cuidado intensivo pediátrico, Stockwell et al. (2005) encontraron que muchos intensivistas percibían que su formación médica no los había preparado adecuadamente para asumir funciones de liderazgo y gestión. Además, señalaron que estas habilidades se aprendían principalmente a través de observación de otros médicos y la educación anecdótica entre pares, más que a través de procesos curriculares explícitos. Aunque este estudio corresponde a una etapa previa de la literatura sobre liderazgo en salud, conserva vigencia porque identificó una brecha que aún no ha sido plenamente resuelta: la distancia entre las demandas reales del ejercicio clínico y la existencia de procesos formativos sistemáticos para aprender liderazgo. Esta continuidad es relevante porque revisiones recientes confirman que el campo ha avanzado en cantidad de intervenciones y experiencias formativas, pero sigue marcado por heterogeneidad curricular, contenidos variables, falta de estandarización y dificultades para valorar el impacto real del entrenamiento en liderazgo (Phillipson et al., 2025).

Green et al. (2017) aportaron mayor precisión a este panorama al identificar, en el ámbito del cuidado intensivo pediátrico, cuatro grupos de habilidades de liderazgo: autogestión y autoconciencia, gestión de equipos, gestión de tareas e innovación y cambio. Uno de sus hallazgos más relevantes fue que la autoconciencia, la honestidad y la integridad fueron consideradas centrales por los formadores. Este hallazgo es importante porque desplaza la comprensión del liderazgo desde una lógica exclusivamente funcional hacia una dimensión más reflexiva y relacional. Sin embargo, tanto en Stockwell et al. (2005) como en Green et al. (2017), el problema aparece principalmente formulado en términos de competencias, necesidades percibidas y requerimientos del rol. Estos estudios delimitan bien el campo, pero dicen menos sobre cómo viven, interpretan y significan ese aprendizaje en la práctica cotidiana en la UCIP quienes están en formación.

En paralelo, la literatura sobre liderazgo en salud ha insistido en que esta dimensión debe asumirse como parte de la modernización de la educación médica. Bai (2020) sostiene que el desarrollo del liderazgo debe convertirse en una prioridad educativa, no solo por su valor organizacional, sino porque permite responder a sistemas de salud complejos e interdependientes. En la misma línea, van Diggele et al. (2020) argumentan que la formación en liderazgo requiere una integración más explícita en los currículos y no puede seguir dependiente exclusivamente de experiencias informales o de iniciativas aisladas. Estas contribuciones son valiosas porque desplazan el debate desde la simple identificación de carencias hacia la necesidad de respuestas formativas más deliberadas. No obstante, mantienen un énfasis predominantemente programático: explican por qué el liderazgo debería enseñarse mejor, pero ofrecen menos elementos para comprender cómo se aprenden efectivamente en contextos concretos de formación. Este límite también es visible en la revisión de Phillipson et al., 2025, sobre entrenamiento en liderazgo, la cual confirma la expansión del campo, pero subraya la persistente falta de claridad sobre qué enfoques funcionan mejor y cómo se sostienen en la práctica clínica real.

La literatura sobre liderazgo compasivo introduce un giro decisivo en esta discusión, al subrayar que no toda forma de liderazgo es equivalente y que las dimensiones relacionales,

emocionales y éticas del trabajo clínico no son accesorias, sino centrales. De Zuleta (2015) propuso una formulación influyente al argumentar que el liderazgo compasivo en salud exige reconocer el sufrimiento, la ansiedad y la vulnerabilidad presentes en el trabajo clínico, y responder a ellos mediante confianza, apoyo mutuo, apertura al aprendizaje y sensibilidad hacia otros. Benevene et al. (2022) amplían esta perspectiva al mostrar que la compasión en el trabajo no debe entenderse como un rasgo individual aislado, sino como una orientación que puede sostenerse a nivel grupal y organizacional. Más recientemente, en una revisión sistemática, Östergård et al. (2023) identificaron que el liderazgo compasivo en salud se asocia con presencia, empatía, autorregulación, capacidad de respuesta y apoyo a los equipos. Aun así, esta línea de trabajo presenta una limitación importante para el problema que aquí se estudia: gran parte de la producción se ha desarrollado con líderes y profesionales insertos en estructuras asistenciales consolidadas, más que con residentes en proceso de formación; además, con frecuencia se concentra en bienestar laboral o clima organizacional, especialmente en enfermería. Esa literatura enriquece el campo, pero no responde de manera directa a la pregunta por cómo este liderazgo es vivido, aprendido y narrado por residentes de cuidado intensivo pediátrico.

Otra línea clave del estado del arte corresponde al trabajo interprofesional. La complejidad de la atención sanitaria ha llevado a reconocer que la calidad del cuidado depende en gran medida de la capacidad de distintos profesionales para colaborar, comunicarse y construir objetivos compartidos. Hean et al. (2012) plantean que la educación interprofesional requiere marcos conceptuales capaces de explicar cómo se construye el aprendizaje entre profesionales, mientras que Sangaletti et al. (2017) muestran que el trabajo en equipo y la colaboración interprofesional son estrategias centrales para la organización efectiva de los servicios de salud. En esa misma línea, al estudiar patrones de comunicación y colaboración en una unidad pediátrica, Walter et al. (2019) evidenciaron que la calidad de las interacciones del equipo influye de manera directa en la toma de decisiones y en el funcionamiento clínico. Estas investigaciones son útiles para comprender que el liderazgo no puede separarse del entramado relacional en el que ocurre el trabajo asistencial. Sin embargo, la mayor parte de esta producción

se ha concentrado en colaboración y coordinación como competencias del equipo, más que en la experiencia vivida de los residentes sobre cómo aprenden a liderar dentro de ese entramado.

En el contexto latinoamericano Aguiar-Rojas et al. (2024) aportan un referente especialmente valioso al describir una experiencia colombiana de educación interprofesional en salud centrada en comunicación, asignación de roles, trabajo en equipo, resolución de conflictos y reflexión. Esta referencia fortalece la transferibilidad contextual del análisis, pues muestra, aunque la discusión sobre colaboración y aprendizaje interprofesional también se está desarrollando en América Latina y no únicamente en escenarios anglosajones. De manera complementaria, un estudio brasileño reciente sobre preparación para la educación interprofesional en estudiantes de medicina mostró que variables formativas y sociodemográficas influyen en la disposición para el aprendizaje compartido, lo que refuerza la importancia de considerar el contexto educativo y relacional en el desarrollo de prácticas colaborativas. Sin embargo, incluso en esta línea latinoamericana, buena parte de la literatura se ha orientado a programas formales o a mediciones de disposición para la colaboración; sigue siendo menor la comprensión de cómo estas dinámicas se viven en escenarios clínicos cotidianos de alta presión, como la UCIP, y de cómo los residentes las integran en sus relatos de formación y liderazgo (Secreti et al., 2024).

Una línea adicional que dialoga directamente con esta investigación es la del aprendizaje en la residencia como un proceso relacional y situado. Al revisar el aprendizaje interprofesional en educación médica de posgrado, Teheux et al. (2021) muestran cómo gran parte del aprendizaje ocurre en el lugar de trabajo, mediante participación, observación, interacción con otros y construcción de significados en entornos de práctica. Este aporte resulta importante porque desplaza la mirada desde una visión exclusivamente curricular hacia una comprensión del aprendizaje como algo que ocurre en las relaciones, en la cultura del servicio y en la experiencia cotidiana. No obstante, aun cuando esta literatura reconoce que el aprendizaje clínico es relacional y situado, los estudios que exploran ese aprendizaje desde una perspectiva narrativa siguen siendo menos frecuentes, es decir, atendiendo a las historias mediante las cuales los propios residentes organizan, interpretan y resignifican lo que viven.

En conjunto, la literatura revisada permite reconocer cuatro consensos. Primero, que hoy el liderazgo es una competencia estratégica y de creciente relevancia para la formación médica y la gestión del trabajo clínico. Segundo, que en cuidado intensivo pediátrico, el liderazgo constituye una necesidad real de la práctica, pero su aprendizaje sigue siendo en gran medida informal y poco estructurado. Tercero, que el liderazgo compasivo se asocia con ambientes de apoyo, seguridad psicológica y mejores relaciones laborales, aunque la evidencia se ha concentrado más en líderes consolidados y en otros grupos profesionales que en residentes. Y cuarto, que el trabajo interprofesional es un componente central del cuidado clínico, pero no siempre se ha explorado desde la experiencia narrada de quienes se forman en equipos de alta complejidad.

Aquí aparece la tensión central que este estado del arte permite identificar. La mayor parte de la producción sigue privilegiando encuestas, revisiones de competencias, programas formativos o análisis de resultados institucionales. Esos enfoques han sido valiosos para mostrar que el liderazgo y la colaboración importan, pero ofrecen menos herramientas para comprender cómo se construyen, se tensionan y se resignifican estas dimensiones en la experiencia vivida de quienes están en formación. En este punto, la literatura no está ausente: está desplazada hacia otros objetos, otros actores u otras preguntas.

5. Diseño metodológico

5.1 Enfoque y diseño de investigación

Esta investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo inscrito en un paradigma constructivista-interpretativo y adoptó como diseño la indagación narrativa. Esta decisión metodológica fue coherente con una pregunta de investigación orientada no a medir competencias ni establecer relaciones causales, sino a comprender cómo los residentes de cuidado intensivo pediátrico construían sentido sobre el aprendizaje del liderazgo compasivo en la UCIP y en sus relaciones con el equipo de trabajo.

La elección de la indagación narrativa respondió a que el fenómeno de interés se vinculaba con experiencias formativas situadas en contextos clínicos complejos. Siguiendo a Clandinin & Connelly (2006), la narrativa no se asumió únicamente como una técnica de recolección de información, sino como una manera de comprender la experiencia en el tiempo, en relación con otros y en contextos específicos. Desde esta perspectiva, el liderazgo compasivo fue entendido como una experiencia relacional y contextualizada, más que como una competencia abstracta o descontextualizada.

El enfoque cualitativo permitió aproximarse a los significados construidos por los participantes a partir de sus vivencias, mientras que el paradigma constructivista-interpretativo orientó la comprensión de tales experiencias como realidades coconstruidas entre participantes, investigadora y contexto. En consecuencia, los relatos no fueron considerados datos neutrales, sino interpretaciones situadas producidas dentro del proceso investigativo.

En diálogo con referentes de la investigación cualitativa como Denzin & Lincoln (2018), Creswell & Poth (2018), así como con la tradición narrativa desarrollada por Jean Clandinin, & Connelly (2000), Pinnegar & Daynes (2007), el estudio buscó comprender cómo los residentes daban sentido a sus experiencias formativas y a sus vínculos con el equipo de trabajo en la UCIP.

En este marco, la indagación narrativa constituyó una vía pertinente para acceder a las narrativas de los participantes y comprender cómo el aprendizaje del liderazgo compasivo se

configuraba a lo largo de su trayectoria formativa y en interacción con otros dentro de la unidad de cuidado intensivo pediátrico.

5.2 Contexto del estudio y participantes

El estudio se realizó en la UCIP de un hospital universitario colombiano, en el contexto de la formación posgradual de residentes de cuidado intensivo pediátrico. Para garantizar la confidencialidad, no se incluyó información institucional ni contextual que pudiera facilitar la identificación de los participantes.

Participaron seis residentes activos del programa, con experiencia clínica en la UCIP al momento del estudio. Su selección respondió a la pertinencia directa con el fenómeno investigado: el aprendizaje del liderazgo compasivo en la práctica clínica y en las relaciones con el equipo de trabajo. Se eligieron participantes capaces de narrar experiencias significativas sobre dicho proceso formativo.

La selección se realizó mediante muestreo intencional, orientado a obtener relatos ricos y relevantes para la comprensión del fenómeno. No se buscó representatividad estadística, sino profundidad experiencial y narrativa. Fueron incluidos residentes activos con experiencia clínica en la UCIP, participación voluntaria y autorización para la grabación de las entrevistas. Se excluyeron quienes no hubieran rotado por la unidad o no aceptaran el consentimiento informado y el registro de la entrevista.

La decisión de incluir residentes activos obedeció al propósito del estudio: comprender las experiencias y significados construidos por quienes atravesaban directamente el proceso formativo. Aunque otros actores podían aportar perspectivas complementarias, el interés se centró en las vivencias narradas por los propios residentes.

La suficiencia del corpus se valoró desde una lógica de suficiencia narrativa y no de saturación teórica. El criterio principal fue la capacidad de las narrativas para ofrecer una comprensión profunda y contextualizada del fenómeno. Esta suficiencia se sustentó en la riqueza de los relatos, la diversidad de trayectorias y la recurrencia de experiencias vinculadas con el trabajo clínico y las relaciones interprofesionales. En conjunto, las narrativas permitieron

comprender tensiones, aprendizajes y formas diversas de construir sentido sobre el liderazgo compasivo durante la formación en la UCIP.

Con el fin de aportar claridad al lector y mantener consistencia entre el texto y la caracterización de la muestra, la tabla 2 presenta la caracterización de los participantes.

Tabla 2 Caracterización de los participantes

Código	Año de residencia	Experiencia en UCIP (años)	Género	Edad
A	2	2	F	30
B	1	8	F	34
C	2	2	F	29
D	1	5	M	34
E	2	2	F	37
F	2	4	F	33

Fuente: elaboración propia

5.3 Instrumentos de recolección de datos

La producción de información se realizó mediante entrevistas narrativas en profundidad, entendidas como conversaciones orientadas a favorecer relatos sobre experiencias significativas de formación en la UCIP. En coherencia con la indagación narrativa, el interés no estuvo en obtener respuestas cerradas, sino en comprender situaciones vividas, relaciones, tensiones, aprendizajes y significados asociados al liderazgo compasivo y al trabajo en equipo.

La recolección de información se desarrolló en dos momentos. En el primero, se realizaron entrevistas narrativas individuales orientadas a reconstruir experiencias relacionadas con el aprendizaje del liderazgo compasivo en la práctica cotidiana de la UCIP. Las entrevistas se realizaron de manera virtual mediante la plataforma Zoom y tuvieron una duración variable según la profundidad y extensión de cada relato. Todas fueron grabadas con autorización previa de los participantes, conforme al consentimiento informado.

Además, la investigadora elaboró notas de campo durante y después de cada encuentro para registrar aspectos contextuales, relacionales y narrativos relevantes para la comprensión de las narrativas. Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas textualmente por la investigadora con apoyo de la plataforma de inteligencia artificial Read AI como herramienta auxiliar de transcripción automatizada. Cada transcripción fue revisada manualmente mediante contraste

con las grabaciones originales para garantizar precisión, coherencia semántica y fidelidad al discurso de los participantes.

Antes del análisis, el material fue anonimizado mediante la eliminación o modificación de datos que pudieran permitir la identificación de personas o instituciones. A cada participante se le asignó un código y un seudónimo, y los archivos fueron almacenados en espacios digitales seguros con acceso restringido exclusivamente a la investigadora. Los materiales sensibles, incluidos videos y transcripciones no anonimizadas, no serán compartidos en acceso abierto y serán conservados y eliminados conforme al plan de gestión de datos y a la normativa colombiana sobre protección de datos personales.

El tratamiento de la información se realizó de acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y con la política institucional de tratamiento de datos de la Universidad del Rosario. En el repositorio institucional Dataverse se depositarán únicamente datos anonimizados o derivados que no comprometan la confidencialidad de los participantes.

En un segundo momento, se realizaron entrevistas de devolución con cada participante para revisar la construcción narrativa de su historia, verificar si se reconocían en ella y ofrecer la posibilidad de ampliar, matizar o corregir aspectos de sus relatos.

La guía de entrevista se organizó a partir de ejes narrativos abiertos relacionados con experiencias significativas de liderazgo compasivo, relaciones con el equipo de trabajo, tensiones o puntos de inflexión y transformaciones percibidas durante la formación. Más que seguir una secuencia rígida de preguntas, las entrevistas se desarrollaron como conversaciones narrativas que permitieron a cada residente organizar sus relatos desde su propia experiencia. Como preguntas disparadoras, se utilizaron formulaciones como las siguientes:

- ¿Cuéntame una situación en la UCIP que recuerdes como significativa en tu aprendizaje del liderazgo compasivo?
- ¿Qué personas, relaciones o circunstancias marcaron esa experiencia?
- ¿Cómo recuerdas que te relacionaste con el equipo en esa situación?
- ¿Qué aprendiste de esa experiencia sobre acompañar, comunicar o sostener a otros en la práctica cotidiana?

- ¿Qué tensiones, desafíos o cambios reconoces en tu manera de vivir el liderazgo a lo largo de la residencia?

Estas preguntas no introdujeron opciones de respuestas predefinidas ni exigieron que los participantes utilizaran categorías conceptuales previamente dadas. Los sentidos atribuidos al liderazgo compasivo, al equipo y a las experiencias significativas emergieron de manera inductiva en las narrativas de los residentes, aunque la conversación estuvo orientada por ejes coherentes con la pregunta de investigación.

Tabla 3 Registro de entrevistas

Participante	Primera entrevista	Pseudónimo	Segunda entrevista de devolución
A	73 min	María Luisa	41 min 14 seg
B	53 min	Ofelia	25 min
C	34 min	Rosa	14 min 26 seg
D	59 min	Carlos	25 min 30 seg
E	64 min	Alejandra	31 min 42 seg
F	50 min	Daniela	16 min 27 seg

Fuente: elaboración propia

5.4 Plan de análisis de datos

El análisis se realizó desde una perspectiva narrativa e interpretativa, coherente con la pregunta de investigación y con la decisión de aproximarse a las narrativas de los residentes sobre el aprendizaje del liderazgo compasivo en la UCIP. El interés no estuvo en fragmentar los relatos únicamente en temas aislados, sino en comprender como los participantes organizaron sus experiencias, qué hechos reconocieron como significativos, qué tensiones emergieron en sus trayectorias y qué significados atribuyeron al liderazgo compasivo en relación con el equipo de trabajo.

En coherencia con la indagación narrativa, el análisis se orientó por el espacio tridimensional propuesto por Clandinin & Connelly (2000), atendiendo a la temporalidad, la sociabilidad y el lugar. La *temporalidad* permitió reconocer cómo las experiencias de liderazgo fueron narradas en relación con momentos previos, situaciones presentes y proyecciones futuras

dentro del proceso formativo. La *sociabilidad* hizo posible comprender las condiciones personales, relacionales e institucionales que configuraron las narrativas, especialmente en la interacción con docentes, pares, enfermería, familias y otros integrantes del equipo. El *lugar* permitió situar las narrativas en el escenario concreto de la UCIP, entendiendo no solo como un espacio físico, sino como un contexto clínico, emocional, pedagógico y relacional donde se construyen aprendizajes.

El proceso analítico incluyó una lectura intracaso y una lectura transversal. En la intracaso, cada historia fue abordada como una unidad narrativa particular, procurando conservar su secuencia, sus giros, sus tensiones y la forma en que cada residente dio sentido a su experiencia. Esta fase permitió componer y recomponer las historias, es decir, pasar de los relatos iniciales de entrevista a reconstrucciones narrativas que preservaran la voz de los participantes y, al mismo tiempo, permitieran una interpretación situada de sus trayectorias formativas.

La lectura transversal permitió identificar resonancias, contrastes y patrones narrativos entre las historias, sin perder la singularidad de cada caso. De este modo, el análisis buscó comprender no solo qué se repitió entre los participantes, sino también cómo cada narrativa iluminó de manera particular las relaciones, tensiones y condiciones en las que se aprende liderazgo compasivo en la residencia de cuidado intensivo pediátrico.

El proceso analítico se desarrolló en varias fases. En primer lugar, se realizaron lecturas sucesivas e inmersivas de cada transcripción, con el fin de familiarizarse con el tono, la secuencia, los énfasis y la estructura de cada relato. Esta aproximación permitió comprender cada narrativa como una totalidad narrativa antes de identificar elementos analíticos específicos.

En una segunda fase, se identificaron episodios significativos, relaciones, tensiones, puntos de inflexión y modos de nombrar el liderazgo, el acompañamiento y el trabajo con el equipo. Se consideró que un episodio era significativo cuando el participante lo narraba como una experiencia relevante para su formación, cuando evidenciaba una tensión relacional o emocional, cuando marcaba cambios en su comprensión del liderazgo o cuando aportaba elementos directos para responder a los objetivos del estudio. Por tanto, la significancia no se

definió solo por la recurrencia temática, sino por la densidad narrativa del episodio y por su capacidad para iluminar el aprendizaje del liderazgo compasivo en la UCIP.

En una tercera fase se construyeron unidades narrativas de sentido, entendidas como segmentos del relato en los que se integraban experiencia, temporalidad, actores, contexto y significado atribuido por el participante. Estas unidades permitieron poner en diálogo la secuencia de las experiencias, las relaciones con otros y las condiciones situadas de la UCIP, sin convertir el análisis en una codificación temática rígida.

Posteriormente, se avanzó en la reconstrucción de las historias de cada participante, buscando preservar la singularidad de cada trayectoria y, al mismo tiempo, comprender cómo el aprendizaje del liderazgo compasivo tomaba forma a lo largo de la residencia. Estas reconstrucciones no se entendieron como simples resúmenes de entrevista, sino como elaboraciones narrativas orientadas a dar cuenta de experiencias vividas, interpretadas y resignificadas por los residentes.

Después del análisis individual, se realizó una lectura transversal entre narrativas para identificar resonancias, contrastes, tensiones compartidas y diferencias significativas en la forma en que los participantes narraron su aprendizaje. Esta comparación no tuvo como objetivo producir categorías rígidas ni generalizaciones abstractas, sino comprender patrones narrativos y experiencias que, aun siendo singulares, permitieran iluminar el fenómeno estudiado.

Como apoyo para profundizar la lectura de los relatos, se retomó el análisis de la significancia propuesto por Daiute (2014), prestando atención a ciertos recursos evaluativos del lenguaje –intensificadores, conectores causales, expresiones de estado psicológico, negaciones o atenuaciones– cuando estos ofrecían pistas sobre por qué determinados eventos resultaban especialmente significativos para los participantes. Este recurso no sustituyó el análisis narrativo, sino que enriqueció la comprensión de los significados atribuidos a lo vivido.

El proceso interpretativo fue esencialmente humano. La investigadora leyó, comparó, escribió memorandos analíticos, reconstruyó historias y puso en diálogo los relatos con la pregunta de investigación, los objetivos y los marcos conceptuales del estudio. En este sentido, cualquier herramienta técnica que eventualmente se utilizara tuvo un papel de apoyo para la

organización del material, pero no reemplazó la labor interpretativa. No se empleó software de análisis cualitativo.

Las segundas entrevistas de devolución también hicieron parte del proceso analítico, en la medida en que permitieron contrastar la reconstrucción narrativa inicial con la lectura que cada participante hacía de su propia historia. Esto posibilitó ampliar, matizar o precisar elementos del relato antes de avanzar hacia la versión final de las narrativas construidas.

En el proceso de escucha y análisis, se prestó atención no solo al contenido explícito de los relatos, sino también a ciertos recursos evaluativos del lenguaje, por ejemplo, identificadores, conectores causales, expresiones de estado psicológico y atenuaciones, cuando aportaban pistas sobre el significado que los participantes atribuían a lo vivido. Sin embargo, estos elementos no constituyeron un instrumento aparte, sino una clave complementaria para profundizar la lectura narrativa.

5.5 Criterios de rigor y calidad

El rigor de esta investigación se sostuvo en criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad, entendidos no como mecanismos para producir una supuesta neutralidad, sino como estrategias para fortalecer la solidez interpretativa, la transparencia del proceso y la fidelidad con la experiencia narrada por los participantes. En coherencia con la indagación narrativa, también se incorporaron criterios propios de este enfoque, como la resonancia, la plausibilidad, la fidelidad relacional y la transparencia en la coconstrucción de las narrativas.

La *resonancia* permitió valorar si las narrativas ofrecían una comprensión significativa del fenómeno; la plausibilidad, si mantenían coherencia interna entre acontecimiento, relaciones y significados; la *fidelidad relacional*, si la interpretación preservaba el sentido otorgado por los participantes a sus experiencias; y la *transparencia* de la coconstrucción, si el proceso reconocía explícitamente que los relatos fueron producidos en la interacción entre participantes, investigadora y contexto. Así, el rigor se expresó no solo en la trazabilidad metodológica, sino también en el cuidado ético, relacional e interpretativo de las narrativas.

La *credibilidad* se fortaleció mediante la realización de entrevistas narrativas en profundidad, la lectura reiterada de las transcripciones, la elaboración de notas de campo y el trabajo interpretativo sostenido sobre cada narrativa. Esta característica también se apoyó en la cercanía entre la pregunta de investigación, los objetivos del estudio, los ejes de la entrevista y el análisis narrativo desarrollado. Así, se garantizó la coherencia lo que se quiso comprender, la forma en que se produjeron los relatos y la manera como fueron interpretados.

Como estrategia específica de credibilidad, se realizó devolución a los participantes (*member checking*) mediante una segunda entrevista individual. En ese espacio, cada residente leyó la reconstrucción narrativa de su historia, expresó su acuerdo o desacuerdo con el contenido y tuvo la posibilidad de ampliar, matizar o corregir aspectos de su relato. Este proceso no se entendió como una validación mecánica del texto, sino como una instancia de diálogo interpretativo orientada a cuidar la fidelidad de las historias, respetar el sentido que cada participante atribuía a su experiencia y reconocer que las narrativas podían seguir elaborándose a partir de una nueva lectura. La devolución se completó con los seis participantes del estudio, permitiendo cerrar esta fase metodológica y fortalecer la credibilidad, la transparencia de la coconstrucción y la coherencia interpretativa del análisis narrativo.

