



**Universidad del
Rosario**



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

**Atención Centrada en la Persona desde la dimensión del médico como persona:
Experiencias de médicos internos durante su rotación en urgencias y su influencia
en el proceso formativo**

Autores

Oskar Francisco Cortés Portilla

Juliana María Giraldo Villamil

Carlos Arturo Gómez Teuta

Sergio Nicolás Mejía González

Director

Dra. María Teresa Gómez Lozano

Título por el que opta

Magíster en educación para profesionales de la salud

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

Maestría en educación para profesionales de la salud

Universidad del Rosario – Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá - Colombia

2026

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
I. INTRODUCCIÓN	7
II. OBJETIVOS	9
II.1. Objetivo general	9
II.2. Objetivos específicos:	9
III. MARCO TEÓRICO	10
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	15
V. RESULTADOS	21
V.1. Aprender en el límite: el servicio de urgencias como escenario que interpela al médico como persona	21
V.1.1. Un lugar que no deja indiferente: la urgencia como experiencia total del médico en formación	21
V.1.2. Del libro al paciente: Cuando el conocimiento todavía no alcanza para actuar	22
V.1.3. Solos en la tormenta: lo que el sistema no acompaña del proceso formativo	24
V.2. Sentir para cuidar: la vida emocional del interno y su lugar en la formación	25
V.2.1. Lo que nadie nombra pero todos sienten: el repertorio emocional de rotar en urgencias	25
V.2.2. Cómo los internos aprenden a sostenerse: estrategias construidas sin andamiaje institucional	27
V.2.3. Conocerse para cuidar: cuando el interno descubre qué lo afecta más y por qué	29
V.3. Ser visto o ser usado: cómo el trato del equipo moldea al médico en formación	31
V.3.1. El docente que forma y el docente que lastima: dos maneras de estar frente al interno	31
V.3.2. ¿Aprendiz o instrumento? Cuando el interno es tratado como un recurso y no como una persona	32
V.3.3. No todos aprenden en igualdad de condiciones: el género como factor silenciado en la formación	34
V.4. La persona antes que el diagnóstico: cómo los internos practican la Atención Centrada en la Persona	35
V.4.1. La forma en que se habla también cura: comunicación como acto central de la ACP	35
V.4.2. Cada uno es el único: la práctica de resistirse a convertir personas en diagnósticos	37
V.4.3. La familia entra a urgencias también: aliada, fuente de información y fuente de tensión	38
V.4.4. El paciente que cambia al médico: cuando la ACP es una relación de doble vía	39
VII. DISCUSIÓN	42
VIII. CONCLUSIONES	45
IX. SUGERENCIAS	49

X. LIMITACIONES	51
XI. AGRADECIMIENTOS	52
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
XIII. ANEXOS	58
XIII.1. Narrativa entrevista Sofía	58
XIII.1.1. La memoria del contrate: venir de la hostilidad para reconocer la humanidad	58
XIII.1.2. El paciente internacional: escuchar lo que el idioma no puede decir	59
XIII.1.3. Los abuelitos, los niños y los oncológicos: cuando la empatía desborda el rol	60
XIII.1.4. La culpa ante el paciente en estado de intoxicación: la imparcialidad como trabajo constante	61
XIII.1.5. La palabra que altera y la palabra que calma: el caso del padre en pediatría	63
XIII.1.6. Las madres con embarazos de alto riesgo: cuando la fe del paciente transforma al médico	64
XIII.1.7. El urgenciólogo que protegía el futuro: ser cuidada mientras aprende	65
XIII.1.8. La impotencia ante el protocolo: cuando la urgencia interna no coincide con el tiempo institucional	66
XIII.1.9. Aprendiendo a sobrevivir: el título como programa y como honestidad	67
XIII.2. Narrativa entrevista Andrés	68
XIII.2.1. El umbral simbólico: el uniforme como frontera entre roles	68
XIII.2.2. La muchacha de 19 años: cuando el paciente no es el que está enfermo	69
XIII.2.3. El paciente con herida por arma de fuego: el congelamiento como respuesta honesta	70
XIII.2.4. La madre y el niño intoxicado: rabia, autocontrol y la difícil imparcialidad	71
XIII.2.5. El sistema como límite: impotencia estructural y reencuadre adaptativo	73
XIII.2.6. El género como variable invisible: diferencia en el trato y conciencia del privilegio	74
XIII.2.7. La red de sostén: la prima, el compañero y el valor de lo pequeño	75
XIII.2.8. El cierre: ser persona antes que médico	76
XIII.3. Narrativa entrevista Valentina	77
XIII.3.1. La empatía como postura base: ni bolsa donde guardar, ni muro donde protegerse	77
XIII.3.2. El abuelo en paro: cuando la empatía se desplaza del paciente al familiar	78
XIII.3.3. El triage como escenario de tensión de ética: entre la limitación estructural y la dignidad en la comunicación	79
XIII.3.4. Los adultos mayores y el abandono: la ternura como vulnerabilidad formativa	80
XIII.3.5. La identidad cuestionada: cosificación, jerarquía y la dignidad del interno	81
XIII.3.6. Confianza en poco tiempo: la seguridad corporal como lenguaje clínico	83
XIII.3.7. Individualizar como acto ético: el chip que cambia en un minuto	84
XIII.3.8. El pensar frío: la autoevaluación como práctica de cuidado	85
XIII.4. Narrativa entrevista Sebastián	86
XIII.4.1. El internado como umbral: Del conocimiento al ejercicio	86
XIII.4.2. La sala de reanimación: el primer paro, la primera intuición de lo que viene	87
XIII.4.3. La desilusión y el techo terapéutico: cuando la voluntad anticipada interrumpe el	

ímpetu	87
XIII.4.4. El gesto sin testigos: agradecer al que ya no puede escuchar	88
XIII.4.5. La soledad del interno en reanimación: el aprendizaje sin testigos ni red	90
XIII.4.6. El conflicto en triage: cuando el silenciar al interno es silenciar al paciente	91
XIII.4.7. Lo que no aporta también enseña: la claridad del contraste	93
XIII.4.8. La atención integral como hallazgo: el servicio visto desde la persona	93
XIII.5. Narrativa entrevista Camilo	94
XIII.5.1. La urgencia como espacio elegido: cuando la presión es motivo y no amenaza	95
XIII.5.2. El ciclista con infarto: comunicar bajo presión como acto de cuidado coordinado	95
XIII.5.3. La fractura expuesta y el ascensor: cuando la infraestructura produce daño	97
XIII.5.4. La frustración académica: cuando no saber duele más que el error	98
XIII.5.5. La presión jerárquica y el saber desafiado: cuando la opinión del interno se convierte en amenaza	99
XIII.5.6. El momento de ser dejado a un lado: la invisibilización como herida formativa	100
XIII.5.7. La red de apoyo y el lenguaje del desahogo: sostener sin endurecer	101
XIII.5.8. Construir confianza desde el nombre propio: la cercanía como protocolo	102
XIII.5.9. La vocación confirmada: cuando el servicio no destruye, sino que ratifica	103

RESUMEN

Este artículo presenta los resultados de una investigación cualitativa con diseño narrativo, realizada con cinco médicos internos en una rotación de urgencias de un hospital de Santander, Colombia. El estudio buscó comprender cómo estos estudiantes experimentan la Atención Centrada en la Persona (ACP) desde la dimensión del médico como persona y cómo esa experiencia influye en su proceso formativo. A través de entrevistas narrativas en profundidad, se construyeron narrativas individuales que fueron sometidas a un análisis transversal sistemático. Los resultados se organizan en cuatro ejes: el servicio de urgencias como escenario de alta densidad experiencial; la vida emocional del interno y sus estrategias de regulación; las relaciones con el equipo y el impacto del reconocimiento o la cosificación en la formación, y las manifestaciones concretas de la ACP en la práctica narrada. Los hallazgos revelan que los internos construyen sus competencias relacionales de manera autónoma, sin andamiaje institucional, y que la humanización del cuidado se aprende, en parte, siendo tratado con humanidad. Se proponen implicaciones pedagógicas para la formación médica en escenarios de alta complejidad.

Palabras clave: Atención Centrada en la Persona; educación médica; médico interno; urgencias; investigación narrativa; formación profesional; dimensión humana del médico.

ABSTRACT

This article presents the results of a qualitative narrative inquiry conducted with five medical interns rotating in the emergency department of a hospital in Santander, Colombia. The study aimed to understand how these students experience Person-Centered Care (PCC) from the physician-as-person dimension and how this experience influences their training process. Through in-depth narrative interviews, individual narratives were constructed and subjected to a systematic cross-case analysis. Results are organized around four axes: the emergency department as a site of experiential density; the intern's emotional life and self-regulation strategies; relationships with the clinical team and their formative impact, and concrete manifestations of PCC in narrated practice. Findings reveal that interns build their relational competencies autonomously, without institutional scaffolding, and that humanization of care is learned, in part, by being treated humanely. Pedagogical implications for medical training in high-complexity settings are proposed.

Keywords: Person-centered care; medical education; medical intern; emergency medicine; narrative inquiry; professional formation; physician as person.

I. INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención médica y la relación entre el médico y el paciente son fundamentales para lograr tratamientos exitosos y satisfactorios en el sistema de salud actual. El enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP) busca integrar las necesidades, preferencias y valores únicos de cada paciente, promoviendo así una conexión más humana en la atención médica (Mead & Bower, 2000; Bensing, 2000; Frampton, Guastello & Lepore, 2013; Trujillo Maza & Patiño, 2019). Sin embargo, esta integración no puede comprenderse de manera completa si se atiende únicamente a la relación médico-paciente en su dimensión técnica, dejando de lado una variable central: el médico mismo como persona (Osler, 1992).

La formación médica contemporánea ha reconocido de manera creciente que el desarrollo de competencias humanísticas no se produce en el vacío, sino en la intersección entre la experiencia clínica, las emociones del estudiante y las condiciones institucionales en que se forma (Sacristán, 2016; Sánchez, 2020). El internado representa, en este sentido, un momento de particular intensidad formativa: es el umbral en el que el estudiante deja de observar para actuar, y en el que los fundamentos teóricos de la ACP deben encarnarse en decisiones y relaciones reales (Charon, 2001).

El servicio de urgencias agudiza esta tensión. Su ritmo, su densidad emocional y la variedad de las situaciones que condensa hacen de él un escenario donde la ACP se pone a prueba de formas que ningún aula ni simulador puede replicar completamente. Al mismo tiempo, es un entorno que exige del médico en formación una gestión emocional para la que raramente ha sido preparado de manera explícita (Maslach & Jackson, 1981). Esta investigación surge de la convicción de comprender cómo los internos viven esa experiencia —desde su propia subjetividad, con sus recursos y sus límites— es condición necesaria para transformar la

formación médica en el sentido de una ACP que no sea solo un protocolo de comunicación sino una postura ética sostenida.

Aunque la dimensión relacional médico-paciente de la ACP ha sido ampliamente documentada, se sabe considerablemente menos sobre cómo el médico en formación experimenta subjetivamente esa misma dimensión desde su propia condición de persona; este vacío es particularmente notorio en el escenario del internado de urgencias, donde la literatura existente describe el agotamiento y la sobrecarga, pero rara vez explora cómo esas vivencias se elaboran, se interpretan y terminan influyendo en la manera en que el interno aprende a cuidar. Es en ese vacío específico —la experiencia del médico interno como persona, y no solo como agente técnico— resulta especialmente significativa en escenarios como los servicios de urgencias, donde convergen exigencias técnicas, emocionales y relacionales que desafían simultáneamente al estudiante como persona y como futuro profesional. Comprender estas experiencias permite ampliar la comprensión tradicional de la ACP y aportar evidencia sobre una dimensión todavía insuficientemente explorada: la del médico como persona dentro de los procesos de formación clínica.

El presente artículo reporta los resultados de una investigación cualitativa de diseño narrativo realizada con cinco médicos internos durante su rotación en urgencias de un hospital de Santander, Colombia. Buscando responder la pregunta de investigación: ¿De qué manera los estudiantes de internado de la rotación de Urgencias de un Hospital de Santander experimentan la Atención Centrada en la Persona desde la dimensión del médico como persona, durante su rotación y cómo influye en su proceso formativo?

II. OBJETIVOS

II.1. Objetivo general

Comprender cómo experimentan los médicos internos la Atención Centrada en la Persona desde la dimensión del médico como persona durante su rotación en urgencias, e identificar de qué manera esa experiencia influye en su proceso formativo.

II.2. Objetivos específicos:

Describir cómo se manifiesta la ACP en la práctica clínica narrada por los internos durante su rotación en urgencias, identificando los gestos, estrategias y posturas que la componen.

Explorar la vida emocional de los internos durante la rotación en urgencias, identificando el repertorio afectivo recurrente, las estrategias de regulación desarrolladas y las zonas de vulnerabilidad diferencial.

Analizar cómo las relaciones con el equipo docente y el trato institucional recibido durante la rotación influyen en la construcción de la identidad profesional del interno y en su disposición hacia la ACP.

III. MARCO TEÓRICO

El presente estudio se inscribe en el paradigma interpretativo, el cual reconoce que la realidad social no puede comprenderse mediante explicaciones universales ni reducirse a hechos observables, sino que constituye una construcción subjetiva influida por factores históricos, culturales y sociales (Miranda Beltrán & Ortiz Bernal, 2020; Klüsse, 2018). Desde esta perspectiva, el conocimiento surge de la comprensión de los significados que las personas atribuyen a sus experiencias. Este paradigma se sustenta en tres tradiciones fundamentales: la fenomenología, que privilegia la experiencia vivida; la hermenéutica, que concibe la interpretación como el proceso central para comprender la realidad; y la ideografía, que enfatiza la singularidad de los casos y contextos particulares (Smith & Fieldsend, 2021).

Esta perspectiva resulta especialmente pertinente para comprender las experiencias formativas de los médicos internos durante su práctica clínica, ya que permite explorar cómo interpretan y otorgan significado a situaciones que marcan su proceso de formación profesional y humana. Dichas experiencias se desarrollan en el contexto de la educación médica, un escenario históricamente influenciado por el modelo flexneriano, caracterizado por la separación entre ciencias básicas y ciencias clínicas. Aunque este modelo contribuyó al desarrollo científico de la medicina, también favoreció una formación fragmentada, con limitaciones para abordar de manera integral los problemas de salud y con escaso espacio para las dimensiones humanísticas del ejercicio profesional (Cano, Salazar, Melzer & Gómez, 2008; Zeren, Zeng, Zhang & Yang, 2024).

Como respuesta a estas limitaciones, han emergido enfoques educativos fundamentados en el constructivismo crítico, orientados a promover aprendizajes significativos y una formación integral de los futuros profesionales de la salud (Challa, Sayed & Acharya, 2021). Desde la

perspectiva constructivista, el conocimiento no se recibe pasivamente, sino que se construye activamente a través de la experiencia, la interacción y la reflexión (Allen, 2022; Abualhaija, 2019). El socioconstructivismo amplía esta comprensión al destacar que el aprendizaje ocurre en interacción con otros y con el contexto sociocultural, de manera que el conocimiento se construye colectivamente mediante el diálogo, la participación y la pertenencia a comunidades de práctica (Castellaro & Peralta, 2020; Adams, 2006). En consonancia con Vygotsky (1978), el aprendizaje se desarrolla inicialmente en un plano social para luego internalizarse, permitiendo que los individuos construyan significados a partir de experiencias compartidas.

Desde esta mirada, las experiencias que viven los estudiantes durante su formación adquieren un papel central en la construcción de su identidad profesional. En particular, el concepto de incidente crítico ofrece una lente útil para comprender aquellos acontecimientos que generan aprendizajes profundos. Sus fundamentos pueden rastrearse en la teoría de la experiencia de Dewey (1938), quien planteó que no toda experiencia es necesariamente educativa. Para este autor, el aprendizaje surge cuando una situación produce una ruptura entre los conocimientos previos del sujeto y las demandas de la realidad, generando una perturbación que moviliza procesos de reflexión y reconstrucción de significados.

Posteriormente, Flanagan (1954) desarrolló la técnica de incidentes críticos y Tripp (1993) amplió su comprensión al señalar que estos eventos adquieren carácter crítico cuando son interpretados como significativos por quienes los experimentan. En consecuencia, los incidentes críticos pueden entenderse como acontecimientos que poseen una alta carga emocional y cognitiva, capaces de cuestionar creencias, valores y formas de actuar previamente establecidas. En el ámbito de la formación médica, Fook y Gardner (2007) han destacado el análisis de

incidentes críticos como una estrategia pedagógica que favorece la reflexión crítica sobre la práctica profesional.

El servicio de urgencias constituye un escenario particularmente propicio para la aparición de este tipo de experiencias. La incertidumbre clínica, la toma de decisiones bajo presión, el contacto con el sufrimiento humano y la exposición a situaciones límite convierten este contexto en un espacio de intensos desafíos cognitivos y emocionales para los médicos internos. Es razonable pensar que muchas de las experiencias relatadas por los participantes correspondan a incidentes críticos que influyen significativamente en la construcción de su identidad profesional. Sin embargo, siguiendo a Dewey (1938), estos acontecimientos sólo se transforman en oportunidades de aprendizaje cuando son objeto de reflexión. Por ello, este estudio busca comprender cómo los internos experimentan, interpretan y elaboran estas situaciones, así como las consecuencias que pueden derivarse cuando dichos procesos reflexivos no ocurren o carecen de acompañamiento institucional. Esta consideración tiene una implicación que se retoma a lo largo del estudio: si el aprendizaje a partir de incidentes críticos depende de que estos sean objeto de reflexión, entonces los programas de formación tienen una responsabilidad explícita —no sólo deseable, sino curricularmente exigible— en el diseño didáctico de espacios institucionales para esa reflexión, y no únicamente en confiar en que ocurra de manera espontánea o informal. Esta idea guarda relación directa con las categorías de análisis que se anticipan en esta introducción y que se desarrollan posteriormente en los resultados.

En este contexto emerge la Atención Centrada en la Persona (ACP) como un marco conceptual que articula las dimensiones clínicas, educativas y humanas de la formación médica. La ACP se define como un enfoque de atención que integra las necesidades, preferencias y valores de las personas en los procesos de cuidado y toma de decisiones (Engel, 1977; Hashim,

2017; Morgan & Yoder, 2012). Más allá de constituir una competencia clínica, representa una manera de comprender la relación terapéutica y el ejercicio profesional.

Dentro de este enfoque, la dimensión del “médico como persona”, desarrollada por Trujillo Maza y Patiño (2019), resulta especialmente relevante para esta investigación. Esta perspectiva reconoce que el cuidado auténtico exige que el médico se involucre como sujeto que siente, duda, aprende y se transforma en el encuentro con los pacientes. En consecuencia, las experiencias vividas durante la formación no solo contribuyen al desarrollo de competencias técnicas, sino también a la construcción de valores, actitudes y formas de comprender el cuidado.

Dado que el interés de este estudio se centra en comprender el significado que los médicos internos atribuyen a estas experiencias, la investigación narrativa constituye un enfoque metodológico coherente con el paradigma interpretativo y con los fundamentos teóricos previamente descritos. Desde esta perspectiva, las narrativas no son simples descripciones de acontecimientos, sino construcciones mediante las cuales las personas organizan, interpretan y dotan de sentido sus vivencias (Riessman, 2008). Bruner (1991) señala que el pensamiento narrativo permite comprender la experiencia humana en su particularidad y complejidad, diferenciándose de las formas de pensamiento orientadas a la búsqueda de leyes generales.

Asimismo, Bolívar (2002) destaca que la investigación biográfico-narrativa ha contribuido a legitimar las historias personales y profesionales como fuentes válidas de conocimiento en las ciencias sociales. En el ámbito de la educación médica, las narrativas permiten acceder a los significados que los estudiantes construyen sobre su formación y a los procesos mediante los cuales se configuran como personas y como médicos (Clandinin & Connelly, 2000; Blanco, 2011; Nieto-Bravo, Pérez-Vargas & Moncada-Guzmán, 2023). Desde esta perspectiva, las historias relatadas por los internos constituyen una vía privilegiada para

comprender cómo determinadas experiencias vividas durante el internado de urgencias contribuyen a la construcción de su identidad profesional y a la comprensión de la Atención Centrada en la Persona.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

Los fundamentos teóricos que orientan esta investigación —el paradigma interpretativo, el socioconstructivismo, la teoría de la experiencia de Dewey, el concepto de incidente crítico y la Atención Centrada en la Persona— convergen en una preocupación común: comprender cómo las personas construyen significado a partir de sus experiencias. En consecuencia, el interés de este estudio no se centra en medir variables ni en identificar relaciones causales, sino en explorar cómo los médicos internos interpretan las experiencias vividas durante su rotación por el servicio de urgencias y cómo estas contribuyen a la configuración de su identidad profesional. Desde esta perspectiva, la investigación narrativa constituye un enfoque metodológico coherente, pues permite acceder a las formas en que los participantes organizan, reconstruyen y otorgan sentido a sus vivencias mediante los relatos que elaboran sobre ellas.

