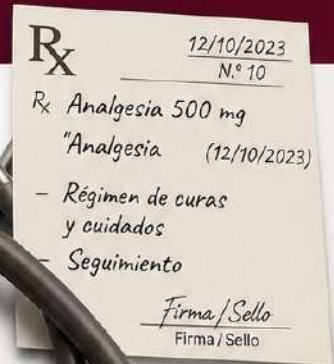


LATIDOS DEL INTERNO



**EXPERIENCIAS, DESAFÍOS Y APRENDIZAJES
DEL INTERNADO ROTATIVO EN EL SISTEMA
DE SALUD ECUATORIANO**



**HISTORIAS
REALES**



**FORMACIÓN
MÉDICA**



**COMPROMISO
CON LA SALUD**



LATIDOS DEL INTERNO
EXPERIENCIAS, DESAFÍOS Y APRENDIZAJES
DEL INTERNADO ROTATIVO
EN EL SISTEMA DE SALUD ECUATORIANO

© Samantha Daniela Saltos Toaza
© Angélica Carolina De La Vega Espin
© María Edelina Nuñez Rosero
© Ana Isabel Tipanluisa Rocha
© Marco Alexander Daqui Barreno

Casa Editorial Sin Fronteras CESFRO SAS.
119 pág. / Formato A5
Cuenca - Ecuador

Primera Edición Digital
Publicado el 01 de Octubre de 2026

ISBN: 978-9907-822-56-4
DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.22952087>

Latidos del interno

Experiencias, desafíos y aprendizajes del internado rotativo en el sistema de salud ecuatoriano

Autores:

© Samantha Daniela Saltos Toaza
© Angélica Carolina De La Vega Espin
© María Edelina Nuñez Rosero
© Ana Isabel Tipanluisa Rocha
© Marco Alexander Daqui Barreno

Revisores:

PhD. Humberto Elizalde Ordoñez
Mgtr. Luis Martin Arias Pardo

Se prohíbe la reproducción, distribución o comunicación pública, total o parcial, de la presente obra sin autorización expresa, salvo reproducción literal con el debido reconocimiento de los derechos intelectuales de los autores y de la editorial.

Esta obra está bajo una licencia internacional. Creative Commons Atribución-No Comercial Sin Derivadas 4.0.





Primera edición septiembre de 2026 - Publicación digital

Casa Editorial Sin Fronteras CESFRO S.A.S.
Correo: editorial@cesfro.com
Cuenca-Ecuador

Licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	6
ÍNDICE DE FIGURAS	8
PRÓLOGO	10
INTRODUCCIÓN	11
Metodología y testimonios	12
Alcance y destinatarios	13
CAPÍTULO I: INTERNADO ROTATIVO	14
CAPÍTULO II: LA VOZ DE LOS INTERNOS: MEMORIA DE UNA TRANSFORMACIÓN	22
CAPÍTULO III: LAS RELACIONES HUMANAS EN EL INTERNADO: ENTRE VOCES, SILENCIOS Y JERARQUÍAS INVISIBLES	36
CAPÍTULO IV: CUANDO LA TEORÍA ENCONTRÓ UN ROSTRO	46
Implicaciones pedagógicas para la enseñanza del cuidado humanizado	55
CAPÍTULO V: LA SOMBRA DEL INTERNADO: DOLOR, DUELO Y EL CORAZÓN QUE SE ROMPE EN SILENCIO	56
Implicaciones pedagógicas y estrategias de contención en salud men-	