5.6 Reflexividad de la investigadora

En coherencia con la naturaleza narrativa del estudio, la investigadora reconoció claramente su posición como pediatra intensivista y formadora, cercana al campo que estudiaba. Esta cercanía no fue presentada como una limitación que debiera ocultarse, sino como una condición situada del proceso investigativo, capaz de favorecer la comprensión del lenguaje, las tensiones y los significados propios de la UCIP. Al mismo tiempo, implicó el compromiso de no pretender neutralidad, sino de hacer visible desde dónde se investigó y cómo esa posición podía influir en la construcción e interpretación de las narrativas.

Asimismo, se reconoció la posibilidad de una relación jerárquica real o percibida entre la investigadora y los residentes participantes. Para mitigar este riesgo, se enfatizó el carácter voluntario de la participación, la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, la

ausencia de consecuencias académicas, laborales o evaluativas derivadas de aceptar o rechazar la invitación, la confidencialidad de la información y la anonimización de los relatos. También se cuidó la separación entre el rol docente/asistencial de la investigadora y su rol como investigadora, de manera que las entrevistas fueron comprendidas como espacios narrativos y no como escenarios de evaluación.

La investigadora mantuvo un ejercicio de reflexividad explícita mediante notas de campo, memorandos y registro de decisiones analíticas. Este trabajo permitió reconocer resonancias personales, vigilar interpretaciones apresuradas y sostener un diálogo crítico entre experiencia profesional e interpretación investigativa. En este sentido, la reflexividad constituyó una condición de calidad metodológica y ética, al hacer visible cómo la cercanía con el campo fue examinada críticamente durante la producción, reconstrucción e interpretación de las narrativas.

5.7 Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas de este estudio no se limitaron al cumplimiento formal de requisitos normativos. Dado que la investigación se aproximó a historias de experiencias vividas, la ética implicó también una responsabilidad de cuidado frente a las personas, a sus relatos y a los vínculos que esos relatos podían tocar. En consecuencia, la protección de los participantes no se entendió solo como resguardo de datos, sino como una forma de respeto hacia la dignidad de quienes aceptaron contar experiencias significativas de su formación en la UCIP.

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la institución participante (Acta No. 38 del 08 de octubre de 2025 (Anexo 1)). Asimismo, antes de la realización de cada entrevista, se obtuvo el consentimiento informado firmado de cada uno de los participantes. La confidencialidad fue un criterio transversal durante todo el proceso (Anexo 2). Para proteger la identidad de los residentes, no se incluyeron nombres propios de la institución participante ni datos que, al cruzarse entre sí, pudieran facilitar su identificación indirecta.

Dado que la investigación abordó experiencias formativas y relacionales potencialmente sensibles, se reconocieron riesgos mínimos de orden social y profesional, especialmente relacionados con la exposición de tensiones, desacuerdos o experiencias difíciles vividas en

contextos de formación. Para reducir estos riesgos, los hallazgos fueron presentados de manera agregada y cuidadosa, evitando información que pudiera comprometer la identidad de las personas, equipos o instituciones.

En coherencia con la naturaleza narrativa del estudio, el cuidado ético incluyó también el cuidado de la interpretación. Por ello, la devolución a participantes no fue solo una estrategia de rigor, sino también una práctica ética. Este proceso permitió respetar la voz de cada residente y reconocer que las narrativas no eran propiedad exclusiva de la investigadora, sino construcciones relacionales que debían mantenerse fieles al sentido atribuido por quienes las vivieron.

No se identificaron conflictos de interés financiero. Sin embargo, sí se reconoció un interés académico y profesional de la investigadora, dado que el estudio formó parte del trabajo de grado y se desarrolló desde una posición de cercanía con el campo clínico y formativo estudiado. Esta cercanía no se ocultó, sino que se hizo implícita como parte de la reflexividad del proceso investigativo. Nombrarla permitió asumir con mayor responsabilidad la necesidad de no imponer interpretaciones apresuradas y de sostener una vigilancia ética sobre la forma como se escucharon, reconstruyeron y presentaron las narrativas. Los datos recolectados fueron resguardados bajo condiciones de acceso restringido. El documento de consentimiento informado utilizado en el estudio se incluyó como anexo del documento final.

En síntesis, la ética de esta investigación se sostuvo en cuatro compromisos: respetar la autonomía de quienes participaron, proteger la confidencialidad de sus identidades, cuidar la interpretación de sus relatos y reconocer de manera transparente la posición desde la cual la investigadora se acercó al estudio.

6. Resultados

En coherencia con la indagación narrativa, los resultados de este estudio se presentan como historias coconstruidas con los participantes, elaboradas a partir de sus narrativas, y revisadas en el proceso de investigación. Esta manera de presentar los hallazgos busca preservar la complejidad de la experiencia humana en la formación en la UCIP, reconociendo su carácter temporal, relacional y situado. Más que exponer testimonios aislados, estas narrativas permiten comprender cómo los residentes han ido configurando sus maneras de pensar, sentir y actuar frente al liderazgo compasivo, el trabajo en equipo y el cuidado del paciente críticamente enfermo. En este sentido, se entienden como historias encarnadas, o *stories to live by*, porque dan cuenta no solo de lo que los participantes vieron, sino de las formas como esas experiencias han contribuido a modelar su identidad profesional y su manera de habitar la práctica clínica. A continuación, se presentan las narrativas de los residentes.

Con el propósito de representar visualmente estas trayectorias de aprendizaje, cada narrativa se acompaña de un mapa construido desde el espacio tridimensional de la indagación narrativa —temporalidad, sociabilidad y lugar—, el cual permite sintetizar los eventos significativos, las relaciones y los contextos que configuran la experiencia del aprendizaje del liderazgo compasivo en la UCIP. A continuación, se presentan las narrativas de los residentes.

6.1 Narrativa de María Luisa. Aprender a liderar cuando la coherencia se rompe

María Luisa llega al cuidado intensivo pediátrico en un momento de transición acelerada entre el aprendizaje y la responsabilidad. Desde el inicio de su residencia percibe que en la UCIP el liderazgo no aparece como una posibilidad futura ni como una competencia opcional, sino como una exigencia implícita del trabajo cotidiano. Para ella, el intensivista es quien “articula y guía” el trabajo con colegas, estudiantes, enfermería, pacientes y familias; incluso insiste en que “los papás también hacen parte del equipo”. Sin embargo, esa expectativa de liderazgo muchas veces antecede a la sensación de estar realmente preparada. En su relato aparece con fuerza la tensión

entre el lugar que el entorno espera que ocupe y la experiencia interna de sentirse todavía nueva, sensible y vulnerable frente a decisiones que parecen demasiado grandes.

Cuando María Luisa habla de su formación en la UCIP, no lo hace desde la seguridad de quien siente haber aprendido a liderar completamente. Habla desde el cansancio, desde la observación silenciosa y desde experiencias que marcaron profundamente su forma de comprender el cuidado intensivo. Su narrativas muestra que el liderazgo no se aprende únicamente mediante enseñanzas explícitas o clases formales. Más bien emerge en la experiencia cotidiana de sostener la vida, el sufrimiento y la muerte dentro de un entorno de alta complejidad emocional y clínica. En esa trayectoria, la UCIP aparece menos como un aula lineal y más como un territorio de aprendizaje acelerado, donde se aprende tanto de las experiencias admirables como de aquellas que dejan dolor y cuestionamientos.

En su narrativa, el liderazgo tampoco se reduce a la capacidad técnica de tomar decisiones clínicas. Para María Luisa, liderar exige desarrollar habilidades de comunicación, articulación de información y comprensión del contexto humano que rodea la cama del paciente. Insiste en que, en cuidados intensivos, existe el riesgo de convertirse en un “robot mecánico” cuando la atención se concentra exclusivamente en la lista de problemas por resolver. Por eso, considera que el liderazgo requiere sensibilidad para leer emocionalmente a las familias, al equipo y a uno mismo. Desde allí, la compasión y la empatía dejan de ser elementos accesorios y se convierten en condiciones necesarias para sostener el cuidado.

Su aprendizaje del liderazgo compasivo surge, en buena medida, de experiencias donde la coherencia se fractura. Una de las escenas más significativas de su relato ocurre durante sus primeros meses de residencia, cuando participa en el cuidado de una niña de aproximadamente tres años con falla hepática fulminante secundaria a intoxicación por acetaminofén. María Luisa recuerda con precisión que llevaba apenas dos meses como residente de primer año. Esa mañana, el equipo discutió el pronóstico, reconoció los límites terapéuticos y construyó una línea de manejo orientada por una idea compartida: mantener una comunicación clara con los padres y acompañar el proceso de manera compasiva. Al recordar ese momento, afirma: “Fuimos compasivos, fuimos empáticos, entendíamos la situación tan difícil”. En esa experiencia, el

liderazgo apareció asociado a la coordinación, al cuidado y a la capacidad de mantener al equipo alineado alrededor de una comprensión común de la situación.

Sin embargo, esa sensación de coherencia se rompe pocas horas después, durante el cambio de turno. Con la llegada de otro líder, las decisiones previamente acordadas son modificadas y la paciente es llevada finalmente a trasplante. María Luisa no describe este episodio únicamente como una diferencia técnica, sino como la experiencia de ver cómo una jerarquía puede desautorizar al equipo y conducirlo hacia un camino que ella sentía éticamente incorrecta. “Yo sentía todos los días que lo que estaba haciendo estaba mal —dice— pero igual tenía que hacerlo porque él era el superior y el líder”. Las semanas posteriores estuvieron marcadas por sufrimiento, desgaste emocional y conflicto para todo el equipo. Cuando la niña murió, el impacto no estuvo dado únicamente por el desenlace clínico, sino por la manera en que se transitó el proceso. Allí comprendió que el liderazgo no es neutral: puede aliviar el sufrimiento o profundizarlo, no solo para el paciente y la familia, sino también para quienes sostienen el cuidado.

A partir de esta experiencia, María Luisa comienza a reflexionar sobre los riesgos del liderazgo atravesado por el ego. En su relato aparece con fuerza la idea de que algunos intensivistas pueden construir una “imagen grande” de sí mismos y que, cuando esa posición se impone “por encima de principios básicos”, el liderazgo puede convertirse en una fuente de daño. Para ella, la falta de formación en comunicación y liderazgo favorece que la autoridad se confunda con imposición. En contraste, empieza a valorar una forma distinta de ejercer autoridad, basada en la coherencia entre lo que se dice y lo que se hace. Desde allí, el liderazgo compasivo se relaciona con la humildad, la escucha y la capacidad de reconocer los límites propios.

Otra experiencia decisiva en su aprendizaje ocurre durante una guardia nocturna, cuando debe enfrentar prácticamente sola el deterioro de un niño trasladado desde otra ciudad por una malformación abdominal con sangrados recurrentes. María Luisa se describe en ese momento como alguien sin experiencia suficiente para asumir una situación de tal magnitud. El niño se encontraba gravemente enfermo y con alta probabilidad de fallecer. En medio de la urgencia, el

padre pidió esperar la llegada de la madre para poder despedirse juntos si ese era el final. Frente a esa petición, María Luisa tomó decisiones orientadas a contener temporalmente el sangrado con el fin de ganar tiempo para la familia. Finalmente, la madre alcanzó a llegar antes de la muerte de su hijo.

En esta escena, el liderazgo aparece asociado no a una actuación heroica individual, sino a la capacidad de coordinarse con el equipo y sostener decisiones difíciles en medio del miedo. María Luisa recuerda especialmente la relación con enfermería durante esa noche: “Estuve en sintonía con mi grupo de enfermería, nos comunicamos bien, logramos solucionar la situación”. El liderazgo, entonces, emerge como una práctica situada que implica decidir, delegar, comunicarse y acompañar emocionalmente a la familia y al equipo.

La mañana siguiente estuvo marcada por la ambivalencia. Algunas personas apoyaron sus decisiones, mientras otras —incluyendo figuras que admiraba— la cuestionaron duramente. El juicio recibido tuvo un impacto profundo porque llegó en un momento de gran vulnerabilidad. Ella se sintió culpable y pequeña nuevamente. Aunque reconoce que sus decisiones podían ser discutibles desde el punto de vista técnico, cuestiona especialmente la manera en que recibió la retroalimentación: “No fue una forma asertiva”. A partir de esta experiencia, comprendió que el liderazgo también se ejerce en la forma de corregir, enseñar y acompañar a quienes están aprendiendo. Aprendió que la compasión no siempre es validada y que ciertas palabras pueden dejar marcas profundas en quienes aún están construyendo confianza en sí mismos.

Este episodio produjo además una transformación importante en su relación con enfermería. María Luisa describe que “hubo un antes y un después”. A medida que el equipo empezó a verla actuar en situaciones complejas, fue creciendo la confianza mutua. Esa experiencia también le dejó otra enseñanza significativa: entendió que pedir ayuda no debilita el liderazgo, sino que lo fortalece. Reconoció que habría sido mejor consultar, llamar y compartir la responsabilidad de la decisión. Desde entonces, comenzó a comprender el liderazgo como una práctica colectiva más que individual. Lo expresa de manera directa: “Un líder no es el único que toma decisiones, tiene todo un equipo y puede pedir ayuda”.

En la narrativa de María Luisa, el equipo interprofesional ocupa un lugar central en el aprendizaje del liderazgo. Ella insiste en la importancia de escuchar a enfermería porque son quienes permanecen más tiempo junto al paciente y perciben cambios que otros podrían pasar por alto. También reconoce con humildad cuánto ha aprendido de ellos: “Me han enseñado un montón, he tenido que decir ‘No sé cómo se hace, enséñeme’”. Para ella, esa disposición a reconocer el saber del otro no disminuye la autoridad; al contrario, la vuelve más humana y legítima.

Su manera de comprender el liderazgo también se expresa en los pequeños gestos cotidianos. Habla de la importancia de observar el lenguaje no verbal del equipo, de notar cómo llega una persona al turno, cómo saluda o cómo cambia su actitud. Desde allí, la escucha activa se convierte en una práctica de sensibilidad frente al cansancio, las tensiones y las necesidades emocionales de quienes comparten el trabajo. En coherencia con esa mirada, afirma: “Para mí no existe una jerarquía, yo no soy más o yo no soy menos”. Aunque reconoce la necesidad de mantener límites claros en las relaciones laborales, insiste en que el liderazgo no debería ejercerse desde la superioridad.

La compasión ocupa finalmente el centro de su comprensión del cuidado intensivo. Cuando reflexiona sobre empatía y compasión, afirma que sin ellas “no sé qué estamos haciendo” en la UCIP y que, en ausencia de estas dimensiones, los profesionales terminan convirtiéndose en “robots”. Sin embargo, una de las reflexiones más profundas de su relato está dirigida hacia sí misma. María Luisa reconoce que muchas veces le ha faltado compasión consigo misma y que, sin esa base, resulta difícil sostener una compasión genuina hacia los demás. Así, su narrativa muestra que el aprendizaje del liderazgo compasivo no ocurre únicamente en la relación con pacientes, familias o equipos, sino también en la manera como quien cuida aprende a relacionarse con su propia vulnerabilidad.

Mirando hacia el futuro, María Luisa tiene claridad sobre el tipo de líder que desea llegar a ser. Aspira a un liderazgo coherente, capaz de escuchar, reconocer límites y sostener decisiones sin perder de vista la humanidad de quienes participan en el cuidado. Sus experiencias le enseñaron que el liderazgo puede organizar y contener, pero también fracturar y dañar cuando se

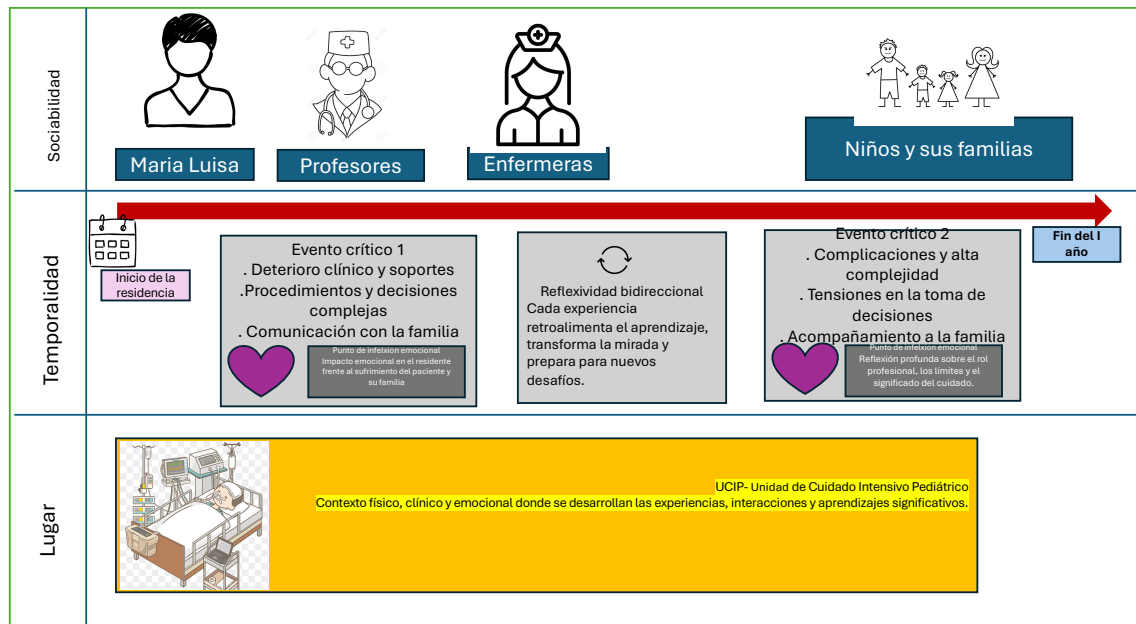
ejerce desde el ego o la imposición. –Por eso, su aprendizaje más importante no parece estar relacionado únicamente con la toma de decisiones clínicas, sino con la convicción de que cuidar intensivamente también implica aprender a liderar sin destruir emocionalmente a quienes comparten el sufrimiento cotidiano de la UCIP.

En la mirada hacia el futuro, María Luisa se sueña como intensivista que articula bienestar, familia y equipo; propone reuniones o entregas que incluyan a padres en ciertos casos, donde la familia pueda sentir que “es un equipo” quien trata al paciente, incluyendo enfermería. Y admite algo decisivo: siente que necesita formación explícita en estas habilidades, porque no basta con que “estén”; hay que prepararse. Sueña con una UCIP distinta, más humana, más coherente, más compasiva. Sabe que necesita más formación, pero también sabe que hay aprendizajes que ya la habitan. Para ella, el liderazgo compasivo no es evitar la muerte, sino acompañar con dignidad. No es imponer, sino articular. No es saberlo todo, sino saber cuándo pedir ayuda. Y, sobre todo, no es perderse a sí misma en el intento de cumplir expectativas externas.

Sentidos que emergen de la narrativa

En conjunto, esta narrativa sugiere que el liderazgo compasivo en la UCIP se aprende en medio de la vulnerabilidad, las tensiones éticas y las experiencias emocionales que atraviesan el cuidado intensivo, más que a través de enseñanzas formales. Lo que María Luisa vive y cuenta muestra que liderar no consiste solo en tomar decisiones clínicas, sino también en la manera como estas afectan al equipo, a las familias y a quien las ejerce. Su experiencia revela que el liderazgo puede contener o dañar según se ejerza desde la coherencia y la escucha o desde la imposición y el ego. Al mismo tiempo, su narrativa deja ver que el liderazgo compasivo se construye de manera relacional, en la confianza con enfermería, en la capacidad de pedir ayuda y en el reconocimiento de la propia fragilidad. Así, aprender a liderar en la UCIP implica también aprender a cuidar sin perder la sensibilidad frente al sufrimiento de los otros y al propio.

Gráfico 1. Mapa narrativo de María Luisa



Este mapa narrativo representa la experiencia de María Luisa en el espacio tridimensional de la indagación narrativa (temporalidad, sociabilidad y lugar). La línea horizontal refleja la continuidad temporal del proceso formativo, mientras que los actores (equipo de salud, paciente y familias) configuran la dimensión social de la experiencia. Los eventos clínicos se presentan como hitos narrativos que articulan el cuidado, el aprendizaje y la construcción de significado en el contexto de la UCIP.

6.2 Narrativa de Ofelia. Del liderazgo temido al liderazgo compasivo

Ofelia ha construido su trayectoria profesional a partir de una formación académica sólida en una de las instituciones universitarias más prestigiosas del país. Tras finalizar pediatría, desarrolló una amplia experiencia laboral durante ocho años antes de ingresar a la especialización en cuidado intensivo pediátrico. Ese tiempo no solo le permitió consolidar conocimientos y destrezas clínicas, sino también habitar de manera profunda la complejidad del cuidado de niños críticamente enfermos y de sus familias. En ese recorrido, su formación en bioética ocupó un lugar significativo, al ofrecerle herramientas para construir juicios clínicos más rigurosos,

coherentes y orientados al bienestar del paciente y su entorno familiar. Así, Ofelia llega al cuidado intensivo pediátrico, no desde la inexperiencia, sino desde una historia profesional ya densamente vivida, en la que la práctica, la reflexión y la responsabilidad ética habían comenzado a moldear su manera de comprender el cuidado, las decisiones difíciles y la relación con otros.

Cuando Ofelia habla de su formación en cuidado intensivo, no lo hace desde la ingenuidad de quien apenas comienza. Habla desde la experiencia de una pediatra que lleva ocho años trabajando en cuidado intensivo, sobre todo en las noches, y que decidió iniciar su formación posgradual en cuidado intensivo en un momento en que sentía que los espacios para el pediatra general dentro de las UCIP se estrechaban cada vez más, a medida que estas se hacían más especializadas y ocupadas por intensivistas. Su entrada al *fellow* no fue entonces un punto de partida absoluto, sino una transición del paso de una pediatra ya habituada al sufrimiento, a la urgencia y a la responsabilidad, hacia una nueva forma de habitar la UCIP, ahora desde el lugar de quien se está formando para liderarla.

En su relato, el liderazgo no aparece como una categoría abstracta ni como una habilidad enseñada formalmente en aulas o seminarios. Más bien emerge como una necesidad cotidiana del cuidado intensivo. Para ella, en la UCIP siempre hay que liderar: al equipo médico, la comunicación con enfermería, la relación con terapia respiratoria, el trabajo con auxiliares, la organización de una reanimación, el manejo integral del paciente y, en muchos momentos, también el tono emocional de lo que sucede alrededor; sin embargo, lo más importante es que ese liderazgo no es descrito como una posición de superioridad. Ella no lo entiende como “estar arriba” dando órdenes, sino como sostener una ruta, acompañar al equipo y ayudar a que las cosas salgan bien en medio de contextos de alta tensión, donde los pacientes están graves, los familiares sufren y el equipo trabaja bajo presión constante.

Su narrativa muestra, además, que el liderazgo compasivo no se aprendió porque alguien se lo enseñara explícitamente. De hecho, una de las afirmaciones más potentes que atraviesa su narrativa es que “a uno no le enseñan a ser líder, se aprende viendo, viviendo, observando a otros y también identificando aquello que no se quiere repetir”. En ese proceso, Ofelia distingue dos

pedagogías silenciosas pero decisivas: por un lado, la del malestar, encarnada en los gritos, los regaños y el ambiente hostil; por otro, la de la presencia tranquila, la comunicación asertiva y el acompañamiento respetuoso. Entre ambos se va formando su propio criterio, así, su aprendizaje del liderazgo compasivo nace en la comparación entre estilos, en la memoria emocional que dejan ciertas experiencias y en la reflexión sobre cómo quiere ejercer ella misma el cuidado intensivo en el futuro.

Una de las escenas más significativas de su historia ocurre en sus primeros acercamientos al cuidado intensivo, durante la residencia de pediatría. Hasta entonces, su imaginario del intensivista estaba atravesado por el temor. Cuando un niño se agravaba y era necesario llamar al intensivista, no solo se esperaba ayuda clínica: también se anticipaban gritos, regaños y la sensación de que alguien llegaría a señalar errores. Ese miedo no era solo suyo; también lo percibía en enfermería. La llegada del intensivista parecía venir cargada de amenaza. En ese contexto aparece una experiencia que fractura esa expectativa y abre otra posibilidad de comprender el liderazgo.

Fue una rotación con su profesor Gabriel (nombre ficticio). Ella llegó a ver a un paciente críticamente enfermo, lo valoró y volvió para informar que estaba muy mal. Lo que siguió no fue una reacción de censura ni una búsqueda de culpables. Él mantuvo la calma. Indicó el traslado inmediato, acompañó todo el proceso, habló con la familia, realizó procedimientos con serenidad y la incluyó activamente, incluso siendo su primer día. La dejó participar, la sostuvo activamente y, a la vez, emocionalmente. Cuando el paciente hizo paro cardiorrespiratorio, dirigió la reanimación sin alterar el tono del equipo; incluso cuando otro médico irrumpió gritando e intentando asumir el control, él continuó el proceso con firmeza, pero sin agresión. Más tarde, también de manera tranquila, habló con los padres, retroalimentó al grupo de enfermería y revisó con pediatría lo sucedido. Para ella, esa jornada dejó una marca profunda: le mostró que era posible hacer cuidado intensivo de otra manera, sin gritos, sin humillación y sin perder efectividad clínica. En esa experiencia, liderazgo y compasión dejaron de parecer opuestos.

A partir de ahí, su aprendizaje se fue ampliando con la experiencia en otros escenarios. El *fellow*, dice, ha sido el entrenamiento más exigente de todos los que ha vivido como médica. El

tiempo es escaso, la carga académica es grande y las demandas asistenciales no se detienen. Pero, al mismo tiempo, la posibilidad de rotar por varios centros le ha permitido ver otros grupos, otras culturas de trabajo y otras maneras de liderar. Esa movilidad ha enriquecido su mirada. Ya no se trata solo de ejecutar procedimientos o adquirir conocimientos fisiológicos, sino de comprender que los modos de relación también enseñan. El “ver hacer” aparece en su relato como una pedagogía central del liderazgo: observar cómo actúan los docentes en una extubación, una reanimación, una crisis o una diferencia con el equipo se convierte en una fuente continua de aprendizaje sobre cómo vale la pena liderar y cómo no.