Esta investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo con diseño narrativo, enmarcado en el paradigma interpretativo (Lincoln & Guba, 1985). La elección de este enfoque responde a la naturaleza de la pregunta de investigación, orientada a comprender cómo los médicos internos viven, interpretan y atribuyen significado a sus experiencias durante la rotación por el servicio de urgencias.

La recolección de información se realizó mediante entrevistas narrativas en profundidad a cinco médicos internos que se encontraban en rotación activa por el servicio de urgencias de un hospital de Santander, Colombia. Se utilizó un muestreo por conveniencia, seleccionando participantes que cumplieran con los criterios de inclusión y manifestaron su disposición para participar en el estudio. En coherencia con el enfoque interpretativo, no se buscó alcanzar representatividad estadística, sino obtener una comprensión profunda y contextualizada de las experiencias narradas.

Desde la aprobación del estudio se estableció como criterio de inclusión que los internos hubieran culminado al menos la mitad de su rotación por el servicio de urgencias, de manera que contaran ya con un volumen suficiente de experiencias clínicas susceptibles de ser narradas y analizadas. La invitación se realizó a través de dos grupos de internos en rotación, a quienes se les explicó el propósito y los alcances del estudio; la participación quedó condicionada únicamente a la disposición voluntaria de cada interno, sin que mediaran otros criterios de selección adicionales. En coherencia con esta lógica de conveniencia, no se buscó ni se controló una distribución específica por sexo entre los participantes.

Todas las entrevistas fueron realizadas previo consentimiento informado, grabadas en audio y posteriormente transcritas de manera literal. A partir de estas transcripciones se construyeron narrativas individuales mediante un proceso de escritura orientado a preservar la voz, el sentido y la coherencia interna de cada relato. Con el fin de garantizar la confidencialidad y proteger la identidad de los participantes, los nombres reales fueron reemplazados por pseudónimos: Andrés, Valentina, Camilo, Sofía y Sebastián.

El análisis de la información se fundamentó en la propuesta de investigación narrativa de Clandinin y Connelly (2000) y Clandinin (2006), quienes plantean la exploración de las experiencias a partir de tres dimensiones interrelacionadas: temporalidad, socialidad y lugar. La temporalidad permitió comprender cómo las experiencias se articulan entre el pasado, el presente y las expectativas futuras; la socialidad orientó la atención hacia las condiciones personales y sociales que influyen en la experiencia; y el lugar permitió examinar los contextos específicos donde ocurren los acontecimientos narrados.

El proceso analítico se desarrolló en varias etapas. Inicialmente, cada narrativa fue leída de manera individual para identificar acontecimientos significativos, nodos temáticos y patrones

internos de coherencia. Posteriormente, se realizó una lectura transversal de las cinco narrativas con el propósito de reconocer convergencias, divergencias y tensiones entre las experiencias relatadas. Finalmente, se construyeron las temáticas analíticas que estructuran los hallazgos del estudio, procurando que estas emergieran de manera inductiva a partir de los relatos y no de categorías previamente definidas (Polkinghorne, 1995). Como estrategia complementaria, se empleó codificación abierta (McLeod, 2024), la cual permitió fragmentar los datos, identificar conceptos relevantes y favorecer la emergencia de nuevas comprensiones derivadas del material empírico. La lectura individual y la lectura transversal de las cinco narrativas fueron realizadas por los cuatro integrantes del equipo investigador, quienes no tenían vínculos directos previos con los participantes entrevistados, lo que permitió descartar conflictos de interés en la recolección y el análisis de la información. Cada investigador llevó a cabo de manera independiente la extracción de los fragmentos considerados relevantes en cada narrativa, para posteriormente triangular esa información entre los cuatro analistas y consolidar las categorías finales, en coherencia con la estrategia de triangulación entre investigadores descrita en el apartado de rigor metodológico.

El rigor metodológico se garantizó mediante los criterios de credibilidad, transferibilidad y autenticidad propuestos por Lincoln y Guba (1985). Para ello se implementaron estrategias como la triangulación entre investigadores durante el proceso analítico y la elaboración de descripciones densas de los contextos y experiencias estudiadas, favoreciendo que otros investigadores puedan valorar la aplicabilidad de los hallazgos en contextos similares.

La credibilidad se favoreció mediante la lectura reiterada de las narrativas, la discusión constante de las interpretaciones entre los investigadores y el contraste permanente de las categorías emergentes con los relatos originales. La transferibilidad se buscó a través de

descripciones detalladas del contexto, los participantes y las experiencias analizadas, permitiendo que otros investigadores valoren la aplicabilidad de los hallazgos en escenarios similares. La dependabilidad se fortaleció mediante la documentación sistemática de las decisiones metodológicas adoptadas durante las diferentes etapas del estudio. Finalmente, la confirmabilidad se promovió mediante la triangulación entre investigadores, los ejercicios de reflexividad y el retorno continuo a los datos para garantizar que las interpretaciones estuvieran fundamentadas en las experiencias narradas por los participantes.

Desde el punto de vista ético, este estudio fue clasificado como una investigación sin riesgo, de acuerdo con la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Su desarrollo se orientó por los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia contenidos en el Código de Núremberg (The Nuremberg Code, 1947/1996), la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y el Informe Belmont (National Commission, 1979). Asimismo, se acogieron las disposiciones del marco jurídico colombiano, incluyendo la Constitución Política de Colombia (1991), la Ley 23 de 1981, el Decreto 3380 de 1981 y demás normativas relacionadas con la protección de los participantes en investigación.

Reconociendo que los estudios cualitativos implican una interacción cercana entre investigador y participante, se prestó especial atención a la protección de la dignidad, la autonomía y el bienestar de quienes compartieron sus experiencias (Orb, Eisenhauer & Wynaden, 2001; Parra Domínguez & Briceño Rodríguez, 2013). En consecuencia, se garantizó la participación voluntaria, la confidencialidad de la información, el manejo seguro de los datos y el derecho de los participantes a retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello implicara consecuencia alguna.

Las grabaciones de audio de las entrevistas quedaron a cargo de uno solo de los integrantes del equipo investigador, quien las dispuso de manera centralizada en su computador personal, eliminando el archivo original del computador del entrevistador inmediatamente después de su traslado. Este mismo investigador fue el encargado de realizar la transcripción de la totalidad de las entrevistas; una vez completada la transcripción de cada una, el archivo de audio correspondiente fue destruido. En las transcripciones, el nombre real de cada entrevistado fue sustituido de manera inmediata por un seudónimo, de modo que en ningún momento posterior a la transcripción se conservó un documento de trabajo que vinculara los relatos con la identidad real de los participantes.

Reflexividad y posicionamiento investigativo: El equipo investigador está conformado por médicos vinculados a la práctica clínica que, en su propio tránsito por la formación médica, han atravesado experiencias cercanas a las relatadas por los participantes de este estudio. Este posicionamiento no es incidental: es, en buena medida, lo que motivó la pregunta de investigación. Reconocer esta cercanía implica asumir que la escucha, la transcripción y la interpretación de los relatos no ocurrieron desde una posición neutra, sino desde una sensibilidad previa hacia el fenómeno estudiado. Esta cercanía representa simultáneamente una fortaleza y un riesgo: una fortaleza, porque permitió reconocer matices y resonancias en los relatos que un investigador ajeno al campo clínico podría no detectar; un riesgo, porque la familiaridad con la experiencia narrada puede inclinar la interpretación hacia lo ya conocido por el investigador, en lugar de hacia lo que el participante efectivamente quiso comunicar.

Para gestionar esta tensión, el proceso de transformar las entrevistas en narrativas individuales y, posteriormente, en categorías de análisis transversal, se sometió a la triangulación entre los investigadores descrita en el apartado de rigor metodológico, de manera que ninguna

interpretación individual quedará sin ser contrastada por el resto del equipo. Adicional a esta triangulación entre los investigadores, se solicitó a cada uno de los médicos internos entrevistados que leyeran la narrativa generada para que ellos mismos indican la correcta disposición de la información con lo que querían decir. Aun así, los autores reconocen —como se señala también en el apartado de limitaciones— que la construcción de narrativas a partir de las transcripciones introduce inevitablemente una capa de mediación interpretativa entre la experiencia vivida por el participante y el texto finalmente analizado, mediación que no puede eliminarse por completo, solo declararse con la mayor transparencia posible.

Declaración del uso de Inteligencia Artificial: Durante el proceso de escritura y revisión de este artículo se utilizó inteligencia artificial generativa —específicamente el modelo Chat GPT— como herramienta de apoyo para la mejora de la cohesión textual, la revisión del estilo y la consistencia de la redacción en español. El uso de esta herramienta se limitó al procesamiento lingüístico del texto; el diseño del estudio, la recolección de datos, el análisis de las narrativas, la interpretación de los hallazgos y todas las decisiones intelectuales del proceso investigativo fueron realizados exclusivamente por los autores. La responsabilidad sobre el contenido del artículo es íntegramente de los autores.

V. RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación corresponden al análisis transversal de las cinco narrativas construidas a partir de las entrevistas en profundidad. El análisis identificó cuatro ejes temáticos que dan cuenta de cómo los médicos internos experimentan la ACP desde la dimensión del médico como persona durante su rotación en urgencias y cómo esa experiencia influye en su proceso formativo.

V.1. Aprender en el límite: el servicio de urgencias como escenario que interpela al médico como persona

V.1.1. Un lugar que no deja indiferente: la urgencia como experiencia total del médico en formación

Las cinco narrativas coinciden en describir el servicio de urgencias como un espacio cualitativamente distinto a cualquier otro por el que los internos hubieran rotado previamente. Esta distinción no se expresa únicamente en términos de complejidad clínica —aunque esta es señalada de manera consistente—, sino en la densidad de las experiencias humanas que el servicio condensa: la muerte, el dolor extremo, el miedo, la incertidumbre, el abandono familiar, la violencia, la enfermedad crónica sin solución. Ninguno de los cinco participantes describe urgencias como un espacio neutro; todos lo narran como un entorno que los interpela en múltiples dimensiones simultáneamente.

Andrés describe el servicio con una imagen de movimiento ininterrumpido que impide la pausa necesaria para procesar lo vivido. Camilo, quien declara una afinidad previa con el entorno de urgencias, reconoce igualmente que la humanización opera de manera diferente en

reanimación que en consulta ambulatoria. Sebastián distingue explícitamente entre el tiempo del estudiante —que observa— y el tiempo del interno —que actúa—, y marca el ingreso a la sala de reanimación como un umbral irreversible en su comprensión de lo que implica el trabajo médico.

Valentina, por su parte, llegó a describir las primeras semanas como una especie de terapia involuntaria. Sus propias palabras durante la entrevista lo sintetizan: «Urgencias te obliga a procesar rápido, a veces demasiado rápido, cosas para las que nadie te preparó.» La intensidad de lo que veía y vivía la obligaba a elaborar experiencias para las que no tenía marcos previos. Sofía llegó al servicio cargando la memoria de hospitales que describe como hostiles, y esa memoria actuó como lente de contraste: lo que en otro contexto habría pasado desapercibido —un trato respetuoso, un especialista que escucha sin imponer— se volvió visible y valioso precisamente porque ella sabía lo que era su ausencia.

Este primer patrón transversal —urgencias como espacio de alta densidad experiencial que interpela al sujeto en múltiples dimensiones— es relevante para la comprensión de la ACP desde la dimensión del médico como persona, porque establece las condiciones de posibilidad de todo lo que las narrativas describen a continuación. No es posible analizar cómo los internos viven, sienten y gestionan su experiencia sin considerar que están operando en un entorno que sistemáticamente los empuja más allá de sus recursos actuales.

V.1.2. Del libro al paciente: Cuando el conocimiento todavía no alcanza para actuar

Cuatro de los cinco participantes articulan de manera explícita una distinción entre el conocimiento teórico adquirido en la carrera y el ejercicio de ese conocimiento en tiempo real sobre pacientes reales. Esta brecha no es solo técnica; es existencial. El interno que llega a

urgencias sabe que sabe, pero descubre que saber no es lo mismo que poder hacer cuando hay un cuerpo frente a uno, un familiar que espera, un equipo que actúa y un tiempo que no espera.

Sebastián lo formula con mayor precisión que ningún otro: la diferencia entre saber y ejercer define la naturaleza del internado. Camilo lo vive con especial intensidad en el episodio del paciente oncológico, donde el bloqueo cognitivo bajo presión le produce vergüenza que él mismo describe con lucidez: «Ya voy a ser médico, estoy acá y no sé las cosas, y las otras personas lo notan.» Sofía lo expresa a través de su título para la rotación —«Aprendiendo a sobrevivir»—, que no es solo una imagen dramática sino la descripción precisa de una transición formativa que nadie le había explicado que iba a ocurrir. Andrés lo experimenta a través del congelamiento ante el paciente baleado: el cuerpo y la mente que se detienen ante un estímulo para el que no tienen referentes incorporados.

Esta brecha entre el saber y el hacer es uno de los espacios de mayor vulnerabilidad del internado, y también uno de los menos atendidos institucionalmente. Las narrativas sugieren que los internos la atraviesan en su mayor parte solos, construyendo recursos ad hoc a partir de la observación, el ensayo, la reflexión diferida y, cuando existe, el apoyo de pares o docentes que los acompañan sin sustituirlos. La ausencia de un marco institucional que nombre esta transición, que la anticipe y que ofrezca herramientas para habitarla, es una limitación formativa significativa que el conjunto de relatos señala de manera convergente.

Sebastián lo articula con una precisión que merece detenerse: el internado no es la continuación del pregrado, sino su ruptura. En sus propias palabras, hay una diferencia entre saber que se sabe hacer algo y poder hacerlo cuando hay una persona frente a uno, con urgencia y consecuencias reales. Sofía lo nombra con la franqueza que caracteriza toda su narrativa: su

título para la rotación, "Aprendiendo a sobrevivir", no es metáfora sino descripción literal de una transición formativa para la que nadie la preparó.

V.1.3. Solos en la tormenta: lo que el sistema no acompaña del proceso formativo

Una dimensión que emerge con fuerza en varias narrativas —y que alcanza su expresión más nítida en el relato de Sebastián— es la soledad estructural del interno en urgencias. La distribución de los estudiantes en diferentes áreas del servicio impide la formación de comunidades de experiencia inmediatas: cada interno está en un sector distinto, atiende casos distintos, y no tiene acceso a la experiencia de sus compañeros en tiempo real.

Sebastián es quien más claramente nombra las consecuencias de esta fragmentación: el episodio de mayor carga emocional de su rotación —la muerte del paciente al que agradece, la primera intubación en sala de reanimación— ocurrió en completa soledad. Nadie de su grupo supo lo que ocurrió. La entrevista de investigación fue la primera vez que pudo hablarlo con alguien. Este hallazgo es metodológicamente relevante: señala que la entrevista narrativa en profundidad no es solo un instrumento de recolección de datos, sino que puede ser en sí misma una intervención formativa al ofrecer un espacio de elaboración que el servicio no proveyó.

Camilo, a diferencia de Sebastián, encontró ciertos apoyos puntuales: su prima, también médica, le ofrecía un espacio de descarga al terminar el turno. «Hablar con ella después del turno era lo que me evitaba que las cosas me ahogaran», describió Camilo. Valentina desarrolló una estrategia diferente: aprendió a olvidar rápido, no como negación sino como preservación deliberada de la energía necesaria para volver al día siguiente. Sofía encontró en el urgenciólogo

que la acompañaba una presencia que ella interpretó no solo como enseñanza sino como protección activa de su proceso formativo.

Andrés, en cambio, logró construir una red de apoyo a pesar de la fragmentación estructural: relata con vital importancia al compañero que se acercó durante una sutura difícil. Lo común a todos es que las estrategias de sostenimiento son personales, informales, no institucionalizadas. El servicio no ofrece espacios regulares de procesamiento colectivo de lo vivido.

V.2. Sentir para cuidar: la vida emocional del interno y su lugar en la formación

V.2.1. Lo que nadie nombra pero todos sienten: el repertorio emocional de rotar en urgencias

El análisis transversal de las cinco narrativas permite identificar un repertorio emocional recurrente que los internos experimentan durante la rotación. Este repertorio no es uniforme en su distribución entre participantes, pero sí consistente en sus categorías: impotencia, frustración, desilusión, rabia, culpa, gratitud, satisfacción, miedo, vergüenza y tristeza son las emociones que aparecen nombradas de manera explícita a lo largo de los relatos.

La impotencia es la emoción de mayor presencia transversal. Esta emoción aparece con recurrencia en las narrativas y se manifiesta en tres formas distintas: impotencia clínica (ante la enfermedad que no responde al tratamiento), impotencia relacional (ante el sufrimiento cuyo origen está fuera del alcance del médico, como en el caso de la muchacha de 19 años con la madre controladora que describe Andrés) e impotencia estructural (ante las limitaciones del

sistema de salud que ningún acto médico individual puede modificar). Esta distinción entre los tres tipos de impotencia es analíticamente importante porque sugiere que la formación médica necesita preparar a los internos no solo para el fracaso técnico, sino para las formas de limitación que son de naturaleza relacional y sistémica.

La frustración aparece asociada principalmente a dos fuentes: la imposibilidad de participar en procedimientos técnicos significativos (Sebastián ante el paciente con techo terapéutico, Camilo en el momento del bloqueo cognitivo) y la invisibilización por parte del equipo (Valentina cuando se la «presta» como recurso, Camilo cuando el especialista le pide que se haga a un lado). En ambos casos, la frustración no surge de la incapacidad sino de la imposibilidad de expresar una capacidad que el interno siente que tiene. Este matiz es relevante: no es la falta de recursos lo que frustra, sino la falta de acceso a los propios recursos.

La rabia aparece de manera explícita en dos narrativas: Andrés ante el caso de la madre que intoxicó a su hijo, y Sofía ante los pacientes que llegan en estado de intoxicación alcohólica. En ambos casos, la rabia se dirige hacia comportamientos percibidos como causantes de daño evitable, y en ambos casos los internos describen el trabajo activo de no dejar que esa rabia colonice el acto clínico. La diferencia entre los dos casos es que Andrés logra reencuadrar la percepción con mayor rapidez, mientras que Sofía admite que no siempre lo consigue. Esta diferencia no habla de una mayor capacidad moral de Andrés; habla de recursos cognitivos distintos que probablemente están relacionados con su año de trabajo en psiquiatría.

La culpa es la emoción más honestamente narrada en las entrevistas, y su presencia más nítida está en Sofía. Nombrar la culpa —no como performance de humildad sino como reconocimiento genuino de una falla en la imparcialidad— es uno de los actos de autotransparencia más significativos del conjunto de entrevistas. Que Sofía lo haga sin que nadie

se lo pida, y que lo haga al mismo tiempo que describe las herramientas que construye para no repetirlo, sugiere un nivel de conciencia crítica sobre la propia práctica que la formación médica formal raramente cultiva de manera explícita.

La gratitud, finalmente, aparece de manera singular en la narrativa de Sebastián: dirigida hacia un cuerpo fallecido, expresada en privado, sin función pedagógica ni institucional. «Me acercé, le toque la mano y le dije gracias. Me nació. Él me enseñó la primera intubación de verdad», relató Sebastián durante la entrevista. Esta forma de gratitud —que trasciende la relación clínica convencional y restituye humanidad al paciente que el proceso técnico tendía a reducir a un caso— es probablemente el hallazgo más singular de todos los relatos analizados en términos de la ACP desde la dimensión del médico como persona.

Sofía, a su vez, narra la culpa con una honestidad que raramente aparece en contextos académicos: reconoce que con los pacientes que llegan en estado de intoxicación alcohólica no logra ser imparcial, que el juicio emerge, aunque no lo busque, y que esa pérdida de imparcialidad la hace sentir culpable. Lo significativo es que no busca justificarse ni minimizarlo: lo nombra como falla, y describe el proceso activo mediante el cual intenta corregirlo, apoyándose en una herramienta cognitiva que ella misma fue construyendo —recordar que todos somos iguales, que cualquiera podría encontrarse en esa situación. Valentina, por su parte, describe la satisfacción de manera menos dramática pero igualmente significativa: la sensación de haber estado presente de verdad, de no haber serializado a alguien, de haber cambiado el chip entre un paciente y el siguiente.

V.2.2. Cómo los internos aprenden a sostenerse: estrategias construidas sin andamiaje institucional

El análisis de las estrategias de regulación emocional que los internos describieron revela un continuum que va desde lo puramente instintivo hasta lo relativamente elaborado, pero en ningún caso institucionalizado. Ninguno de los cinco participantes menciona haber recibido formación explícita en regulación emocional, ni haber tenido acceso a espacios institucionales de acompañamiento psicológico durante la rotación.