tal	67
CAPÍTULO VI: ENTRE LA DUDA Y LA VOCACIÓN: LAS LEC- CIONES INVISIBLES DEL HOSPITAL	68
Implicaciones pedagógicas para la formación ética y la cultura de se- guridad	75
CAPÍTULO VII: CUANDO EL CANSANCIO SE VUELVE COMPA- ÑERO	76
Implicaciones pedagógicas e institucionales para la gestión de la fa- tiga	85
CAPÍTULO VIII: EL CORAZÓN TAMBIÉN HACE GUARDIA	86
Implicaciones pedagógicas e institucionales para la gestión afectiva y la seguridad estudiantil	91
CAPÍTULO IX: CUANDO LA VIOLENCIA CRUZA LA PUERTA	92
Implicaciones pedagógicas e institucionales para la seguridad y ges- tión de la violencia	97
CAPÍTULO X: ADIÓS AL HOSPITAL, HOLA AL FUTURO ...	98
Implicaciones pedagógicas e institucionales para la transición al ejerci- cio autónomo y la ruralidad	111
CONCLUSIONES	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
COLECTIVO DE AUTORES	118

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Evolución histórica y pioneros del internado rotativo en el sistema sanitario ecuatoriano.</i>	16
Figura 2. <i>Diferencias estructurales y prestacionales entre las unidades asistenciales-docentes del MSP y del IESS.</i>	18
Figura 3. <i>El rol del interno rotativo ante crisis sanitarias y áreas de alta complejidad asistencial.</i>	21
Figura 4. <i>Implementación de la Norma Técnica para Unidades Asistenciales-Docentes y ordenamiento del internado.</i>	25
Figura 5. <i>Supervisión clínica planificada y aprendizaje por simulación/práctica guiada en la Unidad de Cuidados Intensivos.</i>	27
Figura 6. <i>El uniforme intrahospitalario entre la bioseguridad y las tensiones del currículo oculto.</i>	28
Figura 7. <i>Impacto del duelo no procesado y la ausencia de contención psicológica en el personal en formación.</i>	31
Figura 8. <i>Dicotomía entre la asistencia clínica intensiva y los espacios de formación académica.</i>	33
Figura 9. <i>Incertidumbre e inserción inicial del interno en escenarios hospitalarios de alta complejidad.</i>	35
Figura 10. <i>Percepción de incertidumbre e inserción inicial del estudiante en la dinámica hospitalaria.</i>	37
Figura 11. <i>Estructura de interacciones jerárquicas y canales de comunicación en el entorno asistencial-docente.</i>	38
Figura 12. <i>Tensiones en la comunicación e interacción interprofesional con el equipo de enfermería.</i>	41
Figura 13. <i>Integración interprofesional y trabajo colaborativo entre el equipo de salud en la reunión clínica.</i>	44
Figura 14. <i>Incertidumbre e inseguridad del estudiante en la primera interacción con el paciente.</i>	47
Figura 15. <i>Afrontamiento de la vulnerabilidad y el fallo de acceso venoso en procedimientos invasivos.</i>	53
Figura 16. <i>Afrontamiento e impacto emocional del estudiante tras un desenlace fatal en la guardia.</i>	58

Figura 17. <i>Alerta, somatización e insomnio como manifestaciones del estrés crónico en el internado.</i>	62
Figura 18. <i>Pesadillas recurrentes y la carga ética inconsciente sobre el desempeño profesional.</i>	63
Figura 19. <i>La paradoja del silencio estudiantil frente a la jerarquía asistencial en la ronda médica</i>	71
Figura 20. <i>Gestos de empatía y reconocimiento interprofesional en la cotidianeidad intrahospitalaria</i>	74
Figura 21. <i>Agotamiento físico, rigidez postural y fatiga acumulada en la guardia hospitalaria.</i>	78
Figura 22. <i>Manifestaciones de torpeza motora y fallos menores inducidos por la privación de sueño.</i>	80
Figura 23. <i>El consumo masivo de cafeína y estimulantes como mecanismo de afrontamiento ante la fatiga.</i>	82
Figura 24. <i>Aislamiento social y tensión comunicativa en el entorno sociofamiliar del interno.</i>	88
Figura 25. <i>Solidaridad entre pares y contención emocional en la guardia nocturna.</i>	89
Figura 26. <i>Activación del Protocolo Código Plata y respuesta de seguridad en la unidad hospitalaria.</i>	94
Figura 27. <i>Solidaridad interprofesional y contención emocional frente a situaciones de agresión.</i>	96
Figura 28. <i>Descompresión emocional y entrega de la última guardia en el internado rotativo.</i>	99
Figura 29. <i>Ritos de paso y complicidad interprofesional en la despedida hospitalaria.</i>	102
Figura 30. <i>Evolución del juicio clínico y templanza asistencial en la atención de urgencias.</i>	104
Figura 31. <i>La ceremonia de graduación como hito de transición y duelo formativo.</i>	105
Figura 32. <i>Insertión en el Año de Salud Rural y choque con la realidad comunitaria.</i>	106
Figura 33. <i>Autonomía asistencial y humanización de la práctica clínica en el consultorio rural.</i>	108