Pero su historia no es lineal ni exenta de tensiones. Una de las experiencias más retadoras ha sido desenvolverse en roles distintos en lugares conocidos y desconocidos. En el hospital donde trabajaba, era una pediatra reconocida, alguien que coordinaba, organizaba y daba ordenes; sin embargo, al entrar allí mismo como residente, tuvo que aprender a frenar esa posición y a explicarle al equipo que en ese momento estaba en otro rol: el de quien consulta con su docente y aprende. Esa transición no siempre fue fácil, especialmente porque enfermería, auxiliares y terapeutas seguían esperando de ella respuestas inmediatas. En paralelo, al llegar a otros hospitales, vivió la experiencia contraria: ya no era la médica conocida, sino una residente nueva que debía ganarse la confianza del equipo. Allí experimentó la desconfianza inicial, sobre todo de enfermería, que la observaba con cautela antes de reconocer su liderazgo. En ambos contextos, el aprendizaje fue similar, “liderar no depende solo del cargo ni del conocimiento, también exige construir confianza y comprender el lugar que uno ocupa en cada relación”.

En esa trama, el quipo interprofesional no aparece como un simple contexto de liderazgo, sino como un actor fundamental en su aprendizaje. Ella insiste en que, dentro de la UCIP, cada uno lidera procesos distintos. Enfermería lidera el cuidado continuo, la vigilancia, los dispositivos, las rutinas de seguridad; terapia respiratoria lidera decisiones y saberes específicos del soporte respiratorios, los auxiliares sostienen el acompañamiento más cercano al paciente. Desde esta mirada, el liderazgo en la UCIP no es monopolio del intensivista, sino una práctica distribuida, relacional y compartida. De hecho, reconoce que algunas de las primeras personas que le enseñaron cuidado intensivo fueron precisamente las enfermeras que la recibieron cuando

empezó a trabajar. También aprendió de ellas otra lección: el liderazgo necesita legitimarse frente al equipo; no basta con el título. Hay que ganarse la confianza de quienes cuidan al paciente con uno.

Su relato también muestra que el liderazgo compasivo tiene un efecto directo sobre el bienestar emocional. Ella describe con claridad cómo ciertos entornos de trabajo estaban marcados por la represión, por la expectativa de que alguien gritaría si algo salía mal. En contraste, recuerda un cambio de trabajo donde el líder dijo explícitamente que no creía en los gritos ni en el maltrato al grupo de enfermería, ni siquiera durante una reanimación, ese gesto no fue menor. Cambio el ambiente. Hizo posible trabajar con menos miedo, con más tranquilidad y con mejores resultados. Para Ofelia, estas diferencias no son superficiales: el estilo de liderazgo modifica el estrés del equipo, la posibilidad de conversar, la tendencia a culpar a otros y hasta la manera en que cada persona vive la jornada. En la residencia, donde además de la clínica existen trabajos, presentaciones, cursos y exigencias académicas simultáneas, esa diferencia emocional se vuelve todavía más intensa.

Uno de los episodios que mejor condensa esta comprensión del trabajo compartido ocurre en un turno especialmente difícil: tres paros cardíacos y dos fallecimientos en una misma sección de la UCIP. Ella lo recuerda no solo por la gravedad clínica, sino por la forma como respondió el equipo. Médicos y enfermeras trabajaron juntos, sin detenerse a pensar en asignaciones rígidas. Todos se unieron alrededor de un objetivo común. Y luego, en la madrugada después del horror, se sentaron a comer pizza, a conversar y hasta reír un poco. Esa escena final no minimiza el dolor; al contrario, muestra que el trabajo en equipo también consiste en sostenerse mutuamente después del impacto. Allí el liderazgo compasivo no aparece como una intervención heroica individual, sino como una forma colectiva de atravesar el sufrimiento y seguir siendo equipo.

Otro hilo importante de la narrativa es de la escucha activa. Ofelia ha aprendido que escuchar al equipo no ocurre solo en reuniones formales. Ocurre en la cercanía cotidiana de la UCIP, en las conversaciones breves, en los cambios de actitud, en los silencios, en lo que se comentó entre café y café. Escuchar implica atender, no al chisme, sino a la percepción que tienen otros de lo que está ocurriendo. También supone reconocer que un mismo mensaje puede

ser recibido de maneras distintas por personas diferentes. En ese sentido, Ofelia describe la escucha activa como una práctica de sensibilidad: a quienes expresan directamente sus necesidades, pero hay otros cuya incomodidad se percibe porque están más callados, más molestos o distantes. Saber leer esas señales hace parte de su manera de acercarse al otro. Y, una vez más, insiste en que esto no se lo enseñaron formalmente, lo aprendió viendo a sus líderes generar espacios, resolver conflictos y buscar momentos para conversar.

Una escena concreta ilustra ese aprendizaje. En medio de rumores institucionales derivados de la crisis del sistema de salud, empezaron a circular temores en la UCIP con posibles cambios profundos en el equipo, coincidiendo, además, con su salida para iniciar estudios. Nadie le preguntaba de frente, pero Ofelia percibía la tensión y las insinuaciones. Entonces, decidió sentarse con el grupo en un espacio informal, aclarar las razones reales de su salida y desmontar los rumores. Ese sencillo gesto transformó el ambiente: el equipo se tranquilizó y volvió a trabajar con menos tensión. En esa experiencia, escuchar significó captar lo que no estaba siendo dicho abiertamente, y liderar compasivamente significó abrir una conversación a tiempo para cuidar al equipo.

En su relato, la compasión no aparece como un ideal romántico. Ella misma cuestiona la idea de la compasión como algo no solamente “poético”. Para ella, la compasión se practica todos los días. Empieza por uno mismo: dejar de castigarse tanto, aceptar que la formación es exigente y que no todo saldrá perfecto. Esa autocompasión fue, de hecho, uno de los aprendizajes más importantes del *fellow*, pero también se extiende a los demás. Intentar comprender por qué un compañero no logró terminar algo, reconocer la carga específica del turno de la noche, de la mañana o de la tarde y ponerse en los zapatos del otro antes de juzgar. Desde ahí, empatía y compasión se vuelven herramientas clínicas y relacionales, no adornos discursivos. Son la base para entender mejor los conflictos, disminuir el daño emocional y mejorar la comunicación del equipo.

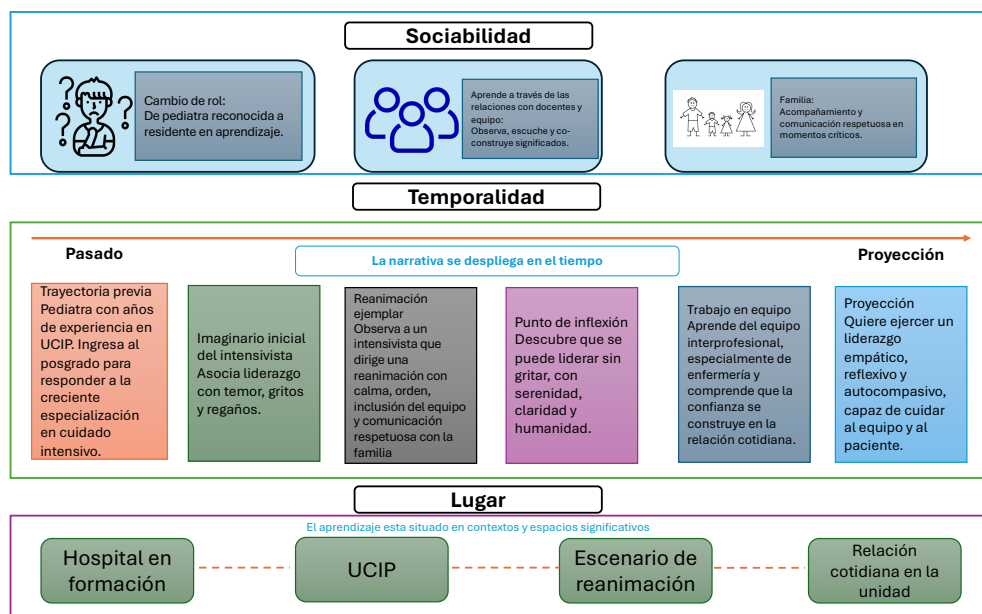
Mirando hacia el futuro, Ofelia sabe con claridad qué tipo de líder quiere ser. Quiere ejercer un liderazgo empático, cercano, capaz de resolver desde la comprensión, no desde la violencia. Quiere seguir tomando de sus maestros aquello que admira y dejar fuera las actitudes

que no considera necesarias. Además, al pensar en la formación de los residentes, propone cambios muy concretos: más experiencias que permitan ponerse en el lugar del otro, más cercanía con enfermería y otros equipos, y más acompañamiento en salud mental y reflexión. Para ella, formarse como intensivista no debería significar solo aprender fisiología, procedimientos o toma de decisiones; también debería implicar aprender a convivir, a escuchar, a comprender y a liderar sin destruir emocionalmente a quienes comparten el cuidado.

Sentidos que emergen de la narrativa

En conjunto, esta narrativa sugiere que el liderazgo compasivo no se aprende principalmente en un currículo formal, sino en los pasillos, en las reanimaciones, en las entregas de turno, en los espacios informales, en los cambios de rol, en la confianza ganada con enfermería, en el contraste entre ambientes hostiles y ambientes respetuosos, y en la posibilidad de detenerse a pensar que tipo de intensivista se quiere llegar a ser. Lo que Ofelia vive y cuenta, no es solo la narrativa de cómo aprender a liderar, es también de cómo va descubriendo que en la UCIP el liderazgo más potente no es el que más impone, sino el que logra sostener el equipo, cuidar el clima emocional y acompañar con firmeza y humanidad en medio de la alta complejidad.

Gráfico 2. Mapa narrativo de Ofelia



El mapa narrativo del aprendizaje del liderazgo compasivo en Ofelia representa el espacio tridimensional de la indagación narrativa (temporalidad, sociabilidad y lugar). La figura sintetiza el aprendizaje del liderazgo compasivo como un tránsito desde un imaginario de liderazgo asociado a temor hacia una comprensión relacional del cuidado, configurada en eventos críticos, vínculos con el equipo y acompañamiento a las familias.

6.3 Narrativa de Rosa. Del control individual al liderazgo compartido.

Rosa transita una trayectoria formativa intensa y continua, construida en reconocidas universidades del país. Estudió medicina, se especializó en pediatría, realizó una maestría en epidemiología y, sin detenerse en una experiencia laboral previa, dio continuidad a su camino de formación al ingresar a cuidado intensivo pediátrico. Pero su narrativa no se explica solo por los títulos que ha acumulado ni por la excelencia académica que la acompaña. Rosa se muestra como una persona receptiva, cuya madurez ha sido moldeada tanto por los procesos formativos como por las experiencias de vida que la han llevado a mirar el mundo y a los otros con mayor

sensibilidad. De manera llamativa, en cada rol que ha ocupado, buscando, además, ayudar a formar, enseñar y acompañar, como si en su trayectoria el aprendizaje y la formación de otros hubieran estado siempre entrelazadas. Desde allí comienza su narrativa: la de una residente cuya experiencia en la UCIP no puede entenderse únicamente como entrenamiento clínico, sino como una travesía de crecimiento humano y profesional.

Cuando Rosa cuenta su historia en la UCIP, no comienza hablando de autoridad, ni de jerarquías, ni de poder. Comienza hablando de experiencia, de encuentro y de relación. Su vínculo con la UCIP empezó al finalizar la residencia de pediatría, cuando eligió profundizar su formación en este escenario, y desde entonces, su trayectoria ha transcurrido entre varios lugares simultáneos: como residente, como *fellow* y también como pediatra que trabaja dentro de la UCIP. En su relato, la UCIP no aparece solo como un espacio de alta complejidad clínica, sino como un lugar profundamente relacional, donde lo que más valora es la interacción con el equipo multidisciplinario, con enfermería, los compañeros, con los interconsultantes, y la posibilidad de abordar al niño de manera integral, no como un problema aislado. Allí empieza a tomar forma su narrativa de liderazgo: no como una aspiración individual, sino como una manera de estar con otros en medio del cuidado crítico.

Desde ese lugar, el liderazgo adquiere para ella un significado particular. No es mandar, ni imponerse, ni ubicarse por encima de los demás. Liderar, en su experiencia, significa organizar, dirigir, coordinar y tomar decisiones sin que ello implique una relación de superioridad. Significa reconocer que cada integrante del equipo tiene una función específica y que el papel de quién lidera no es hacerlo todo, sino lograr que cada uno pueda desempeñar su tarea de manera articulada, a favor del paciente. Esta comprensión del liderazgo no nació de una teoría abstracta, sino de una trayectoria progresiva. Antes de llegar a la UCIP, Rosa ya había vivido formas tempranas de liderazgo en actividades de docencia: fue tutora par en la universidad, acompañó estudiantes, internos y luego residentes. Con el tiempo, ese liderazgo fue cambiando. Ya no se trataba solo de orientar procesos educativos, sino de sostener equipos de trabajo en escenarios críticos, donde una decisión, un tono de voz o una orden mal dada pueden modificar el curso de una atención.

En esa transición, la residencia en cuidado intensivo pediátrico marcó una diferencia importante. Ella reconoce que aquí la responsabilidad es mayor y que el liderazgo dejó de ser predominantemente pedagógico para volverse clínico, relacional y organizativo. En la UCIP hay momentos en los que se requiere actuar con rapidez, especialmente durante reanimaciones, y allí el liderazgo deja de ser un concepto y se vuelve una práctica concreta. Es en esas escenas donde Rosa ha ido comprendiendo que liderar implica hablar con claridad, usar comunicación en círculo cerrado, ofrecer retroalimentación positiva y correctiva sin humillar, y cuidar la forma como se le habla al equipo. Para ella, incluso en medio de la urgencia, hay una diferencia profunda entre corregir para salvar una vida y corregir dañando a quien está al lado. Por eso recuerda que, si alguien está haciendo bien las compresiones, vale la pena decírselo, y si necesita mejorar, también hay una manera respetuosa de indicarlo. Esa forma de hablar no es secundaria: hace parte del cuidado mismo.

Una de las escenas más significativas de su historia ocurre justamente en una reanimación. Fue de madrugada, con una paciente que ella y otra compañera de *fellow* conocían desde rotaciones previas. Cuando la paciente hizo paro, ambas asumieron el momento con organización. La escena que ella narra no es la de un caos dominado por voces elevadas, sino la de una acción compartida en la que las labores se distribuyen: una intenta intubar, la otra apoya, ambas orientan al grupo de enfermería, y el proceso avanza de forma oportuna. Lo que hace memorable esta experiencia no es solo el evento crítico, sino la manera en que ella se condensó una forma de liderazgo aprendida en la práctica: dividir funciones, confiar en el otro, dirigir sin atropellar, y sostener la acción clínica desde el orden y la coordinación. En esa madrugada, la reanimación no fue solo una urgencia médica, fue también un escenario de aprendizaje narrativo sobre cómo se encarna el liderazgo en la UCIP.

A medida que avanza en su formación, Rosa percibe que no solo cambian sus conocimientos académicos, sino también su manera de habitar el rol de intensivista. Su relato muestra que esta formación ha sido buena precisamente porque le ha permitido transformarse en dos planos al mismo tiempo: en el conocimiento y en la manera de ser. Ella reconoce el papel de sus profesores como fundamental en este proceso. Los observa liderar situaciones de estrés,

juntas médicas, reuniones complejas y discusiones con distintos actores del cuidado. De ellos aprende, sobre todo, viendo. Aprende en la observación de cómo se comunican con enfermería, con terapia respiratoria, con interconsultantes y con el resto del equipo. También aprende cuando sus docentes comienzan a “soltarle” tareas, permitiéndole asumir progresivamente un lugar más activo. En su narrativa, el liderazgo compasivo no se enseña como una asignatura claramente delimitada; se trasmite en la cercanía del ejemplo, en el acompañamiento y en la posibilidad de ir tomando lugar dentro de la unidad.

Sin embargo, este proceso, no ha estado exento de tensiones. Una de las experiencias más retadoras que narra tiene que ver con su dificultad inicial para delegar. En la UCIP, donde los pacientes son más críticos y complejos, ella tendía a querer hacerlo todo por sí misma: actuar, resolver, controlar. Le costaba dejar ciertas tareas en manos de residentes, internos o incluso del propio equipo, por temor a que el otro todavía no tuviera habilidades suficientes. Con el tiempo, fue comprendiendo que liderar no es acumular todas las funciones, sino enseñar, orientar y confiar. La transformación consistió en pasar de un lugar de “posición reactiva” a un lugar de líder. Esto significó aprender a soltar, a dirigir el aprendizaje sin reemplazar al otro, a permitir que cada integrante del equipo ocupara su función y a reconocer que delegar no es desentenderse, sino una forma madura de responsabilidad compartida. Esa toma de conciencia es central en su narrativa: el liderazgo compasivo también se aprende renunciando a la ilusión de control total.

En contraste con otras narrativas de formación marcadas por el miedo o el maltrato, Rosa cuenta una experiencia distinta con sus superiores. Ella siente que el estilo del liderazgo que ha visto durante su residencia ha sido positivo. No recuerda haber sido humillada ni tratada desde la superioridad; por el contrario, resalta que ha recibido una retroalimentación apropiada, incluso cuando se equivoca o no sabe algo. Esta experiencia importa mucho porque, en su relato, el ambiente emocional no es un asunto periférico. Sentirse acompañada, corregida sin agresión y sostenida en el aprendizaje, configuran una forma de bienestar que influye en cómo ella misma quiere liderar a otros. También señala que algo que admira especialmente en sus profesores es la calma en situaciones de estrés. Esa capacidad de no perder el centro en medio de la urgencia se

convierte en una marca de liderazgo que quiere incorporar. No obstante, también reconoce una zona de tensión: a veces, la relación con interconsultantes puede desviarse hacia discusiones sobre quién tiene la razón, alejándose del objetivo principal, que es el paciente. Esa observación muestra que su aprendizaje también incluye discernir críticamente aquello que funciona y aquello que requiere otra forma de relación.

En su manera de comprender la compasión y la empatía, la narrativa de Rosa se expande más allá del equipo y alcanza a las familias. Para ella, ser compasivo en la UCIP implica poder ponerse en el lugar de los padres, entender que cada familia tiene sus creencias, su cultura y su forma de percibir la enfermedad. Liderar también es orientar a esos cuidadores, brindarles información de manera apropiada, escucharlos, aclarar dudas y reconocer que la persona intubada, conectada a múltiples dispositivos, no es para ella un “caso clínico”, sino como su hijo. Esta sensibilidad aparece con especial fuerza cuando habla de pacientes con alta probabilidad de desenlace fatal o de secuelas funcionales muy severas. En esas situaciones, dice, uno debe tomarse el tiempo de hablar con la familia en un entorno adecuado, repetir la información las veces que sea necesario, no juzgar y permitir que procesen lo que están viviendo. Aquí, la compasión no suaviza la realidad clínica, pero sí transforma la manera de habitarla y comunicarla.

La relación con el equipo interprofesional ocupa un lugar central en su narrativa. Rosa describe una relación respetuosa, abierta a la discusión académica y orientada a las decisiones sobre el paciente. En su relato, el trabajo en equipo es fundamental porque en la UCIP nadie puede sostener solo el cuidado. Enfermería es crucial en la vigilancia cercana, en la admiración de medicamentos, en las alertas tempranas que nacen de la observación minuciosa al pie de la cama, terapia respiratoria, auxiliares, personal médico e interconsultantes son piezas necesarias de un engranaje en el cual cada rol importa. Incluso el personal en formación contribuye al cuidado al revisar historias, laboratorios y detalles que otros podrían pasar por alto. En este entramado, el líder no es quien eclipsa a los demás, sino quién integra, coordina, escucha y ayuda a que cada contribución encuentre su lugar dentro del cuidado del niño crítico.

Aprender a liderar de esta manera también ha influido en su bienestar emocional. Rosa reconoce que comprender que no tiene que hacerlo por sí misma le ha aliviado una carga importante. Antes, la idea de que debía abarcarlo todo podía convertirse en una fuente de agotamiento emocional, especialmente en momentos críticos en los que el tiempo no alcanza. Aprender a dirigir, delegar y organizar, le ha permitido sentirse mejor y trabajar de forma más sostenible. Esta relación entre liderazgo y bienestar también se hace visible cuando recuerda una situación en la que el ambiente emocional del equipo cambió durante una reanimación de un paciente que llevaba mucho tiempo hospitalizado. Allí hubo llanto, angustia y una conmoción compartida. Su relato deja ver que el equipo no es una maquinaria neutra: también siente, se vincula, se afecta. Y justamente por eso el liderazgo compasivo importa, porque tiene lugar en escenarios donde la técnica y la emoción conviven de manera inseparable.

Otro hilo importante en su narrativa es la escucha. Rosa no ubica el escuchar del equipo en un momento formal y único, sino en la cotidianidad de la unidad. Escucha a enfermería prácticamente todo el tiempo, en cada duda, consulta o sugerencia sobre el paciente. Pero escuchar, para ella, no es solo recibir información, es también reconocer que quienes permanecen más tiempo junto al niño saben cosas que pueden enriquecer el manejo. Del mismo modo, identifica las revistas como un espacio importante para la interacción con profesores y personal en formación, aunque insiste en que el liderazgo exige mantener la apertura para escuchar también fuera de esos momentos estructurados. En esa disposición cotidiana se revela una comprensión relacional del liderazgo: escuchar no es ceder autoridad, sino construirla con otros.

Cuando habla de cómo identifica las necesidades del equipo, su relato vuelve a mostrar sensibilidad narrativa. No se limita a lo que le dicen verbalmente. Presta atención al lenguaje corporal, a los signos de tristeza, angustia o preocupación, incluso cuando no son expresados con palabras. Ella sabe que muchas veces el líder es visto como alguien omnipotente, distante o incuestionable, y que eso puede hacer que otros callen. Por eso, Rosa considera importante crear confianza para que el equipo pueda hablar. Recuerda, por ejemplo, situaciones en las que un jefe se acercaba con rostro de preocupación, y al indagar, aparecían tanto asuntos pendientes del paciente como malestares personales que terminaban influyendo en la atención. Desde esa

experiencia, escuchar se convierte en una práctica ética: mirar más allá de lo evidente, ofrecer ayuda y reconocer que lo personal y lo clínico a veces se entrelazan en la vida diaria de la UCIP.

Llama la atención que, al reflexionar sobre cómo aprendió a escuchar, ella afirma que esto no le fue enseñado de manera explícita en la residencia de cuidado intensivo, recibió clases de comunicación general; previamente en la residencia de pediatría tuvo experiencias más concretas con actores y ejercicios de simulación. En la UCIP, estas habilidades las ha aprendido sobre todo en la experiencia cotidiana, observando a sus profesores y enfrentándose ella misma a las situaciones reales. Su historia, entonces, no solo narra como aprende, sino también donde están los vacíos de formación y cómo son llenados parcialmente por el mundo vivido en la unidad.

Cuando mira hacia el futuro, Rosa no describe el liderazgo que desea ejercer en términos de mando, sino de ambiente. Quiere mantener un buen clima laboral dentro de la unidad. Quiere comunicarse siempre con respeto, incluso cuando sea necesario corregir, quiere que la retroalimentación, positiva o negativa, ocurra dentro del marco del respeto, con las palabras adecuadas. Considera que esto es útil, tanto en los pacientes más estables como en los momentos más críticos, porque una buena comunicación con enfermería y con los demás profesionales mejora la atención y contribuye a mejores desenlaces. También desea sostener una práctica atravesada por la empatía y la compasión, no solo frente a las familias, sino también frente al equipo, reconociendo que cada persona puede estar atravesando sus propias situaciones. El liderazgo que imagina es, en el fondo, una forma de cuidado.

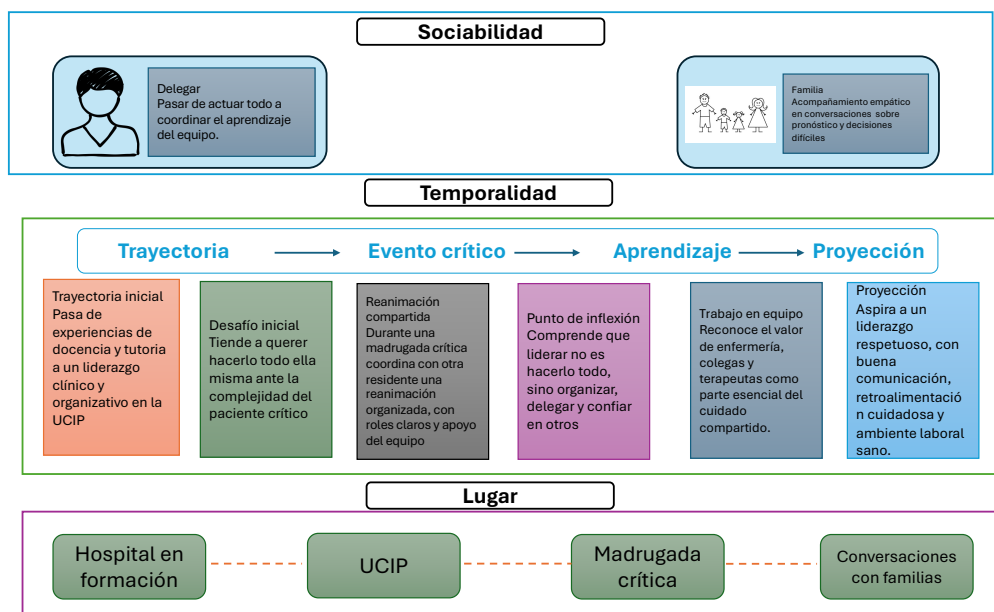
Desde esa misma mirada, propone cambios concretos para la formación de residentes. Considera que el currículo debería incluir con mayor claridad clases de comunicación, especialmente simulaciones con actores en entornos críticos, en las que se pueda practicar conversaciones difíciles con padres, correcciones al equipo, interacciones con estudiantes o con otros profesionales. Para ella, esos espacios permitirían recibir retroalimentación antes de enfrentarse al momento real. No está pidiendo menos exigencia clínica, sino una formación más completa, en la que la técnica y la relación se enseñan juntas. Su consejo final para un nuevo residente resume buena parte de su narrativa: “Formarse para ser líder no significa sabérselo todo

ni convertirse en ‘el mandamás’ de la UCIP; significa asumir un papel de acompañamiento, organización y trabajo conjunto. Significa aprender a delegar, a confiar y a comprender que la función del líder es una más dentro de las muchas funciones que sostienen el cuidado del paciente crítico”.