Las estrategias descritas pueden clasificarse en tres tipos. El primero es de naturaleza cognitiva: dar lógica a la situación (Camilo), reencuadrar la percepción de quien está frente a uno (Andrés ante la madre que intoxicó al niño), recordar que todos merecen ser tratados como seres humanos independientemente de sus decisiones (Sofía), centrarse en la función concreta que se tiene que cumplir (Sofía, Valentina). El segundo tipo es de naturaleza somática y ritual: quitarse el uniforme (Andrés), respirar antes de actuar (Sofía), tomar agua (Camilo), cambiar de ambiente después del turno (referenciado implícitamente en varias narrativas). El tercer tipo es de naturaleza relacional: hablar con la prima médica (Andrés), desahogarse verbalmente con familia y amigos (Camilo), olvidar rápido como forma de preservar energía (Valentina), usar la entrevista de investigación como espacio de elaboración (Sebastián).

Lo que este mapa de estrategias revela no es que los internos carezcan de recursos, sino que esos recursos son autogenerados, no sistemáticos y no acompañados. Cada interno construyó su propio modo de sobrevivir emocionalmente al servicio, sin que nadie les ofreciera un marco para hacerlo ni les indicara que ese trabajo era necesario y válido. «Quitándome el uniforme aprendí a dejar el trabajo en el hospital. Uno tiene que aprender a lavarse el uniforme solo, nadie te lo dice, pero si no lo haces el turno siguiente ya no eres el mismo», narró Andrés. Esta imagen condensa con precisión lo que ninguna teoría podría describir mejor: los internos construyen sus rituales de desconexión solos, en silencio, esperando estar listos para el próximo turno.

Sofía añade una dimensión corporal a estas estrategias que merece ser nombrada: antes de un procedimiento difícil, respira. No como técnica aprendida en un taller, sino como necesidad que el cuerpo desarrolló sólo, como una forma de anclar la presencia antes de actuar. Camilo, en cambio, recurre a lo cognitivo: "darle lógica a la situación", como él lo llama, no para anestesiar lo que siente sino para situarlo en un marco que le permita seguir funcionando. Sebastián no describe estrategias deliberadas de regulación; sus estrategias emergieron de los silencios del servicio y, como él mismo reconoció al final de la entrevista, la primera vez que habló de verdad de lo que vivió en reanimación fue en esa misma conversación de investigación.

V.2.3. Conocerse para cuidar: cuando el interno descubre qué lo afecta más y por qué

Un hallazgo consistente a través de las narrativas es que cada interno tiene zonas de mayor resonancia emocional —grupos de pacientes o situaciones que activan en ellos una respuesta afectiva más intensa que otras— y que varios de ellos son capaces de identificarlas y nombrarlas. Esta capacidad de autoconocimiento emocional es en sí misma un recurso clínico: quien sabe cuáles son sus zonas de mayor vulnerabilidad puede gestionarlas con mayor conciencia que quien las ignora.

Los adultos mayores constituyen la zona de mayor vulnerabilidad para Valentina (que se crió con su abuelo), Sofía (que perdió a su abuela durante la rotación) y Camilo (que menciona a su abuelo en su red de apoyo). Esta convergencia no es casual: la figura del adulto mayor activa vínculos intergeneracionales que conectan la experiencia clínica con la vida personal del médico de una manera que la formación académica raramente reconoce. El adulto mayor enfermo no es solo un caso; es también, potencialmente, el espejo de alguien amado.

Los niños son la zona de vulnerabilidad de Sofía, la infancia activa una respuesta de protección que intensifica el compromiso emocional del médico. Los pacientes oncológicos drenan a Sofía de una manera que ella reconoce como excesiva pero no completamente controlable. Los pacientes en estado de intoxicación alcohólica activan en Sofía un juicio que interfiere con la imparcialidad. El paciente con historia de violencia, desarrolla en Andrés una rabia que tiene que ser gestionada activamente.

Que todos estos internos sean capaces de nombrar sus zonas de vulnerabilidad con tanta claridad y honestidad sugiere que el proceso de la entrevista narrativa —y posiblemente la experiencia de la rotación misma, cuando incluye momentos de reflexión— tiene un efecto de activación del autoconocimiento que la enseñanza formal no siempre logra. La pregunta que este hallazgo plantea para la formación médica es cómo crear condiciones para que ese autoconocimiento sea cultivado de manera sistemática, no solo activado esporádicamente por las crisis.

Andrés lo ilustra con el caso de la madre que intoxicó a su hijo: supo desde el primer momento que eso iba a producirle rabia, y ese saber anticipado le permitió preparar la respuesta antes de que la emoción lo tomara por sorpresa. Valentina describe algo similar con los adultos mayores: saber que son su zona de mayor vulnerabilidad le permite llegar a esos encuentros con una conciencia adicional, no para anularse, sino para no desbordarse. Sofía va más lejos: nombra explícitamente que durante la rotación murió su abuela, y que esa pérdida personal afinó su sensibilidad hacia los pacientes mayores de una manera que a veces la supera. Reconocerlo, dice, es la única forma de trabajar con ello.

V.3. Ser visto o ser usado: cómo el trato del equipo moldea al médico en formación

V.3.1. El docente que forma y el docente que lastima: dos maneras de estar frente al interno

Una de las dimensiones más consistentemente presentes en las narrativas es la que describe la relación de los internos con los médicos generales, especialistas y urgenciólogos que los acompañan —o no— en el servicio. Las cinco narrativas ofrecen evidencia de que esa relación es altamente variable y tiene consecuencias directas sobre la experiencia formativa y el bienestar del interno.

En el polo positivo del espectro aparecen figuras docentes que los internos describen con gratitud y en detalle: el urgenciólogo de Sofía que la lleva al procedimiento y le dice «no, usted lo va a hacer»; el docente de Sebastián que percibe su frustración y le ofrece la oportunidad de intubar; el especialista de Camilo que le delega explícitamente la función comunicativa con la familiar del ciclista. Lo que estas figuras tienen en común no es solo la transmisión de conocimiento técnico, sino una forma de presencia que reconoce al interno como sujeto en formación: alguien que necesita ser visto, acompañado, sostenido sin ser sustituido.

En el polo negativo aparecen figuras que los internos describen con igual precisión: la médica general del triage que impide a Sebastián hablar con el paciente, invocando una justificación médico-legal que el propio Sebastián desmonta con lógica elemental; el médico que le pide a Camilo que se haga a un lado cuando le expresa su frustración; los médicos de otros servicios que invalidan el criterio del interno cuando es expresado, independientemente de cómo

se formule. Lo que estas figuras tienen en común es la interpretación de la presencia del interno como una amenaza o una carga, no como una oportunidad de formación conjunta.

Entre los dos polos, Andrés ofrece una imagen más matizada: «Va por mitades.» Hay profes que apoyaban mucho el proceso, que eran conscientes, y hay otros que ante el cansancio del interno respondían con turnos de castigo. Esta distribución bimodal —docentes que humanizaban y docentes que endurecían— no es una característica específica de esta institución sino un patrón que las narrativas sugieren como sistémico en la formación médica colombiana. Las narrativas de Sofía y de Camilo confirman que han vivido versiones similares en otros hospitales, y que la institución actual se distingue positivamente por la prevalencia del polo humanizante, no por su exclusividad.

Sebastián ofrece el ejemplo más nítido de ambos polos en la misma rotación. El docente que lee su frustración y le ofrece la oportunidad de intubar pertenece al polo del acompañamiento pleno; la médica que le impide hablar con el paciente, invocando una justificación legal que él mismo desmonta con lógica elemental, pertenece al polo de la invisibilización. Lo que separa a una figura de otra no es solo la técnica docente ni el conocimiento clínico, sino algo más difícil de enseñar: la disposición a reconocer al interno como un sujeto en formación que necesita ser visto.

V.3.2. ¿Aprendiz o instrumento? Cuando el interno es tratado como un recurso y no como una persona

Varias narrativas describen experiencias en las que el interno fue tratado no como un sujeto en formación sino como un recurso operativo disponible. El episodio de Valentina —en el que se solicita «prestar un interno» con la indiferencia de quien escoge un instrumento— es el

más explícito de las narrativas. Sebastián describe la médica que le impide hablar con el paciente como parte de una lógica que prioriza la eficiencia del proceso sobre el aprendizaje del interno y, paradójicamente, sobre la calidad de la atención al paciente mismo. Camilo narra los momentos en que fue dejado de lado en situaciones de alta complejidad con la comprensión racional de que la prioridad era el paciente, pero con el reconocimiento honesto de que eso no se sentía bien.

La cosificación del interno tiene efectos que los relatos permiten identificar con claridad. En el plano emocional, produce lo que Valentina describe con la palabra «achantarse»: «Uno se achanta, no por no saber, sino porque si uno dice algo le da más trabajo al equipo y a uno lo ven como un estorbo.» Es una forma de encogimiento que no es resignación sino la preservación de la energía necesaria para seguir funcionando en un entorno que no reconoce el valor individual. En el plano formativo, interrumpe el proceso de aprendizaje al priorizar la producción burocrática sobre la exposición clínica significativa: el interno que evoluciona diez historias clínicas mientras pasa el caso que realmente aportaría a su formación no está siendo formado; está siendo utilizado. En el plano de la ACP, produce un efecto paradójico: un interno que no es tratado como persona tiene menos recursos para tratar a sus pacientes como personas.

Esta última relación —entre la humanización del interno y la humanización de su práctica— es uno de los hallazgos más importantes de este estudio y merece ser subrayada. La ACP no es una competencia que se puede enseñar en abstracto mientras se deshumaniza el proceso formativo. Se aprende, en parte, siendo tratado con humanidad. Se aprende viendo cómo los docentes y el equipo tratan a los pacientes. Y se desprende, progresivamente, en entornos que premian la eficiencia sobre la presencia, la velocidad sobre la escucha, la distancia emocional sobre el acompañamiento.

Valentina lo describe con una imagen que condensa el problema: cuando le asignan diez evoluciones de otros mientras llega el paciente que realmente aportaría a su formación, el contrato formativo se rompe. No con resentimiento, sino con la claridad de quien sabe exactamente para qué está allí y reconoce cuándo esa razón está siendo ignorada. Camilo narra algo similar desde otro ángulo: los momentos en que el especialista le pide que se haga a un lado los entiende intelectualmente, pero reconoce con honestidad que eso no se siente bien. Y esa brecha entre lo que se entiende y lo que se siente es, precisamente, el espacio donde el bienestar formativo se erosiona.

V.3.3. No todos aprenden en igualdad de condiciones: el género como factor silenciado en la formación

Andrés, que se declara exento de haber sido invalidado o silenciado en el servicio, es también el único interno que señala activamente la variable del género como factor diferencial en la experiencia de sus compañeras. Valentina y otra compañera eran tratadas como estudiantes de pregrado por enfermeras, médicos y pacientes, en episodios que él lee como actos de violencia simbólica de género. El paciente que insulta a la médica general y luego busca a Andrés para comentar que «ganó» es interpretado por él no como un acto individual sino como la expresión de una dinámica de poder que opera sistemáticamente en los contextos clínicos.

La narrativa de Valentina confirma esta lectura desde adentro: los pacientes que la llaman «señorita» y preguntan por el «verdadero doctor» producen en ella una experiencia que describe como relativamente manejable —elige no gastar energía en disputar la percepción y prefiere ganarse la confianza a través de la competencia demostrada—, pero que sus compañeros masculinos simplemente no tienen. Esta asimetría de experiencia —que un interno como Andrés

reconoce y nombra explícitamente— es un dato relevante para la formación médica: la competencia clínica no se construye en igualdad de condiciones para todos los estudiantes, y los entornos que no nombran esa desigualdad la reproducen.

Valentina describe su estrategia ante los pacientes que la llaman "señorita" y preguntan por el "verdadero doctor" con una economía de recursos que dice mucho: prefiere no gastar energía en corregir la percepción y simplemente ganarse la confianza a través de la competencia demostrada. No porque no le importe, sino porque aprendió que esa energía invertida en defender el título rinde menos que la invertida en atender bien. Andrés, que no vive esa asimetría en carne propia, es quien la nombra con mayor explicitud: la lee como violencia simbólica, la describe como patrón sistémico, y expresa rabia ante ella. Que un compañero varón la nombre con más fuerza que quienes la viven habla de una distribución de la conciencia crítica que la formación médica raramente cultiva de manera intencionada.

V.4. La persona antes que el diagnóstico: cómo los internos practican la Atención Centrada en la Persona

V.4.1. La forma en que se habla también cura: comunicación como acto central de la ACP

Uno de los patrones más consistentes en las narrativas es la comprensión de la comunicación —verbal y no verbal— como un componente central de la ACP, no como un complemento decorativo del acto técnico. Esta comprensión no siempre está articulada teóricamente, pero se expresa con claridad en las estrategias concretas que los internos describen.

Camilo construye lo que podría llamarse un protocolo relacional: nombrar al paciente y al familiar por su nombre propio, presentarse con nombre y rol, regular el tono de voz y la postura corporal para transmitir estabilidad, no abordar a nadie sin conocer previamente su situación clínica. Esta secuencia —que él describe como una elección activa, no como una serie de pasos aprendidos— revela una comprensión de que la confianza no se construye solo con datos sino también con la forma en que el cuerpo del médico habita el espacio del encuentro clínico.

Valentina llega a una conclusión similar desde otro ángulo: la seguridad corporal —no titubear, mirar directamente, sostener una expresión que comunique presencia y competencia— funciona como generador de confianza antes de que se haya dicho nada definitivo. Esta comprensión del lenguaje no verbal como herramienta terapéutica es, como han documentado Hashim (2017) y Bensing (2000), una de las habilidades más determinantes del encuentro clínico. Que dos internos en sus primeras semanas de práctica la hayan construido de manera autónoma, a partir de la observación y el ensayo, dice algo importante sobre la potencia del aprendizaje experiencial cuando ocurre en contextos reflexivos.

Sofía ilustra con el episodio del padre en pediatría cómo una sola frase puede escalar o desescalar un conflicto, y cómo la capacidad de identificar ese efecto en tiempo real —y corregirlo dentro de la misma interacción— es una competencia relacional que se construye lentamente y que la rotación activó en ella de manera consciente. La diferencia entre el Andrés que se congela ante el paciente baleado y el Andrés que reencuadra activamente su rabia ante la madre que intoxicó al niño es la diferencia entre la respuesta automática y la respuesta deliberada: la distancia entre el estímulo y la acción en la que ocurre toda la práctica de la ACP.

«Yo siempre llego, me presento con nombre y con mi rol, le pregunto el nombre al paciente y al familiar, y ajusto mi voz y mi cuerpo para que entiendan que estoy ahí con ellos.»

Así describió Camilo lo que él mismo llama su pequeño protocolo relacional: presentarse con nombre y rol, usar el nombre propio del paciente y del familiar desde el primer momento, regular el tono de voz y la postura corporal para transmitir estabilidad. Lo describe no como pasos aprendidos sino como una elección activa que tomó al observar cómo los médicos que él admira se comportaban. En el caso del ciclista con infarto, esa arquitectura comunicativa corrió en paralelo al procedimiento técnico: mientras el especialista dirigía la fibrinólisis, Camilo se encargaba de la esposa que esperaba afuera, repitiendo la información con paciencia cada vez que la angustia impedía que llegara. Comprendió que la angustia no es un obstáculo a la comunicación sino parte de lo que hay que comunicar a través de ella.

V.4.2. Cada uno es el único: la práctica de resistirse a convertir personas en diagnósticos

En un servicio cuya lógica operativa empuja hacia la serialización de los pacientes —convertirlos en diagnósticos, tiempos de espera, camas disponibles—, varios de los internos describen de manera explícita o implícita la práctica de resistir esa serialización y restituir al encuentro clínico su carácter singular.

Valentina lo formula con una precisión que merece ser citada literalmente como categoría analítica: «individualizar». Tan pronto el paciente cruza la puerta del consultorio, él es el único. Lo que pasó con el anterior queda ahí. Esta capacidad de reiniciar —de ofrecer a cada paciente una presencia que no esté contaminada por la experiencia inmediatamente anterior— es una de las competencias relacionales más exigentes del trabajo en urgencias, y Valentina la identifica como su principal aprendizaje de la rotación.

Sebastián, desde un ángulo completamente diferente, practica la misma resistencia a la serialización en su gesto de agradecimiento al paciente fallecido. Al acercarse, tocarlo y hablarle, está negando que ese cuerpo sea un maniquí de procedimientos. Está afirmando que fue una persona, que esa persona le enseñó algo, y que esa enseñanza merece ser reconocida. Este acto —que nadie le enseñó, que ocurrió en privado sin función pedagógica ni institucional— es quizás la expresión más pura de la ACP que estas narrativas contienen: la restitución de la humanidad al paciente en el momento en que ya ningún protocolo puede reclamarlo.

Valentina también señala el caso del abuelo en Cuidados Intermedios al que nadie visita como el límite emocional más difícil de la rotación: no la enfermedad, sino el abandono. Esta lectura del abandono como forma de sufrimiento que el médico puede al menos atestiguar —aunque no pueda remediarlo— es otra expresión de la misma postura: el paciente no es su diagnóstico ni su evolución clínica; es también su historia de vínculos, su presencia en el mundo, su soledad.

V.4.3. La familia entra a urgencias también: aliada, fuente de información y fuente de tensión

La familia aparece en los relatos de los internos como un actor complejo que desempeña roles múltiples y a veces contradictorios en la experiencia de los internos. En algunos relatos, la familia es la fuente de información diagnóstica indispensable: la familia del paciente chino que clarifica el motivo de consulta a pesar de la barrera idiomática (Sofía), el padre y la hija mayor que revelan la causa de la intoxicación de la madre y el niño (Andrés). En estos casos, la inclusión de la familia en el proceso de atención es condición de posibilidad del diagnóstico correcto.

En otros relatos, la familia introduce una carga emocional adicional que el interno tiene que gestionar simultáneamente con la atención clínica: la madre de la joven de 19 años cuyo pánico desproporcionado revela un patrón de control (Andrés), la esposa del ciclista infartado cuya angustia impide el procesamiento de la información aunque esta se repita (Camilo), el padre agresivo en pediatría cuya hostilidad contagia el tono de la interacción hasta que Sofía logra redirigirlo (Sofía). En estos casos, la familia es simultáneamente objeto de cuidado y fuente de estrés para el médico.

Esta ambivalencia de la familia como actor en la experiencia del interno no aparece en los manuales de comunicación clínica, que tienden a presentarla como un aliado del proceso terapéutico. Las narrativas sugieren una imagen más matizada: la familia es parte de la realidad del paciente, y la ACP exige incluirla, pero esa inclusión no es gratuita para el médico. Requiere un trabajo activo de regulación emocional y comunicativa que se aprende en la práctica, a menudo sin andamiaje.

V.4.4. El paciente que cambia al médico: cuando la ACP es una relación de doble vía

Uno de los hallazgos más significativos de las narrativas es la aparición reiterada de un patrón que podría denominarse la transformación del médico por el paciente: la experiencia de que la presencia concreta de un paciente —no la teoría ni el protocolo— modifica la comprensión, las actitudes o las prácticas del interno de manera duradera.

Sofía lo experimenta de la manera más explícita con las madres de embarazos de alto riesgo. «Yo llegaba con toda la evidencia en la cabeza y ellas llegaban con toda su fe, y al final la fe ganaba, no porque yo cediera sino porque entendí que su realidad era tan válida como mis

números.» Su postura previa —inicialmente defensiva— no fue modificada por ningún argumento sino por la presencia sostenida de esas mujeres, que llegaban cada día a ver a su bebé en UCI. La teoría no cambió lo que la experiencia vivida sí cambió.

Valentina lo experimenta con el abuelo en paro, cuya nieta —al anticipar el desenlace y sostener al equipo en lugar de ser sostenida por él— le enseña algo sobre la dignidad de quien ha visto morir a los suyos y reconoce la muerte sin negarse a ella. Sebastián lo experimenta con el paciente al que agradece: ese cuerpo le impartió enseñanzas en su vida y con su muerte, en un sentido que ningún simulador podría ofrecer, le enseñó también algo sobre la gratitud como postura ética ante el aprendizaje.

Andrés atraviesa algo similar pero de signo diferente: la presencia concreta de la madre que intoxicó a su hijo no lo hace cambiar de postura moral, pero sí lo obliga a trabajar activamente para no dejar que esa postura colonice el acto clínico. El esfuerzo de reencuadrar —de ver no a la madre que dañó al niño sino a dos pacientes que necesitan atención— es también una forma de transformación: la de quien aprende que la imparcialidad no es una cualidad estática sino un trabajo continuo que se hace en tiempo real. Camilo vive esto de manera análoga cuando no puede recordar las dosis ante el paciente oncológico: la frustración no es solo académica, es la conciencia de que ese vacío tiene consecuencias reales para alguien.