PRÓLOGO

El internado rotativo es uno de los momentos más importantes en la formación de los profesionales de la salud. Es la etapa en la que lo aprendido en las aulas se enfrenta a la realidad del hospital, a los pacientes y a las situaciones que surgen en el día a día del cuidado. No es solo un requisito escolar, sino un proceso que marca el crecimiento personal, profesional y humano.

“Latidos del Interno” nace con el propósito de mostrar las experiencias, los desafíos y los aprendizajes que atraviesan los internos durante este periodo de transición entre ser estudiante y ser profesional.

A través de una mirada reflexiva, el libro explora cómo ha evolucionado el internado a lo largo del tiempo, qué rol juega el interno dentro del sistema de salud, la importancia de la supervisión docente, la resiliencia necesaria, la vocación y las vivencias que moldean la identidad de quienes están aprendiendo a servir.

Cada capítulo invita al lector a reconocer que, tras cada guardia, cada procedimiento y cada decisión médica hay emociones fuertes, responsabilidades grandes y lecciones profundas que van más allá del conocimiento académico. Este libro es un homenaje al esfuerzo, al compromiso y a la dedicación de los internos. Sus latidos representan el aprendizaje constante y la construcción de una profesión fundada en el conocimiento, en la ética y en la humanidad.

INTRODUCCIÓN

El internado rotativo es una de las etapas más importantes en la formación de los profesionales de la salud. En el internado rotativo, los conocimientos que se aprenden en la universidad se ponen a prueba en la vida real de la clínica y la atención. Durante este tiempo, los estudiantes toman responsabilidades cada vez mayores en hospitales y centros de salud. Ellos cuidan a los pacientes y trabajan con equipos bajo la supervisión de profesionales. El internado rotativo ayuda a consolidar habilidades técnicas y científicas. También desarrolla habilidades humanas, éticas y de comunicación. Estas habilidades son necesarias para el ejercicio profesional (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2022).

En el contexto sanitario, los sistemas de salud cambian todo el tiempo. Los avances tecnológicos y la necesidad de calidad y seguridad de la atención hacen que sea importante reflexionar sobre el papel del internado rotativo. También es importante considerar los desafíos que vienen con la etapa formativa del internado rotativo (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, 2021; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2022).

La motivación para escribir este libro viene de la necesidad de mostrar una realidad que comparten miles de estudiantes de las ciencias de la salud. A veces, el internado se trata solo de su lado académico, administrativo o normativo. Así, las experiencias humanas, emocionales y profesionales quedan en segundo plano. En el internado, la adaptación al entorno hospitalario es clave. Los estudiantes asumen las primeras responsabilidades frente al paciente. Toman decisiones y hablan con los familiares. Trabajan con distintos profesionales. Las jornadas son largas. El cansancio es frecuente. El contacto constante con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte forma parte de la realidad del internado. Esta realidad transforma a los que la viven (Lazarus y Folkman, 1984; Shanafelt et al., 2002).

Por esta razón, la obra busca ofrecer una mirada amplia y cercana al internado. Reconoce los aportes del internado a la formación profesional y las dificultades y oportunidades de mejora en los escenarios de práctica.