Sentidos que emergen de la narrativa

La narrativa Rosa deja ver que el aprendizaje del liderazgo compasivo en la UCIP no ocurre como una lección aislada, sino como una trayectoria relacional. Se aprende en la progresión de roles, en las reanimaciones de madrugada, en la observación de los profesores, en la dificultad para delegar, en escuchar a enfermería, en la lectura del lenguaje corporal, en las conversaciones con familias frente a diagnósticos devastadores y en la experiencia cotidiana de un equipo que siente, piensa, actúa y se sostiene mutuamente. En su narrativa, liderar con compasión no significa suavizar la exigencia del cuidado crítico, significa ejercerla con humanidad, claridad, respeto y conciencia del otro. Y es precisamente allí donde su narrativa de cuenta de cómo se aprende el liderazgo compasivo, a través de historias de formación clínica, de transformación personal y de aprendizaje ético en relación con quienes comparten el cuidado.

Gráfico 3. Mapa narrativo de Rosa



El mapa narrativo del aprendizaje del liderazgo compasivo en Rosa en el espacio tridimensional de la indagación narrativa (temporalidad, sociabilidad y lugar), sintetiza su transformación desde una lógica de control individual hacia un liderazgo compartido, construido en reanimaciones, en la relación con el equipo interprofesional y en el acompañamiento a las familias.

6.4 Narrativa de Carlos. Aprender a liderar cuando no siempre hay respuestas

La trayectoria de Carlos en la UCIP no es un evento aislado, sino un tránsito progresivo por diversos escenarios de cuidado crítico. Desde su residencia hasta su subespecialidad, su formación ha sido una exposición constante a lo incierto: distintas culturas hospitalarias, recursos variables y la presencia inevitable de la muerte. Si al inicio su rol se limitaba a ejecutar y sobrevivir a la carga asistencial, el tiempo transformó esa obediencia en capacidad de mando. Hoy, su labor no es solo seguir protocolos, sino sostener decisiones, liderar equipos y enfrentar el profundo sufrimiento humano que define el cuidado crítico.

Lo que hace potente su narrativa es que el liderazgo no aparece como una habilidad que se enseña de forma explícita, sino como algo que se va encarnando en medio de las guardias, de las pérdidas y de los dilemas. Carlos no narra su aprendizaje desde una teoría de liderazgo, sino desde la experiencia concreta de tener que “ponerse la diez” cuando la situación lo exige. En una de las escenas más significativas de su relato, recuerda la noche en que recibió a un adolescente previamente sano que había sufrido una hemorragia cerebral aguda. Llegó a la unidad en estado crítico, con signos neurológicos ominosos; desde el inicio era evidente que el desenlace era irreversible. Aquella noche, el espacio de la unidad se contrajo alrededor de Carlos, exigiéndole una presencia que desbordaba lo clínico. Su labor se transformó en un ejercicio de mediación constante, desde la insistencia firme en cada llamada para movilizar especialistas y activar engranajes institucionales, hasta el gesto humano de ajustar el tiempo para sentar a la familia y brindarles información y apoyo. En ese paisaje de tensiones, Carlos no solo convocó redes de apoyo externas, sino que se convirtió, él mismo, en el soporte en el que los padres pudieron volcar su angustia, sosteniendo el hilo de la comunicación mientras el peso de las decisiones dolorosas se volvía inevitable. En medio de la tensión del turno, irrumpe uno de los especialistas cuya presencia quebró el frágil equilibrio del escenario; con un lenguaje que a ojos de Carlos resultaba despojado de toda humanidad, el colega dictó una sentencia escueta: “Ya no quedaba nada por hacer y el desenlace era inevitable”. Esa frialdad técnica chocó de frente con el esfuerzo que Carlos venía tejiendo para sostener a la familia, evidenciando la grieta entre el diagnóstico que cierra una narrativa y el cuidado que intenta acompañarlo hasta el final. El compañero de turno de Carlos, manifiesta, clínicamente muy hábil, no estaba disponible emocionalmente para acompañar a la familia en ese momento, por tanto, Carlos tuvo que asumir la tarea de explicar, contener y articular al grupo interdisciplinario alrededor de una tragedia que avanzaba con rapidez. Esa noche larga, marcada por la muerte inminente de un hijo y por la indecisión frente a la donación por parte de sus padres, le enseñó que liderar en la UCIP no es solo dirigir procedimientos, sino también acompañar a otros cuando las palabras faltan y procurar que, incluso una tragedia, transcurra con el menor daño posible para quienes la viven.

A partir de experiencias como esa, la figura de liderazgo que emerge en su narrativa no es la del líder distante o autoritario, sino la de quien asume responsabilidad cuando nadie más puede o quiere hacerlo del todo. Sin embargo, esa comprensión no se construye únicamente desde momentos admirables. También se va formando desde el desencanto, la incomodidad y la tensión moral. Calos cuenta que, a lo largo de su formación, ha visto pacientes crónicamente enfermos, con comorbilidades severas, largas estancias y secuelas irreversibles, y que, quienes toman las decisiones de continuar intervenciones, parecen rozar, o incluso de lleno, en el encarnizamiento terapéutico. En esos escenarios, el liderazgo del superior no siempre se vive como un referente compasivo, sino como una autoridad que impone conductas con las que el residente no necesariamente está de acuerdo. Ahí aparece una de las tensiones más hondas de su narrativa: aprender liderazgo también ha significado aprender a convivir con decisiones ajenas que producen malestar moral, guardar silencio cuando no se tiene la potestad de modificar el rumbo, y empezar a construir un criterio propio a partir de aquello que se cuestiona. En la narrativa de Carlos, el liderazgo compasivo también se aprende por contraste, viendo qué decisiones no quisiera repetir, cuando le toque a él mismo ocupar un lugar de mayor autoridad.

Otra escena deja ver con especial claridad cómo la compasión puede irrumpir en la cultura de la UCIP y transformar momentáneamente su rigidez. Carlos recuerda el caso de dos hermanos atropellados, ambos gravemente heridos, uno de ellos con un desenlace ya irreversible. En medio del sufrimiento extremo de esa familia, la madre pidió que permitieran el ingreso de la mascota de apoyo emocional del niño a la unidad, para despedirse. La petición, en otro contexto, habría parecido impropio o incluso inadmisibles. De hecho, la reacción inicial de Carlos fue de reserva y enseñanza. Sin embargo, el equipo decidió flexibilizar las normas y permitir ese encuentro. El “peludito” ingresó, estuvo con el niño por un tiempo, y aquel gesto resultó profundamente reparador para la familia. En retrospectiva, Carlos reconoce que fue una experiencia de gran aprendizaje: le mostró que la compasión a veces exige suspender la rigidez habitual, ponerse genuinamente en el lugar del otro y comprender que hay necesidades del duelo que no se aprenden en manuales ni protocolos. Lo que en un inicio parecía una excepción incomoda, terminó convirtiéndose en una enseñanza duradera sobre el valor de la flexibilidad, la

humanidad y la escucha de aquello que la familia considera significativo en el umbral de la muerte.

En su narrativa, el equipo interprofesional ocupa un lugar decisivo. Carlos no habla del equipo como un complemento del liderazgo, sino como uno de sus principales maestros. Dice haber aprendido muchísimo del personal de enfermería, de terapeutas y de otros profesionales con quienes comparte turnos de manera reiterada. La constancia del encuentro, la repetición de los mismos compañeros en la noche, el tiempo compartido frente a los mismos pacientes y la posibilidad de conocerse en lo personal, han ido creando una red de confianza que sostiene el trabajo. Para él, la calidad humana del equipo, su experiencia y su disposición a enseñar han sido fundamentales en su formación. En esta narrativa, el aprendizaje no viene únicamente desde el docente hacia el residente; también circula horizontalmente desde quienes, con experiencia acumulada y cercanía al paciente, enseñan a leer mejor la unidad, a anticiparse a ciertas situaciones y a brindar un cuidado más adecuado.

Carlos valora que el equipo no solo le hable del paciente, sino que pregunte cómo está, si ya comió, cómo le fue el fin de semana o cómo va en otros escenarios laborales. En esa humanidad compartida encuentra una clave: cuando el vínculo excede lo puramente operativo, el trabajo en equipo fluye mejor. La confianza, sin embargo, no aparece como algo dado; se construye poco a poco, turno a turno, ganándose el lugar como persona y como profesional.

Pero el vínculo con el equipo también le ha mostrado los límites de su lugar como residente. En una situación concreta, relata la llegada de una enfermera que no logró integrarse al equipo, y generó tensiones constantes por su modo de comunicarse y de relacionarse con los demás. Todos percibían el problema, varios comenzaron a expresarlo. Carlos escuchó las quejas, reconoció la incomodidad y trató de sostener una actitud prudente y receptiva. Sin embargo, esa experiencia le dejó una sensación clara de impotencia: podía oír, acompañar, aconsejar desde lo personal, pero no tenía la autoridad suficiente para intervenir de manera directa ni resolver la situación. En sus palabras: “Era como tener voz, pero no voto”. Esa vivencia es muy significativa porque muestra que el liderazgo en formación está atravesado por zonas de responsabilidad sin poder pleno, en las que el residente aprende a escuchar, pero también a reconocer los límites

estructurales de su posición. Liderar compasivamente en ese lugar intermedio, no siempre consiste en resolver; a veces consiste en ser prudente, sostener la escucha y saber cuándo elevar el problema, aún con el riesgo de incomodar a otros.

La compasión en la narrativa de Carlos se articula de manera muy fuerte con la idea de proporcionalidad terapéutica. Una de las escenas más elocuentes es la de un paciente crónicamente enfermo, con meses de sufrimiento acumulado y múltiples recaídas, que llegó a expresar que no quería más intubaciones. Frente a ese llamado, se realizó en un solo día lo que no se había logrado en meses: una deliberación interdisciplinaria, la consulta a bioética y la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico. Para Carlos, ese momento tuvo un valor profundo, no solo por el paciente, que pudo morir con más tranquilidad, sino por el efecto en el equipo, que llevaba tiempo viendo su sufrimiento reiterado. Allí, la compasión dejó de ser una idea abstracta y se convirtió en una decisión concreta: respetar la voz del paciente, reconocer el límite de lo medicamente proporcionado y aceptar la muerte, no como fracaso, sino como parte del proceso de cuidado.

Esa experiencia le mostró a Carlos que el liderazgo compasivo también implica saber parar. Comprendió que, en ciertos escenarios de sufrimiento irreversible y sin posibilidades reales de recuperación, no prolongar intervenciones desproporcionadas no significa abandonar al paciente, sino orientar el cuidado hacia el alivio, la dignidad y el acompañamiento. A veces, precisamente, cuidar mejor implica reconocer los límites del tratamiento y sostener humana y éticamente al paciente y a su familia. Esa misma tensión aparece amplificada en otra experiencia reciente, que Carlos narra con visible carga emocional. Se trata de un paciente extremadamente complejo, con múltiples intervenciones previas, falla renal terminal, cardiopatía, complicaciones infecciosas graves y un pronóstico cada vez más oscuro. En torno a ese caso, Carlos siente que el equipo está perdido. Las decisiones han sido fragmentadas, las opiniones divergen, nadie parece asumir con claridad un liderazgo compasivo y él, como residente, es quién debe dar la cara cotidianamente a una familia profundamente angustiada, con muchas preguntas, mientras él mismo también vive lleno de dudas. Lo más doloroso de esta experiencia no es solo la complejidad clínica, sino también la sensación de que la compasión queda desplazada por el

miedo a una demanda, por la negación, por la falta de un norte compartido y por la ausencia de un acompañamiento real al residente que sostiene el vínculo diario con la familia. Carlos siente que nadie le pregunta cómo está, qué necesita o cómo está manejando ese peso emocional. En esta escena, el liderazgo compasivo no es una presencia, sino una ausencia que deja al descubierto el desamparo del equipo, del paciente, de la familia y del propio residente.

Desde allí, el bienestar emocional adquiere una centralidad particular. Lo que más afecta a Carlos no es solo la muerte, sino tener que seguir órdenes con las que no está de acuerdo, cuando percibe que un paciente continúa sufriendo sin una expectativa razonable de recuperación. Esa imposibilidad de alzar la mano y ser realmente escuchado se convierte en una fuente de malestar profundo, pero su experiencia no es únicamente negativa. También cuenta que hay momentos en que los líderes reconocen públicamente el trabajo del equipo después de un turno difícil, agradecen el esfuerzo, nombran lo que estuvo bien hecho y hacen visible un trabajo que de otro modo quedaría anónimo. Ese reconocimiento tiene un efecto reparador: motiva, dignifica y fortalece. En su narrativa, entonces, el liderazgo influye directamente en el bienestar, no solo por las grandes decisiones clínicas, sino también por algo aparentemente sencillo y decisivo: la forma como se califica el trabajo del otro.

Cuando reflexiona de manera más explícita sobre el aprendizaje del liderazgo compasivo, Carlos es tajante: no siente que haya recibido una formación directa y suficiente en este tema. No recuerda una cátedra clara, ni herramientas sistemáticas, ni acompañamiento profesional orientado a enseñarle como abordar esas situaciones desde la compasión. Lo que sabe, lo ha aprendido observando, escuchando, imitando lo que considera valioso y apoyándose en una sensibilidad previa que traía. En la narrativa que construye, ser padre ha intensificado esa sensibilidad: lo ha hecho más vulnerable al dolor de las familias, más dispuesto a pensar en el sufrimiento de quienes ven a su hijo conectado a múltiples dispositivos, y más atento a la necesidad de una comunicación humana. Sin embargo, reconoce que la sensibilidad personal no reemplaza la formación. La teoría le parece insuficiente si no se traduce en prácticas reales, y la realidad le ha mostrado, una y otra vez, que no basta con la buena intención cuando se enfrentan dilemas tan complejos.

De hecho, Carlos percibe que el liderazgo compasivo está bastante alejado de la realidad cotidiana de la UCIP. No porque nadie quiera practicarlo sino porque el cansancio, las jornadas largas, la carga asistencial, el miedo, los egos, las vanidades profesionales y la ausencia de herramientas, lo vuelven difícil de sostener. En su relato, hay un desgaste físico y emocional tan profundo que a veces ni siquiera el propio profesional se siente tratado con compasión. Y si uno no se siente mirado de ese modo, resulta más difícil ofrecerlo a otros. Esta reflexión es muy poderosa porque agrega una capa adicional: el liderazgo compasivo no depende solamente de convicciones morales individuales, sino también de las condiciones concretas de formación y trabajo. Un residente exhausto, solo, sin apoyo suficiente y sometido a decisiones y jerarquías difíciles, aprende también desde esa precariedad.

Pese a todo, la narrativa de Carlos no termina en el desencanto. Cuando se proyecta hacia el futuro, imagina un modo de liderar que busca cuidado tanto al paciente como al equipo. Quiere ejercer un liderazgo que favorezca un buen ambiente laboral, porque entiende que quien se siente bien, trabaja con más compromiso y humanidad. Quiere liderar dando ejemplo, formando a los menos expertos, acompañando sin autoritarismo y manteniéndose vinculado a espacios académicos que le permitan seguir creciendo. También cree que hay liderazgos que no dependen de un cargo formal, sino del silencio oportuno, de la calidez, del buen trato y de la manera de estar con otros. Esta idea es especialmente significativa: Carlos no reduce el liderazgo a la jerarquía, lo entiende como una práctica relacional que puede ejercerse incluso sin ocupar el lugar más visible.

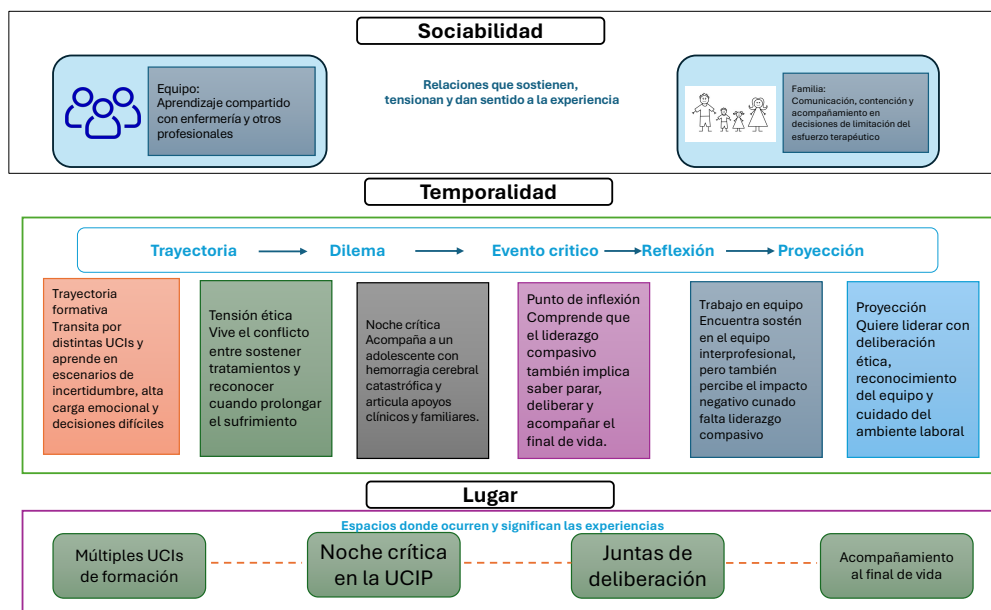
Por eso, cuando piensa en cambios para la formación, no pide únicamente más teoría, pide espacios prácticos, conversaciones entre residentes, escenarios donde las experiencias difíciles puedan ser narradas, compartidas y pensadas colectivamente. Intuye que allí hay una pedagogía posible: no solo aprender desde arriba, sino también desde el intercambio horizontal entre quienes han vivido situaciones similares y han tenido que resolverlas con los recursos que tenían. Además, reclama herramientas y redes de apoyo para enfrentar un tipo de sufrimiento profesional que no desaparece al salir del hospital. Porque, como él mismo, dice: “Después de experiencias tan intensas, uno vuelve a casa y debe seguir siendo hijo, esposo y padre, como si

podiera despojarse de lo vivido con solo quitarse la bata. Pero el día siguiente hay que regresar; y volver a enfrenta lo mismo”.

Sentidos que emergen de la narrativa

La narrativa de Carlos muestra que aprender liderazgo compasivo en la UCIP es aprender habitar la tensión entre la urgencia clínica y la vulnerabilidad humana; entre la jerarquía y la escucha; entre la obediencia, la construcción de un criterio propio; entre querer salvar siempre y reconocer cuándo mejor cuidado implica limitar. Sus experiencias dan cuenta de una formación marcada por la carga asistencial, la muerte, los dilemas éticos, la cercanía con las familias, el valor del equipo interprofesional y la ausencia de una enseñanza formal suficiente. Pero también cuentan algo más: que incluso todo eso, sigue siendo posible imaginar otra forma de liderar; una forma más humana más deliberativa más sensible al sufrimiento y más consciente de que en la UCP no se tratan solo enfermedades, sino niños, familias y equipos que también necesitan ser cuidados.

Gráfico 4. Mapa narrativo de Carlos



El mapa narrativo del aprendizaje del liderazgo compasivo en Carlos en el espacio tridimensional de la indagación narrativa (temporalidad, sociabilidad y lugar), representa una

trayectoria atravesada por tensiones éticas, eventos clínicos críticos y decisiones de final de vida, donde el liderazgo se configura como deliberación, contención del equipo y la familia.

6.5 Narrativa de Daniela. Aprender a liderar entre la calma, la muerte y el trabajo con otros

Daniela sitúa su historia entre lugares, trayectorias y decisiones que fueron abriendo su camino en la medicina. Proveniente de una ciudad periférica, realizó allí sus estudios de pregrado antes de desplazarse a Bogotá para completar su formación como pediatra. Este tránsito no representó solo un camino geográfico, sino también una ampliación de horizontes profesionales y personales desde los cuales fue reconfigurando su manera de entender el cuidado. Antes de ingresar a la subespecialidad, había tenido un año de experiencia en cuidado intensivo, tiempo suficiente para acercarse a la complejidad del paciente crítico, pero también para reconocer que esa experiencia despertaba más preguntas de las que resolvía. En ese sentido, su decisión de continuar la formación en cuidado intensivo pediátrico puede leerse como la respuesta a una necesidad de consolidar y ampliar conocimientos, pero también como parte de un proceso más profundo de búsqueda de herramientas para cuidar con mayor profundidad, seguridad y compasión.

La narrativa de Daniela en el cuidado intensivo pediátrico está atravesada por una búsqueda doble: la de un conocimiento clínico más profundo y la de una manera más humana de ejercer la medicina en escenarios extremos. Antes de iniciar su formación posgradual, ya había tenido experiencia en una unidad de cuidado intensivo en su región. Sin embargo, al entrar a hospitales universitarios de alta complejidad comprendió que no era lo mismo trabajar en una UCI que formarse en una UCIP donde la academia, la discusión clínica y el aprendizaje compartido hacen parte de la vida cotidiana. Ese paso marcó una diferencia decisiva en su trayectoria. No solo empezó a aprender a enfrentar pacientes mucho más complejos, sino a descubrir que el cuidado intensivo no se sostenía exclusivamente en el conocimiento del intensivista, sino en el trabajo con enfermería, auxiliares, terapeutas y docentes que, desde distintos lugares, enseñaban a mirar al paciente crítico de forma más completa. Para Daniela, ese

encuentro con unidades donde el saber circulaba entre diferencias voces, hizo que se enamorara más de lo que estaba haciendo y que empezara a preguntarse no solo cómo tratar a esos pacientes, sino cómo, algún día, podría enseñar y liderar a en escenarios similares.

En su relato, la formación aparece como un proceso de transformación progresiva. Al inicio, muchos de los escenarios a los que se enfrentó superaban el conocimiento que traía como pediatra. Había tecnologías, procedimientos, decisiones y grados de complejidad que no conocía y que exigían una nueva manera de pensar y actuar. Lo que la fue sosteniendo no fue únicamente el estudio individual, sino la posibilidad de aprender de quienes tenían experiencia a su alrededor: jefes de enfermería que sabían leer detalles que ella aún no veía, auxiliares atentas a cambios mínimos, terapeutas respiratorias que conocían el lenguaje fino del ventilador y profesores que se acercaban a enseñarle cómo manejar situaciones inéditas. En ese tránsito, Daniela empezó a comprender que el liderazgo en la UCIP no podía reducirse a dar órdenes; más bien implicaba aprender a escuchar, integrar y coordinar saberes que ya habitaban el equipo. No se trataba solo de leer un libro, sino de dejarse afectar por las experiencias cotidianas de pacientes muy graves, familias desconcertadas y equipos que, con el tiempo, se volvían parte del mismo proceso de cuidado.

Uno de los aprendizajes más significativos de su narrativa se concentra en las reanimaciones. Daniela recuerda con claridad haber visto, en sus escenarios previos, paros cardiorrespiratorios vividos desde el caos, el grito y el desorden. Incluso durante su residencia inicial y en otras unidades, la escena del paro estaba asociada al estrés desbordado, a la voz elevada y a una coordinación deficiente que amplificaba la angustia del momento. Por eso, durante la residencia, cuando observó a dos intensivistas experimentados enfrentar un paro con la familia cerca, la experiencia la marco profundamente. Lo que la impresionó no fue solo la destreza técnica, sino la calma. Vio cómo el liderazgo podía sostenerse desde la serenidad: nadie corría sin sentido, las órdenes se daban con claridad, cada integrante del equipo asumía un rol; enfermería se integraba sin fricción y las auxiliares sabían qué hacer en el momento preciso.

En esa escena, Daniela comprendió que el liderazgo no consistía en imponer miedo, sino en ordenar la mente, regular el tono de la voz y transmitir seguridad al grupo. Aprendió que la

calma también es una herramienta clínica y que un algoritmo solo cobra vida cuando quien lidera es capaz de sostenerlo sin desorganizar emocionalmente al equipo. Ese aprendizaje se volvió aún más real cuando, tiempo después, tuvo que asumir ella misma un paro en un paciente oncológico y decidió comenzar, no desde el apuro, sino desde una frase simple: “Vamos a calmarnos primero”. Designó roles, ordenó el algoritmo en su mente y dirigió la situación con la serenidad que había admirado en sus docentes. Al final, el mismo equipo le devolvió una lectura valiosa: no le reconocieron solamente conocimiento, sino calma y liderazgo. Para Daniela, ese momento fue gráficamente porque confirmó que el aprendizaje técnico y el aprendizaje relacional pueden converger, y que el liderazgo compasivo también se expresa en cómo uno cuida al equipo en medio del evento más crítico.