Este patrón tiene implicaciones directas para la comprensión de la ACP: no es una competencia que el médico ejerce unidireccionalmente sobre el paciente. Es una relación en la que ambos —médico y paciente— son agentes activos, y en la que el paciente puede transformar al médico tanto como el médico intenta cuidar al paciente. Esta reciprocidad, sistemáticamente ausente de los modelos normativos de la ACP, es una de las contribuciones más originales que el paradigma narrativo permite identificar.

VI. NOTA METODOLÓGICA SOBRE EL ANÁLISIS

El presente análisis fue construido mediante un proceso de lectura sistemática y comparada de las cinco narrativas individuales. En una primera fase, cada narrativa fue leída para identificar sus nodos temáticos principales y sus patrones internos de coherencia. En una segunda fase, se realizó una lectura transversal orientada a identificar convergencias, divergencias y tensiones entre las cinco narrativas. En una tercera fase, se construyeron las categorías analíticas que organizan el texto central, procurando que estas emergieran del material antes que ser impuestas sobre él.

El análisis adopta el principio de coherencia con el paradigma interpretativo que orienta el estudio: no busca la verdad objetiva sobre lo que ocurrió en el servicio, sino la comprensión de cómo los internos vivieron, interpretaron y dieron sentido a su experiencia. Las categorías propuestas no son definitivas ni exhaustivas; son el resultado de una lectura situada, realizada desde los marcos teóricos de la ACP, la educación médica y la investigación narrativa en salud, y abierta a ser revisada, ampliada o cuestionada por lecturas alternativas del mismo material.

Todos los participantes dieron consentimiento informado para la grabación y el uso de sus relatos con fines de investigación. Con el propósito de proteger la identidad de los participantes, los nombres utilizados en el análisis han sido reemplazados por nombres ficticios: Andrés, Valentina, Camilo, Sofía y Sebastián. Esta decisión responde a criterios de confidencialidad investigativa y no altera en ningún caso el contenido, la profundidad ni la autenticidad de los relatos analizados.

VII. DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio señalan un punto de partida coherente con el modelo de Atención Centrada en la Persona descrito por Mead y Bower (2000) y desarrollado para el contexto latinoamericano por Trujillo Maza y Patiño (2019), pero al mismo tiempo lo desplazan: mientras la literatura previa concentra su atención en la relación médico-paciente, la comunicación clínica y la consideración de los valores y preferencias del paciente; las narrativas analizadas muestran que esa relación está mediada por la condición subjetiva del propio interno —su cansancio, su miedo a no saber, su necesidad de sentirse reconocido por el equipo—, una variable que los marcos normativos de la ACP rara vez incorporan de manera explícita. En este sentido, el aporte específico de este estudio a la educación médica consiste en mostrar que la dimensión del “médico como persona” (Osler, 1992; Trujillo Maza & Patiño, 2019) no es un complemento teórico de la ACP, sino una condición de posibilidad empírica para que esta se ejerza en la práctica narrada.

El repertorio emocional descrito por los internos —impotencia, frustración, rabia, culpa, gratitud, vergüenza— coincide con la literatura clásica sobre agotamiento emocional en profesiones de ayuda (Maslach & Jackson, 1981), pero los hallazgos de este estudio matizan esa literatura en un punto importante: los internos no aparecen como sujetos pasivos del desgaste, sino como agentes que construyen, por cuenta propia y sin andamiaje institucional, estrategias de regulación relativamente efectivas. Las narrativas analizadas muestran que situaciones asociadas con la muerte, el sufrimiento, la incertidumbre diagnóstica, los conflictos relacionales y las exigencias propias de urgencias se convierten en oportunidades de aprendizaje cuando son elaboradas desde la reflexión personal. Esta diferencia tiene una implicación práctica directa para los programas de internado: la ausencia de burnout clínicamente franco en los relatos analizados

no debe leerse como evidencia de que el sistema funciona bien, sino como evidencia de la resiliencia individual de los internos compensando una omisión institucional, lo cual es precisamente el tipo de hallazgo que, sin una discusión explícita, corre el riesgo de pasar inadvertido.

El hallazgo de la reciprocidad —la idea de que el paciente transforma al médico tanto como el médico busca cuidar al paciente— constituye posiblemente la contribución más original de este estudio frente a la literatura revisada, en la medida en que los modelos normativos de la ACP (Engel, 1977; Hashim, 2017; Morgan & Yoder, 2012) describen al médico fundamentalmente como agente del cuidado y rara vez como sujeto que también es modificado por el encuentro clínico. Del mismo modo, el papel del trato recibido por parte del equipo docente, documentado en las narrativas de Andrés y Valentina, dialoga con lo planteado por Frampton, Guastello y Lepore (2013) sobre los obstáculos institucionales a la humanización del cuidado: si la humanización del paciente depende, como sugieren los resultados, de que el interno haya sido tratado con humanidad por su propio equipo, entonces la ACP no puede enseñarse de manera aislada de cómo los programas tratan a quienes están aprendiendo.

Asimismo, los hallazgos dialogan con la literatura sobre currículo oculto e identidad profesional. Las experiencias relatadas por los participantes muestran que los internos aprenden no solamente a partir de contenidos curriculares explícitos sino también mediante las relaciones que establecen con docentes, especialistas, residentes y demás integrantes del equipo de salud. El reconocimiento, la confianza otorgada, la posibilidad de participar activamente en procedimientos y la percepción de ser tratados como personas favorecen procesos positivos de construcción de identidad profesional. Por el contrario, las experiencias de invisibilización,

cosificación o exclusión afectan tanto el bienestar del estudiante como su manera de comprender el cuidado humanizado.

Este estudio se enfocó deliberadamente en la experiencia subjetiva del interno y no recolectó información directa de los docentes, por lo que esta es una limitación explícita del alcance y, a la vez, una línea de investigación futura particularmente prometedora: explorar cómo el desconocimiento, la invisibilización o la subestimación del interno se expresan también a través de gestos comunicativos implícitos por parte de quienes enseñan.

Evidenciamos aportes claros al campo de la educación médica al mostrar que la dimensión del médico como persona constituye un elemento central para comprender cómo se aprende y se practica la Atención Centrada en la Persona durante el internado. Más allá de las habilidades técnicas o comunicativas, los resultados ponen de manifiesto que la formación médica implica procesos simultáneos de aprendizaje clínico, construcción identitaria, regulación emocional y desarrollo humano, todos ellos profundamente influidos por las experiencias que los estudiantes viven en los contextos reales de atención.

Finalmente, conviene precisar el alcance de estas afirmaciones: los hallazgos discutidos provienen de cinco internos en un único servicio de urgencias de un hospital de Santander, por lo que las implicaciones aquí planteadas deben entenderse como interpretaciones plausibles y fundamentadas en el material empírico disponible, no como generalizaciones sobre la formación médica colombiana en su conjunto. Esta precisión no resta valor a las implicaciones pedagógicas que podrían desarrollarse a partir de estos resultados, simplemente las sitúa en su justa medida: como hipótesis de trabajo derivadas de un estudio narrativo situado, que requieren ser contrastadas en otros contextos institucionales antes de constituir política formativa de alcance general.

VIII. CONCLUSIONES

Esta investigación permite concluir que la experiencia de la ACP desde la dimensión del médico como persona es, para los internos participantes, una experiencia simultáneamente formativa y transformadora. Es formativa porque produce aprendizajes concretos y duraderos sobre comunicación clínica, gestión emocional, relación con el equipo y comprensión de la integralidad del paciente. Es transformadora porque modifica la identidad profesional en construcción: varios de los participantes describieron cambios en sus posturas, creencias o actitudes como resultado directo de encuentros clínicos específicos, no de enseñanzas teóricas. Esta doble dimensión —formativa y transformadora— coincide con lo que Charon (2001) denomina medicina narrativa: la capacidad del relato clínico para activar reflexión, empatía y transformación en quien cuida. Que estas transformaciones ocurran en la práctica sin nombre y sin acompañamiento institucional es, precisamente, la limitación que la formación médica contemporánea debe resolver (Sacristán, 2016; Sánchez, 2020).

Muchos de los aprendizajes que los internos describen como irreversibles surgieron de momentos no planificados: el bloqueo ante el paciente oncológico, el congelamiento ante el baleado, la muerte del primer paciente en reanimación. Dewey (1938) denominaba a estos momentos incidentes críticos —situaciones de alta perturbación que, cuando son reflexionadas, producen los aprendizajes más duraderos de la formación (Tripp, 1993). Lo que este estudio revela es que esa reflexión rara vez ocurrió de forma acompañada: ocurrió en el silencio del turno siguiente, en una conversación informal, o —como en el caso de Sebastián— por primera vez en la entrevista de investigación. Eso no es un dato menor: es una deuda formativa que las instituciones pueden decidir saldar.

Los resultados permiten concluir que la ACP, tal como aparece en la práctica narrada por los médicos internos, no es un conjunto de técnicas aprendidas sino una postura construida en la experiencia. Sus manifestaciones más consistentes son: la individualización del paciente como acto de resistencia a la serialización, la comunicación no verbal como herramienta de construcción de confianza, la gestión activa de emociones que podrían interferir con la imparcialidad, la inclusión activa de la familia como actor del cuidado, y la apertura a ser transformado por el paciente como rasgo constitutivo del encuentro clínico. Estas manifestaciones se relacionan con los componentes nucleares de la ACP descritos por Mead y Bower (2000) y desarrollados para el contexto latinoamericano por Trujillo Maza y Patiño (2019), quienes subrayan que la dimensión del médico como persona es condición de posibilidad del cuidado auténtico. Ninguno de estos componentes fue enseñado de manera explícita; todos emergieron del aprendizaje experiencial, con frecuencia a partir de situaciones de alta carga emocional, lo que reafirma la centralidad del constructivismo experiencial como fundamento de la formación clínica (Allen, 2022; Castellaro & Peralta, 2020). Esta constatación tiene implicaciones directas para el diseño curricular, consistente en que la ACP se aprende principalmente por inmersión y reflexión, la formación médica debe crear mejores condiciones para que esa inmersión sea acompañada y esa reflexión sea posible (Challa, Sayed & Acharya, 2021).

Este estudio concluye que los internos despliegan durante la rotación un repertorio emocional amplio y diferenciado —impotencia, frustración, rabia, culpa, gratitud, vergüenza, satisfacción— que tiene consecuencias directas sobre su bienestar y sobre la calidad de su práctica clínica. Este hallazgo es coherente con lo descrito por Maslach y Jackson (1981) en sus estudios sobre agotamiento emocional en profesiones de ayuda, la ausencia de marcos

institucionales de regulación afectiva no elimina las emociones, sino que las desplaza hacia estrategias individuales de supervivencia que, con el tiempo, pueden derivar en endurecimiento o despersonalización. Las estrategias de regulación que los internos desarrollaron son autogeneradas, informales y no acompañadas; no hay un marco institucional que las nombre, las valide ni las sistematice, lo cual representa una laguna formativa que la investigación en educación médica ha señalado de manera consistente (Cano, Salazar, Melzer & Gómez, 2008; Zeren, Zeng, Zhang & Yang, 2024). Al mismo tiempo, los internos demuestran una capacidad de autoconocimiento emocional notable, identifican sus zonas de vulnerabilidad diferencial con precisión y honestidad, que señala la viabilidad de intervenciones pedagógicas orientadas a cultivar esa conciencia de manera sistemática, en coherencia con los principios del socioconstructivismo aplicado a la formación clínica (Vygotsky, 1978; Castellaro & Peralta, 2020).

Los resultados permiten concluir que el trato que los internos reciben del equipo y de las figuras docentes no es un factor periférico de su experiencia formativa: es uno de los factores más determinantes. Las narrativas documentan con claridad que ser reconocido como sujeto en formación —ser visto, acompañado, desafiado sin ser humillado— produce internos con mayor confianza, mayor disposición a la reflexión y mayor capacidad de trasladar la humanidad recibida hacia su propia práctica. Por el contrario, ser cosificado, invisibilizado o tratado como recurso operativo produce un empobrecimiento del repertorio relacional del interno y, paradójicamente, un alejamiento de los principios de la ACP; dinámica que Frampton, Guastello y Lepore (2013) han identificado como uno de los principales obstáculos para la institucionalización de la compasión en los sistemas de salud, con ello los autores reconocemos que el cambio de paradigma de la jerarquía dentro del sistema educativo médico puede volcar un

análisis exhausto y ya realizado por múltiples autores, sin embargo con pobre aplicación real dentro del sistema, es allí donde reconocemos una falencia identificada previamente pero que su mejora ha sido abandonada por los actores del sistema. La humanización de la formación médica no es un ideal abstracto: es una condición estructural del aprendizaje de la humanización del cuidado, como lo sostiene Osler (1992) cuando afirma que el arte de la medicina se transmite en el modelo, no en el manual. Esta conclusión invita a que las instituciones de formación médica y los servicios de urgencias revisen sus modelos de acompañamiento docente a la luz de los principios de la ACP (Engel, 1977; Hashim, 2017; Morgan & Yoder, 2012), sus estructuras de distribución de los internos y sus mecanismos de reconocimiento del bienestar emocional de los estudiantes como componentes esenciales de la calidad formativa (Nieto-Bravo, Pérez-Vargas & Moncada-Guzmán, 2023).

En consecuencia, este estudio buscó poner en conocimiento y dar una lectura a las experiencias de los internos de medicina en el área de urgencias, dado que como autores reconocemos la poca importancia que se da a la vista del médico como persona en la aplicación de la ACP, personalmente hemos vivido en nuestro trasegar de la práctica médica las experiencias aquí consignadas y relatadas por nuestros participantes, y reconocemos que los factores relacionados anteriormente no son nuevos de esta generación, y son el producto de la práctica asociada a la vida del médico durante su formación, por ello esperamos no solamente haber reconocido estos factores, sino además fomentar el fortalecimiento de las buenas prácticas y desincentivar las malas prácticas en favor de mejorar la educación médica de las futuras generaciones.

IX. SUGERENCIAS

A partir de los hallazgos de este estudio, se puede generar una gama de sugerencias con el fin de fortalecer la formación médica en escenarios de alta complejidad, particularmente en el internado de urgencias.

En primer lugar, la implementación de espacios regulares de narrativa reflexiva durante las rotaciones clínicas. Diarios de experiencia, grupos de reflexión entre pares o entrevistas breves de egreso de cada turno ofrecerían a los internos la oportunidad de elaborar verbalmente sus incidentes críticos (Dewey, 1938; Tripp, 1993) en lugar de dejarlos sedimentar sin procesar. La evidencia de este estudio sugiere que, para algunos participantes, la entrevista de investigación fue el primer espacio de ese tipo que tuvieron durante toda la rotación, lo que subraya la urgencia de institucionalizarlo.

En segundo lugar, el diseño e incorporación de manera explícita en los programas de internado módulos de regulación emocional y autoconocimiento. Los internos participantes construyeron sus estrategias solos, a partir del ensayo y el error. Un marco institucional que valide ese trabajo, lo nombre y ofrezca herramientas adicionales —cognitivas, somáticas y relacionales— reduciría el costo emocional de la transición y la probabilidad de endurecimiento progresivo (Maslach & Jackson, 1981).

En tercer lugar, la revisión de los modelos de acompañamiento docente a la luz de los principios de la ACP. Las narrativas documentan con claridad que los docentes que reconocen al interno como sujeto en formación —que lo acompañan sin sustituirlo, que leen su frustración y responden con una oportunidad— producen internos con mayor disposición hacia la humanización del cuidado. Incorporar la dimensión humanizante del vínculo docente-interno

como criterio de evaluación y selección de los tutores clínicos sería un paso concreto en esa dirección (Engel, 1977; Trujillo Maza & Patiño, 2019).

Finalmente, se podría explorar en investigaciones futuras la perspectiva de los docentes y del equipo de salud sobre la formación de los internos, así como ampliar el alcance a múltiples instituciones y especialidades. Comprender cómo el equipo vive el acompañamiento al interno enriquecería significativamente la imagen que este estudio ha comenzado a construir.

X. LIMITACIONES

La presente investigación presenta limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus hallazgos. En primer lugar, el diseño narrativo cualitativo con cinco participantes no permite generalizaciones estadísticas hacia otras poblaciones de internos o contextos institucionales distintos; los hallazgos son comprensiones situadas y contextualizadas, no leyes generalizables, lo cual es coherente con el paradigma interpretativo que orienta el estudio.

En segundo lugar, el proceso de obtención de permisos institucionales ante los comités de ética de la institución participante representó una dificultad que condicionó los tiempos del estudio y, en particular, limitó la posibilidad de ampliar el número de participantes. Esta limitación es característica de la investigación cualitativa en contextos clínicos, donde la protección de los participantes exige procesos de aprobación rigurosos cuya extensión no siempre es previsible.

En tercer lugar, la conversión de las entrevistas en narrativas individuales —aunque respetó en todo momento la voz y el sentido de los relatos originales— implica un proceso de interpretación por parte de los investigadores que introduce una capa de mediación entre la experiencia vivida y el texto analizado. Este es un riesgo inherente a la investigación narrativa que no puede eliminarse por completo, solo declararse con transparencia.

Finalmente, el estudio se desarrolló en un único servicio de urgencias de un hospital de Santander, Colombia, lo que limita la transferibilidad de los hallazgos a contextos con condiciones estructurales, culturales o institucionales distintas. Investigaciones futuras podrían ampliar el alcance a múltiples instituciones, incluir internos de otras áreas o explorar la perspectiva de los docentes y el equipo de salud, enriqueciendo así la comprensión de la ACP como fenómeno relacional y formativo.

XI. AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su gratitud a los cinco médicos internos que aceptaron participar en este estudio y compartieron con generosidad y honestidad sus experiencias, emociones y reflexiones. Su disposición a abrir sus relatos al análisis académico es el fundamento sobre el que descansa todo el conocimiento que este artículo produce.

Agradecemos igualmente al Hospital de Santander, institución que, pese a las dificultades administrativas inherentes a los procesos de aprobación ética, permitió el acceso al campo y garantizó las condiciones para el desarrollo de las entrevistas con respeto hacia los participantes y hacia la actividad asistencial del servicio.

A la Dra. María Teresa Gómez Lozano, directora de este trabajo de grado, por su orientación rigurosa, su lectura generosa y su confianza en el proceso investigativo desde sus primeras etapas hasta su conclusión.

Este trabajo es también el resultado de dos años de formación compartida en la Maestría en Educación para Profesionales de la Salud de la Universidad del Rosario y de la Pontificia Universidad Javeriana. A los docentes y compañeros que habitaron ese espacio: gracias.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abualhaija, N. (2019). Using constructivism and student-centered learning approaches in nursing education. *International Journal of Nursing and Health Care Research*, 5(7), 1–6.

Adams, P. (2006). Exploring social constructivism: Theories and practicalities. *Education* 3–13, 34(3), 243–257. <https://doi.org/10.1080/03004270600898893>

Allen, A. (2022). An introduction to constructivism: Its theoretical roots and impact on contemporary education. *Journal of Learning Design and Leadership*, 1(1), 1–11.

Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza, Brasil. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki/>

Bensing, J. (2000). Bridging the gap. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 17–25.

Blanco, M. (2011). Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos. *Argumentos*, 24(67), 135–156.

Bolívar, A. (2002). ¿De nobis ipsis silemus? Epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 4(1), 1–26. <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/49>

Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality. *Critical Inquiry*, 18(1), 1–21. <https://doi.org/10.1086/448619>

Cano, J. M. M., Salazar, T. D. N. J. M., Melzer, J. A. A., & Gómez, R. E. (2008). El constructivismo en la educación médica. *Perspectivas Docentes*, (36), 31–39.

Castellaro, M., & Peralta, N. S. (2020). Pensar el conocimiento escolar desde el socioconstructivismo: Interacción, construcción y contexto. *Perfiles Educativos*, 42(168), 140–156. <https://doi.org/10.22201/iisue.24486167e.2020.168.59226>

Challa, K. T., Sayed, A., & Acharya, Y. (2021). Modern techniques of teaching and learning in medical education: A descriptive literature review. *MedEdPublish*, 10(18). <https://doi.org/10.15694/mep.2021.000018.1>

Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 286(15), 1897–1902.

Clandinin, D. J. (2006). Narrative inquiry: A methodology for studying lived experience. *Research Studies in Music Education*, 27(1), 44–54.

Clandinin, D. J., & Connelly, F. M. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. Jossey-Bass.

Congreso de la República de Colombia. (1887). Código Civil Colombiano. Ley 57 de 1887, artículo 1502.

Congreso de la República de Colombia. (1981). Ley 23 de 1981: Normas en materia de ética médica. *Diario Oficial* No. 35.711.

Dewey, J. (1938). *Experience and education*. Macmillan.

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327–358. <https://doi.org/10.1037/h0061470>

Fook, J., & Gardner, F. (2007). *Practising critical reflection: A resource handbook*. Open University Press.