El propósito de este libro es recopilar y compartir experiencias, aprendizajes, emociones y desafíos de los estudiantes en el internado rotativo. Se destaca la importancia del internado rotativo en la construcción de la identidad profesional y humana de los estudiantes. A lo largo de las páginas se habla de la evolución del internado, el inicio de la etapa, la adaptación al entorno hospitalario y el papel del interno dentro del equipo

de salud. También se menciona la supervisión clínica, la vocación, la resiliencia y la seguridad del paciente. Se incluyen las relaciones interpersonales y las situaciones que pueden cambiar la experiencia formativa. Además, se busca generar una reflexión sobre los procesos de enseñanza y aprendizaje en los escenarios asistenciales. Se plantea la necesidad de crear espacios de formación seguros, humanizados y respetuosos, acordes a las necesidades actuales de los sistemas de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

La estructura de la obra sigue una secuencia que guía al lector a través de las etapas y dimensiones del internado rotativo. Al principio, se presenta una visión conceptual e histórica para entender el origen y la evolución del internado rotativo. Luego, se habla del ingreso al hospital y los primeros encuentros con la realidad clínica. Se describe el proceso de adaptación a las dinámicas asistenciales. A medida que avanza la obra, se abordan temas sobre el Comité de Coordinación Asistencial Docente (COMCAD), el papel del interno en el equipo de salud, la vocación, la resiliencia, las relaciones humanas y las dificultades de las guardias. También se tratan la violencia y la seguridad institucional, representada por el Código Plata. Finalmente, se cubre la culminación del internado, la graduación y el paso a nuevas responsabilidades profesionales. Se ve este momento no solo como el cierre de una etapa, sino como el inicio de otra.

Metodología y testimonios

Para la elaboración de este libro se utilizó tres fuentes principales de información: una revisión de libros, el análisis de documentos y normas sobre formación clínica, y la recolección de testimonios y experiencias de internos y profesionales de la salud. Así juntamos teoría, historia y experiencias reales para mostrar una visión completa del internado rotativo. Los documentos ayudaron a situar los procesos formativos, y los testimonios dieron la parte humana y diaria de la experiencia, algo que las normas y los contenidos académicos no pueden explicar por sí solos.

Los testimonios se recogieron en conversaciones y entrevistas voluntarias, buscando saber sobre guardias, aprendizaje clínico, dificultades, relaciones, emociones, momentos clave y el final del internado. La información se organizó y revisó, manteniendo el sentido y la esencia de cada relato. Cuando fue preciso, se hicieron cambios solo en redacción, ortografía o estructura para que el texto fuera claro, coherente y fluido, sin cambiar el significado de los relatos.

La participación de los colaboradores se basó en voluntariedad, respeto y confidencialidad. Antes de que dieran sus testimonios, se les explicó el objetivo de la obra y cómo se usarían sus relatos para fines académicos, testimoniales y editoriales. Se respetó su decisión de participar, omitir in-

formación o eliminar partes que consideraran sensibles. Para proteger su privacidad, no se añadió información personal innecesaria que pudiera identificarlos. El consentimiento informado permitió usar sus experiencias en la narrativa del libro, reconociendo siempre que cada testimonio pertenece a quien lo vivió y que su participación es voluntaria y contribuye a la memoria colectiva de esta etapa.

Alcance y destinatarios

Esta obra se enfoca en la experiencia del internado rotativo en Ecuador. Se mira los hospitales y los procesos de formación clínica. Pero muchas de las situaciones también se parecen a otros países de Latinoamérica. Los estudiantes allí viven diversas prácticas asistenciales en cada hospital, especialidad y lugar, esta obra no muestra todas las situaciones posibles. Ofrece una visión real y reflexiva que permite ver varias facetas del internado.

Esta obra es para estudiantes, internos rotativo y profesionales de salud, docentes, tutores, profesionales de la salud y familiares. En estas páginas encontrarán una mirada cercana a los retos académicos, emocionales y personales que enfrenta el estudiante durante su formación clínica. Así, el libro quiere ser un espacio donde los que han vivido el internado rotativo se identifiquen. También es una herramienta de reflexión para quienes ayudan y participan en la formación de los futuros profesionales.