Otro eje fundamental de su narrativa aparece en el encuentro con la muerte. Cuando Daniela piensa en compasión, recuerda de inmediato a pacientes neurológicos con compromiso irreversible, niños en los que el ideal de “salvar a toda costa” comenzaba a tensarse con el sufrimiento de la familia y con la ausencia real de retorno clínico. En una de esas experiencias, una docente reunió al grupo completo en una junta en la que participaron especialistas, profesionales de apoyo y la familia. Allí, más que prolongar intervenciones heroicas, se abrió un espacio para decir con claridad que ya no había punto de retorno. Para Daniela, esa escena fue profundamente formativa. Vio cómo se podía hablar de la muerte sin brutalidad, cómo se podía recapitular el camino recorrido, mostrar a la familia que todo lo posible se había hecho y, a la vez, construir con ellos un plan para el final de la vida. No se trataba de “desconectar” simplemente, sino de acompañar de manera gradual y consciente un proceso de morir. Esa experiencia reordenó su comprensión del cuidado intensivo. Le enseñó que la muerte también hace parte de los procesos que debe aprender un intensivista y que el fracaso no siempre está en el fallecimiento, sino en la incapacidad de acompañar con humanidad cuando ya no hay posibilidad de curar. A partir de allí, nació en ella una curiosidad nueva: empezó a interesarse por la comunicación de malas noticias, por el duelo y por herramientas que no aparecen en los algoritmos, pero que son decisivas cuando el cuidado se desplaza del rescate a la compañía.

La narrativa de Daniela no está hecha solo de encuentros inspiradores. También incluye experiencias dolorosas con figuras de autoridad. Recuerda con fuerza una reunión privada con un docente que puso en duda si realmente podía llegar a ser intensivista. En ese momento sintió derrota, tristeza y una fractura interna que pudo haberla llevado a renunciar. Sin embargo, esa misma experiencia se convirtió en un punto de inflexión. Daniela la vivió, por una parte, como una herida: le hubiera gustado que esa conversación no se limitara a señalar lo que faltaba, sino que ofreciera también una guía, una ruta concreta de mejora. Echa de menos que el cuestionamiento no hubiera estado acompañado de un plan de trabajo, de un gesto más cercano, de una comprensión más profunda del estudiante que estaba al otro lado. Por otra parte, en retrospectiva, reconoce que ese momento la obligó a detenerse, evaluarse y asumir una autocrítica radical sobre su proceso formativo. Decidió no tomar esa duda como sentencia, sino como una provocación para demostrarse a sí misma que podía crecer. Volvió entonces a la razón que la había llevado a esa subespecialidad: no era una decisión impulsiva ni un premio inmerecido, sino una apuesta deliberada por adquirir el mejor conocimiento posible para los niños de su región.

Tiempo después, en una nueva conversación, ese mismo docente reconoció su mejoría. Daniela leyó ese cambio como señal de que el trabajo interior que hizo sí dio fruto. Aun así, no olvida la dureza de aquel primer encuentro y se queda con una convicción que atraviesa toda su narrativa: cuando un formador confronta a un estudiante, no basta con señalar; también debe abrir caminos. De lo contrario, el riesgo no es solo académico, sino emocional, porque una palabra dicha sin cuidado puede empujar a alguien al borde del abandono o de la desesperanza.

La relación con el equipo interprofesional ocupa un lugar central en su aprendizaje. Daniela siente que una parte importante de lo que logró durante la residencia tuvo que ver con la forma como se relacionó con enfermería, terapia respiratoria y auxiliares. Desde el principio, buscó una relación colaborativa, no basada en la imposición. Para ella, el equipo no debía verla como alguien que llega a ordenar desde arriba, sino como una persona que intenta entender el trabajo duro de los otros para construir junto con ellos una meta común. Esa actitud, según cuenta, le abrió puertas. El grupo empezó a enseñarle detalles prácticos, trucos de la experiencia,

formas más eficientes de hacer ciertas cosas, maneras de responder mejor ante lo urgente. Daniela valora especialmente que muchas veces son precisamente enfermería y terapia quienes protegen al residente y lo acompañan, siempre que exista de por medio una relación profesional respetuosa.

En su relato aparece una escena muy reveladora: en una entidad distinta, intentó modificar parámetros de un ventilador con base en evaluación clínica y una ecografía al pie de cama del paciente, que sugería una atelectasia. La terapeuta respiratoria, inicialmente reacia, fue cambiando su actitud al ver que Daniela se dirigía a ella con respeto, explicando su razonamiento sin grosería ni superioridad. Al final, incluso, comentó favorablemente con el instructor la manera en que él había abordado la situación. Esa experiencia fue significativa porque le mostró que la autoridad no se gana por fuerza, sino por claridad, conocimientos y respeto. También le confirmó que el objetivo común — en ese caso, mejorar la atelectasia del paciente— puede volverse más alcanzable cuando la comunicación con el equipo se da en clave de colaboración y no de confrontación.

Esa capacidad de trabajar con otros se fue consolidando también desde una sensibilidad más fina hacia las necesidades del equipo. Daniela cuenta que, con el tiempo, uno empieza a notar señales: pacientes que llevan muchos días sin mejorar, familias cada vez más implicadas emocionalmente, profesionales que muestran agotamiento o preocupación, tensiones que se hacen visibles en el tono de voz o en los silencios. En una de sus rotaciones, una docente no solo la integró a la discusión académica de un caso complejo, sino también al momento de comunicarle a una familia que el tratamiento ya no continuaría. Lo que hizo de esa experiencia algo “bonito”, en sus palabras, fue que ella sintió que estaba aprendiendo algo que no se enseñaba en los libros: cómo sentarse con las familias, cómo usar la voz, cómo dar espacio a las preguntas, cómo retirarse un poco hacia un lado para que la familia pueda procesar. Incluso recuerda una caja que aquella docente usaba para acompañar a algunos pacientes y familias en el proceso de morir. Más allá del objeto, lo que la marcó fue el gesto: el reconocimiento de que el niño de la cama X no es solo un caso clínico, sino el hijo, el nieto, el amigo querido de alguien. Ese día, dice Daniela, el trabajo diario dejó de ser únicamente modificar un soporte vital; empezó

a adquirir rostro. Y allí, en esa humanización del paciente, encontró una enseñanza decisiva para su futuro: integrar a la familia no solo como receptora de noticias, sino como parte activa del proceso de cuidado y de comprensión de lo que ocurre.

La compasión también apareció en situaciones menos extremas, pero igualmente relevadoras. Daniela recuerda a una adolescente hospitalizada en la UCIP, una paciente que ya era madre y a quien parte del equipo empezaba a mirar con una mezcla de juicio y distancia, como si el hecho de tener un hijo y una pareja la sacara del territorio de la infancia y justificara un trato distinto. En medio de esa dinámica, una docente hizo una intervención simple y potente: recordó al equipo que, aunque fuera madre, seguía siendo una menor de edad y merecía la misma atención y el mismo cuidado que cualquier otro paciente pediátrico. No fue un regaño, sino una reorganización ética de la mirada. Daniela reconoce que ella misma estaba cayendo en esa lectura que convertía a la paciente en “la señora” y le restaba prioridad. Ver cómo el grupo cambiaba su actitud a partir de esa corrección, la ayudó a tomar conciencia de la importancia de no juzgar. Entendió que detrás de esa adolescente había una historia que desconocían, un bebé esperándola y una vulnerabilidad que el equipo no podía ignorar. Esa escena dejó en Daniela una marca clara: la empatía también exige corregir los sesgos cotidianos con los que clasificamos a quiénes atendemos. Liderar compasivamente, en ese caso, fue intervenir el lenguaje para transformar la calidad del cuidado.

Su reflexión sobre el mal liderazgo es igual de importante. Daniela no romantiza la formación en algunos escenarios de trabajo; vio liderazgos sostenidos por el ego, por el grito y por la intimidación. Observó que ciertos superiores trataban mal a terapeutas respiratorias, que el clima del turno cambiaba por completo cuando llegaba determinada persona, que el miedo se instalaba antes de empezar a trabajar y que, bajo esa presión, la gente se bloqueaba y aumentaba el riesgo de error. Aunque con ella directamente no hubiera existido agresión, le afectaba ver que el equipo entraba en blanco, que el trabajo dejaba de ser un espacio digno y se convertía en una carga que todos querían terminar cuanto antes. Daniela incluso se atrevió a decirle a uno de esos docentes que no estaba de acuerdo con la forma como trataba a las terapeutas, porque un grito no solo hiere, sino que puede precipitar errores graves por estrés. Esa experiencia la reafirmó en una

idea muy clara: no basta con aprender de lo admirable; también hay que aprender de aquello que no debe repetirse. Para ella, el mal liderazgo no solo empeora el ambiente laboral, sino también los resultados clínicos y la salud mental del grupo. Ver que enfermeras y otros profesionales no querían volver a ciertos turnos le confirmó que el miedo no es una herramienta legítima de coordinación. Ese tipo de escenas terminaron enseñándole, por contraste, el tipo de líder que no quiere llegar a ser.

Cuando Daniela reflexiona sobre cómo ha aprendido liderazgo compasivo, admite que buen parte ha sido por observación y autoformación; en el currículo formal no encontró un desarrollo explícito y suficiente de estas habilidades. Lo que aprendió sobre acompañar la muerte, gestionar el duelo o comunicar malas noticias, lo hizo buscando por su cuenta: leyendo, interesándose en textos de psicología, tratando de entender la manera en que otros abordaban esos momentos. Siente que faltan talleres, espacios más estructurados y herramientas concretas para acompañar no solo a pacientes y familias, sino también al propio grupo y a uno mismo. Señala que en la UCIP el estrés es muy alto y que no basta con hacer un *debriefing* técnico después de un paro. También habría que preguntarse sobre qué emociones circularon, qué apoyos se necesitan para no cargar en silencio todo eso. En su mirada, el liderazgo compasivo no puede limitarse a la relación con el familiar en duelo; también implica cuidado la salud mental del grupo de trabajo y de quien lidera. Esa dimensión, dice, no se aborda suficientemente durante la formación y sería valioso incorporarla de forma más deliberada.

Una experiencia especialmente dolorosa reforzó esa convicción. En un turno de 24 de diciembre, uno de los pacientes asignados a Daniela falleció. La fecha, con toda su carga simbólica y afectiva, hizo que la situación se sintiera aún más dura. Aunque el equipo ya sabía que el desenlace era probable, ella quedó con la sensación de que la familia fue dejada demasiado sola una vez terminó la atención inmediata. Mientras todos deseaban salir pronto para reunirse con sus propias familias, Daniela empezó a pensar en lo que significaba para esa otra familia pasar la noche esperando un cuerpo, enfrentando trámites, esperando en una morgue en lugar de abrir regalos o sentarse en una mesa navideña. Sintió que faltó acompañamiento del grupo y que, incluso ella misma, no tenía herramientas suficientes para saber qué hacer después

de la muerte: cuánto tardaban los trámites, quién debía orientar a la familia, cómo seguir presentes más allá del certificado y del formulario. Esa experiencia le dejó un “sinsabor”, pero también una resolución interior: la próxima vez no quería que el acompañamiento terminara apenas se certificara el fallecimiento. Entendió que la compasión también se juega en el después, en ese espacio administrativo y emocional que muchas veces queda sin duelo, pero que para las familias puede ser tan determinante como la atención previa.

Después de todas estas experiencias, Daniela define la compasión, la empatía y el liderazgo compasivo desde una mirada profundamente integral. Para ella, liderar compasivamente en la UCIP significa reconocer que no todos los pacientes llegarán a una recuperación plena y que acompañar la muerte también hace parte del cuidado. Significa entender que ni el cuerpo ni el dolor son solo biológicos: cada paciente y cada familiar llegan atravesados por historias, cargas sociales, emociones y expectativas que modifican la manera en que viven la enfermedad. También significa comprender que el equipo no es homogéneo: no todos llegan con la misma energía, con las mismas condiciones familiares ni con el mismo estado emocional. Desde esa perspectiva, la empatía no es una virtud decorativa, sino una capacidad transversal al trabajo intensivo. Implica aceptar que no somos salvadores, que el cuerpo humano es finito y que la dimensión biopsicosocial importa tanto como la fisiología. Para Daniela, esa comprensión integral es lo que diferencia una UCIP técnicamente correcta de una UCIP verdaderamente armónica, capaz de ofrecer mejores resultados y un mejor clima de trabajo.

Cuando mira hacia el futuro, Daniela se proyecta como una líder que enseña sin aplastar, que quita sin convertirse en “jefe” en el sentido autoritario de la palabra. Sabe que regresar a una unidad de cuidado intensivo en su región implica retos distintos a los de los grandes hospitales de formación, pero precisamente por eso quiere llevar consigo lo más valioso aprendido: no solo el conocimiento técnico, sino la capacidad de escuchar, tener compasión y construir una buena relación con pacientes, familias y equipo de trabajo. Aspira a ser alguien que entienda que no todos aprenden igual, que no todos llegan con las mismas herramientas, y que la calidad del grupo también depende de la calidad humana con que se ejerza la autoridad. Para ella, cuando el equipo trabaja confiando entre sí y el paciente o su familia perciben esa confianza, los resultados

mejoran no solo clínicamente, sino también emocionalmente. Ese es el liderazgo que quisiera replicar: uno que conserve rigor, pero que no pierda humanidad.

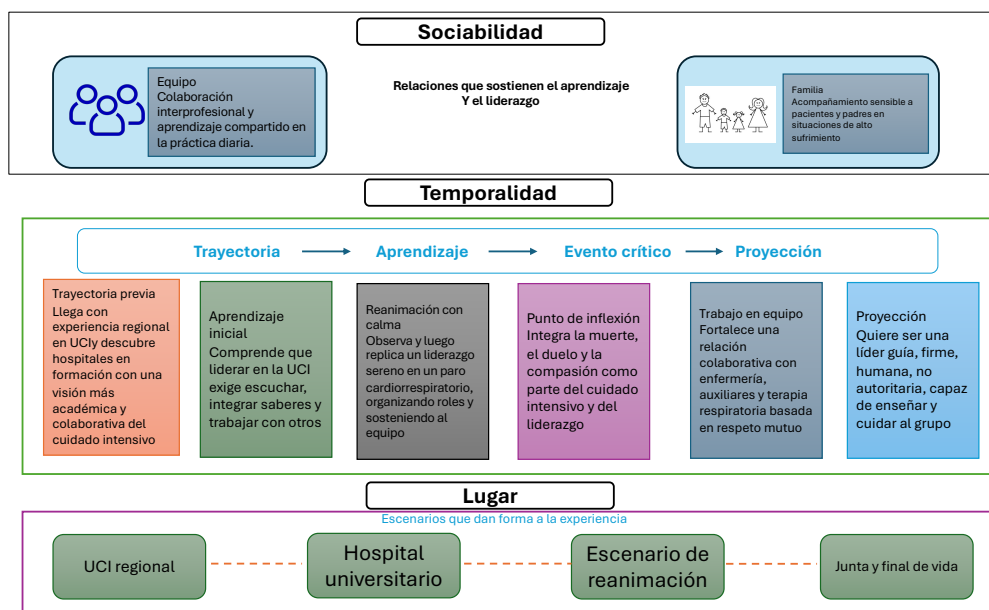
Por eso, al pensar en cambios para la formación, Daniela propone algo más que añadir contenidos. Cree que hace falta mayor integración entre los propios compañeros desde el principio, mayor importancia curricular a la comunicación, al liderazgo y al trabajo en equipo, y espacios formativos específicos para aprender a organizar grupos, hablar en comités, comunicar con gerencia, y sostener conversaciones difíciles dentro y fuera de la unidad.

Observa que muchas veces se da por sentado que por ser intensivista, uno sabrá automáticamente liderar, cuando en realidad esas habilidades no siempre son innatas y necesitan cultivarse. Considera que si la formación se concentra solo en procedimientos, patologías y números, deja por fuera una dimensión crítica del ejercicio profesional. En su visión, el liderazgo compasivo y el trabajo en equipo no deberían ocupar un lugar periférico en el currículo, sino formar parte del núcleo mismo de la formación del intensivista pediatra.

Sentidos que emergen de la narrativa

En conjunto, la narrativa de Daniela muestra que aprender liderazgo compasivo en la UCIP no es aprender una teoría aislada, sino atravesar escenas concretas que dejan huella: una reanimación conducida con calma, una muerte acompañada con honestidad y ternura, una conversación dolorosa que pudo haber destruido un sueño, una terapeuta que responde mejor al respeto que al maltrato, una adolescente a la que el equipo deje de juzgar, una familia sola en Navidad, un turno en el que el grito paraliza más que brindar apoyo. Todas esas escenas unidas cuentan la formación de una residente que fue descubriendo que el liderazgo más valioso no es el que más manda, sino el que más sostiene: al equipo, a la familia, la verdad clínica y se sostiene a sí mismo en medio del dolor sin renunciar a la humanidad.

Gráfico 5. Mapa narrativo de Daniela



El mapa narrativo del aprendizaje del liderazgo compasivo en Daniela en el espacio tridimensional de la indagación narrativa (temporalidad, sociabilidad y lugar), sintetiza una trayectoria de expansión formativa, en la que el liderazgo se aprende en la colaboración con el equipo, en eventos críticos y en la integración de la compasión y el duelo como parte del cuidado intensivo.

6.6 Narrativa de Alejandra. Aprender a quedarse, aprender a cuidar

Alejandra comienza su historia desde una certeza temprana: siempre quiso estudiar medicina; sin embargo, la narrativa de su formación muestra que esa certeza inicial no implicó un camino único ni exento de preguntas. Su recorrido de pregrado, realizado en una universidad reconocida del país, fue seguido por un proceso de definición profesional en el que tuvo que debatirse entre distintos horizontes, primero entre ginecología y pediatría, y después entre la neonatología y el cuidado intensivo pediátrico. Finalmente, fue la experiencia misma —especialmente la vivida durante sus prácticas en unidades de cuidado intensivo pediátrico en instituciones nacionales e internacionales— la que terminó orientando su rumbo. En ese sentido, su trayectoria permite ver

cómo el proyecto profesional no siempre se decide de antemano, sino que se va configurando en el encuentro con escenarios, prácticas y experiencias que transforman la manera de comprenderse a sí misma y de imaginar el lugar desde el cual quiere cuidar.

La narrativa de Alejandra en el cuidado intensivo pediátrico no comenzó en la UCIP, sino mucho antes, en una vocación sostenida que se fue moldeando con el tiempo, con las dudas y con los encuentros clínicos que terminaron orientando su camino. Durante un tiempo osciló entre dos especialidades, hasta que, tras distintas experiencias laborales y formativas, la pediatría terminó imponiéndose como el lugar desde el cual podía responder mejor a lo que quería ser. Antes de llegar al cuidado intensivo pediátrico, trabajó en escenarios de urgencias, en unidades neonatales y en servicios donde el contacto con pacientes graves era ya parte de la vida cotidiana. Inicialmente imaginó un futuro en neonatología y durante años ese parecía ser su rumbo natural. Sin embargo, al acercarse a las unidades de cuidado intensivo pediátrico durante rotaciones electivas en hospitales de formación, comenzó a percibir que allí había un reto distinto: un campo clínico más amplio, incierto, desafiante en términos académicos y procedimentales, y precisamente por eso más formativo. Eligió, entonces, el cuidado intensivo pediátrico, no porque fuera el camino más familiar, sino porque sentía que allí tenía más por aprender.

Ese deseo de aprender, sin embargo, chocó de frente con la dureza del inicio. Al comenzar su formación posgradual en cuidado intensivo pediátrico, Alejandra llegó sin experiencia previa sólida en UCIP; esa diferencia marcó profundamente sus primeras semanas. El ingreso no fue una entrada gradual, acompañada y amable, sino una irrupción exigente en un mundo donde parecía que todos esperaban que supiera lo que aún no había tenido oportunidad de aprender. Durante los primeros cuatro meses de su residencia, lloró todos los días. Quiso retirarse repetidas veces. Lo que para otros podía ser simplemente una etapa de adaptación, para ella se convirtió en una experiencia de profundo sufrimiento académico y emocional. Hubo intervenciones de apoyo universitario, acompañamiento por psicología, valoración por psiquiatría y procesos de evaluación que surgieron a partir de comentarios dentro de la unidad acerca de posibles dificultades de aprendizaje. Ella recuerda ese tiempo como un periodo

devastador, no solo por la exigencia objetiva del entrenamiento, sino por el modo como fue leída y juzgada en medio de su ansiedad y de su inexperiencia. Aún ahora, al narrarlo, el inicio sigue siendo una herida sensible.

En medio de esa etapa, Alejandra encontró, sin embargo, una figura significativa: una docente que supo ver algo distinto a lo que muchos veían. Mientras el entorno parecía interpretar sus dificultades como incapacidad, esa persona identificó más bien el peso del nerviosismo, la ansiedad y la falta de bases previas en un campo nuevo para ella. Fue alguien que le tendió la mano cuando la experiencia era todavía hostil y desorganizada. En la manera como Alejandra lo recuerda, no aparece solo como una buena profesora, sino como una presencia que irrumpió el juicio para abrir un espacio de comprensión. Esa experiencia fue decisiva porque introdujo, desde muy temprano, una enseñanza: que el aprendizaje del liderazgo no depende únicamente del conocimiento técnico, sino también de la forma como un residente es mirado, acompañado y sostenido cuando aún no sabe, cuando aún no puede, cuando todavía está tratando de entender dónde está parado.

Con el paso del tiempo, y a medida que cambió la rotación, la experiencia comenzó a transformarse. Después del primer escenario, en el que se sintió señalada y profundamente vulnerable, fue llegando a otros espacios donde quienes la recibían ya tenían alguna referencia sobre su forma de ser y sobre su modo de aprender. Esa circunstancia, que podría parecer menor, resultó muy importante: en esos otros lugares, el aprendizaje empezó a ser más guiado, más sensible a sus necesidades intelectuales y académicas, y menos centrado en la exigencia homogénea. Allí no desapareció la dificultad, pero sí vislumbró una posibilidad distinta de crecer. En esas rotaciones fue aprendiendo más en procedimientos, de clínica y, sobre todo, acerca de sí misma. Ya en el segundo año, comenzó a sentirse capaz de aportar más a los pacientes y al trabajo diario con los docentes. En esa transición, Alejandra fue construyendo no solo más conocimiento, sino también una mirada clara sobre el tipo de especialista que admira y el tipo de especialista que no desea llegar a ser.

Dentro de esa trayectoria, hubo figuras que marcaron profundamente su manera de comprender el liderazgo. Entre ellas destaca la de un intensivista docente en una unidad

cardiovascular, a quien recuerda como un profesional extraordinariamente brillante, y al mismo tiempo humilde, respetuoso y sereno. Lo que la impactó de él no fue solo lo que sabía, sino cómo habitaba su conocimiento: sin exhibicionismo, sin necesidad de afirmar constantemente su jerarquía, sin convertir su inteligencia en distancia. En su forma de enseñar había respeto; en su forma de corregir, mesura. Si algo le molestaba, respiraba, se retiraba un momento y regresaba para explicar de otra forma. Alejandra reconoce en esa actitud algo más que una característica personal: ve allí un modelo de liderazgo profesional, uno que no aplasta, que no confunde autoridad con intimidación, y que hace posible aprender sin humillación. En su narrativa, esta figura se convirtió en un referente de lo que significa liderar con firmeza y humanidad al mismo tiempo.

Uno de los momentos más significativos en su aprendizaje del liderazgo ocurrió durante una reanimación en una UCIP polivalente. El desenlace fue fatal; el niño murió, pero paradójicamente, esa experiencia quedó grabada, no por el fracaso clínico, sino por la forma como fue conducida. El intensivista a cargo mantuvo la calma durante todo el proceso, el tono de voz con el que daba las órdenes, la organización mental que evidenciaba, la distribución clara de roles, la manera como recibía los aportes del equipo y la forma en que lograba que cada persona hablara en el momento preciso, generaron en Alejandra una impresión profunda. Había visto reanimaciones en simulación y en la vida real; sabía que muchas veces, en la práctica, estos escenarios se convertían en desorden, gritos y superposición caótica de voces. Pero esta vez fue distinto, todo ocurrió con una claridad casi de libro, sin perder humanidad. Después, incluso la comunicación con los padres fue adecuada y respetuosa. En esa escena, Alejandra no solo admiró una destreza técnica; reconoció una manera de liderar en la alta complejidad, una manera que ella misma quisiera poder encarnar en el futuro.

Si esa experiencia le mostró la dimensión organizativa y serena del liderazgo, otra le enseñó de forma más directa su dimensión compasiva. Recuerda una reanimación en una UCIP en la cual el cubículo era muy pequeño. El líder de la unidad, reconociendo tanto la complejidad clínica como la soledad emocional de la madre, le pidió a Alejandra que asumiera una tarea específica: sentarse con ella en un cuarto alterno y explicarle, paso a paso, lo que estaba

ocurriendo con su hijo mientras el equipo intentaba reanimarlo en el espacio contiguo. Allí, en un sofá, entre preguntas, silencios y anticipaciones dolorosas, Alejandra sostuvo a esa madre sola. Le habló con palabras adecuadas, le dijo qué podía pasar, la abrazó y sintió que, aunque pertenecía al equipo asistencial, en ese momento también estaba siendo para ella un apoyo profundamente humano. El desenlace también fue fatal, pero la experiencia dejó en Alejandra la convicción de que el liderazgo compasivo no solo está en quien dirige la reanimación, sino también en quien entiende que acompañar a una madre sola, en ese instante, es una tarea clínica y ética de primer orden. Allí ambas, madre e intensivista en formación, parecieron sostenerse mutuamente en esa vivencia la transformó porque le permitió experimentar que el liderazgo compasivo no se agota en el control técnico del evento crítico, sino que incluye la capacidad de acercarse al dolor del otro sin retirarse.

Su formación también estuvo marcada por experiencias docentes que dejaron aprendizajes muy concretos. Una de ellas surgió alrededor de una presentación académica sobre ventilación mecánica. Al inicio de la residencia, Alejandra solía preparar sus exposiciones desde un enfoque muy teórico, tratando de cubrirlo todo, como si enseñar consistiera en trasladar integralmente el contenido del libro. En esa ocasión, una docente identificó que se estaba complicando innecesariamente y decidió invertir los roles: en lugar de dejarla continuar desde esa lógica, tomó ella misma la presentación y le muestra otra manera de organizar el contenido. Más que corregirla, le dio una experiencia de docencia en vivo. Le enseñó no solo fisiología de curvas y ventilación, sino una forma distinta de pensar la enseñanza: no se trata de decir todo, sino de entender realmente y poder explicarlo de manera que otros también comprendan. Para Alejandra, esa fue una enseñanza académica y pedagógica a la vez. Aprendió que liderar también implica saber traducir el conocimiento, organizarlo y ponerlo al servicio del aprendizaje de otros.