Tripp, D. (1993). *Critical incidents in teaching: Developing professional judgement*. Routledge.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.

Frampton, S. B., Guastello, S., & Lepore, M. (2013). Compassion as the foundation of patient-centered care: The importance of compassion in action. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 2(5), 443–455.

Hashim, M. J. (2017). Patient-centered communication: Basic skills. *American Family Physician*, 95(1), 29–34.

Klüsse, T. M. (2018). Qualitative research in the field of health: An understanding paradigm. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(4), 427–429.
<https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000400427>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

Luborsky, M. R., & Rubinstein, R. L. (1995). Sampling in qualitative research: Rationale, issues, and methods. *Research on Aging*, 17(1), 89–113.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113.

McLeod, S. (2024). Open coding in qualitative research. *Simply Psychology*.
<https://www.simplypsychology.org/open-coding.html>

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110.

Ministerio de Salud de Colombia. (1993). Resolución No. 008430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. *Diario Oficial* No. 41.148.

Miranda Beltrán, S., & Ortiz Bernal, J. A. (2020). Los paradigmas de la investigación: Un acercamiento teórico para reflexionar desde el campo de la investigación educativa. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 11(21), 1–22.
<https://doi.org/10.23913/ride.v11i21.768>

Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centred care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6–15.

National Commission for the Protection of Human Subjects. (1979). The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. U.S. Government Printing Office.

Nieto-Bravo, J. A., Pérez-Vargas, J. J., & Moncada-Guzmán, C. J. (2023). Métodos narrativos en investigación social y educativa. *Revista de Ciencias Sociales*, 29(1), 215–226.

Orb, A., Eisenhauer, L., & Wynaden, D. (2001). Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93–96. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00093.x>

Osler, W. (1992). Osler's legacy: The centennial of the principles and practice of medicine. *Annals of Internal Medicine*, 116(3), 255–260.

Parra Domínguez, M. L., & Briceño Rodríguez, I. I. (2013). Aspectos éticos en la investigación cualitativa. *Enfermería Neurológica*, 12(3), 118–121.

Polkinghorne, D. E. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 8(1), 5–23. <https://doi.org/10.1080/0951839950080103>

Presidencia de la República de Colombia. (1981). Decreto 3380 de 1981. *Diario Oficial* No. 35.822.

República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia, artículo 15.

Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage.

Sacristán, J. A. (2016). El humanismo en medicina: Reflexiones para la práctica clínica. *Revista Clínica Española*, 216(2), 110–115.

Sánchez, C. (2020). El humanismo en la educación médica: Reflexiones desde Latinoamérica. *Educación Médica*, 21(5), 310–315.

Smith, J. A., & Fieldsend, M. (2021). Interpretative phenomenological analysis. American Psychological Association.

The Nuremberg Code. (1947/1996). Permissible medical experiments. *British Medical Journal*, 313(7070), 1448. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7070.1448>

Trujillo Maza, E. M., & Patiño, A. F. (2019). Atención centrada en la persona: Un modelo unificador para la formación médica. En E. M. Trujillo Maza & D. E. Suárez Acevedo (Eds.), *Habilidades de comunicación en la formación médica contemporánea: Una experiencia pedagógica* (pp. 21–51). Universidad de los Andes.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.

Zeren, Q., Zeng, Y., Zhang, J. W., & Yang, J. (2024). Flexner's legacy and the future of medical education: Embracing challenge and opportunity. *World Journal of Clinical Cases*, 12(33), 6650–6658. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v12.i33.6650>

XIII. ANEXOS

En esta sección se encontrarán las narrativas de cada uno de los médicos internos, cabe recordar que los nombres enunciados en las narrativas son seudónimos utilizados para garantizar la confidencialidad de los participantes.

XIII.1. Narrativa entrevista Sofia

XIII.1.1. La memoria del contrate: venir de la hostilidad para reconocer la humanidad

Sofia inicia su relato desde la comparación. Ella llega al Hospital Internacional de Colombia habiendo rotado previamente por instituciones que describe como hostiles, donde el trato hacia los pacientes era brusco, donde la indiferencia era la norma y donde nadie parecía importarle lo que el paciente dijera. Esta experiencia previa no es un dato anecdótico; es el marco interpretativo desde el cual Sofia lee todo lo que encuentra en el nuevo servicio.

Lo primero que dice en casa al terminar su primer día es que le encanta estar allí. No porque el servicio sea perfecto ni porque no haya dificultades, sino porque el trato hacia los pacientes le parece humano, y eso, para ella, no era algo dado sino algo que podría no haber encontrado. Esta capacidad de valorar lo que en otros contextos se toma por sentado —el respeto, la escucha, la humildad del especialista que sabe mucho pero no lo usa como instrumento de jerarquía— es uno de los rasgos más singulares de su narrativa. Sofia no describe la humanización del cuidado como un ideal abstracto; la reconoce en gestos concretos porque ha vivido su ausencia.

Esta perspectiva comparada también tiene implicaciones sobre su propia formación vocacional. Cuando dice que no quiere ser un médico así —brusco, que no le importe lo que dicen los pacientes—, está formulando una identidad profesional por negación: sé quién no

quiero ser porque lo he visto de cerca. El contraste entre los hospitales hostiles de su experiencia previa y el ambiente del HIC no solo informa su apreciación del presente; moldea el tipo de médico que quiere construir en el futuro.

XIII.1.2. El paciente internacional: escuchar lo que el idioma no puede decir

El caso que Sofía identifica como el más significativo de su rotación involucra a un paciente de origen chino que ingresó por dolor abdominal. En apariencia estable al momento del ingreso, al día siguiente presentó un deterioro clínico súbito: hipotensión severa, taquicardia, signos inequívocos de sepsis. La velocidad del colapso sorprendió a Sofía, que lo había visto horas antes sin signos de alarma evidentes.

Lo que este caso le enseñó opera en dos registros simultáneos. El primero es clínico: un paciente puede parecernos estable y estar evolucionando hacia un choque séptico sin que los signos clásicos sean todavía visibles. La lección es no subestimar, mantenerse alerta, creerle al familiar que insiste aunque el cuadro no justifique aún la preocupación. El segundo registro es comunicativo: la familia del paciente hablaba chino, y la barrera idiomática hacía que el motivo de consulta fuera incoherente, cambiante, difícil de fijar. Lo que parecía inconsistencia del relato era en realidad la dificultad de traducir no solo palabras sino también síntomas, temores y contextos clínicos a través de una lengua que nadie en el servicio dominaba.

"A veces hay que prestarle más atención a los pacientes. No digo que se hubiera podido salvar —el señor ya estaba muy viejito—, sino que sí se pudo haber tenido dentro del radar de Reanimación mucho antes de lo que lo tuvimos."

Esta reflexión revela una madurez clínica que no se adquiere en los libros: la conciencia de que el error, cuando lo hay, no siempre es dramático ni tiene consecuencias irreversibles, pero que reconocerlo —con sus matices, sin magnificarlo ni minimizarlo— es parte esencial del

aprendizaje. Sofía no exagera la falla ni la oculta. La nombra con precisión: se pudo haber tenido al paciente más temprano en el radar de reanimación. Y extrae de ese reconocimiento una enseñanza que ya lleva consigo: creerle al paciente, creerle al familiar, aunque el cuadro no encaje todavía con lo que el protocolo esperaba ver.

El caso también activa en Sofía una preocupación práctica que reaparece varias veces a lo largo de la entrevista: el rural. Sofía sabe que en pocos meses estará sola, en un contexto con muchos menos recursos, sin el equipo interdisciplinario del HIC, sin los códigos de activación, sin el urgenciólogo disponible a los tres minutos. Cada caso significativo lo lee a través de ese horizonte. Lo que aprende aquí no es solo para este servicio; es su manual de supervivencia para lo que viene.

XIII.1.3. Los abuelitos, los niños y los oncológicos: cuando la empatía desborda el rol

Sofía declara con una claridad inusual cuáles son los pacientes que más la afectan: los adultos mayores, los niños pequeños, y los pacientes oncológicos. Cada uno de estos grupos activa en ella una forma distinta de resonancia emocional, y ella las distingue con honestidad.

Con los adultos mayores, la emoción tiene nombre propio y fecha reciente: falleció su abuela durante la rotación. Cuando ve a un abuelo enfermo, la imagen de su abuela se superpone. No lo dice como una confesión avergonzada sino como un dato de su experiencia interior que tiene consecuencias sobre su práctica: con ellos soy más débil, más emocional, quiero correr a hacer algo. Esta transparencia sobre los propios vínculos afectivos —y sobre cómo esos vínculos se activan en el espacio clínico— es uno de los momentos de mayor honestidad. Sofía no pretende ser impermeable; reconoce que la pérdida reciente de su abuela le ha afinado la sensibilidad hacia esos pacientes de una manera que a veces la supera.

Con los niños, la resonancia viene de otro lugar: ellos no pueden hablar, no pueden pedir, no tienen quien los escuche de la misma forma. Sofía se convierte en esa voz. La empatía no es aquí proyección sentimental; es respuesta a una vulnerabilidad objetiva. El niño pequeño en urgencias depende de que alguien lea lo que su cuerpo no puede verbalizar, y Sofía entiende esa lectura como una responsabilidad afectiva y clínica al mismo tiempo.

Con los pacientes oncológicos, la emoción tiene una textura diferente: es el agotamiento de quien se involucra demasiado, de quien quiere revisarlos cada cinco minutos, de quien siente que se llevan parte de su alma. Esta imagen —el paciente oncológico que se lleva parte del alma de Sofía— es una metáfora que describe un fenómeno real: el vaciamiento progresivo del médico que da más de lo que puede reponer. Sofía lo reconoce como un exceso, no como una virtud. Sabe que ese nivel de entrega es insostenible y que la drena más de lo que debería. Pero todavía no tiene del todo la herramienta para administrarlo, más allá de respirar y centrarse en la función concreta que tiene que cumplir.

"Yo estoy con ellos y siento que se llevan parte de mi alma, porque siento que se ven tan enfermos y los veo luchando tanto que me hace querer estar pendiente, revisando todo, y eso me desgasta más de lo que debería."

XIII.1.4. La culpa ante el paciente en estado de intoxicación: la

imparcialidad como trabajo constante

El momento de mayor honestidad moral de la entrevista ocurre cuando Sofía habla de los pacientes que llegan en estado de intoxicación alcohólica. Confiesa que con ellos pierde la imparcialidad: se frustra, los regaña, no logra tratar el dolor o la molestia del paciente sin que emerja un juicio sobre la causa de su condición. Describe un caso específico —un paciente con

una herida de treinta puntos en la cabeza— en el que hizo todo técnicamente correcto, pero no pudo contener la irritación.

Lo que hace este momento particularmente significativo no es la falla en sí —que es comprensible y más frecuente de lo que la formación médica suele reconocer— sino la forma en que Sofía la narra. No busca justificarse ni neutralizarla con argumentos clínicos. La nombra como culpa. Y explica qué piensa cuando llega a ese estado: que todos somos iguales, que a ella también le podría pasar, que no porque alguien haya tomado deja de merecer ser tratado como ser humano. Esta secuencia —la emoción, el reconocimiento de la falla, la herramienta cognitiva que la corrige— es la descripción de un proceso activo de regulación moral que Sofía practica en tiempo real, aunque no siempre con éxito.

Esta honestidad tiene implicaciones formativas importantes. La mayoría de los médicos experimenta formas de juicio hacia ciertos pacientes —por sus hábitos, por sus decisiones, por el origen de su enfermedad— pero raramente lo nombra en voz alta, especialmente en contextos académicos o de investigación. El hecho de que Sofía lo haga revela una conciencia crítica sobre su propia práctica que es, paradójicamente, el primer paso hacia su transformación. No puede trabajar sobre algo que no puede ver. Ella puede verlo, lo nombra, y activamente busca herramientas para no replicarlo.

"No logro ser imparcial con ellos. En esos casos sí me siento culpable porque no logro ser imparcial. He tratado de buscar herramientas para no ser así, pero sí, esa es la verdad."

La honestidad de esta afirmación —«esa es la verdad»— es la que da a toda la narrativa de Sofía su tono particular. No es una interna que presenta una versión curada de sí misma; es alguien que describe lo que realmente le ocurre, incluso cuando eso la deja expuesta. Esa

disposición a la verdad incómoda es, en términos de la formación médica, uno de los recursos más valiosos que un interno puede cultivar.

XIII.1.5. La palabra que altera y la palabra que calma: el caso del padre en pediatría

Sofía relata un episodio en triage pediátrico que funciona como un experimento natural sobre el poder de las palabras en la relación clínica. Un padre agresivo, estresado, amenaza con llevarse al hijo de alta voluntaria. Sofía, al final de un turno largo y habiendo visto la hostilidad del hombre hacia las enfermeras, responde con una frase que en lugar de calmar escala el conflicto: le ofrece acompañarlo a firmar la salida voluntaria.

El padre se pone peor. Sofía lo reconoce con claridad: esa frase fue para mal. Pero lo que sigue también merece atención: en lugar de sostenerse en la posición defensiva o escalar aún más, Sofía recalibra. Se detiene, lo invita a explicarle qué no entiende, le da información concreta sobre el estado del niño y los tiempos de espera, y el padre se calma. La misma conversación que comenzó como confrontación termina como comunicación.

Este episodio tiene una riqueza interpretativa que va más allá de la técnica comunicativa. Muestra que Sofía es capaz de identificar en tiempo real el efecto de sus palabras —algo que muchos médicos no logran o no quieren ver— y de corregir el rumbo dentro de la misma interacción. No espera al final del turno para reflexionar sobre lo que dijo; ajusta mientras aún hay posibilidad de recuperar el vínculo. Esta capacidad de autoevaluación en el momento —no solo en retrospectiva— es una competencia relacional que se construye lentamente y que la rotación parece haber activado en ella de manera consciente.

También es reveladora la autocrítica que Sofía hace sobre el estado emocional que produjo esa primera respuesta: estaba estresada, era tarde, el padre ya había sido grosero con las

enfermeras. La fatiga y la acumulación de tensiones del turno influyeron en cómo respondió. Esta honestidad sobre la relación entre el estado interno del médico y la calidad de su comunicación es una de las dimensiones más descuidadas en la formación clínica, y Sofía la nombra sin que nadie se lo pida.

XIII.1.6. Las madres con embarazos de alto riesgo: cuando la fe del paciente transforma al médico

Uno de los momentos más inesperados de la entrevista ocurre cuando Sofía habla de las pacientes gestantes con embarazos de alto riesgo o malformaciones fetales. Confiesa que antes de esta rotación tenía una postura que ella misma describe sin eufemismos: si un bebé tiene una malformación y la sobrevida es del veinte por ciento, «qué va». Una postura clínica que privilegiaba la probabilidad estadística sobre la experiencia singular de esa madre y ese bebé.

Luego se encontró con esas madres de verdad. Y lo que describe no es una conversación ni una argumentación que le cambiara el enfoque; es algo más inmediato y más difícil de racionalizar: la fe con la que ellas llegan cada día a ver a su bebé en UCI, la alegría que traen consigo a pesar de todo, la manera en que habitan la incertidumbre sin rendirse. Esa presencia concreta —no la teoría, sino el cuerpo de esas mujeres en la sala— cambió algo en Sofía que las estadísticas no habían podido cambiar.

"La fe con la que ellas lo tienen, la alegría todos los días de ir a ver a su bebé en UCI. Eso sí me hizo cambiar bastante la perspectiva, para bien. Me hizo creer un poco más en la ciencia."

Este episodio ilustra uno de los mecanismos más poderosos del aprendizaje en contextos clínicos: el paciente como agente transformador del médico. No en el sentido de que el paciente enseñe medicina, sino en el de que la experiencia del paciente —vivida desde adentro, con toda su especificidad— puede desestabilizar certezas que el estudiante traía construidas en abstracto.

Sofía no cambió su postura porque alguien le explicara que debía cambiarla; cambió porque vio algo que no podía ignorar y que no encajaba en la categoría que tenía.

En términos de la Atención Centrada en la Persona, este momento señala una dirección que va más allá de la técnica comunicativa o de las habilidades de empatía: la disposición a ser cambiada por el paciente. No como claudicación del criterio clínico, sino como apertura a que la experiencia del otro amplíe el propio marco de comprensión. Sofía, que ya tenía una orientación hacia la escucha y el respeto, descubre aquí que escuchar de verdad a veces significa dejar que lo que se escucha modifique lo que se creía saber.

XIII.1.7. El urgenciólogo que protegía el futuro: ser cuidada mientras aprende

Sofía describe con gratitud la relación con el urgenciólogo que la acompañó durante la rotación. Lo que valora no es solo la transmisión de conocimiento, sino una forma de presencia que ella interpreta como protección. Él la llevaba donde estaba la urgencia real cuando otros la dejaban evolucionando historias clínicas. La llevaba al procedimiento en lugar de hacerlo él. La acompañaba sin quitarle el protagonismo: «No, no, usted lo va a hacer.»

Esta modalidad de enseñanza —en la que el docente guía sin sustituir, acompaña sin invadir, corrige sin humillar— es exactamente lo que los otros internos habían descrito como deseable y que varios no siempre encontraron. Para Sofía, ese acompañamiento fue consistente. Y la forma en que lo narra revela algo importante sobre lo que necesita un interno para aprender bien: no solo información técnica, sino la confianza de que alguien cree en su capacidad antes de que ella misma haya podido demostrarla.

Hay en la descripción de Sofía una dimensión que merece nombrarse: ella interpreta el acompañamiento docente como una forma de proteger su futuro. No es solo que el urgenciólogo

la enseñó; es que al enseñarla la estaba preparando para estar sola en el rural. Esta lectura proyectiva —en la que el aprendizaje presente es inversión en la supervivencia futura— recorre toda la narrativa de Sofía y le da coherencia. Cada caso, cada procedimiento, cada conversación difícil con un familiar es leída a través del mismo horizonte: lo que voy a necesitar cuando esté sola.

XIII.1.8. La impotencia ante el protocolo: cuando la urgencia interna no coincide con el tiempo institucional

Sofía describe dos episodios en los que experimentó impotencia no ante la enfermedad sino ante el ritmo del protocolo. En ambos casos —el paciente con choque séptico y el adulto mayor politraumatizado con fractura expuesta y sangrado visible— ella percibió la gravedad de la situación antes de que el equipo activara el código correspondiente. Su impulso era actuar de inmediato; el protocolo pedía esperar la imagen, confirmar el diagnóstico, completar los pasos.

Esta tensión entre la urgencia percibida por el interno y el tempo institucional del protocolo es una de las formas más frecuentes de impotencia en la formación clínica, y pocas veces se nombra con tanta claridad como lo hace Sofía. Ella no cuestiona la validez del protocolo; reconoce que en ambos casos los pacientes evolucionaron bien. Pero sí identifica que esa espera la desespera, que ver un vaso sangrante y escuchar «hay que esperar la imagen» activa en ella una urgencia interna que no puede contener fácilmente.

"Yo hubiera activado ese paciente mucho antes de lo que ellos lo hicieron. Pero igual le fue bien. Lo que te digo es que esa es mi debilidad."

La palabra «debilidad» que Sofía usa aquí no tiene connotación de falla ética ni de incompetencia clínica. Es la descripción de una zona de alta sensibilidad donde su respuesta emocional —la urgencia de actuar ya— tiende a adelantarse al proceso institucional. Reconocer

eso como una característica propia, y no como un rasgo a reprimir, es la forma en que Sofía integra la experiencia sin convertirla en juicio sobre sí misma. Es su debilidad, sí, pero también es la misma sensibilidad que la hace estar tan atenta, tan presente, tan dispuesta a correr cuando alguien lo necesita.

XIII.1.9. Aprendiendo a sobrevivir: el título como programa y como honestidad

Cuando el entrevistador le pide a Sofía que le ponga un título a toda su experiencia en urgencias, ella responde sin dudar: «Aprendiendo a sobrevivir». La explicación que da inmediatamente después es concreta y proyectiva: lo que aprendió en urgencias es lo que va a necesitar para su rural, donde estará sola, sin equipo interdisciplinario, sin los códigos de activación del HIC, sin el urgenciólogo que la acompaña al procedimiento.

Este título tiene una doble valencia que vale la pena desplegar. Por un lado, es una declaración de aprendizaje práctico: Sofía se lleva de esta rotación herramientas reales de manejo clínico en situaciones de urgencia que constituirán su «manual de supervivencia». Por otro lado, es también una descripción de algo más íntimo: el proceso de aprender a sobrevivir emocionalmente al trabajo médico. A no desbordarse con los abuelitos. A no agotarse con los oncológicos. A no perder la imparcialidad con los pacientes en estado de intoxicación. A no dejar que una frase defensiva destruya una relación terapéutica que aún puede salvarse.