El internado rotativo es más que una etapa de formación clínica. Es un proceso de cambio. Lo que aprendes en los años de estudio se pone a prueba con situaciones reales. Se necesita responsabilidad, criterio, empatía y adaptación. Las largas jornadas, emergencias, cansancio, pérdidas, momentos de incertidumbre y responsabilidades prueban al estudiante. Pero también abren la puerta a descubrir habilidades que antes estaban ocultas. Igualmente, las amistades, el compañerismo, las enseñanzas y los lazos que se forman durante las guardias muestran que la formación sanitaria también se basa en las relaciones humanas.

Al terminar esta etapa, el estudiante no es la misma persona que entró al hospital por primera vez. El estudiante lleva consigo conocimientos, experiencias, errores, aprendizajes, recuerdos, vínculos y emociones que ayudan a construir su identidad profesional. La última guardia, la graduación y el inicio de una nueva etapa laboral son más que eventos académicos. Son símbolos del cierre de una fase de crecimiento y del inicio de nuevos retos. Este libro nace de la necesidad de recordar, comprender y compartir lo vivido. Detrás de cada bata, cada turno y cada paciente hay una historia de aprendizaje que merece ser contada.

CAPÍTULO I:

INTERNADO ROTATIVO



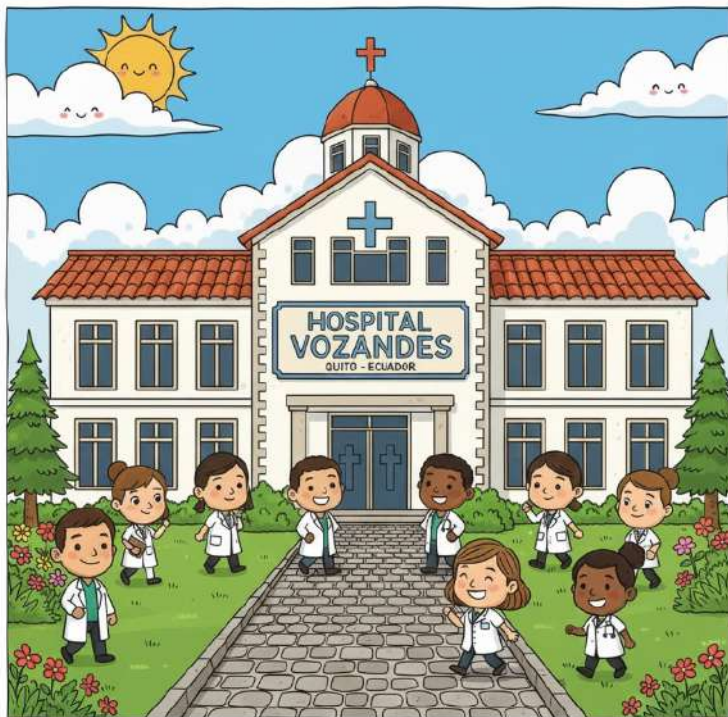
El internado rotativo constituye una etapa esencial dentro de la formación de los futuros profesionales de la salud en el Ecuador. El internado rotativo es aquel período de prácticas preprofesionales obligatorias que se desarrollan dentro de una de las unidades asistenciales docentes, es la práctica que le permite al estudiante aplicar y profundizar sus conocimientos en el marco de la atención de salud, siempre bajo la supervisión de los profesionales de la salud de planta, constituyendo el puente entre la educación de los profesionales de la salud y la práctica clínica que les preparará para un ejercicio de la medicina responsable y autónomo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021).