La relación con el equipo interprofesional ha sido otro escenario clave en su narrativa. Alejandra percibe que la convivencia con enfermería, terapia respiratoria y otros profesionales está fuertemente mediada por la experiencia y el conocimiento que uno demuestra. En sus palabras, esa relación puede volverse más difícil cuando el residente apenas inicia y no cuenta todavía con suficiente seguridad clínica porque, en ese contexto, no solo uno se siente

insuficiente, sino que el equipo también puede desconfiar, cuestionar o elevar esas limitaciones ante los superiores. Esa dinámica hizo que el comienzo fuera todavía más complejo; sin embargo, a medida que fue avanzando en su residencia y adquiriendo mayor dominio de los temas y abordaje del niño crítico, la interacción cambió. En etapas más avanzadas, el personal de enfermería comenzó a apoyarse más en ella y los docentes le fueron dando mayor autonomía. Sin embargo, Alejandra no atribuye esta mejoría únicamente al paso del tiempo; reconoce también el valor de escuchar al equipo, de recibir sus sugerencias y de dialogar sus observaciones antes de llevarlas a una decisión final con los profesores. En esa escucha mutua encuentra un modo de convivencia más respetuoso y productivo. Su relato sugiere que el liderazgo en la UCIP no se construye contra el tiempo, sino en relación con él, cuando sus voces son reconocidas como parte del cuidado.

Esa atención a las personas se extiende también a la manera como Alejandra percibe y responde a las necesidades emocionales del equipo. Para ella, trabajar en equipo implica algo tan básico como saludar, preguntar cómo está el otro y notar cuando alguien está llorando, triste o enojado. Algunas señales son muy visibles, otras exigen más mediación. Cuando percibe que alguien está afectado, procura acercarse directamente si existe la confianza para hacerlo; de lo contrario, busca a alguien cercano que pueda brindar apoyo, como ocurrió en una ocasión al encontrar a una trabajadora de apoyo llorando en el baño. En su manera de contar estas escenas, se percibe que no entiende el trabajo compartido solo como coordinación funcional, sino como una convivencia que debe ser mínimamente humana para sostenerse. Tener una buena relación con todos, sin necesidad de ser excesivamente cercana, brinda tranquilidad. Le permite sentir que la convivencia fue adecuada y que el día terminó de una manera ética. En su narrativa, esa sensibilidad hacia las emociones de otros también forma parte del aprendizaje del liderazgo compasivo.

Una de las experiencias más intensas en torno a la compasión ocurrió en una UCIP cardiovascular, con un niño que tenía múltiples malformaciones cardíacas y un pronóstico sombrío. La sola entrada a ese cubículo generaba tensión. Todos sabían que los padres no podían dejarlo ir y que la situación era emocionalmente agotadora para el equipo. Los residentes se

turnaban porque la carga de sostener al paciente era demasiada alta. Un día, mientras los padres descansaban y el niño estaba solo, Alejandra le habló. Le dijo, en esencia, que también tenía derecho a descansar, a elegir irse, que sus padres iban a estar bien y que no quedarían solos. En ese momento, entro la madre al cubículo, Alejandra sintió de inmediato el peso de sus palabras y comprendió que, en su compasión por el niño, había dejado en segundo plano el lugar emocional de la madre, que cada día le pedía a su hijo que siguiera luchando. Entonces reorganizó sus palabras, trato de explicarle lo que había querido decir y de validar también su dolor y su miedo. Dos días después, el niño murió y la madre, lejos de rechazarla, le agradeció.

En retrospectiva, Alejandra comprendió que esa escena había movilizado no solo el sufrimiento del niño y de sus padres, sino también el del equipo entero. La compasión allí no fue lineal ni perfecta, fue más bien una búsqueda, un intento de cuidar a todos los involucrados en una situación en la cual todos estaban sufriendo. Incluso recuerda que, tras la muerte de ese niño, otro pequeño hospitalizado cerca de él mejoró repentinamente, como si también la unidad hubiera soltado algo de su carga.

Sin embargo, no todas sus experiencias de liderazgo fueron compasivas. Una de las más dolorosas se relaciona con una docente que, después de una presentación inicial que en su concepto no alcanzó el nivel esperado, no realizó una retroalimentación directa con Alejandra para orientarla o corregirla, sino que acudió directamente a una autoridad académica de la universidad, cuestionando su idoneidad para el programa. A partir de allí se desencadenó una cadena de comentarios descalificadores, se reforzó la idea de que tenía problemas de aprendizaje y se generó un ambiente muy hostil en la UCIP. Alejandra lo vivió como una experiencia de persecución. No solo sintió frustración, ansiedad, ira y tristeza, también padeció consecuencias concretas en su formación, pues fue excluida de procedimientos y vetada en actividades importantes. Esta experiencia ocupa un lugar central en su narrativa porque muestra el reverso del liderazgo compasivo cuando la autoridad se ejerce sin escucha, sin conducción regular del conflicto, sin orientación directa y sin consideración por el impacto emocional de las palabras, puede volverse profundamente lesiva.

Al reflexionar sobre cómo ha aprendido liderazgo compasivo, Alejandra reconoce que son pocas las personas que realmente lo practican de manera consciente. Considera que muchos docentes parten de la idea de que todos llegan con las mismas bases, la misma experiencia y forma de aprender, cuando en realidad eso está lejos de ser cierto. Lo que más valora de algunos profesores es precisamente que supieron ajustarse a su manera de aprender, en vez de exigir que ella se acomodara por completo a un único modo de enseñanza. En su experiencia, esa flexibilidad es una forma de compasión pedagógica. De manera directa, siente que le han enseñado algunos contenidos técnicos, como ecografía, fisiología y procedimientos que, a su juicio, no siempre se enseñan con oportunidad y la metodología que se necesitan, especialmente para alguien como ella, que requiere más lectura, explicaciones amplias y magistrales, y luego la práctica. Así, parte importante del aprendizaje ha debido construirla por su cuenta, a través del estudio personal, las presentaciones y la repetición. Su relato dejar ver que el liderazgo compasivo no se reduce a un rasgo personal: también implica reconocer cómo aprende el otro y ajustar la enseñanza a esa necesidad.

Cuando piensa en los momentos en que sintió que faltaron herramientas para liderar con compasión o para relacionarse con el equipo, vuelve inevitablemente el inicio de la residencia. Esperaba comprensión de sus docentes, porque justamente había ingresado al programa para aprender aquello que aún no sabía. En cambio, encontró juicio, señalamientos y frases devastadoras, como sugerencias de retirarse o cambiar de subespecialidad. Para ella, esa experiencia fue la expresión más clara de lo opuesto a un liderazgo compasivo. No se tuvo en cuenta su trayecto previo, ni su falta de experiencia en cuidado intensivo pediátrico, ni su ansiedad frente a lo desconocido. En vez de recibir acompañamiento en el punto exacto donde más lo necesitaba, recibió rechazo. Esa herida estructura buena parte de su definición actual de compasión, empatía y liderazgo en la UCIP.

Hoy, después de todas esas experiencias, Alejandra entiende la compasión y la empatía como algo que atraviesa al paciente, a la familia, al equipo y a los propios docentes. Para ella, compasión es comprender intelectual y emocionalmente lo que el otro está viviendo, y actuar en consecuencia. Con el paciente, implica brindarle lo mejor posible en su situación crítica; con la

familia, explicar, acompañar y abrir espacios para expresar dudas y angustias; con enfermería y terapia, reconocer que no todas las cargas son iguales y no exigir de la misma manera cuando se sabe que están sobrecargados; con los compañeros más pequeños, no asumir que tienen todos los conocimientos previos y explicar desde las bases; con los profesores, comprender también que pueden tener malos momentos, porque todos son humanos y todos pueden fallar. En su definición, compasión y empatía están profundamente ligadas y no se restringen a la relación médico-paciente; hacen parte de una ética del trabajo cotidiano en un equipo complejo y vulnerable.

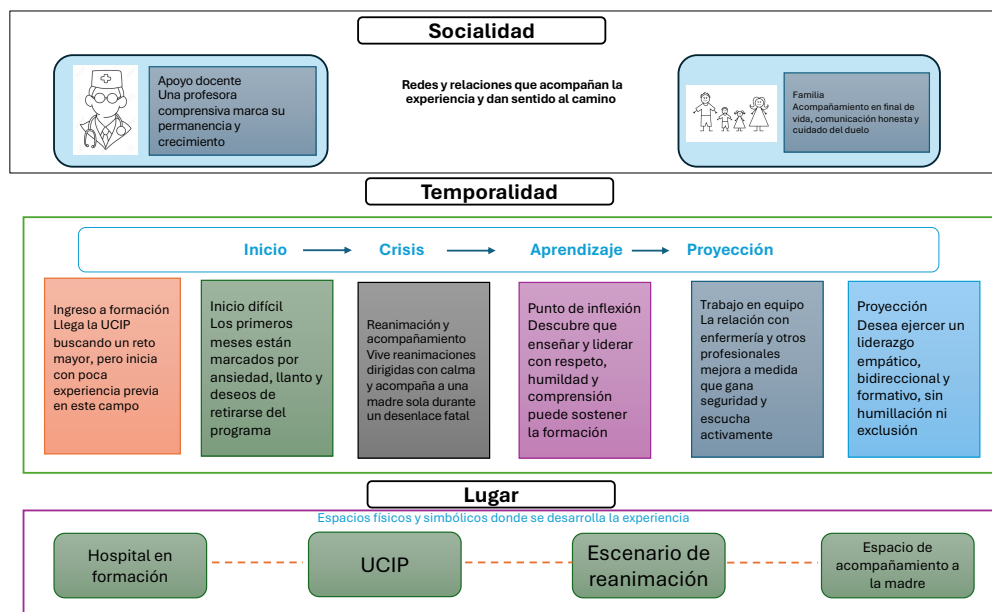
Cuando imagina cómo le gustaría ejercer el liderazgo en el futuro, Alejandra habla de una forma “hermosa”, empática, comprensiva y atenta a los distintos roles y personalidades del equipo interdisciplinario. No se imagina como una voz única de mando, sino como alguien que escucha, identifica habilidades y debilidades, y ofrece herramientas para que cada persona crezca en aquello que necesita fortalecer. Piensa en una retroalimentación constante, bidireccional, en la que el líder siga siéndolo, pero sin monopolizar la verdad ni impedir que otros opinen. En esa imagen futura se lee claramente la huella de lo vivido: el deseo de convertirse en el tipo de especialista que a ella le hubiera hecho bien encontrar al comienzo.

Finalmente, cuando propone cambios para la formación de residentes, Alejandra subraya que el liderazgo compasivo y el trabajo en equipo no deberían aparecer como temas marginales, vistos al final de la semana o tratados como complementos menores frente al “verdadero” núcleo clínico. Para ella, deberían hacer parte del centro mismo de la formación. Considera importante que quienes enseñan en hospitales universitarios tengan formación en docencia, pero también herramientas en gerencia, administración de equipos y liderazgo. Cree que los residentes de cuidado intensivo deberían contar con espacios específicos para aprender no solo patologías y procedimientos, sino también qué necesita saber un líder como acompañar a estudiantes más pequeños, cómo orientar una rotación con objetivos claros y cómo administrar tanto una unidad como un equipo humano. Su crítica no es superficial, está señalando que el cuidado intensivo pediátrico forma especialistas para sostener la vida en situaciones extremas, pero no siempre los prepara suficientemente para sostener a las personas con quienes trabajan y a quienes enseñaran.

Sentidos que emergen de la narrativa

En conjunto, la narrativa de Alejandra muestra que aprender liderazgo compasivo en la UCIP es, muchas veces, aprender en medio de la herida, del juicio, del miedo a no ser suficiente, pero también en medio de encuentros reparadores que abren otras posibilidades de ser especialista. Sus vivencias revelan que el liderazgo se aprende observando cómo alguien organiza una reanimación con calma, cómo un docente reconoce que una madre no puede estar sola, cómo aprende la lógica de una presentación para enseñar de verdad o cómo un profesional brillante conserva la humildad y el respeto, incluso en escenarios de altísima exigencia. Además, también se aprende viendo lo que duele, lo que excluye, lo que humilla y lo que no se quisiera repetir. En esa tensión entre lo que la quebró y lo que la sostuvo, Alejandra ha ido construyendo una comprensión del liderazgo compasivo como una forma de cuidado integral: del paciente, de la familia, del equipo y también del residente en formación que todavía está tratando de encontrar su lugar.

Gráfico 6. Mapa narrativo de Alejandra



El mapa narrativo del aprendizaje del liderazgo compasivo en Alejandra en el espacio tridimensional de la indagación narrativa (temporalidad, sociabilidad y lugar), muestra un recorrido que parte de la vulnerabilidad inicial y avanza hacia una comprensión del liderazgo basada en respeto, acompañamiento y sostén relacional en contextos de alta exigencia.

7. Discusión

El debate académico sobre liderazgo en educación médica de posgrado ha tendido a organizarse alrededor de dos preguntas curriculares: qué competencias de liderazgo deben enseñarse y cómo incorporarlas en los programas de formación. Desde esta perspectiva, el liderazgo suele comprenderse como un conjunto de capacidades asociadas con la gestión, la comunicación, la coordinación del equipo, el mando y la toma de decisiones. Esta mirada es importante, pero resulta insuficiente para comprender lo que ocurre en una unidad de cuidado intensivo pediátrico, donde los residentes aprenden a liderar no solo en actividades de aprendizaje formales, como cursos o talleres, sino en rondas, turnos, retroalimentaciones, silencios, jerarquías rígidas, decisiones críticas y relaciones interprofesionales.

En coherencia con lo planteado por Gabel (2014), Sonnino (2016), van Diggele et al. (2020) y Stoller (2021), el liderazgo constituye una competencia inherente a la práctica clínica y no exclusivamente una función administrativa o jerárquica. Sin embargo, los hallazgos de esta investigación amplían dicha comprensión al mostrar que en la UCIP el liderazgo compasivo se aprende principalmente en experiencias relacionales cotidianas y no solo mediante dispositivos curriculares explícitos. Por ello, el problema que aborda este estudio no es únicamente si el liderazgo compasivo está o no incluido en el currículo, sino cómo se aprende cuando no está nombrado explícitamente.

Esta investigación tuvo como propósito comprender las historias vividas que cuentan los residentes de cuidado intensivo pediátrico sobre el aprendizaje del liderazgo compasivo durante su formación posgradual y su relación con el equipo interprofesional en la UCIP. Los hallazgos sugieren que el liderazgo compasivo no está ausente del proceso formativo. Por el contrario, se aprende en la experiencia cotidiana de habitar la UCIP con otros. No obstante, este aprendizaje no ocurre como un contenido formal, homogéneo o protegido curricularmente, sino como un currículo oculto, es decir, se aprende observando a los docentes, recibiendo retroalimentación, callando o hablando frente a la jerarquía, interactuando con enfermería y otros profesionales, acompañando a pacientes y familias, y enfrentando eventos clínicos de alta complejidad emocional y moral. Desde la teoría cognitiva social, McCrorie (2018) plantea que el aprendizaje

profesional ocurre mediante observación, modelamiento e interpretación de las dinámicas del entorno clínico. Los hallazgos de este estudio profundizan esta perspectiva al mostrar que los residentes aprenden liderazgo compasivo observando cómo se ejerce la autoridad, cómo se corrigen los errores y cómo circula la palabra dentro del equipo.

El primer aporte de esta investigación consiste en desplazar la pregunta desde “cómo agregar liderazgo compasivo al currículo” hacia “cómo reconocer y transformar las escenas donde el liderazgo compasivo ya se está aprendiendo”. Las narrativas muestran que los residentes aprenden liderazgo cuando observan a un docente acompañar una decisión difícil sin humillar, cuando una retroalimentación permite mejorar sin destruir la confianza, cuando la voz de enfermería es incorporada al razonamiento clínico o cuando una familia es acompañada en medio de la incertidumbre. Pero también aprenden desde escenas dañinas, por ejemplo, correcciones públicas, silencios impuestos por la jerarquía, temor a preguntar, indiferencia frente al cansancio o modelos de autoridad que confunden exigencia con maltrato. En este sentido, la UCIP no es solo un escenario asistencial; es también un escenario pedagógico permanente.

Estos hallazgos son congruentes con la literatura sobre currículo oculto en la formación médica, que ha mostrado cómo los entornos clínicos transmiten valores, normas y formas de ser profesional, más allá de los contenidos formales del plan de estudio. Tal como señalaron Stockwell et al. (2005), muchas habilidades de liderazgo continúan aprendiéndose mediante observación y experiencias informales más que a través de procesos curriculares sistemáticos. Revisiones recientes como la de Phillipson et al. (2025) muestran que, aunque el campo del entrenamiento en liderazgo ha crecido, persisten importantes heterogeneidades curriculares y dificultades para comprender cómo estas capacidades se aprenden efectivamente en la práctica clínica.

Este estudio agrega un matiz específico: en el caso del liderazgo compasivo, el currículo oculto no solo enseña “cómo comportarse” como médico especialista, sino también cómo ejercer liderazgo frente a otros. Así, un residente no aprende liderazgo únicamente cuando recibe una instrucción explícita sobre comunicación o coordinación del equipo; también lo aprende cuando

experimenta quién puede hablar, quién debe callar, cómo se corrige un error, qué voces son reconocidas y qué formas de sufrimiento se consideran aceptables o invisibles dentro de la UCIP.

El segundo aporte de este estudio es mostrar que el liderazgo compasivo se configura narrativamente tanto por identificación como por contraste. En algunas historias, los residentes reconocen modelos docentes que habilitan la palabra, cuidan la dignidad del aprendiz y permiten aprender en medio de la incertidumbre. En otras palabras, el aprendizaje ocurre por oposición, es decir, el residente comprende qué tipo de líder no quiere ser después de vivir experiencias de desprotección, temor o silenciamiento. Esta distinción es importante porque muestra que un buen ejemplo enseña, pero un mal ejemplo también lo hace. La diferencia es que el primero ofrece una historia posible de identidad profesional, mientras que el segundo deja una marca que el residente puede repetir, resistir o intentar transformar.

Desde la indagación narrativa, estas experiencias no pueden entenderse como eventos aislados. Adquieren sentido en la temporalidad, la sociabilidad y el lugar donde ocurren. Un comentario humillante durante una ronda, una corrección cuidadosa después de un error, una decisión tomada con enfermería o una conversación difícil con una familia no son simples episodios clínicos. Son escenas que se escriben en la biografía profesional y personal del residente y que contribuyen a configurar su comprensión de lo que significa liderar con compasión. Desde la perspectiva de Clandinin & Connelly (2000), las experiencias adquieren significado narrativamente en relación con la temporalidad, la sociabilidad y el lugar. En esta investigación, las escenas relatadas por los residentes muestran cómo el liderazgo compasivo no se configura como un aprendizaje abstracto, sino como una experiencia encarnada y situada dentro de la cultura relacional de la UCIP. Por eso, la formación del liderazgo compasivo no ocurre solamente por entrenamiento, sino por la acumulación de experiencias encarnadas que los residentes narran, interpretan y proyectan sobre su propia identidad.

La literatura sobre liderazgo compasivo permite profundizar esta interpretación. Organizaciones como The King's Fund (West et al. (2017), Bailey & West (2022)) han descrito el liderazgo compasivo como una práctica basada en atender, comprender, empatizar, ayudar y actuar con cuidado hacia uno mismo y hacia otros. Asimismo, Benevene et al. (2022), Östergård

et al. (2023) y Vogus & McClelland (2020) han destacado dimensiones relacionadas con escucha, apoyo, sensibilidad frente al sufrimiento y construcción de ambientes psicológicamente seguros. Esta investigación confirma esos elementos, pero los sitúa en un escenario particular: la UCIP como espacio donde el sufrimiento no pertenece únicamente al paciente o a la familia, sino también al equipo que cuida, liderado por el residente. En este contexto, el liderazgo compasivo no se expresa de manera abstracta sino en acciones concretas, que incluyen escuchar antes de juzgar, corregir sin humillar, reconocer el cansancio, abrir la participación del equipo, sostener decisiones difíciles y proteger la dignidad de quienes aprenden y trabajan.

Esta comprensión también permite tensionar la teoría y no solo repetirla. Si la literatura presenta el liderazgo compasivo como una práctica deseable para mejorar el bienestar, la motivación y la calidad del cuidado, los hallazgos de esta investigación muestran que esa práctica no puede exigirse únicamente como atributo individual del residente. No basta con pedirle al residente que sea empático, que regule sus emociones o que lidere con compasión si el entorno formativo reproduce jerarquías dañinas, silencios institucionalizados o formas de retroalimentación que deterioran la confianza.

En coherencia con De Zulueta (2015), el liderazgo compasivo requiere entornos donde exista seguridad para aprender, reflexionar y actuar sin miedo a la humillación. Asimismo, los planteamientos de Benevene et al. (2022) permiten comprender que la compasión no depende exclusivamente de características individuales, sino también de culturas organizacionales y dinámicas relacionales que facilitan —o limitan— prácticas de cuidado mutuo. Desde esta perspectiva, los hallazgos del estudio amplían la comprensión del liderazgo compasivo al mostrar que su aprendizaje está profundamente condicionado por las experiencias cotidianas de interacción en la UCIP y por las formas como la autoridad, la comunicación y la retroalimentación son vividas dentro del equipo.

Esta interpretación también dialoga con el planteamiento de McCrorie (2018) sobre el aprendizaje profesional como un proceso social y reflexivo mediado por observación y participación en contextos reales de práctica. Los residentes no aprenden liderazgo compasivo únicamente mediante instrucción explícita, sino interpretando qué formas de relación son

legitimadas, toleradas o cuestionadas dentro de la cultura clínica. En consecuencia, formar líderes compasivos exige también cuidar las condiciones pedagógicas y relacionales en las que se forman esos líderes.

En este punto, este estudio amplía la comprensión del liderazgo compasivo porque no lo reduce a una competencia adicional dentro del currículo. Lo presenta como una forma de ejercer autoridad en relación con otros. Esta autoridad no desaparece ni se debilita; más bien se reconfigura. Tal como sugieren Gabel (2014), Sonnino (2016) y Stoller (2021), el liderazgo en salud implica coordinar acciones, influir éticamente y conducir equipos en contextos complejos. Sin embargo, los hallazgos de esta investigación agregan que, en la UCIP, esa autoridad adquiere una dimensión profundamente relacional: liderar compasivamente implica tomar decisiones, coordinar acciones y responder a situaciones críticas, pero también reconocer cómo las palabras, los gestos, los silencios y las correcciones afectan la seguridad psicológica, la dignidad y el bienestar emocional de uno mismo y del equipo. La autoridad, entendida así, no es solo capacidad de mando; es responsabilidad relacional.

Desde la perspectiva del trabajo interprofesional descrita por Hean et al. (2012) y Sangaletti et al. (2017), el liderazgo no puede comprenderse separado de las relaciones mediante las cuales se organiza el cuidado clínico. En este estudio, las narrativas muestran que la autoridad no se ejerce únicamente desde la jerarquía, sino desde la capacidad de construir confianza, habilitar la participación de otros saberes y sostener emocionalmente el trabajo colectivo. Así, la autoridad, entendida desde el liderazgo compasivo, no es solo capacidad de mando; es responsabilidad relacional.

Finalmente, desde la indagación narrativa propuesta por Clandinin & Connelly (2000), estas experiencias permiten comprender que las formas de ejercer autoridad se configuran en historias vividas y contadas dentro de contextos específicos. Las narrativas de los residentes muestran que la autoridad compasiva no se aprende como una técnica abstracta, sino como una experiencia situada que se construye en la interacción cotidiana con docentes, enfermería, pacientes, familias y otros miembros del equipo en medio de escenarios de alta complejidad

clínica y emocional. Formar líderes compasivos exige también cuidar las condiciones pedagógicas en las que esos líderes se forman.

El segundo objetivo específico del estudio, orientado a interpretar la relación entre el aprendizaje del liderazgo compasivo y el equipo interprofesional, se responde al mostrar que el liderazgo no se aprende en soledad. En la UCIP, el residente habita una red de interdependencia con docentes, pares, estudiantes, enfermería, rehabilitadores, pacientes y familias. Esta comprensión coincide con la perspectiva del trabajo interprofesional desarrollada por Hean et al. (2012) y Sangaletti et al. (2017), quienes plantean que la atención en salud depende de procesos de colaboración, comunicación y construcción compartida del cuidado. Asimismo, Teheux et al. (2021) muestran que gran parte del aprendizaje profesional en residencia ocurre mediante participación e interacción en el lugar de trabajo. En este estudio, esa interdependencia revela una tensión central: aunque el residente ocupa una posición subordinada frente a sus profesores, al mismo tiempo debe asumir responsabilidades de liderazgo frente al equipo. Esa doble posición produce aprendizajes ambivalentes. Puede favorecer humildad, escucha y colaboración, pero también puede generar inseguridad, miedo a equivocarse o reproducción de prácticas autoritarias como mecanismo de supervivencia formativa.