Sofía representa una postura particular ante la formación médica: la de quien llega con una sensibilidad emocional muy desarrollada, que no quiere suprimirla pero que tampoco quiere ser gobernada por ella. Su aprendizaje en urgencias no fue el de quien va a endurecer lo que era blando, sino el de quien va a aprender a dirigir lo que ya tenía. La empatía no desaparece; se

calibra. Los sentimientos no se guardan en una bolsa; se usan como información sin convertirse en ruido.

Lo más revelador del cierre de su entrevista es la frase final: «Miedo, pero bueno, gracias.» Con esas cuatro palabras Sofia condensa una postura ante lo que viene que ningún manual de competencias clínicas puede producir: la disposición a seguir adelante a pesar del miedo, reconociéndolo sin que eso sea suficiente razón para detenerse. Es quizás la síntesis más honesta y más humana de lo que significa estar al final del internado, a punto de ejercer sola, habiendo aprendido que la medicina no se sobrevive suprimiendo lo que se siente, sino aprendiendo a sentir de una manera que no destruya ni al paciente ni al médico que lo cuida.

XIII.2. Narrativa entrevista Andrés

XIII.2.1. El umbral simbólico: el uniforme como frontera entre roles

Antes de narrar cualquier caso clínico, Andrés ofrece una imagen que articula toda su experiencia en urgencias: el acto de quitarse el uniforme al terminar el turno. No lo describe como un hábito de higiene ni como un gesto rutinario, sino como un ritual de tránsito entre dos formas de existir. Con el uniforme puesto, él es «el médico», la persona que debe responder, sostener, decidir. Sin él, regresa a ser Andrés. Esta distinción, aparentemente simple, revela una estrategia de regulación emocional profundamente elaborada para alguien que lleva pocas semanas en el internado.

Lo notable de esta imagen es que no implica disociación ni negación. Andrés no dice que olvida lo ocurrido, sino que lo deja ir conscientemente, como cuando el uniforme se lava y se renueva. Hay en esa metáfora una comprensión intuitiva de que la acumulación sin descarga destruye al sujeto, y que preservar la vida personal no es una traición a la vocación médica, sino

una condición de su sostenibilidad. Esta reflexión, formulada de manera espontánea, anticipa la tensión central que atraviesa toda su narrativa: cómo mantenerse presente como persona sin que esa presencia lo consuma.

XIII.2.2. La muchacha de 19 años: cuando el paciente no es el que está enfermo

El primer caso que Andrés relata con detalle ocurrió en su segundo día de rotación en triage. Llegó una joven de aproximadamente 19 años con una gastroenteritis, acompañada por su madre. Desde el comienzo clínico, el cuadro era menor. Sin embargo, el relato de Andrés no gira en torno a la patología de la hija, sino en torno al comportamiento de la madre, quien repetía con insistencia que su hija iba a morir, que necesitaba ser salvada, que la enfermedad era una amenaza existencial. La desproporción entre la gravedad real del caso y la intensidad del pánico materno fue lo que capturó la atención de Andrés.

A medida que la entrevista clínica avanzó, emergió una narrativa más compleja: la joven había sido una adulta funcional, con trabajo y vida independiente, hasta que una enfermedad la hizo volver al hogar. Desde entonces, la madre había asumido un control progresivo sobre su vida: la alimentación, las salidas, los vínculos sociales. Andrés identifica este patrón con claridad y lo nomina sin ambigüedad: la madre era la fuente del problema, no la hija. Esta lectura revela una capacidad precoz para comprender que la enfermedad puede ser el lenguaje a través del cual se expresa una relación de dependencia o control.

Lo que Andrés describe como impotencia no es la incapacidad de tratar una gastroenteritis, sino la imposibilidad estructural de intervenir en aquello que realmente estaba dañando a esa joven. En triage, el médico puede actuar sobre el cuerpo, pero no sobre los

vínculos que enferman. Esta conciencia del límite del rol médico —y del sufrimiento que ese límite genera en quien lo reconoce— es uno de los hallazgos más significativos del relato.

"Uno ve a una muchacha de 19 años llorando, convencida de que se va a morir de una gastroenteritis... es un caso en el que necesita ayuda, pero es un tema muy delicado meterse en esos asuntos familiares."

La impotencia que describe no es clínica. Es la impotencia de quien puede ver el sufrimiento real, comprende su origen, y al mismo tiempo reconoce que las herramientas disponibles en ese momento no alcanzan para tocarlo. Esta forma de impotencia es, en muchos sentidos, más difícil de sostener que la que produce el fracaso técnico.

XIII.2.3. El paciente con herida por arma de fuego: el congelamiento como respuesta honesta

El segundo relato significativo ocurre en el área de reanimación, durante uno de los pocos días que Andrés pudo estar allí —había estado incapacitado cinco días por neumonía, lo que ya introduce una dimensión relevante: él llegó al escenario de mayor intensidad clínica en condición de fragilidad física propia. Ingresó un hombre de aproximadamente 35 años con dos impactos de bala en la cabeza. Desde el primer momento, la familia lo daba por muerto. La rapidez del equipo de reanimación fue notable —menos de dos minutos para tener el control del escenario—, pero a los cinco minutos ya había signos de decorticación. Andrés sabía que estaban atendiendo a alguien que muy probablemente no sobreviviría.

Lo que más llama la atención en este relato no es el drama del caso, sino la forma en que Andrés describe su propia experiencia interna: se congeló. Se puso los guantes, esperó que le dijeran qué hacer, y no actuó por iniciativa propia. En lugar de minimizar este hecho o racionalizarlo, lo nombra con una precisión que revela autoconciencia. No dice que no sabía qué

hacer por falta de formación; dice que la mente se le puso en blanco. El congelamiento fue una respuesta emocional ante una situación para la que no tenía referentes incorporados.

"Veía que todo el mundo sabía qué hacer, se comunicaban bien, y yo sentía que estaba haciendo más estorbo que ayudando."

Esta experiencia introduce una tensión que Andrés no resuelve del todo: el contraste entre la expectativa del rol —el interno que participa, aprende, contribuye— y la realidad del sujeto que, ante ciertos estímulos, simplemente se detiene. Lejos de ser una falla, este congelamiento puede leerse como una respuesta adaptativa honesta: el cuerpo y la mente reconocieron que no tenían los recursos incorporados para actuar en ese contexto específico, y eligieron no intervenir en lugar de hacerlo de manera inadecuada. Que Andrés sea capaz de narrar esto sin evasiones dice algo importante sobre su capacidad de autoobservación.

También es relevante el contexto biográfico del paciente: los familiares ofrecieron indicios de que tenía vínculos con bandas criminales y que el disparo fue por venganza. Andrés no desarrolla un juicio moral sobre esto, pero sí menciona la percepción de que desde el inicio se atendía a alguien que «ya todos sabíamos que iba a morir». Esta certeza anticipada sobre el desenlace y la continuación del protocolo de atención completo configura lo que él mismo llama, al momento de titular el caso, «atención básica mínima» o «encarnizamiento»: la obligación ética de garantizar el derecho a ser atendido, independientemente de la probabilidad de supervivencia o del historial del paciente.

XIII.2.4. La madre y el niño intoxicado: rabia, autocontrol y la difícil imparcialidad

El tercer caso que Andrés relata es, desde la perspectiva emocional, el más cargado. Una mujer de aproximadamente 37 años llegó al triaje junto con su hijo de entre 9 y 11 años, ambos

con alteración del estado de conciencia y discurso incoherente. La causa solo se aclaró cuando llegaron el padre y la hija mayor: la madre, que tomaba antidepresivos, le había suministrado al niño dosis de su medicación incompatibles con su peso. El niño tuvo un episodio de agitación intensa durante la atención; Andrés lo contuvo físicamente para evitar que se golpeará.

El impacto emocional de este caso fue diferente al de los anteriores. Aquí no hubo congelamiento ni impotencia difusa: hubo rabia. Andrés lo dice con claridad. Su primera interpretación del evento fue que la madre quería matarse y llevarse al hijo. Cuando conoció el contexto —divorcio reciente, disputa por la custodia, antecedentes psicológicos— la rabia no desapareció, sino que encontró un nuevo objeto: la idea de que la madre habría preferido la muerte del niño a ceder su custodia.

Lo que hace significativo este momento no es la rabia en sí, sino el trabajo que Andrés describe para gestionarla dentro del acto médico. Reconoce que experimentó el impulso de aplicar «su propia justicia», y también reconoce que ese impulso es incompatible con la función del médico como persona de apoyo. La resolución que propone no es suprimir la emoción, sino reencuadrar la percepción: no ver a la madre que intentó dañar al niño, sino a dos pacientes intoxicados que necesitan atención.

"Al paciente con problemas mentales siempre hay que ser su persona de apoyo, no alguien que recaiga en sus problemas y lo haga sentir peor. Siempre pensar en cómo puedo ayudar, no en cómo aplicar mi propia justicia."

Este movimiento no es trivial. Implica una separación deliberada entre la respuesta emocional primaria y la acción profesional, sin negar la primera ni permitir que colonice la segunda. Es, en términos formativos, uno de los momentos más elaborados del relato: Andrés

describe no solo lo que sintió, sino el proceso mediante el cual transitó desde ese sentimiento hacia una postura clínica sostenible.

La familia, en este caso, funcionó como un factor ambivalente: por un lado, aportó la información diagnóstica indispensable para el tratamiento; por otro, introdujo una carga emocional adicional —la rabia del padre, la confusión y la culpa de la hija mayor— que Andrés tuvo que contener sin desatender a los pacientes. Esta multiplicidad de demandas simultáneas —técnicas, emocionales, comunicativas— configura la complejidad real del trabajo en urgencias, que ningún protocolo puede anticipar completamente.

XIII.2.5. El sistema como límite: impotencia estructural y reencuadre adaptativo

A lo largo de la entrevista, Andrés regresa varias veces a una forma particular de malestar que no se origina en la relación con los pacientes ni en la propia respuesta emocional, sino en las condiciones estructurales del sistema de salud. La sobreocupación del servicio —que en algunos momentos llegó al 300% de la capacidad— obligaba a remitir pacientes que él consideraba con criterio de ingreso. La experiencia de decirle a alguien que buscara atención en otro lugar, sabiendo que ese otro lugar diría lo mismo, generó una impotencia de naturaleza diferente a la clínica o emocional: es una impotencia ante lo que no puede ser cambiado por ningún acto médico individual.

Andrés no se queda en la queja. Desarrolla una comprensión sistémica del problema: identifica la burocracia, las EPS, los procesos administrativos y la política sanitaria como fuentes de obstrucción que escapan al control del médico en el punto de atención. Y a partir de esa comprensión, formula lo que podría describirse como una ética del alcance posible: hacer lo mejor dentro de los límites reales, sin paralizarse ante lo que no puede controlarse.

Esta capacidad de distinguir entre lo que está dentro y fuera del propio campo de acción —y de actuar con responsabilidad dentro del primero sin consumirse por el segundo— es una forma de madurez profesional que generalmente se asocia a médicos con muchos años de experiencia. Su emergencia en un interno sugiere que Andrés trae consigo recursos cognitivos y emocionales previos —en parte atribuibles a su año de investigación en psiquiatría— que le permiten procesar la complejidad del entorno con una perspectiva más amplia que la puramente técnica.

XIII.2.6. El género como variable invisible: diferencia en el trato y conciencia del privilegio

Uno de los momentos más reveladores de la entrevista ocurre cuando Andrés reflexiona sobre su experiencia en el equipo. Ante la pregunta de si alguna vez se sintió invalidado o silenciado, su respuesta es negativa para sí mismo, pero inmediatamente gira hacia sus compañeras: Valentina y María José eran tratadas en reiteradas ocasiones como si fueran estudiantes de pregrado, por enfermeras, médicos y pacientes. Andrés atribuye esto tanto a la apariencia de mayor juventud como al hecho de ser mujeres.

Lo que este momento evidencia no es solo una denuncia del trato diferencial, sino algo más sutil: Andrés reconoce que su propia experiencia positiva en el equipo puede estar mediada por su condición de hombre y por su apariencia de mayor edad. Este reconocimiento del privilegio —sin que nadie se lo solicite explícitamente— revela una capacidad de lectura crítica del entorno que trasciende la experiencia individual y apunta hacia una comprensión más amplia de las dinámicas de poder en los contextos clínicos.

La escena del paciente que insultó a la médica general y luego fue a buscar a Andrés para comentarle que había «ganado» refuerza este análisis. Andrés lee ese episodio como un acto de

violencia simbólica de género —el paciente se impone ante la mujer, pero habla «de hombre a hombre» con él— y expresa rabia ante eso. No normaliza el comportamiento ni lo justifica por el cansancio del paciente. Al mismo tiempo, cuando evalúa la reacción de la médica —quien cedió ante la presión luego de más de 24 horas de turno—, lo hace con comprensión antes que con juicio.

XIII.2.7. La red de sostén: la prima, el compañero y el valor de lo pequeño

En contraste con la soledad institucional que varios momentos del relato insinúan, Andrés describe dos formas concretas de apoyo que resultaron significativas. La primera es su prima, también médica y en el mismo hospital: cuando terminan turno coinciden a veces y se «descargan» mutuamente. Andrés valora esta posibilidad de hablar las cosas con alguien que comprende el contexto desde adentro, y lo formula con una claridad que merece atención: si uno no habla, las cosas lo ahogan y no lo dejan recuperarse.

La segunda forma de apoyo provino de un compañero de internado II que lo vio en dificultades durante una sutura y se acercó a ayudarlo. Lo que Andrés destaca no es que el compañero lo haya reemplazado ni que le haya señalado su error, sino que se ubicó a su lado y le ofreció una orientación técnica sin despojarlo del procedimiento. Este gesto, aparentemente menor, fue suficientemente significativo para ser recordado y relatado. En entornos de alta exigencia y visibilidad como urgencias, ser sostenido sin ser humillado es una experiencia que no siempre ocurre y que, cuando ocurre, deja huella.

Estas dos fuentes de apoyo —una fuera del hospital, una dentro— no son institucionales ni formalizadas. Son relaciones personales que funcionan como espacios de descarga y reconocimiento. Su eficacia no invalida la necesidad de estructuras institucionales de contención,

pero sí señala que, en su ausencia, los internos construyen redes propias a partir de los recursos relacionales disponibles.

XIII.2.8. El cierre: ser persona antes que médico

Al final de la entrevista, cuando la entrevistadora le pregunta cómo se siente después de haber hablado, Andrés dice que un poco mejor, porque son cosas que solo se pueden comentar entre médicos. Esta afirmación condensa una experiencia compartida por muchos profesionales de la salud: ciertos contenidos emocionales solo pueden circular en comunidades que comprenden el contexto desde adentro. La conversación con familiares o amigos sin formación médica no alcanza para procesar lo que ocurre en urgencias, no por falta de empatía, sino por falta de marcos de referencia compartidos.

Andrés también reconoce que la entrevista le removi6 algo: el recuerdo del caso de la joven con gastroenteritis lo conect6 con su a6o de trabajo en investigaci6n en psiquiatría, donde tambi6n vio casos que «uno trata de olvidar porque siempre lo hacen sentir mal, de que pudo haber hecho m6s». Y luego agrega algo que funciona como el n6cleo de toda su narrativa:

"Uno tambi6n tiene que recordar que es una persona primero."

Esta frase, dicha al final, no es un cierre ret6rico. Es la s6ntesis de lo que el relato ha construido desde el principio: el uniforme que se quita, la rabia que se reconoce, el congelamiento que se nombra, la red de apoyo que se busca. Todo apunta a un mismo movimiento: el de un m6dico que, en sus primeras semanas de internado, est6 aprendiendo a habitar simult6neamente dos dimensiones —la del profesional que actúa y la del sujeto que siente— sin sacrificar una en nombre de la otra.

En t6rminos formativos, la experiencia de Andr6s sugiere que la atenci6n centrada en la persona no es solo una competencia clínica dirigida hacia el paciente, sino una postura que

comienza por la relación del médico consigo mismo. No puede ofrecer humanización sostenida quien no ha encontrado, aunque sea de manera provisional, alguna forma de cuidarse. El uniforme que se lava y se renueva es, en ese sentido, mucho más que una metáfora: es un programa ético condensado en un gesto cotidiano.

XIII.3. Narrativa entrevista Valentina

XIII.3.1. La empatía como postura base: ni bolsa donde guardar, ni muro donde protegerse

Desde los primeros intercambios de la entrevista, Valentina articula una posición que define el tono de todo su relato: los sentimientos no deben guardarse en una bolsa antes de entrar al servicio, porque hacerlo significa dejar de ver al paciente como persona. Esta afirmación, formulada de manera espontánea en respuesta a una pregunta metafórica, no es retórica. Es la descripción de una convicción profunda sobre lo que implica ejercer la medicina con humanidad.

Lo que Valentina propone no es la fusión emocional con el paciente ni la exposición sin filtros a su sufrimiento, sino algo más preciso y difícil: un balance. Reconoce que es impaciente, que la empatía a veces la supera, que hay momentos en que se desespera. Y al mismo tiempo afirma que esa misma empatía fue el recurso que le permitió sostenerse durante las primeras semanas, que describe como una terapia. La impaciencia y la empatía no se anulan: coexisten en tensión productiva, y el trabajo de Valentina en urgencias consiste, en buena medida, en administrar esa tensión sin resolverla artificialmente.

Este planteamiento tiene implicaciones directas para entender la Atención Centrada en la Persona desde la dimensión del médico como sujeto. Valentina no separa su vida emocional de su práctica clínica ni aspira a hacerlo. Lo que busca, en cambio, es desarrollar la capacidad de estar presente con lo que siente sin que eso le impida actuar. Esta postura, lejos de ser ingenua,

requiere un nivel de autoconciencia que raramente se cultiva de manera explícita en la formación médica.

XIII.3.2. El abuelo en paro: cuando la empatía se desplaza del paciente al familiar

El caso que Valentina identifica como el más significativo de su rotación ocurrió un sábado en la mañana. Un adulto mayor de aproximadamente 75 años ingresó en silla de ruedas, inconsciente, con escoriaciones visibles que indicaban una caída. Las palabras del auxiliar que lo trajo —"creo que todavía está respirando"— condensan la ambigüedad del ingreso. Al confirmar el paro, se inició el protocolo de reanimación. Valentina participó activamente y realizó el último ciclo de compresiones antes de que se tomara la decisión de cesar las maniobras.

Lo notable de cómo Valentina narra este episodio es el desplazamiento que describe en su propia atención: desde el principio, mientras ejecutaba las maniobras, una parte de ella estaba pensando en el familiar que esperaba afuera. La técnica de la reanimación no absorbió toda su presencia. Hubo un espacio interno, simultáneo al esfuerzo físico y cognitivo del procedimiento, en el que ya anticipaba el impacto que la noticia tendría sobre esa persona que se encontraba fuera de esa sala de reanimación.

Este fenómeno —la presencia partida entre el cuerpo que se atiende y la persona que espera— no es una distracción ni un déficit de concentración. Es una forma de atención ampliada que distingue al médico que comprende la integralidad del evento clínico del que trabaja solo sobre el cuerpo frente a él. Valentina no lo formula en esos términos, pero lo practica: la reanimación y la comunicación de la muerte no son para ella dos actos separados, sino dos momentos de un mismo cuidado.

La respuesta de la nieta complicó el guion habitual de la comunicación de malas noticias: antes de que el especialista pudiera decir nada, ella anticipó el desenlace. Había visto morir a muchas personas en su familia y reconoció en el momento del ingreso que su abuelo ya estaba muerto. Esta inversión —el familiar que sostiene al médico en lugar de ser sostenido por él— produjo en Valentina una forma de alivio que ella misma matiza: el dolor de la nieta estaba presente, pero su serenidad permitió que el proceso se desarrollara con una dignidad que Valentina valora y recuerda.

"Mi sentimiento en ese momento no estaba tanto enfocado hacia la reanimación fallida. Estaba más enfocado hacia la persona que estaba recibiendo la noticia."

Esta afirmación revela dónde reside, para Valentina, el núcleo del cuidado en urgencias: no en el éxito técnico del procedimiento, sino en la calidad de la presencia con el otro en los momentos de mayor vulnerabilidad. Que una interna en sus primeras semanas formule esta comprensión con tanta claridad habla de una orientación vocacional que precede y trasciende la formación formal.

XIII.3.3. El triage como escenario de tensión de ética: entre la limitación estructural y la dignidad en la comunicación

En contraste con la reanimación, que Valentina describe como un espacio de alta humanización, el triage aparece en su relato como un territorio más ambivalente. La sobreocupación del servicio obliga con frecuencia a redirigir pacientes que, desde su percepción clínica, deberían ingresar. Esta disonancia entre lo que el protocolo indica y lo que el juicio propio sugiere genera una forma de impotencia que Valentina reconoce con precisión: no es la impotencia ante la enfermedad, sino la impotencia ante una estructura que no puede ser interpelada desde el lugar del interno.

Lo que más le pesa no es la decisión en sí —comprende que la capacidad del servicio tiene límites reales— sino la forma en que algunos médicos la comunican. Identifica con claridad la diferencia entre quien explica la redirección con respeto y quien lo hace con prepotencia. Y formula una posición ética sin ambigüedades: ante un paciente que se altera, responderle de la misma manera es un desacierto profesional. El médico, dice, es quien tiene el control y la capacidad de explicar; utilizarlos para imponer en lugar de para acompañar es una falla de carácter, no solo de técnica comunicativa.

Valentina también identifica un error más sutil que la prepotencia: la información sobre la ocupación del servicio. Sostiene que al paciente no se le debería comunicar si el servicio está lleno o vacío, porque esa información convierte una decisión clínica en una negociación logística que desvirtúa la relación médico-paciente. La decisión de ingresar o redirigir debería basarse en criterios de salud, y comunicarse como tal.

"El paciente si tiene que ingresar, ingresa y ya. Ellos no tienen por qué saber si está lleno o está vacío. Desde ahí me parece que está el error."

Esta lectura revela una comprensión madura de las dinámicas de poder en la relación clínica. Valentina no propone que el paciente sea excluido de la información sobre su situación, sino que la información que se le ofrece debe estar centrada en su condición de salud, no en las limitaciones operativas del sistema. La diferencia es sutil pero fundamental: en un caso el paciente es el sujeto de la atención; en el otro, se convierte en un factor de la gestión.

XIII.3.4. Los adultos mayores y el abandono: la ternura como vulnerabilidad formativa

Valentina declara sin titubeos cuáles son los pacientes que más la mueven: los adultos mayores, y especialmente los hombres, porque se crió con su abuelo. Esta confesión no es

anecdótica. Es la descripción de una zona de vulnerabilidad específica que ella reconoce y nombra, y que tiene consecuencias directas para su práctica.

Con los adultos mayores, dice, es «un poco más débil». En el lenguaje de la entrevista, ser débil no significa perder la capacidad de actuar; significa que la carga emocional es mayor, que la comprensión se inclina hacia la ternura, que el umbral de afectación es más bajo. Esta vulnerabilidad diferencial no es un defecto para corregir, sino un dato a integrar en el autoconocimiento del médico. Quien sabe cuáles son sus zonas de mayor resonancia emocional puede gestionarlas con mayor conciencia que quien ignora su existencia.

El caso del abuelo en Cuidados Intermedios, al que ningún familiar visitó durante toda la semana a pesar de que existía uno registrado, concentra para Valentina la experiencia más difícil de sostener emocionalmente: el abandono. No es la enfermedad lo que la agota, sino la soledad de ese paciente. Esta sensación —ver a un ser humano enfermo y solo, sin que nadie lo acompañe— activa algo que ella misma describe como difícil de manejar, aunque agrega que «dentro de todo» lo logra.

Este «dentro de todo» merece atención. No es resignación ni minimización. Es el reconocimiento de que ciertas experiencias no se resuelven ni se neutralizan, sino que se sostienen. El médico que aprende a sostener lo insostenible sin que eso lo paralice ni lo endurezca ha desarrollado una competencia que ningún protocolo puede formalizar completamente.

XIII.3.5. La identidad cuestionada: cosificación, jerarquía y la dignidad del interno

Uno de los momentos más reveladores de la entrevista ocurre cuando Valentina describe una escena de triage en la que se solicitó «prestar un interno» con la indiferencia de quien escoge

un instrumento: cualquiera sirve, todos son lo mismo. Valentina recuerda haberlo vivido callada, sin reaccionar externamente. Pero la carga emocional que le asigna al narrarla es significativa: achantar, sentir que el aporte vale poco, percibir que la función del interno se reduce a la disponibilidad.

"Uno se siente mal, como achantado. Como que: qué tan poquito vale mi aporte en este servicio que llegan al punto de decir que todos sirven para lo mismo."

Este episodio introduce una dimensión que atraviesa de manera transversal toda la narrativa de Valentina: la tensión entre el interno como sujeto en formación y el interno como recurso operativo. Ella tiene muy clara la diferencia y la enuncia con precisión: el interno está en urgencias para aprender, para exponerse a casos y patologías que construyan su competencia clínica. Cuando se le asignan diez evoluciones y llega el paciente que realmente aportaría a su formación y no puede atenderlo porque está ocupado con el trabajo burocrático de otros, el contrato formativo se rompe.

Lo que Valentina describe no es resentimiento ni queja individual. Es una crítica estructural al modo en que ciertos médicos generales del servicio conciben el rol del interno: no como un par en formación al que acompañar, sino como una extensión de su propia capacidad de trabajo. Esta confusión de roles perjudica al interno como persona y como profesional en construcción, y también perjudica a los pacientes, que son atendidos por alguien cuyo aprendizaje está siendo sistemáticamente interrumpido.

La respuesta de Valentina a este trato desarrollado dentro del servicio, no es el resentimiento sostenido. Es una estrategia que ella misma describe con cierta ligereza: a mí se me olvidan rápido las cosas. Este olvido no es ingenuidad ni negación; es una forma de preservar la energía necesaria para seguir actuando en un entorno que no siempre reconoce su valor.

XIII.3.6. Confianza en poco tiempo: la seguridad corporal como lenguaje clínico

Ante la pregunta de cómo construir confianza con un paciente cuando el tiempo es escaso y la predisposición inicial es de desconfianza, Valentina ofrece una respuesta que distingue dos recursos. El primero es el conocimiento previo del caso: prepararse antes de entrar al consultorio, de modo que el paciente perciba que ya se conoce su historia y que no empieza desde cero. El segundo, cuando ese conocimiento no es posible, es la seguridad al hablar: no titubear, mirar directamente, sostener una expresión corporal que comunique presencia y competencia.

Esta segunda estrategia es especialmente significativa porque opera sobre la percepción del paciente sin requerir información adicional. La confianza no se construye solo con datos; se construye también con la forma en que el cuerpo del médico ocupa el espacio, con la calidad de la mirada, con el ritmo del habla. Valentina lo ha descubierto de manera práctica: cuando uno no titubea y mira fijamente, el paciente se siente escuchado sin necesidad de que se haya dicho nada definitivo todavía.

Esta comprensión del lenguaje no verbal como herramienta de la relación terapéutica es un hallazgo que muchos médicos demoran años en articular de manera consciente. Valentina lo formula con naturalidad, como parte de lo que aprendió a hacer en las cuatro semanas de rotación. No lo atribuye a una enseñanza formal sino a la observación propia y al ensayo en contexto real.

También es revelador cómo Valentina responde ante la pregunta de qué siente cuando los pacientes la llaman «señorita» y preguntan por el «verdadero doctor». Dice que casi no le molesta, que prefiere entender la posición del paciente antes que defender la propia. Mientras que uno de sus compañeros reacciona siempre marcando la diferencia —con consecuencias

visibles en el vínculo—, ella elige no disputar ese terreno. Lo que la entrevista permite leer es que esta elección no viene de inseguridad sino de una decisión deliberada: la energía que se gastaría en corregir la percepción del paciente puede invertirse en ganarse su confianza a través de la competencia demostrada.

XIII.3.7. Individualizar como acto ético: el chip que cambia en un minuto

Hacia el final de la entrevista, cuando el entrevistador le pregunta qué herramienta emocional se lleva de la rotación, Valentina introduce un concepto que sintetiza buena parte de su aprendizaje: individualizar. Describe la experiencia de atender a un paciente que la conmovió profundamente y, un minuto después, recibir a otro furioso con el mundo, y tener que cambiar el chip en ese lapso mínimo.

Lo que Valentina nombra como «cambiar el chip» es, en términos más precisos, la capacidad de ofrecer a cada paciente una presencia que no esté contaminada por la experiencia inmediatamente anterior. El paciente que acaba de entrar no es responsable de lo que produjo el anterior; merece ser recibido desde cero, como si fuera el único. Esta capacidad de reiniciar —de llegar limpio a cada encuentro sin perder la memoria de los anteriores— es una de las competencias relacionales más exigentes del trabajo en urgencias.

"Tan pronto el paciente cruza la puerta del consultorio, uno ya está enfocado en él. Lo que pasó con el anterior quedó ahí, y sigo con el otro."

Este planteamiento tiene una dimensión ética que Valentina no explicita pero que su relato encarna: individualizar es el acto de resistirse a la uniformización que el ritmo del servicio impone. En urgencias, la presión sistémica empuja hacia la serialización de los pacientes —son camas, diagnósticos, tiempos de espera. — Individualizar es el acto por el cual el médico se niega a ceder completamente a esa lógica y devuelve al encuentro clínico su carácter singular.

XIII.3.8. El pensar frío: la autoevaluación como práctica de cuidado

Al final de la entrevista, Valentina dice algo que condensa la postura reflexiva que ha mantenido a lo largo de toda la conversación: normalmente ella pasa las cosas y sigue, pero hablar de ellas en frío, en retrospectiva, le permite pensar si estuvieron bien, si estuvieron mal, cómo la hacen sentir. Este ejercicio de revisión diferida —volver sobre lo vivido con distancia temporal para comprenderlo mejor— es una forma de autoevaluación que ella valora como distinta a la forma en que habitualmente procesa sus experiencias.

El cierre del entrevistador refuerza este punto: la autoevaluación no es solo una herramienta pedagógica, es una condición del buen ejercicio médico. Y la entrevista misma funcionó, para Valentina, como un espacio en el que ese pensar en frío fue posible. No hubo revelaciones traumáticas ni rupturas emocionales: hubo reflexión, reencuadre, la posibilidad de ver en perspectiva lo que en el momento del turno solo pudo ser vivido.

En términos formativos, la narrativa de Valentina dibuja el perfil de una interna que llegó a urgencias con recursos emocionales e intelectuales significativos —empatía desarrollada, autoconciencia sobre sus límites, capacidad de lectura crítica del entorno— y que, en cuatro semanas, encontró tanto confirmaciones de lo que traía como desafíos que la interpelaron. La impaciencia que descubrió en sí misma no la desanimó; la convirtió en material de trabajo. Los tratos que la afectaron no la cerraron; la hicieron más precisa en su comprensión de lo que no quiere replicar.

Hay en Valentina una voluntad de no endurecer que merece ser nombrada. En entornos que históricamente han premiado la distancia emocional como sinónimo de profesionalismo, ella sostiene que los sentimientos son necesarios, que no se pueden meter en una bolsa, que la empatía es el recurso —no el obstáculo— de una buena atención. Esta postura no es ingenua:

viene acompañada de un trabajo activo de regulación, de estrategias concretas para no desbordarse, de conciencia sobre sus propias zonas de mayor vulnerabilidad. Es, en ese sentido, una articulación más completa entre el médico que actúa y la persona que siente.

XIII.4. Narrativa entrevista Sebastián

XIII.4.1. El internado como umbral: Del conocimiento al ejercicio

Sebastián inicia su relato con una distinción que organiza toda su comprensión del internado: hay una diferencia entre saber y ejercer. Como estudiante, el saber era el objetivo; como interno, el saber es la condición de posibilidad de algo más exigente: el contacto directo con el paciente, la participación en los procedimientos, la responsabilidad de acompañar una evolución clínica durante horas o días. Esta transición no es solo curricular; es una redefinición del lugar que uno ocupa en el espacio clínico.

Lo que Sebastián esperaba de urgencias no era solo ver patologías sino tocarlas, en el sentido más literal: realizar suturas, inmovilizaciones, cardioversiones, reanimaciones. Su expectativa era encarnada. El aprendizaje que buscaba no era el de la página sino el del procedimiento ejecutado con las propias manos sobre un cuerpo real. Esta orientación hacia el hacer —y hacia la confirmación de que lo que uno haría sería la conducta apropiada— atraviesa toda la narrativa como una constante que explica tanto sus satisfacciones como sus frustraciones.

Al mismo tiempo, reconoce con honestidad los límites del acceso en la práctica: hay procedimientos que se enseñan pero que en el momento real otro los realiza, porque el equipo también quiere participar, porque la urgencia no espera, porque la jerarquía del servicio tiene su propia lógica. Esta limitación no lo desanima ni lo resiente; la registra como parte de una

realidad que hay que navegar con paciencia e iniciativa. En esa actitud —de quien espera su momento y lo pide cuando llega— se anticipa el carácter que el relato irá desarrollando.

XIII.4.2. La sala de reanimación: el primer paro, la primera intuición de lo que viene

Antes del caso que marca el centro de la narrativa, Sebastián describe un episodio que funciona como introducción y contraste: su primer contacto con una sala de reanimación ante una urgencia vital. En ese primer caso solo observó. No participó en la secuencia de reanimación cardiopulmonar avanzada; estuvo presente como testigo. Esta distinción entre observar y participar es, para él, una distinción entre dos formas de habitar el espacio clínico. La observación es válida, pero no alcanza para producir en él la sensación de haber estado allí de verdad.

Que este primer caso no sea el que elige para narrar en detalle, sino el segundo —en el que sí tuvo protagonismo—, dice algo sobre lo que Sebastián valora en su experiencia formativa: el aprendizaje que deja marca no es el que se contempla sino el que se ejecuta. La presencia pasiva, por más que sea ante casos graves y técnicamente complejos, no produce en él el mismo tipo de impronta que la participación activa. Esta orientación hacia el hacer como condición del aprender orienta toda su relación con el servicio.

XIII.4.3. La desilusión y el techo terapéutico: cuando la voluntad anticipada interrumpe el ímpetu

El segundo caso de urgencia vital llega cuando Sebastián ya tiene más confianza. Esta vez no es solo testigo: participa en las compresiones, asegura la vía aérea, y está a punto de tomar las paletas del desfibrilador. Es un momento de concentración plena, de confianza en las propias capacidades, de la sensación de que lo que ha estudiado y ensayado se está activando en tiempo

real. En ese punto exacto llega la información que lo cambia todo: el paciente tiene techo terapéutico establecido por geriatría; no maniobras avanzadas.

La reanimación se suspende. El paciente fallece. Sebastián describe lo que sintió con una palabra precisa: desilusión. No tristeza, no angustia —aunque reconoce que la respuesta emocional ante la muerte ha cambiado a lo largo de la carrera, que algo se ha vuelto más frío con el tiempo. Lo que predomina es la desilusión de quien estaba en el umbral de una experiencia significativa y fue detenido justo antes de completarla. La voluntad anticipada del paciente no es cuestionada en términos éticos; es vivida como una interrupción de un proceso que él quería llevar hasta el final.

"Uno, porque estaba dentro de lo que cabe emocionado por poder agarrar las paletas, poder reanimarlo, y que tú tenías el control en ese momento. Que me indicaran que tenía que dejar de hacer cualquier cosa, sentí desilusión."

Esta honestidad sobre el contenido de la desilusión —que incluye el ímpetu del procedimiento, la sensación de control, el deseo de protagonismo técnico— no es moralmente problemática. Es la descripción auténtica de lo que le ocurre a un interno que se ha preparado, que confía en sus capacidades, y que en el momento en que iba a demostrarlas, la situación lo impide. Reconocer eso no significa que Sebastián anteponía su aprendizaje al bienestar del paciente; significa que ambas dimensiones estaban presentes simultáneamente y que la suspensión afectó a las dos.

XIII.4.4. El gesto sin testigos: agradecer al que ya no puede escuchar

El momento central de la narrativa de Sebastián no ocurre durante el procedimiento ni inmediatamente después. Ocurre unos veinte o treinta minutos más tarde, cuando el equipo ya se ha dispersado, cuando se habla de otro tema, cuando la urgencia ha cedido paso a la rutina.

Sebastián gira en la silla y queda mirando hacia el fondo de la sala, hacia la camilla cubierta en una esquina. Y antes de que lleguen a llevarse el cuerpo, se levanta, se acerca, lo toca, y le habla.

No hay nadie más presente. No hay docentes, no hay enfermeros, no hay compañeros que puedan interpretar o testimoniar el gesto. Solo él y ese cuerpo. Lo que Sebastián le dice al paciente fallecido es una forma de promesa: gracias a él pudo aprender, y cuando sea necesario, en su nombre, podrá salvarle la vida a alguien.

"Yo le vi a la cara y me nació acercarme. Lo toqué un poco y le agradecí. Le dije que si bien el desenlace no fue el mejor, gracias a él fue la oportunidad de que yo hubiera podido aprender, y que cuando sea necesario en su nombre poderle salvar la vida a alguien."

Este gesto es extraordinario por varias razones. Primera: es completamente espontáneo. No lo aprendió de ningún docente, no lo vio hacer a nadie, no lo tenía planeado. Emergió como una necesidad interna que él mismo describe con esa expresión tan colombiana y tan precisa: «me nació». Segunda: es privado. No fue un gesto destinado a ser visto, valorado ni evaluado por ningún otro. No tenía función pedagógica ni institucional; solo tenía función personal. Tercera: involucra el cuerpo. Sebastián no solo le habla al paciente desde lejos; se acerca, lo toca. Hay en ese gesto una negativa a reducir el cuerpo fallecido a un objeto inerte, a tratarlo como un maniquí de procedimientos.

En términos de la Atención Centrada en la Persona, este momento es paradójico y revelador a la vez. El paciente ya no puede recibir atención en ningún sentido clínico. Y sin embargo Sebastián le ofrece algo que pocas veces se nombra en los manuales de medicina: reconocimiento. El reconocimiento de que ese cuerpo fue una persona, que esa persona le enseñó algo, que esa enseñanza tiene un peso que merece ser nombrado. La gratitud que Sebastián expresa no es solo un gesto emocional; es un acto de restitución simbólica de la humanidad al

paciente que el proceso técnico —la reanimación, la intubación, el protocolo— tendía a reducir a un caso.

También hay en ese gesto una dimensión que apunta hacia el futuro: la promesa de que lo aprendido no quedará guardado como habilidad técnica, sino que será devuelto —«en su nombre»— a quien lo necesite. Esta formulación transforma el aprendizaje en una especie de deuda de cuidado que se salda atendiendo a otros. Es una ética de la gratitud médica que Sebastián no elabora filosóficamente, pero que practica con una naturalidad que la hace más genuina que cualquier declaración programática.

XIII.4.5. La soledad del interno en reanimación: el aprendizaje sin testigos ni red

Cuando el entrevistador le pregunta si sus compañeros notaron su frustración y lo acompañaron durante el resto del turno, Sebastián revela una dimensión estructural de la rotación que hasta ahora no había aparecido con tanta claridad: los internos están fragmentados en el servicio. Cada uno ocupa un puesto diferente; en la sala de reanimación solo hay uno. No hay grupo que comparta el mismo momento, no hay red de pares inmediata que permita procesar lo vivido en tiempo real.

Sebastián vivió el episodio del paciente fallecido, el gesto de agradecimiento, la desilusión y la gratitud, completamente solo. Nadie de su grupo supo lo que ocurrió en esa sala. Nadie le preguntó cómo estaba al salir. La conversación que finalmente procesa todo esto es la misma entrevista de investigación en la que participa, que él mismo identifica como la primera vez que habla de ese tema con alguien.

"Entonces nunca como que me dio algún compañero para hablar, ni tuve la confianza de hablarle la experiencia con alguna otra persona. Realmente no fue la primera vez que como que inicié a hablar con alguien de ese tema."

Esta soledad no es producto de una personalidad reservada ni de una falta de vínculos; es el resultado de una estructura de rotación que distribuye a los internos de manera que hace difícil la comunidad de experiencia. Sebastián guardó todo esto. No porque no tuviera con quién hablarlo en términos generales, sino porque el momento específico —la sala de reanimación, el cuerpo cubierto en la esquina, el gesto silencioso— ocurrió en un espacio que la estructura de la rotación dejó sin testigos y sin interlocutores.

Que la entrevista de investigación sea el primer espacio en que Sebastián articula esta experiencia es, en sí mismo, un hallazgo del estudio. Señala que hay experiencias formativas significativas que ocurren en el internado sin ningún acompañamiento posterior —ni institucional ni entre pares—, y que el silencio alrededor de ellas no significa que no las afecten, sino que las cargan sin descarga.

XIII.4.6. El conflicto en triage: cuando el silenciar al interno es silenciar al paciente

El segundo episodio central de la narrativa de Sebastián ocurre en el triage y tiene una naturaleza completamente diferente al primero. Aquí no hay muerte ni procedimientos técnicos; hay un conflicto de autoridad que revela con claridad cómo la relación médico-paciente puede ser obstruida desde adentro del mismo equipo. Una médica general, durante una consulta que ella misma le había asignado a Sebastián, le impide progresivamente hablar con el paciente: primero con una mirada y un comentario, luego con una instrucción directa —«no le haga más preguntas»—, finalmente con una prohibición que se da frente al propio paciente.