La relación con enfermería y con el equipo interprofesional ocupa un lugar especialmente relevante. Las narrativas muestran que liderar en la UCIP no significa simplemente ocupar una posición jerárquica o dirigir decisiones clínicas. Significa coordinar otros saberes, reconocer otras experticias, abrir la palabra y sostener emocionalmente el trabajo colectivo. Estos hallazgos dialogan con lo planteado por Walter et al. (2019), quienes evidenciaron que la calidad de las interacciones entre profesionales influye directamente en la toma de decisiones clínicas y en el funcionamiento de los equipos pediátricos. Asimismo, se relacionan con lo descrito por Aguiar-Rojas et al. (2024), quienes destacan la comunicación, la resolución de conflictos y el reconocimiento de roles como componentes esenciales del trabajo colaborativo en salud. Cuando la voz de enfermería es escuchada como parte del razonamiento clínico, el residente aprende que el liderazgo compasivo no se ejerce sobre el equipo, sino con el equipo. Por el contrario, cuando

las jerarquías bloquean la comunicación o desautorizan a otros profesionales, el residente aprende formas de liderazgo que pueden deteriorar la colaboración y la seguridad psicológica.

Estos hallazgos también dialogan con la literatura sobre inteligencia emocional, liderazgo y funcionamiento de equipos. Sin embargo, esta investigación no entiende la inteligencia emocional como una cualidad individual abstracta. La sitúa en escenas clínicas de alta presión. Esta interpretación es coherente con los planteamientos de McCrorie (2018), quien sostiene que el aprendizaje profesional ocurre en interacción con otros y mediante la interpretación de experiencias concretas en los escenarios de práctica. Regularse emocionalmente, escuchar, modular la corrección, reconocer el sufrimiento y cuidar el modo en que se ejerce la autoridad no son atributos generales de personalidad; son prácticas situadas que se aprenden en interacción. En la UCIP, la inteligencia emocional se vuelve visible cuando el residente debe decidir bajo presión, comunicarse con un equipo cansado, responder ante la incertidumbre de una familia o sostener un error sin convertirlo en humillación. En este sentido, los hallazgos también profundizan la comprensión del liderazgo compasivo desarrollada por De Zulueta (2015), Benevene et al. (2022) y Östergård et al. (2023), al mostrar que la compasión no se reduce a disposición emocional individual, sino que se expresa en prácticas relacionales concretas dentro de contextos clínicos complejos.

En el contexto latinoamericano, este hallazgo tiene una relevancia particular. Las residencias médicas suelen desarrollarse en instituciones atravesadas por alta demanda asistencial, limitaciones de tiempo, presión por productividad, jerarquías marcadas y culturas clínicas donde el sufrimiento profesional puede normalizarse. En consonancia con Frenk et al. (2010) y Bai (2020), la formación médica contemporánea requiere responder a sistemas de salud complejos e interdependientes mediante capacidades relacionales, éticas y colaborativas. Por ello, la humanización de la formación no depende únicamente de añadir contenidos al currículo, sino de revisar las prácticas relacionales que organizan el aprendizaje cotidiano en los servicios clínicos. En este sentido, la tesis aporta a la educación médica de posgrado al mostrar que el liderazgo compasivo no se forma solo enseñando qué debe hacer un líder, sino transformando las condiciones bajo las cuales los residentes aprenden a estar, decidir y cuidar con otros.

Las implicaciones prácticas de estos hallazgos son varias. En primer lugar, los programas de cuidado intensivo pediátrico deberían reconocer el liderazgo compasivo como una dimensión formativa explícita, no reducida a talleres aislados en concordancia con lo propuesto por van Diggele et al. (2020) sobre la necesidad de integrar el liderazgo de manera deliberada en los currículos de formación médica. En segundo lugar, las retroalimentaciones clínicas deberían revisarse como escenas pedagógicas de liderazgo: no solo corrigen desempeño, también enseñan formas de ejercer autoridad y de relacionarse con otros. Esta interpretación resulta coherente con la perspectiva de aprendizaje social descrita por McCrorie (2018), según la cual los residentes aprenden observando cómo se modelan las relaciones y las respuestas frente al error dentro de los entornos clínicos.

En tercer lugar, se requieren espacios narrativos y reflexivos donde los residentes puedan elaborar experiencias difíciles, reconocer aprendizajes derivados de modelos positivos y negativos, y discutir cómo las jerarquías afectan la comunicación, la seguridad psicológica y el bienestar del equipo. Desde la indagación narrativa propuesta por Clandinin & Connelly (2000), estos espacios permitirían resignificar experiencias vividas y comprender cómo las historias profesionales se configuran en relación con otros y dentro de contextos específicos de práctica. Finalmente, los procesos de calidad institucional podrían incluir indicadores relacionados con clima formativo, trato digno, colaboración interprofesional y bienestar emocional.

8. Conclusiones

Esta indagación narrativa muestra que el liderazgo compasivo en la residencia de cuidado intensivo pediátrico no está simplemente ausente por no estar formalizado en el currículo. Está presente, pero se aprende de manera oculta, desigual y, en ocasiones, dolorosa. Su aporte central es comprender el liderazgo compasivo como una práctica narrativa, relacional y emocionalmente situada que se construye en la vida cotidiana de la UCIP. Por tanto, el desafío para la educación médica de este posgrado no es únicamente enseñar liderazgo compasivo, sino transformar las condiciones pedagógicas, institucionales y relacionales mediante las cuales los residentes aprenden qué significa ejercer autoridad, cuidar al equipo y sostener a otros en escenarios de alta complejidad clínica y humana.

Una contribución reflexiva de este estudio se relaciona con lo que las narrativas coconstruidas transformaron mi propia comprensión como docente. Al iniciar esta investigación, mi preocupación estaba centrada en comprender cómo aprendían liderazgo compasivo los residentes y cómo ese aprendizaje se relacionaba con el equipo. Sin embargo, al escuchar sus historias, comprendí que la docencia clínica no solo transmite conocimientos técnicos ni modela la toma de decisiones clínicas, sino que también configura formas de relacionarse con los otros, de ejercer el cuidado y de habitar éticamente la práctica médica, formas de ejercer autoridad, de corregir, de cuidar, de guardar silencio o de habilitar la palabra. Esta comprensión me confrontó como educadora, porque mostro que cada interacción docente puede convertirse en una escena formativa de liderazgo, aun cuando no haya sido pensada explícitamente como tal.

Además, las narrativas de los participantes me permitieron reconocer que enseñar en la UCIP implica más que orientar decisiones complejas. Implica cuidar la forma en que esas decisiones se enseña, se discuten y se corrigen. Aprendí que la exigencia académica no es incompatible con la compasión, pero sí exige una responsabilidad mayor sobre el modo como se ejerce. Corregir sin humillar, escuchar antes de cerrar una conversación, reconocer el cansancio del residente y abrir espacio a la voz del equipo no debilita la formación; por el contrario, puede fortalecerla. En este sentido, el estudio también transformó mi propia historia como docente, al

hacerme más consciente de que el liderazgo compasivo no se enseña solo al nombrarlo, sino al practicarlo en la relación pedagógica cotidiana.

9. Limitaciones del estudio

Las limitaciones del estudio deben comprenderse en coherencia con su diseño cualitativo. Al tratarse de una indagación narrativa situada en un contexto institucional específico, sus hallazgos no buscan generalización estadística, sino profundidad interpretativa y transferibilidad analítica. Una muestra mayor o multicéntrica podría ampliar la diversidad de experiencias y permitir la comparación entre distintas culturas formativas en UCIP. Asimismo, futuras investigaciones podrían incorporar de manera directa las historias encarnadas de docentes, enfermería, otros profesionales del equipo y familias, con el fin de comprender cómo se construye el liderazgo compasivo desde múltiples posiciones relacionales.

Declaración de uso de herramientas de inteligencia artificial generativa

Se utilizó la herramienta de inteligencia artificial generativa ChatGPT, versión GPT-5.5, como apoyo para la traducción del resumen de la tesis del español al inglés, revisión gramatical y mejora de la claridad textual del aparatado. El uso de esta herramienta se limitó a funciones de apoyo lingüístico y editorial, sin sustituir el juicio académico, metodológico ni analítico de la investigadora.

Todo el manuscrito fue revisado por la doctora Catalina Alcalá Lozano, quien asumió la responsabilidad plena sobre el contenido final presentado. ChatGPT no fue utilizado para la recolección, codificación, análisis ni interpretación de los datos de la investigación. Las ideas, argumentos, hallazgos, conclusiones y discusiones presentadas en este trabajo son de autoría de la investigadora.

Referencias bibliográficas

- Aguia-Rojas, K., Bermúdez Hernández, P. A., Espinha, S. C., Quintero-Hernández, G. A., Vergel, J., Bermúdez-Hernández, P. A., ... & Espinosa-Aranzaes, Á. F. (2024). *Experiencia de educación interprofesional en salud: Descripción e implementación en la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, Colombia*. Editorial Universidad del Rosario.
- Bai H. (2020). Modernizing Medical Education through Leadership Development. *The Yale journal of biology and medicine*, 93(3), 433–439.
- Bailey, S., & West, M. (2022). *What is compassionate leadership?* The King's Fund.
- Benevene, P., Buonomo, I., & West, M. (2022). Editorial: Compassion and compassionate leadership in the workplace. *Frontiers in psychology*, 13, 1074068. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1074068>
- Clandinin, D. J. (Ed.). (2006). *Handbook of narrative inquiry: Mapping a methodology*. Sage publications.
- Clandinin, D. J., & Connelly, F. M. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. Jossey-Bass.
- Clandinin, D. J., Cave, M. T., & Berendonk, C. (2017). Narrative inquiry: a relational research methodology for medical education. *Medical education*, 51(1).
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Daiute, C. (2014). *Narrative inquiry: A dynamic approach*. SAGE Publications.
- Dde Zulueta, P. C. (2015). Developing compassionate leadership in health care: an integrative review. *Journal of healthcare leadership*, 1-10.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed.). SAGE Publications.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet (London, England)*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Fuhrman, B. P., Zimmerman, J. J., & Fields, A. I. (2022). *Pediatric critical care*. Mosby.

- Gabel S. (2014). Expanding the scope of leadership training in medicine. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(6), 848–852.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000236>
- Green, M. L., Winkler, M., Mink, R., Brannen, M. L., Bone, M., Maa, T., Arteaga, G. M., McCabe, M. E., Marcdante, K., Schneider, J., & Turner, D. A. (2017). Defining leadership competencies for pediatric critical care fellows: Results of a national needs assessment. *Medical teacher*, 39(5), 486–493. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1297527>
- Harrel E, Berland L, Jacobson J, Addiss DG. Compassionate Leadership: Essential for the Future of Tropical Medicine and Global Health. *Am J Trop Med Hyg*. 2021 Oct 11;105(6):1450-1452. doi: 10.4269/ajtmh.21-0832. PMID: 34634766; PMCID: PMC8641355.
- Hean, S., Craddock, D., & Hammick, M. (2012). Theoretical insights into interprofessional education. *Medical Teacher*, 34, 158 - 160. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.643263>.
- Lerman, C., & Jameson, J. L. (2018). Leadership development in medicine. *New England Journal of Medicine*, 378(20), 1862-1863.)
- Ley 1581 de 2012 & Congreso de Colombia. (2012). Ley estatutaria de protección de datos personales. Diario Oficial No. 48.587, 17 de octubre de 2012. <https://www.sic.gov.co/proteccion-de-datos-personales>
- McCrorie, P. (2018). Learning in Small Groups. In *Understanding Medical Education*. 133-137. (eds T. Swanwick, K. Forrest and B.C. O'Brien).
- Östergård, K., Kuha, S., & Kanste, O. (2023). Health-care leaders' and professionals' experiences and perceptions of compassionate leadership: A mixed-methods systematic review. *Leadership in health services (Bradford, England)*, ahead-of-print(ahead-of-print), 49–65.
<https://doi.org/10.1108/LHS-06-2023-0043>
- Phillipson, J., Pinto, A.C., Kingsley-Smith, H., Krachler, N., McGivern, G., & Lyons, O. (2025). Leadership training in healthcare: a systematic umbrella review. *BMJ Leader*, 9.
- Pinnegar, S., & Daynes, J. G. (2007). Locating narrative inquiry historically: Thematics in the turn to narrative. En D. J. Clandinin (Ed.), *Handbook of narrative inquiry: Mapping a methodology* (pp. 3–34). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781452226552.n1>

- Sangaletti, C., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. L. C. P., & Soares, C. B. (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*, 15(11), 2723–2788. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003016>
- Secreti Prevedello, A., dos Santos, F. & Reisdorfer, E. (2024). Interprofessional education's readiness among Brazilian medical students / Interprofessionelle Bildung: Bereitschaft unter brasilianischen Medizinstudierenden. *International Journal of Health Professions*, 11(1), 110-120. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2024-0011>
- Sonnino R. E. (2016). Health care leadership development and training: progress and pitfalls. *Journal of healthcare leadership*, 8, 19–29. <https://doi.org/10.2147/JHL.S68068>
- Stockwell, D. C., Pollack, M. M., Turenne, W. M., & Slonim, A. D. (2005). Leadership and management training of pediatric intensivists: how do we gain our skills?. *Pediatric critical care medicine : a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 6(6), 665–670. <https://doi.org/10.1097/01.pcc.0000170614.31827.c0>
- Stoller J. K. (2021). Leadership Essentials for CHEST Medicine Professionals: Models, Attributes, and Styles. *Chest*, 159(3), 1147–1154. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.09.095>
- Swinnen, E., Fobelets, M., Adriaenssens, N., Vandyck, E., Goelen, G., Moortgat, E., Laforge, D., & Peersman, W. (2021). Effectiveness of an Interprofessional Education Model to Influence Students' Perceptions on Interdisciplinary Work.. *The Journal of nursing education*, 60 9, 494-499 . <https://doi.org/10.3928/01484834-20210708-02>.
- Teheux, L., Coolen, E., Draaisma, J., Visser, M., Haan, N., Kuijer-Siebelink, W., & Velden, J. (2021). Intraprofessional workplace learning in postgraduate medical education: a scoping review. *BMC Medical Education*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02910-6>.
- Vvan Diggele, C., Burgess, A., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Leadership in healthcare education. *BMC medical education*, 20(Suppl 2), 456. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02288-x>
- Vogus, T., & McClelland, L. (2020). Actions, style and practices: how leaders ensure compassionate care delivery. *BMJ Leader*, 4, 48 - 52. <https://doi.org/10.1136/leader-2020-000235>.
- Walter, J., Schall, T., Dewitt, A., Faerber, J., Griffis, H., Galligan, M., Miller, V., Arnold, R., & Feudtner, C. (2019). Interprofessional Team Member Communication Patterns, Teamwork, and Collaboration

in Pre-family Meeting Huddles in a Pediatric Cardiac Intensive Care Unit.. *Journal of pain and symptom management*, 58 1, 11-18 . <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.009>.

West, M., Eckert, R., Collins, B., & Chowla, R. (2017). *Caring to change: How compassionate leadership can stimulate innovation in health care*. World Medical Association (2024).

Anexos

Anexo 1. Acta del Comité de Ética



CEIC-417-2025

Bogotá, 10 de octubre de 2025

Doctor
JAIME FERNÁNDEZ
Investigador Principal
FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL - IC
Bogotá, D.C.

Ref. “¿Cómo aprenden liderazgo los residentes de cuidado intensivo pediátrico de la Fundación Cardio Infantil – La cardio y en qué medida este aprendizaje influye en su bienestar emocional y en el de su equipo interprofesional?”.

- Formato de consentimiento informado para el estudio, versión 1.0 octubre 2025.

Apreciado doctor Fernández:

Una vez evaluado y discutido el trabajo de investigación en referencia, el cual por el diseño metodológico empleado se considera que no afecta la seguridad de los pacientes y por tanto queda **APROBADO**, según concepto consignado en el **Acta No. 38 del 08 de octubre de 2025**.

Le recordamos que es responsabilidad del investigador principal garantizar en todo momento la confidencialidad y el uso ético de la información, así como informar de manera oportuna al Comité cualquier cambio en el proyecto, al igual que las dudas, inconvenientes o hallazgos relevantes que puedan surgir durante el desarrollo del a investigación.

Le informamos que, conforme a los lineamientos consignados en el Manual Operativo del Comité de Ética en Investigación Clínica M-09-01-A-096, el Comité realizará el seguimiento correspondiente y, en ese marco, el investigador principal deberá someter al Comité un informe de avance cada año, contado a partir de la fecha de aprobación comunicada en la presente carta, utilizando el formato M-09-01-A-002 – Informe de Avance Técnico de Proyectos de Investigación, disponible en el sistema de gestión de calidad institucional ALMERA.

Al finalizar el estudio, deberá presentar el informe final en el formato M-09-01-A-003 – Informe Final de Proyectos de Investigación. Es importante aclarar que, si en el momento de la notificación del informe final aún no se cuenta con la manifestación pública de los resultados, **el cierre formal del estudio solo se efectuará una vez la publicación derivada haya sido sometida al Comité**, adjuntando la respectiva copia.

Dejamos constancia en su carácter de investigador principal de su centro, que usted no ha participado en la decisión de la aprobación. Esta aprobación es condicional a aprobación concomitante por el Comité de Investigaciones de la Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología. Por tanto, desde este momento puede usted iniciar formalmente la ejecución del proyecto, o recolección de datos.



El Comité le desea éxitos en el desarrollo científico de su trabajo y le reitera que, en el marco de sus funciones, su responsabilidad esencial es velar por la protección de los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes en investigación. De igual manera, reafirma su compromiso institucional de realizar seguimiento ético permanente, acompañar a los investigadores y garantizar que los proyectos se desarrollen conforme a los más altos estándares éticos y científicos.

Cordialmente,



IVONNE GISEL PINEDA, Enf, MSc
Presidente Comité de Ética en Investigación Clínica
Correo electrónico: eticainvestigacion@lacardio.org
IRB00007736

Milena B.

Anexo 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO
¿Qué historias viven y cuentan los residentes de cuidado intensivo pediátrico en la unidad de cuidado intensivo pediátrico de un hospital universitario, sobre el aprendizaje de liderazgo compasivo a lo largo de su formación posgradual y su relación con el equipo de trabajo?
Versión 2.0 – 2020

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO

¿Qué historias viven y cuentan los residentes de cuidado intensivo pediátrico en la unidad de cuidado intensivo pediátrico de un hospital universitario, sobre el aprendizaje de liderazgo compasivo a lo largo de su formación posgradual y su relación con el equipo de trabajo?

Investigador Principal:

Catalina Alcalá Lozano, Pediatra intensivista, Aspirante Magíster en Educación para Profesionales de la Salud. Universidad del Rosario y Pontificia Universidad Javeriana

Email: catalina.alcala@urosario.edu.co

Celular: 3108846274

Mi nombre es Catalina Alcalá Lozano y soy estudiante de la Maestría en Educación para Profesionales de la Salud de la Universidad del Rosario y Pontificia Universidad Javeriana. Como parte de mis estudios, estoy desarrollando un proyecto de investigación titulado *¿Qué historias viven y cuentan los residentes de cuidado intensivo pediátrico en la unidad de cuidado intensivo pediátrico de un hospital universitario, sobre el aprendizaje de liderazgo compasivo a lo largo de su formación posgradual y su relación con el equipo de trabajo?*

Quiero invitarlo (a) a participar en este proyecto, que permitirá entender cómo los residentes de cuidado intensivo pediátrico aprenden habilidades de liderazgo y como este proceso de formación contribuye al bienestar emocional del equipo interprofesional. Este proyecto fue avalado por el Comité de Ética de la Universidad y tiene una finalidad académica.

Este estudio es una investigación cualitativa que emplea la indagación narrativa con el fin de recopilar historias personales de residentes de cuidado intensivo pediátrico, enfocándose en sus experiencias de aprendizaje de liderazgo y en la percepción del impacto emocional que tiene este aprendizaje en ellos y en su equipo. Si usted acepta participar, le pediré que me permita realizar una entrevista semiestructurada, al considerar la experiencia como un fenómeno dinámico, al escuchar sus historias de vida podemos identificar patrones y conexiones entre sus experiencias individuales. Por ejemplo, es posible descubrir cómo enfrentan y superan desafíos específicos al liderar un equipo de trabajo; esta información puede resultar valiosa para el desarrollo de nuevas estrategias educativas y apoyo en éste ámbito. Estas entrevistas se llevarán a cabo en un lugar acordado entre el investigador y el participante, su duración dentro de un periodo de 30 minutos, la cual será grabada y posteriormente transcrita, si usted lo autoriza; y si lo desea se puede allegar a su correo electrónico la transcripción de la misma para que pueda revisar y corregir si lo considera necesario. Su identificación será protegida bajo anonimización y absoluta confidencialidad y sus datos personales serán codificados.

Existen riesgos inherentes en la investigación; riesgo es una palabra que expresa “probabilidades” y cuando se utiliza en relación a la investigación, está expresando la probabilidad de que ocurra un daño durante la misma (Aarons D, 2017). Los riesgos que se pueden generar en el desarrollo de esta investigación son:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO
 ¿Qué beneficios obtiene y asumen las residentes de unidades intensivas pediátricas en la unidad de unidades intensivas pediátricas de un hospital universitario, sobre el aprendizaje de liderazgo emergente a lo largo de su formación profesional y su relación con el apoyo de trabajo?
 Versión 2.0 - 2016



Riesgo	Estrategia mitigación
Riesgo de daño social: implica la posibilidad de que se produzca una disrupción en las redes sociales de los participantes (familia, amigos, conocidos, comunidades cívicas y religiosas), o una alteración en sus relaciones con otros, y puede implicar estigmatización, vergüenza o pérdida de respeto	- Consentimiento informado (promueve la autonomía y el respeto hacia los participantes), además de la anonimización de datos y la restricción de acceso a información sensible. - Nos adherimos al principio de no maleficencia para proteger y salvaguardar la privacidad y confiabilidad de los participantes.
Riesgo de coacción: el riesgo de coacción surge ante situaciones en las que los participantes pueden sentirse obligados a participar en estudios de investigación debido a diversas presiones ya sean explícitas o implícitas, esto es preocupante en contextos donde existe una relación de poder desigual / subordinación, entre el investigador y los participantes (en este caso estudiantes de posgrado).	- Nos adherimos a los principios de beneficencia, no maleficencia, respeto y justicia descritos en el informe Belmont para mitigar el riesgo. - Se proporcionará información clara y accesible sobre el derecho a no participar o retirarse en cualquier momento enfatizando en que no hay consecuencias negativas por hacerlo.
Riesgo de afectar el buen nombre de la profesión: los riesgos pueden surgir al realizar las entrevistas a los participantes y exponer sus respuestas y conceptos, quienes podrían sentirse comprometidos al notar la falta de capacitación formal en liderazgo en cuidado intensivo pediátrico; además de que existe un desconocimiento por parte de los docentes sobre la importancia de abordar e implementar esta enseñanza.	- Fomentaremos la transparencia en la comunicación de los objetivos, métodos, resultados y limitaciones del estudio, con esto se garantiza la honestidad de los resultados. - Aclaremos que nuestra intención no es causar daño alguno a la comunidad de docentes y residentes de cuidado intensivo pediátrico; nuestro objetivo es promover la formación de pediatras intensivistas con bases sólidas en liderazgo compasivo, trabajo interprofesional y bienestar emocional.
Riesgo a dañar la imagen de la institución: este estudio se centra en cómo aprenden liderazgo los residentes de cuidado intensivo pediátrico, por tanto involucra la manera como se enseña en un hospital universitario, lo cual podría afectar la imagen institucional si se identifican prácticas que no cumplen con las metodologías de enseñanza y aprendizaje establecidas por el MEN.	- Se garantizará la anonimización de las instituciones participantes, si se mencionan durante las entrevistas al igual que con la identificación de los participantes se les asignará un código y al momento de la publicación de los resultados del estudio no se hará mención de las instituciones o algún identificador que las vincule.

El liderazgo eficaz se caracteriza por atributos claros, que incluyen actuar de maneras y promover culturas que se basen en las virtudes clásicas de confianza, compasión, coraje, justicia, sabiduría, templanza y esperanza. Los conceptos de conciencia y autenticidad han ganado una amplia aceptación. La empatía y la capacidad de desarrollar a los demás a través

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO
¿Qué historias viven y cuentan las residentes de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital universitario, sobre el aprendizaje de liderazgo emergente a lo largo de su formación profesional? y su relación con el equipo de trabajo?
Versión 2.0 – 2024

de la tutoría y el entrenamiento son, hoy en día, algunos de los rasgos que verdaderamente diferencian a un líder del resto. Su colaboración es muy valiosa, esta investigación tiene el potencial de generar conocimientos significativos en liderazgo en cuidado intensivo pediátrico, porque al profundizar en experiencias humanas complejas se permite explorar a fondo las experiencias individuales, revelando matices y detalles que otros métodos pueden pasar por alto.

Su participación en esta investigación no tendrá ninguna compensación económica o material y usted es libre de no participar o de retirarse cuando lo desee. Sus opiniones y aportes a esta investigación se usarán exclusivamente para este proyecto y se archivarán de manera segura en el repositorio de datos de investigación de la Universidad del Rosario.

Si está de acuerdo en participar en este proyecto por favor marque la casilla que corresponda, escriba sus datos de contacto y firme.

Autorizo	Si	No
Acepto participar de manera libre y voluntaria en este proyecto y entiendo que no recibiré ningún tipo de compensación económica o material y puedo retirarme cuando lo desee		
Autorizo la grabación de la entrevista		
Autorizo que la información posterior a su anonimización, pueda ser divulgada en una revista científica y eventos académicos.		