Lo que más impacta a Sebastián de este episodio no es el conflicto personal con la médica, sino la forma en que esa prohibición lesiona simultáneamente dos relaciones: la del estudiante con el paciente, y la del paciente con el servicio. Él observa en la cara de los pacientes la inconformidad de quien sale sin haber podido decir lo que vino a decir. Entiende que la médica argumenta razones de responsabilidad médico-legal —si el paciente le dice algo a él y no queda en la historia clínica, el problema es de ella—, pero la rebate con una lógica sencilla y contundente: él puede transmitirle esa información. El argumento de la médica no sostiene la prohibición; la encubre.

"Cómo va a ser posible que ni siquiera en un ambiente académico, sino en un ambiente médico-paciente, no hablar con el paciente, sabiendo que el paciente me quiere contar la historia, de qué sufre, cuál ha sido su evolución clínica."

La reacción de Sebastián ante este episodio es reveladora de su carácter. No guarda silencio ni asimila el maltrato como parte inevitable del aprendizaje. Espera a que el paciente salga, le dice directamente a la médica que su actitud le parece fuera de lugar, y se retira a apoyar en otro servicio. Esta respuesta —firme, directa, sin confrontación frente al paciente, sin agresividad— es la misma que la mayoría de los demás internos describieron como ideal pero que pocos afirmaron haber ejecutado de manera tan clara. Sebastián no solo sabe cómo debería reaccionar; lo hace.

La gestión posterior del conflicto también es significativa. Lo comunica a su directora. El equipo del servicio lo respalda. Descubre que la actitud de esa médica es conocida y reconocida como un patrón. Eso le da tranquilidad, pero también pone en evidencia algo que el sistema no puede ignorar: cuando un comportamiento disfuncional se normaliza como «ella es así», deja de ser un problema individual y se convierte en una práctica tolerada. La red de colegas que

respalda a Sebastián es valiosa; pero su existencia no exime al servicio de la responsabilidad de intervenir sobre los comportamientos que deterioran la atención y dañan la formación.

XIII.4.7. Lo que no aporta también enseña: la claridad del contraste

Cuando el entrevistador le pregunta qué aprendió del conflicto con la médica, Sebastián da una respuesta que en principio parece una clausura —«no siento que haya podido recoger algo de esa experiencia»— pero que en realidad es una afirmación más sofisticada de lo que parece. Dice que trata de quedarse con lo positivo que una persona puede transmitirle, y que esa médica no le transmitió nada. Ni en lo profesional ni en el trato con el paciente.

Esta respuesta no es cinismo ni resentimiento. Es la formulación de un criterio claro sobre qué tipo de ejemplo merece ser incorporado y cuál no. Sebastián tiene docentes de referencia cuyo criterio busca activamente, con quienes comparte sus decisiones y recibe retroalimentación. El contraste con la médica del triage no le produce confusión sobre qué tipo de médico quiere ser; se la refuerza. A veces el ejemplo negativo enseña por negación: viendo lo que no se quiere replicar, se afina la imagen de lo que sí.

Hay también en esta respuesta una distinción entre lo que se puede aprender de una situación y lo que se puede aprender de una persona. El episodio del triage le enseñó algo sobre la fragilidad de la relación médico-paciente cuando es obstruida desde adentro del equipo, sobre el impacto de callar a un paciente en su propio proceso de atención, sobre cómo manejar un conflicto sin escalar ni ceder. Eso lo aprendió de la situación, no de la persona que la generó.

XIII.4.8. La atención integral como hallazgo: el servicio visto desde la persona

Al cierre de la entrevista, Sebastián ofrece una reflexión sobre lo que le pareció más valioso de la rotación desde la dimensión humana: la atención integral al usuario. Describe un

servicio en el que el paciente no es tratado como una enfermedad que resolver y luego enviar de regreso, sino como una persona con necesidades que van más allá del diagnóstico: apoyo en trámites administrativos, educación en estilos de vida, redirección cuidadosa cuando no hay convenio con la institución. La presencia de personal de apoyo para estas necesidades no clínicas es, para él, una señal de que el servicio comprende la integralidad de la experiencia del paciente.

Esta observación tiene mayor peso a la luz del resto de su relato. Sebastián ha vivido en esta misma rotación un episodio en que una médica redujo al paciente a un riesgo médico-legal, sacándolo en veinte segundos sin dejarlo hablar. El contraste entre ese modelo y lo que describe como la práctica mayoritaria del servicio no es una contradicción; es la evidencia de que en un mismo espacio institucional conviven orientaciones radicalmente distintas hacia el paciente, y que la cultura del cuidado no es uniforme sino resultado de las personas concretas que la habitan en cada turno.

En el conjunto de la narrativa de Sebastián, este cierre tiene una función integradora: confirma que su experiencia en urgencias no fue definida por el episodio del conflicto sino por algo más amplio y duradero. Por el gesto de agradecimiento a un paciente que ya no podía escucharlo. Por la primera intubación en una sala de reanimación, guardada como memoria de un cuerpo con nombre y con cara. Por la confirmación de que el trato humano es posible incluso en el servicio más exigente y veloz del hospital. Y por la comprensión, que ningún manual le enseñó, de que a veces la gratitud que uno siente hacia un paciente solo puede decirse en privado, con una mano sobre el pecho inmóvil, sin testigos y sin prisa.

XIII.5. Narrativa entrevista Camilo

XIII.5.1. La urgencia como espacio elegido: cuando la presión es motivo y no amenaza

Camilo declara desde el inicio una relación de afinidad con el entorno de urgencias. Le gustan los abordajes, le gusta la presión de sentir que si no actúa bien el paciente puede complicarse. Esta confesión no es fanfarronería; es la descripción de un tipo de motivación que orienta su modo de estar en el servicio. Urgencias no es para Camilo un escenario que hay que sobrevivir, sino uno en el que se reconoce.

Esta postura tiene consecuencias directas sobre su manera de vivir las experiencias difíciles. El miedo y la frustración no desaparecen —los narra con honestidad—, pero se inscriben en un marco de sentido que los hace tolerables. El error o la limitación no ponen en cuestión si está en el lugar correcto; confirman que hay cosas por aprender. Esta diferencia es sutil pero clínicamente relevante: un interno que elige el escenario activa recursos distintos a uno que lo padece.

Al mismo tiempo, Camilo reconoce que urgencias impone condiciones que dificultan la atención centrada en la persona tal como se practica en otros contextos. La consulta ambulatoria permite una sensibilidad diferente a la que es posible en reanimación. Esta conciencia del gradiente contextual —que la humanización no opera igual en todos los espacios clínicos— es una forma de realismo que no renuncia al valor, sino que lo adapta a las condiciones materiales del ejercicio.

XIII.5.2. El ciclista con infarto: comunicar bajo presión como acto de cuidado coordinado

El caso que Camilo elige como su experiencia más representativa de atención a la persona ocurre en reanimación. Un ciclista de mediana edad ingresa consciente, con dolor opresivo y

dificultad respiratoria. El electrocardiograma confirma elevación del ST dentro de ventana; se activa el protocolo de fibrinólisis con alteplase. Mientras el especialista dirige el procedimiento, Camilo se encarga de la comunicación con el paciente y, simultáneamente, con la esposa que espera afuera, angustiada y sin ningún marco clínico de referencia para entender lo que está ocurriendo.

Lo que este relato pone en primer plano no es la complejidad técnica del caso —que la hay—, sino la arquitectura comunicativa que Camilo construye en paralelo al procedimiento. El especialista le delega explícitamente la función de informar a la familiar. Camilo acepta esa tarea y la ejerce con una estrategia que describe con claridad: acercarse con calma, presentarse por nombre y rol, explicar el diagnóstico en lenguaje accesible, anclar la comunicación en lo que se está haciendo y en el horizonte favorable que el tratamiento abre, y sostener la repetición de la información sin impacientarse ante las preguntas que la familiar hace una y otra vez.

"Lo que intentaba manifestar no se daba de manera muy clara. Entonces hay que tener un poco de paciencia, repetir la información de manera calmada."

Esta disposición a repetir no es resignación ni tolerancia forzada. Es la comprensión de que la angustia produce una dificultad genuina para procesar información, y que la función del médico en ese momento no es solo transmitir datos sino acompañar el proceso de comprensión. Camilo no describe esto como una carga adicional, sino como parte natural del trabajo. La iteración comunicativa es, en su relato, un gesto de respeto hacia el estado emocional de la familiar, no una pérdida de tiempo clínico.

Hay en este caso algo que merece atención adicional: la coordinación explícita entre el especialista y el interno. El médico a cargo no solo dirige el procedimiento técnico; instruye a Camilo sobre qué comunicar y cuándo. Esta forma de articulación —donde el interno tiene un rol

activo y definido en la atención integral, no solo en la parte clínica— es una práctica que Camilo valora. Cuando el interno es integrado como agente real del cuidado, la experiencia formativa y la calidad de la atención se potencian mutuamente.

XIII.5.3. La fractura expuesta y el ascensor: cuando la infraestructura produce daño

El segundo caso que Camilo relata introduce una dimensión que a veces se pasa por alto: la infraestructura hospitalaria como factor de riesgo clínico. Un trabajador rural llega con una fractura expuesta Gustilo Anderson 3B en la pierna izquierda, producida por una guadaña. Al momento del ingreso no hay compromiso neurovascular evidente. El servicio de ortopedia indica un TAC para confirmar el estado de la vasculatura. La imagen revela compromiso. Durante el traslado de regreso desde el sótano, el ascensor presenta un desnivel; las ruedas de la camilla chocan con ese desnivel y el movimiento brusco desencadena un sangrado arterial profuso. El equipo debe correr de vuelta a reanimación para estabilizarlo.

Camilo narra este episodio sin dramatismo, pero con una lucidez que apunta hacia una crítica estructural contenida: en un paciente que ya había sido identificado como de alta inestabilidad potencial, los protocolos de imagen y traslado agregaron un riesgo que la infraestructura del hospital convirtió en daño real. No cuestiona que se haya tomado el TAC —reconoce su pertinencia diagnóstica—, pero señala que la combinación de un paciente inestable, un trayecto largo y una infraestructura deficiente configura una vulnerabilidad sistémica que va más allá de la competencia individual del equipo.

Lo que este relato revela sobre la dimensión del médico como persona es menos obvio, pero igualmente significativo. Camilo no exhibe angustia ni culpa ante lo ocurrido; describe la respuesta del equipo como rápida y efectiva, y el desenlace como favorable. Pero el hecho de que

haya elegido este caso para ilustrar una situación en la que las cosas no salieron como esperaba —sin haber habido un error de juicio clínico— dice algo sobre su comprensión del trabajo médico: los factores que escapan al control del profesional son parte de la realidad del ejercicio, y aprender a identificarlos sin proyectar sobre ellos una culpa que no corresponde es también una forma de madurez profesional.

XIII.5.4. La frustración académica: cuando no saber duele más que el error

El episodio que Camilo identifica como el de mayor carga emocional negativa no involucra un paciente que fallece ni una relación difícil con un familiar. Involucra un momento de bloqueo cognitivo: en triage, ante un paciente oncológico con manejo del dolor deficiente, quiso aportar su criterio sobre las dosis apropiadas y no pudo recordarlas. El médico a cargo manejó la situación correctamente. Camilo quedó al margen, sin haber podido contribuir.

La frustración que describe tiene una textura particular. No es la angustia por el paciente —que fue bien atendido—, sino la vergüenza ante la propia limitación en un momento en que quería demostrar competencia. Hay en esa frustración una forma de auto presión que merece ser leída con cuidado: Camilo se exige saber, en tiempo real y bajo presión, información que había estudiado pero que el ritmo del servicio no le permitió recuperar a tiempo.

"Ya voy a ser médico, estoy acá y no sé las cosas, y las otras personas lo notan."

Esta frase condensa una experiencia que no es exclusiva de Camilo pero que en su relato adquiere un peso específico: la proximidad del título médico intensifica la vergüenza de no saber. El interno que está a punto de graduarse se percibe a sí mismo bajo una doble exigencia: ya no puede justificar el desconocimiento con la condición de estudiante, pero todavía no ha acumulado la experiencia que consolida el saber en acto. Esta zona de transición —entre el estudiante que aprende y el médico que debe saber— es especialmente vulnerable, y Camilo la

habita con una conciencia que lo incomoda pero que también lo define como alguien que toma su formación con seriedad.

Es relevante que este episodio ocurra en el contexto del dolor oncológico, un área en la que la farmacología es compleja y la individualización de las dosis es crítica. La frustración de Camilo no es caprichosa: se origina en un dominio clínico en el que el conocimiento tiene consecuencias directas sobre la calidad de vida del paciente. Esa conciencia del impacto —de que no saber las dosis no es solo un vacío académico sino un factor que puede perjudicar a alguien— es lo que convierte la frustración en algo más que herida narcisista. Es también una forma de responsabilidad.

XIII.5.5. La presión jerárquica y el saber desafiado: cuando la opinión del interno se convierte en amenaza

Camilo describe con detalle una experiencia que refleja una de las tensiones más frecuentes y menos discutidas de la formación médica: el momento en que el interno, apoyado en conocimiento actualizado, difiere de una decisión del médico a cargo. En el caso que narra, un médico general inicia antibiótico en una pancreatitis, indicación que está debatida en la literatura. Camilo intenta introducir esa discusión con una formulación cuidadosamente no confrontacional: ofrecer la información, darle la palabra al médico, no decirle directamente que está equivocado.

La respuesta del médico, sin embargo, no fue receptiva. La intervención de Camilo fue leída como desafío al conocimiento superior, independientemente del tono con que fue formulada. Esta reacción —en la que el contenido de lo dicho se subordina a la interpretación del gesto como acto de jerarquía— es un fenómeno que Camilo identifica con claridad y que tiene efectos formativos concretos: si la expresión del criterio propio es sistemáticamente castigada, el interno aprende a callar, no a pensar mejor.

"Siempre intento darle la palabra al médico antes de decirle: 'Vea, usted está mal.' Pero no siempre se toma como 'listo, tienes razón, quizás no lo consideré'."

Lo que hace singular el relato de Camilo en este punto es la distinción que traza entre la persona que enseña y la disciplina que se enseña. Reconoce que en otros servicios ha tenido experiencias en que sus opiniones fueron invalidadas por médicos que interpretaron cualquier observación del interno como una afrenta. Pero afirma que eso no le hizo perder el interés en urgencias como especialidad, porque aprendió a separar la calidad del docente de la calidad del campo. Esta capacidad de disociar —de no dejar que el mal trato de una persona contamine la valoración de una disciplina— es una forma de resiliencia cognitiva que no todos los internos desarrollan, y que Camilo describe como algo que ha tenido que trabajar consciente y deliberadamente.

XIII.5.6. El momento de ser dejado a un lado: la invisibilización como herida formativa

Junto con la frustración académica, Camilo identifica otra fuente de malestar que opera en un registro diferente: los momentos en que, ante una situación de alta complejidad, el especialista le dice explícitamente que se haga a un lado porque en ese momento no le sirve. Camilo entiende la lógica de esa decisión —la prioridad es el paciente, no el aprendizaje del interno— y lo dice con honestidad. Pero también reconoce que en el momento eso lo desanimó.

Esta tensión entre la comprensión racional del acto y el impacto emocional que produce es uno de los hallazgos más honestos del relato. Camilo no dice que el especialista estuvo mal al priorizar al paciente; dice que eso no se siente bien, aunque se entienda después. Esta distinción entre el sentir y el comprender es clínicamente importante: un interno puede aceptar intelectualmente que su formación es secundaria en una emergencia y aun así experimentar el

rechazo como una herida real. Negar ese impacto —o exigir que el interno no lo sienta porque «lo entiende»— es una forma de invalidación que el mismo sistema produce sin reconocerlo.

La propuesta que Camilo formula al final de la entrevista emerge directamente de esta experiencia: sensibilizar a los docentes, médicos generales y especialistas sobre el hecho de que el interno también es una persona que está ahí para aprender, que necesita acompañamiento, y que el modo en que se le trata tiene efectos sobre su formación y sobre su bienestar. Esta propuesta no es abstracta. Es la elaboración reflexiva de sus propias experiencias de invisibilización, convertida en un argumento pedagógico.

XIII.5.7. La red de apoyo y el lenguaje del desahogo: sostener sin endurecer

Cuando el entrevistador le pregunta cómo maneja las emociones al salir del turno, Camilo ofrece una respuesta que combina recursos afectivos y prácticos. Menciona la red de apoyo —amigos, compañeros de rotación, familia— y lo describe como «desahogarse de manera verbal». No teoriza sobre esto ni lo presenta como una estrategia deliberada; lo describe como algo que ocurre de manera natural y que le funciona.

Hay un detalle en su lista de personas de apoyo que vale la pena notar: junto a amigos y compañeros, menciona explícitamente a su madre y a su abuelo. Esta inclusión de la familia extensa —especialmente la figura del abuelo— sugiere vínculos intergeneracionales que funcionan como ancla emocional. El abuelo que aparece en la red de apoyo, es la figura del adulto mayor que funciona como un punto de referencia afectivo que conecta la experiencia médica con algo más amplio y más personal.

Camilo también menciona estrategias individuales de regulación: tomar agua, respirar, darle lógica a la situación. Este «darle lógica» es notable porque no es simplemente racionalización —no se trata de suprimir la emoción con el argumento de que las cosas se salen

de las manos. Es un proceso activo de comprensión que no niega lo que ocurrió sino que lo sitúa en un marco que lo hace tolerable. La lógica que Camilo busca no es la que anestesia el sentimiento, sino la que le permite seguir actuando.

XIII.5.8. Construir confianza desde el nombre propio: la cercanía como protocolo

En la descripción de cómo se acerca a pacientes y familiares, Camilo ofrece un pequeño programa relacional que tiene la virtud de ser concreto y transferible. El primer paso es siempre usar el nombre propio: el del paciente, el del familiar. Este gesto —aparentemente simple— tiene un efecto de singularización que Camilo identifica con precisión: permite «tener cierta cercanía». Nombrar a alguien por su nombre es reconocerle su existencia individual antes de cualquier diagnóstico o procedimiento.

A esto añade la presentación de sí mismo —quién es, qué rol tiene, con quién está trabajando— y la regulación del tono de voz y la postura corporal. Llegar en calma cuando el otro está angustiado no es indiferencia; es una forma de ofrecer un punto de estabilidad en medio del caos emocional del familiar. Camilo describe esto como una elección activa: no exaltarse por la situación, entender que la otra persona también está angustiada, y hablar desde ese entendimiento.

También formula una regla que tiene implicaciones éticas importantes: no abordar a un paciente sin saber exactamente qué tiene y qué se le está haciendo. Esta regla es simultáneamente técnica y moral. Técnica porque garantiza la coherencia de la comunicación; moral porque establece que el médico no tiene derecho a presentarse ante el paciente o su familia sin la información necesaria para responder sus preguntas con honestidad. El improvisador que llega

sin preparación no solo puede equivocarse; le falta el respeto a alguien que está en situación de vulnerabilidad.

"No puedes abordar a un paciente sin saber exactamente lo que tiene y qué es lo que se le está haciendo."

XIII.5.9. La vocación confirmada: cuando el servicio no destruye, sino que ratifica

Uno de los momentos más significativos de la entrevista ocurre cuando el entrevistador le pregunta si la experiencia en urgencias cambió su percepción sobre la especialidad. La respuesta de Camilo es contundente: para nada. Y añade algo que ilumina el conjunto de la narrativa: que las vivencias en el servicio influyen de manera decisiva en la motivación para elegir una especialidad, y que cuando los docentes invalidan al interno o lo dejan de lado, muchos terminan descartando campos que podrían haberles apasionado.

Camilo se declara una excepción a ese patrón, y entiende que lo es. Ha tenido experiencias negativas con docentes en otros servicios —opiniones invalidadas, conocimiento desestimado por razones jerárquicas—, pero aprendió a separar la calidad del docente de la calidad de la disciplina. En urgencias, tuvo la suerte de encontrar un entorno mayoritariamente favorable a la academia y al acompañamiento.

Esta conclusión no es complaciente. Camilo no dice que todo fue perfecto; ha narrado con honestidad la frustración, la invisibilización y los momentos de desánimo. Lo que afirma es que ninguno de esos momentos fue suficiente para desmontar una vocación que, según él mismo, precede a la rotación. La urgencia le gustaba antes de llegar; la rotación lo confirmó. Esa confirmación, en un contexto formativo que podría haber operado en sentido contrario, no es un dato menor.

En términos de la Atención Centrada en la Persona desde la dimensión del médico como sujeto, la narrativa de Camilo propone una articulación particular: el bienestar del interno —su sentido de agencia, su capacidad de contribuir, el reconocimiento de su aprendizaje— no es un lujo pedagógico ni una concesión sentimental. Es una condición de la calidad asistencial. Un interno que se siente parte real del equipo, que puede expresar su criterio sin temor, que recibe orientación en lugar de invisibilización, atiende mejor a sus pacientes. La humanización del cuidado empieza, también, por humanizar al que cuida.