He recibido información adecuada y suficiente por parte del investigador acerca de:

Información	Si	No
He leído toda la información suministrada		
He formulado las preguntas adicionales que he considerado necesarias para mi participación en el estudio		
He sido informado acerca del objetivo del estudio y sus procedimientos		
He sido informado acerca de los beneficios del proyecto		
He sido informado que puedo solicitar transcripción de la entrevista		
He sido informado de los riesgos del estudio y las estrategias para su mitigación.		
Mi participación es voluntaria, libre y altruista		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO
¿Qué historias vivas y cuentan las realidades de ciudades colombianas publicadas en la revista de ciudades colombianas publicadas en un lenguaje universitario, sobre el aprendizaje de liderazgo estratégico a
de largo de implementación generacional? y no relacionado con el apoyo de trabajo?
Versión 2.8 - 2016

Con el objetivo de minimizar los riesgos mencionados anteriormente y garantizar la confidencialidad de los participantes, anonimizaré la base de datos de los registros de las entrevistas, mediante un proceso de codificación accesible únicamente a los investigadores. La información será almacenada en el repositorio de datos de investigación de la Universidad del Rosario, con el apoyo del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI). Se habilitará el DATAVERSE, donde se depositarán los datos por un periodo de 5 años. La visibilidad de estos datos se determinará de acuerdo con el plan de gestión de datos que se desarrollará para el proyecto, teniendo en cuenta principios de accesibilidad. Finalmente, dado que los resultados de este estudio se registrarán en bases de datos y pueden contener información sensible, es fundamental considerar la Ley Estatutaria 1581 del 2012, que establece disposiciones sobre la protección de datos personales y reconoce los derechos constitucionales de los individuos a conocer, actualizar y rectificar cualquier información que se registre sobre ellos en bases de datos o en otros tipos de archivos.

Agradezco que me haya permitido explicarle el proyecto, si lo desea puede contactarme para formular las preguntas que considere necesarias ampliar para su participación en el estudio.

Gracias;

Nombre y firma de estudiante / investigador (a)

Nombre y firma del participante:

Cédula:

Correo electrónico:

Teléfono:

Fecha:

Nombre y firma del testigo:

Cédula:

Correo electrónico:

Teléfono: Fecha:

Anexo 3. Notas de campo de las entrevistas

Notas de campo entrevistas

19 de octubre 2025

María Luisa

Entrevista 1

En la conversación, María Luisa describe su trayectoria en la UCI y cómo el liderazgo se manifiesta en su trabajo diario. Ella enfatiza que un líder debe ser competente, comunicativo y capaz de adaptarse a las circunstancias cambiantes del entorno de cuidados intensivos, destacando la influencia que el liderazgo tiene en el bienestar del equipo y de los pacientes.

Experiencias previas de liderazgo en la formación profesional. Discutió cómo su percepción del liderazgo ha evolucionado, enfatizando la necesidad de equilibrar el ego con la colaboración en el equipo. Relató una experiencia en la UCI donde tuvo que tomar decisiones difíciles para permitir que una madre se despidiera de su hijo, lo que le enseñó sobre la importancia de la comunicación y la confianza en el equipo. A pesar de recibir críticas, valoró el apoyo de sus colegas y la retroalimentación que recibió.

Sostiene que el liderazgo en la UCI depende en gran medida de la calidad del trabajo en equipo, ya que una buena relación entre los miembros del equipo es fundamental para el éxito. Además, menciona que el bienestar emocional de los profesionales está íntimamente ligado a la colaboración y comunicación dentro del equipo, lo que puede influir en el manejo de situaciones críticas.

Enfatizó la relevancia de escuchar a su equipo de enfermería, no solo en aspectos médicos, sino también en su bienestar emocional. Mencionó que la comunicación abierta y la ausencia de jerarquías son clave para establecer relaciones cercanas y efectivas. Además, destacó que la empatía y la compasión son esenciales en el cuidado intensivo, tanto hacia los pacientes como hacia el equipo.

25 de octubre 2026

Ofelia

Entrevista 1

Ofelia enfatizó la necesidad de habilidades de liderazgo para manejar situaciones estresantes y coordinar equipos. Compartió que su aprendizaje ha sido influenciado por experiencias previas y la observación de otros líderes en su entorno laboral.

Relató su primer encuentro con el COVID en la UCI, donde observó la serenidad de un docente ante situaciones críticas. A pesar de la presión y el dolor de los familiares, el doctor mantuvo la calma y organizó la reanimación de un paciente en estado crítico, lo que permitió un ambiente de trabajo más tranquilo. La llegada de una residente de anestesia alteró brevemente la situación, pero el doctor logró restablecer el orden.

Compartió cómo el liderazgo de sus superiores ha influido en su formación como residente en la UCI, enfatizando el aprendizaje práctico y la observación. A pesar de los retos de cambiar de rol y ganar la confianza del equipo, ha mantenido buenas relaciones con sus colegas y ha aprendido a manejar situaciones complejas en su proceso de formación.

Comparte su experiencia sobre cómo un cambio en el estilo de liderazgo, que prioriza la empatía y el respeto, ha mejorado el ambiente de trabajo en la UCI. Discute cómo la empatía y la compasión son esenciales para el bienestar del equipo de salud y la calidad de atención a los pacientes. Señala que a menudo hay una falta de comprensión entre los miembros del personal, especialmente en el grupo de enfermería, lo que genera conflictos. Propone que el liderazgo debe centrarse en ser compasivo y entender las circunstancias de los demás.

18 de marzo 2026

Rosa

Entrevista 1

Rosa narró su experiencia clínica desde el pregrado hasta su rol actual como fellow y pediatra en UCI pediátrica, y ofreció su definición de liderazgo como capacidad de organizar y dirigir sin autoritarismo.

Tiene experiencia progresiva desde pregrado hasta su rol actual como fellow y pediatra en UCI pediátrica.

* Valora el trabajo multidisciplinario y el abordaje integral del paciente en la UCI.

* Define liderazgo como organizar y dirigir un equipo sin recurrir a la relación de poder autoritaria.

Experiencias formativas y diferencias entre etapas

Se discutieron experiencias de enseñanza y liderazgo previas (tutorías y roles como interno), la progresión de responsabilidades en la residencia y las diferencias del liderazgo en cuidados intensivos por la mayor responsabilidad y necesidad de organización en situaciones críticas.

Describió su trayectoria en la residencia, relató una reanimación significativa en la que coordinó labores con una colega y explicó la importancia de la comunicación en circuito cerrado y la retroalimentación positiva durante emergencias.

* Identifica las reanimaciones como escenarios clave donde se evidencia y se practica el liderazgo clínico.

Influencia de superiores y retos de delegación

Se analizó cómo el liderazgo observado en los profesores ha influido en su formación, por ejemplo, la forma de manejar estrés y reuniones, y se identificaron retos personales como la tendencia a querer hacerlo todo y la necesidad de aprender a delegar.

* Señala que el liderazgo de sus superiores ha sido un modelo formativo que facilita la adquisición de habilidades de liderazgo.

* Reconoce como reto personal el dejar de “hacer todo” para aprender a delegar y formar a internos y residentes.

La conversación trató la relación entre compasión/empatía y liderazgo, enfocada en la comunicación con cuidadores y el acompañamiento al equipo, y subrayó el valor crítico del trabajo interprofesional para la atención en la UCI.

* Describe la compasión y la empatía como herramientas para orientar a cuidadores y para acompañar al equipo ante dificultades personales o clínicas.

* Considera el trabajo en equipo como fundamental y dependiente de roles claros entre médicos, enfermería, terapia e interconsultantes.

Se exploró cómo el aprendizaje de liderazgo influye en el bienestar emocional propio y colectivo, se relató un cambio emocional del equipo tras una reanimación con resultado adverso y se detalló cómo la entrevistada practica la escucha activa y observa el lenguaje corporal para detectar necesidades del equipo.

Comparte ejemplos donde observar el lenguaje corporal y preguntar permitió identificar preocupaciones y gestionar necesidades clínicas y personales de pacientes y familiares.

* La residente utiliza la observación del lenguaje no verbal y la indagación sobre el estado del equipo para detectar necesidades y mejorar la atención al paciente.

Rosa informa que no recibió formación específica en la residencia de UCI, solo módulos generales de comunicación y que las habilidades se adquirieron en la práctica y observación de profesores, aunque la residencia de pediatría sí ofreció simulaciones con actores.

* La habilidad para escuchar e identificar necesidades del equipo no fue enseñada explícitamente en la residencia de UCI y se aprendió en la práctica diaria.

Describe la conducta de los profesores al liderar la UCI, destacando la calma, el respeto y la asertividad como elementos positivos, y señala conflictos puntuales con Interconsultantes que pueden desviar objetivos clínicos.

* Rosa valora la calma y la comunicación asertiva de los profesores como modelo de liderazgo en la UCI.

Rol de la compasión y la empatía en la atención y decisiones clínicas

Se discute el impacto de intervenciones basadas en compasión en la toma de decisiones con familias y en el abordaje integral del paciente, incluyendo el apoyo de psicología y trabajo social para cubrir necesidades más allá de la enfermedad.

* Las intervenciones basadas en compasión son clave para la comunicación con familias en escenarios de alto riesgo y decisiones difíciles.

Rosa relata que en casos con alto riesgo de desenlace fatal la empatía y la compasión guían el tiempo y el entorno para informar, aclarar dudas y repetir información según la capacidad de los padres para procesarla.

Visión futura sobre práctica profesional y propuestas de formación

La participante expresa su intención de fomentar un ambiente laboral respetuoso, usar empatía con pacientes y familias, y sugiere incluir clases prácticas de comunicación y simulaciones con retroalimentación en el programa de posgrado para mejorar habilidades de liderazgo y comunicación.

* Se propone incorporar clases de comunicación y simulaciones con actores en el pensum de posgrado para practicar la retroalimentación y mejorar habilidades comunicativas.

Consejos para residentes y cierre de la entrevista

Rosa aconseja a nuevos residentes considerar el liderazgo como acompañamiento y organización, delegar responsabilidades y ofrecer retroalimentación respetuosa; la sesión concluye con agradecimientos y cierre.

* El liderazgo efectivo implica acompañamiento, delegación y retroalimentación respetuosa para mantener un buen ambiente laboral y mejorar resultados clínicos.

19 de abril 2026

Carlos

Entrevista 1

Se exploraron los momentos significativos de la formación; Carlos describió etapas diferenciadas desde el inicio como residente, donde cumplía órdenes y enfrentó horarios y responsabilidades pesadas, hasta fases posteriores de adaptación a distintas complejidades, recursos y tipos de pacientes.

* Describió etapas distintas en su formación: inicio con cumplimiento de órdenes y posterior asunción de responsabilidades en contextos de alta complejidad

Narró el caso de un adolescente con hemorragia cerebral que llegó de urgencia; describió cómo coordinó llamadas a especialistas, gestionó apoyo psicosocial, comunicó a la familia y asumió liderazgo emocional y clínico cuando el neurocirujano determinó que no era operable, con un desenlace fatal.

* Lideró la coordinación clínica y de apoyo familiar en un caso de ACV hemorrágico irreversible en un adolescente durante una guardia nocturna

* En ese caso, el neurocirujano comunicó la irreparabilidad, pero no brindó apoyo emocional, lo que llevó a Lucía a asumir ese rol

* Señaló que la gestión interdisciplinaria incluyó intento de evaluación para donación por parte del equipo de trasplante, aunque no prosperó

Relató un caso ocurrido en diciembre con niños atropellados en el que el equipo permitió la entrada de la mascota de una paciente terminal en la UCI, observando que la flexibilidad ante esa solicitud ayudó al manejo del duelo y constituyó un aprendizaje sobre prácticas compasivas.

Se exploró cómo un liderazgo autoritario influyó en decisiones sobre la limitación de tratamientos en pacientes pediátricos crónicos y cómo esto provocó cuestionamientos éticos en el residente. Se reflexionó sobre la necesidad de desarrollar un criterio propio para tomar decisiones futuras como intensivista.

* La sesión quedó abierta con una nueva pregunta sobre la influencia del liderazgo de un superior, sin respuesta en el fragmento disponible

Relación con el equipo interprofesional y aprendizaje desde enfermería

El residente valoró especialmente al equipo de enfermería por su experiencia y trato humano, y destacó que la continuidad de turnos permite compartir aprendizajes clínicos y personales que construyen confianza en el equipo. También se indicó que la interacción personal mejora la dinámica laboral y la toma de decisiones nocturnas.

* La continuidad y la experiencia del equipo de enfermería fueron fundamentales para el aprendizaje y la confianza de la residente

* La conexión personal entre profesionales facilitó la comunicación y el trabajo en equipo nocturno donde la residente trabaja

Escucha del equipo y manejo de conflictos interpersonales

Se describió una situación con una enfermera que no se adaptó al equipo, generando quejas y limitaciones en la intervención de la residente, quien señaló la necesidad de prudencia, escucha y reportes a superiores, aunque con riesgo personal. Se enfatizó la limitación de la voz del residente frente a decisiones de personal.

Compasión, bioética y limitación del esfuerzo terapéutico

Se narró el caso de una niña crónica que reiteradamente sufrió procedimientos y que finalmente expresó su voluntad de no continuar; se hizo una junta multidisciplinaria y se contactó bioética para limitar medidas, lo que permitió una muerte más tranquila y fue agradecido por el equipo.

Impacto del estilo de liderazgo en el bienestar y reconocimiento positivo

La residente explicó cómo decisiones de líderes con las que no está de acuerdo afectan su bienestar y hacen que deba acatar órdenes pese al malestar, y también destacó que el reconocimiento público del buen trabajo por parte de líderes mejora la motivación del equipo.

Formación en liderazgo compasivo y vacíos docentes

Se concluyó que no hay formación formal en liderazgo compasivo durante la residencia, que el aprendizaje proviene de la observación y la práctica, y que existe desconocimiento teórico sobre el abordaje en situaciones críticas que requieren sensibilidad ética y comunicativa.

* Los encuadres formales sobre liderazgo compasivo no fueron impartidos y el aprendizaje ha sido mayoritariamente empírico

Reflexión sobre preparación y sensibilidad personal

Expresa que no recibió formación universitaria específica en abordaje compasivo y que basa su práctica en la experiencia, su rol de madre y la observación de colegas. También comenta cómo intenta aplicar esa sensibilidad tanto en casos convencionales como en pacientes en ECMO.

* Reconoce ausencia de formación formal en abordaje compasivo y la suplanta con experiencia personal y sensibilidad maternal.

Descripción del caso clínico complejo y sus consecuencias

Lucía detalla el caso de un niño con enfermedad renal, múltiples intervenciones, cardiopatía corregida y fungemia invasiva que impide tratamiento de HLH, lo que derivó en exclusión de lista de trasplante y en un equipo confundido sobre el manejo y el liderazgo del caso.

Falta de liderazgo compasivo y dinámicas del equipo

Describe cómo los distintos actores toman decisiones contradictorias, nadie asume un liderazgo compasivo claro, y el residente queda expuesto en la comunicación diaria con la familia mientras el equipo se percibe perdido. Señala el impacto del miedo a demandas en la conducta clínica.

Definición de compasión y barreras institucionales

Define compasión como proporcionalidad terapéutica y considera que el liderazgo compasivo está cada vez más ausente por falta de herramientas, agotamiento por largas

jornadas y protección emocional del personal. Advierte la necesidad de autocuidado para poder ejercer compasión hacia pacientes y familias.

Visión de liderazgo futuro y propuestas formativas

Propone liderar promoviendo buen ambiente laboral, formación continua y ejemplo personal; sugiere una cátedra práctica o espacios de intercambio entre residentes para compartir experiencias y estrategias de abordaje y apoyo.

* Propone formación práctica (cátedra) y espacios de intercambio entre residentes para mejorar habilidades de liderazgo compasivo.

20 de abril 2026

Alejandra

Entrevista 1

Alejandra relató su formación en medicina, elección entre neonatología y UCI pediátrica, rotaciones nacionales e internacionales, dificultades iniciales en la residencia con soporte psicológico y neuropsicológico, el apoyo decisivo de una persona en su primera rotación y la mejora académica y procedimental en rotaciones posteriores, destacando también modelos de enseñanza positivos y negativos en su aprendizaje profesional.

Alejandra describe una reanimación conducida por un docente que fue extremadamente ordenada, con comunicación clara y roles definidos, aunque el paciente falleció. Esa experiencia la motivó y generó el deseo de aprender un liderazgo calmo y estructurado en emergencias.

Relaciones interprofesionales y su impacto en el aprendizaje

La discusión aborda cómo la experiencia y el conocimiento facilitan la interacción con enfermería y terapia, y cómo la falta de conocimiento puede llevar a tensiones y acusaciones; se destaca la importancia de escuchar y dialogar con el personal para mejorar la convivencia y la atención.

Detección de necesidades emocionales y apoyo mutuo

Explica cómo saludar y mantener relaciones básicas permite identificar señales emocionales fuertes (llanto, tristeza, enojo) y actuar ofreciendo apoyo directo o derivando a alguien cercano para brindar ayuda, lo que contribuye a un clima laboral más tranquilo.

Compasión con familias y efectos en la unidad

Un caso de un niño con múltiples malformaciones ilustra cómo la compasión al hablar con la familia facilitó aceptación y alivio emocional antes del fallecimiento, generando impacto en el personal y en otros pacientes de la unidad; esto mostró efectos emocionales y de solidaridad en el equipo.

Estilo de liderazgo que deteriora el bienestar

Describe un incidente donde una intensivista eludió el conducto regular y denunció su desempeño a la coordinadora, lo que provocó cuestionamientos públicos, ansiedad y un mal ambiente en la unidad hasta que se regularizó la situación institucionalmente.

* Un liderazgo que elude canales formales y critica públicamente provocó ansiedad y deterioro del ambiente para la entrevistada

Exclusión de procedimientos y convivencia deteriorada

La participante relató que fue vetada para realizar procedimientos guiados por ecografía, lo que limitó su práctica clínica y provocó una convivencia difícil durante los tres meses restantes de la rotación.

* La participante fue vetada para realizar procedimientos guiados por ecografía durante una rotación, lo que deterioró la convivencia en la unidad.

Afirmó que pocos líderes adaptan su enseñanza al estilo de aprendizaje individual, mientras que la mayoría asumen homogeneidad en la capacidad de aprendizaje.

* La mayoría de líderes docentes asumen un mismo estilo de aprendizaje para todos los residentes, lo que dificulta el aprendizaje individualizado.

* Solo unos pocos docentes adaptan su método a las necesidades del estudiante y son reconocidos por la participante

Enseñanzas directas y métodos de aprendizaje preferidos

La participante describió que le enseñaron ecografía, ventilación mecánica y hemodinamia mediante clases magistrales seguidas de práctica, y que su forma de aprendizaje depende de explicación seguida de práctica y repaso personal.

* La participante considera que la ecografía, la ventilación mecánica y la hemodinamia le fueron enseñadas de forma directa y estructurada.

* Parte del aprendizaje clínico se completó de forma autodidacta mediante práctica y repaso personal.

Experiencias de falta de compasión y resolución de conflictos

Se indagó sobre momentos sin herramientas para liderar con compasión; la participante recordó la primera rotación donde fue juzgada y no recibió apoyo, y explicó cómo esa experiencia marcó su visión sobre la necesidad de compasión docente.

Definición personal de compasión y modelo de liderazgo deseado

La participante definió compasión como empatía combinada con acompañamiento, comunicación clara a pacientes y familias y comprensión de la carga laboral del equipo, y expresó su deseo de ejercer un liderazgo empático, participativo y con retroalimentación constante.

* Para el liderazgo futuro, la participante quiere un estilo empático, participativo y con retroalimentación bidireccional.

Propuestas para la formación de residentes y cierre de la sesión

Propuso que la docencia y la gerencia sean materias fuertes y obligatorias, que los docentes tengan formación en docencia universitaria y que existan espacios matutinos para la enseñanza de liderazgo y de objetivos de rotación.

22 de abril 2026**Daniela****Entrevista 1**

Relató ejemplos prácticos de aprendizaje en ventilación mecánica y trabajo en equipo en distintas unidades.

* Daniela se formó en UCI pediátrica con rotaciones en hospitales universitarios y de referencia

* La academia y el trabajo en múltiples unidades fortalecieron habilidades clínicas y de liderazgo práctico

* El aprendizaje clave provino de la interacción con jefes de enfermería, auxiliares y profesores que ofrecieron orientación práctica

Aprendizaje en reanimación y liderazgo en crisis

Frente a la pregunta sobre experiencias significativas de liderazgo, Daniela describió haber observado a instructores mantener la calma y organizar roles durante un paro cardiorrespiratorio, y luego aplicar esas habilidades como líder en un paro real, lo que reforzó su seguridad y manejo del equipo.

* La calma y la organización del líder durante un paro fueron determinantes para el éxito del equipo y su aprendizaje

Liderazgo compasivo y manejo de la muerte

En una rotación, Daniela vivió un proceso de fin de vida en el que el equipo interdisciplinario comunicó con la familia que no había punto de retorno, acción que él describió como compasiva y formativa, y que lo motivó a estudiar comunicación y duelo más allá de los manuales clínicos.

* Vivir un proceso de fin de vida con enfoque compasivo la motivó estudiar comunicación y manejo del duelo

Influencia de la retroalimentación de un superior

Relató que un profesor lo puso en duda sobre su capacidad, lo cual fue doloroso pero lo impulsó a la autocrítica y a mejorar; señaló que la retroalimentación habría sido más útil con guía y apoyo iniciales.

* Una retroalimentación dura por parte de un profesor generó autocrítica y un compromiso por mejorar

Relaciones interprofesionales y aprendizaje cotidiano

Explicó que una actitud colaborativa y respetuosa con enfermería y terapia facilitó el aprendizaje técnico (línea arterial, manejo de ventilador) y que reconocer el contexto personal del equipo ayuda a evitar conflictos y mejora la enseñanza mutua.

* Mantener una relación colaborativa y respetuosa con enfermería y terapia facilitó el aprendizaje práctico y la enseñanza recibida

Reconocimiento de necesidades y humanización del cuidado

Daniela expone cómo, con el tiempo, empezó a identificar señales en pacientes y familias y a involucrarse en su cuidado más allá de la técnica, lo que le permitió aprender prácticas de

comunicación y acompañamiento ejemplificadas por una profesora que dio malas noticias y entregó recursos simbólicos a las familias.

* La integración de la familia en la atención intensiva fortaleció la comprensión del cuidado humano y cambió la práctica clínica de la participante.

Impacto de la empatía en la atención a una adolescente madre

Se narra el caso de una adolescente que era madre y cómo la intervención de un profesor que recordó su minoría de edad cambió la actitud del equipo, promoviendo no juzgar y priorizar la atención pediátrica adecuada, lo que alteró positivamente la dinámica del grupo.

* Recordar la condición de menor en una paciente adolescente madre reorientó la atención del equipo hacia mayor empatía y no juzgar.

Efectos del liderazgo negativo en el clima laboral

Daniela describe experiencias de mal liderazgo con gritos y humillaciones que afectaron la salud mental del equipo y la seguridad clínica, y concluye que esa conducta no debe repetirse en su práctica futura.

Brechas en la formación sobre compasión y duelo

La participante señala que el currículo no aborda explícitamente habilidades de compasión, manejo del duelo y gestión del estrés, por lo que debió buscar formación complementaria y solicita talleres y recursos para el personal.

* La formación formal no abordó suficientemente duelo y gestión del estrés, por lo que la participante buscó aprendizaje por cuenta propia.

Caso crítico de acompañamiento insuficiente en fecha sensible

Se relata el fallecimiento de un paciente la noche del 24 de diciembre, el sentimiento de falta de acompañamiento a la familia y la frustración por la escasa coordinación posterior, lo que motivó la reflexión sobre la necesidad de liderar procesos de soporte hasta el final.

* Un fallecimiento asignado la noche del 24 de diciembre dejó una sensación de falta de acompañamiento familiar y necesidad de mejor coordinación con trabajo social.

Reflexión sobre compasión, empatía y liderazgo

Se exploró el significado de compasión y liderazgo compasivo en la UCI, enfatizando el acompañamiento en la muerte y la necesidad de entender la diversidad de experiencias de pacientes, familiares y del equipo. También se discutió que no se debe asumir un rol de salvador sino integrar conocimientos técnicos con reconocimiento de la finitud humana.

* El liderazgo compasivo en UCI implica comprender situaciones diversas y acompañar incluso la muerte del paciente.

* El enfoque biopsicosocial es esencial y puede mejorar rápidamente la evolución de los pacientes cuando se integra con el cuidado físico.

Propuestas para la formación de residentes y cultura de equipo

Se propusieron cambios en la formación centrados en mayor integración del equipo, conocimiento mutuo entre colegas y enseñanza explícita de habilidades de comunicación y organización de equipos. Se afirmó que estas competencias no están suficientemente incorporadas en los currículos y que su inclusión mejoraría los resultados y la cohesión del grupo.

* Hay una brecha en los currículos respecto a habilidades de comunicación, organización de equipos y liderazgo que se deben enseñar desde etapas tempranas

Anexo 4. Matriz analítica del aprendizaje implícito del liderazgo compasivo en UCIP

Categoría analítica	Hallazgo concreto que la respalda	Interpretación para la discusión
Aprendizaje implícito del liderazgo	Los residentes narran que aprenden liderazgo en turnos, eventos críticos, retroalimentaciones y observación docente.	El liderazgo compasivo opera como currículo vivido, no solo como contenido formal.
Modelos que cuidan y modelos que dañan	Algunas historias describen acompañamiento, escucha y orientación; otras, temor, silencio o corrección humillante.	Tanto el buen como el mal ejemplo enseñan porque configuran identidad profesional.
Jerarquía, silencio y voz	Las narrativas muestran momentos en los que el residente puede hablar y otros en lo que calla por temor o subordinación.	La seguridad psicológica es condición pedagógica para aprender liderazgo compasivo.
Relación interprofesional	El liderazgo se aprende en la interacción con enfermería, pares, docentes, familias y otros profesionales.	Liderar en UCIP implica coordinar saberes y cuidar vínculo, no solo dirigir decisiones.
Alta complejidad emocional	Los eventos críticos, el sufrimiento familiar y la carga del equipo aparecen como escenas formativas	La compasión requiere regulación, autoconciencia y responsabilidad relacional.
Bienestar emocional del equipo	Las formas de liderazgo narradas pueden fortalecer confianza o producir desgaste, miedo y distancia.	El liderazgo compasivo es una práctica que protege o vulnera el ambiente emocional del equipo.