El internado rotativo, históricamente, surge en la segunda mitad del siglo XX como respuesta al requerimiento de formar a profesionales en salud con experiencia práctica antes de asumir su responsabilidad plena como tales. A lo largo del tiempo, la organización del internado rotativo ha ido cambiando en los diferentes mundos, en países como Estados Unidos y Reino Unido se han mantenido internados con un modelo organizado de rotación por especialidades, mientras que en latitudes como América Latina y otros lugares surgieron los modelos mixtos como respuesta a sus propias necesidades (López y Sánchez, 2021).

El internado rotativo se formalizó en el país en la década de 1970, cuando las universidades empezaron a incluir esta etapa en los planes de estudio de las carreras de la salud. En sus inicios, los estudiantes de Medicina y Enfermería hacían rotaciones en los servicios de medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía, en su mayoría en hospitales públicos. Con el tiempo, se fue incorporando también a hospitales privados y se integró la pasantía comunitaria -llamada también "pre-rural" como un requisito para el año de servicio rural, el que era obligatorio (López y Sánchez, 2021).

El primer hospital en Ecuador en recibir internos rotativos fue el Hospital Vozandes de Quito, desde el año 1991 en el que se establecieron programas formales de externado rotativo con universidades de la zona. Otros hospitales de referencia a nivel nacional, como el Hospital Eugenio Espejo en Quito o el Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca, también fueron pioneros en la formación de internos, acogiendo desde los primeros años de la legislación oficial del programa a estudiantes en formación (López y Sánchez, 2021).

Figura 1. Evolución histórica y pioneros del internado rotativo en el sistema sanitario ecuatoriano.



Nota. Representación conceptual de los inicios y la formalización del internado rotativo en el Ecuador desde la década de 1970. Elaboración propia (2026), basada en López y Sánchez (2021).

Hoy en día, el internado rotativo en Ecuador se ha convertido en una práctica docente obligatoria para los estudiantes de Medicina, Enfermería, Obstetricia y Nutrición regulada por el Ministerio de Salud Pública, con un periodo de duración de doce meses ininterrumpidos, el periodo de práctica se lleva a cabo en los lugares de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, en donde estos internos rotativos practican habilidades asistenciales y docentes en un periodo formativo, afianzando su preparación antes de la incorporación efectiva al sistema de salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021).

En la actualidad ha existido una evolución entre el internado antiguo y el actual, esto se debe a la evolución del sistema de salud y de la evolución de la educación en salud, de tal modo que hoy en día constituye una etapa fundamental donde se realiza la consolidación de las competencias clínicas, éticas y humanísticas del personal de salud a futuro. El internado rotativo

es cada vez más complejo, de forma que a la vez que son utilizados más recursos tecnológicos, se utilizan nuevas metodologías en la enseñanza y se regulan más los programas de internado, es una etapa que continúa transformándose de manera que los estudiantes deben de salir preparados para afrontar programas del Ministerio de Salud Pública, más conocido como MSP (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021).

Un hospital docente es una institución del sistema de salud que no solo se ocupa de ofrecer asistencia a sus usuarios sino que tiene como objetivo la formación de personal de salud en pregrado y posgrado, son hospitales universitarios e institucionales, con los que se puede dar cabida a la enseñanza e integrar conocimientos teóricos y prácticos; el que el Consejo del Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES) es el ente que regula y evalúa la educación superior en Ecuador, su función principal es garantizar la calidad de la enseñanza en las instituciones educativas a través de procesos de evaluación y acreditación, supervisando también la formación de los profesionales sanitarios y la calidad de los hospitales docentes (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, 2021).

Uno de los aspectos fundamentales en la formación del profesional de salud es el examen de habilitación profesional, es una evaluación de la que es responsable el CACES para acreditar que los egresados de las carreras de salud en las universidades nacionales y en las extranjeras poseen las competencias necesarias para ejercer su profesión. Este examen pretende estandarizar los conocimientos y asegurar que los recién egresados sean capaces de enfrentarse y resolver situaciones del quehacer clínico y hospitalario (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, 2021).

El hospital docente adecuado para cumplir con los requerimientos de la calidad debe estar caracterizado por su infraestructura como área de atención ambulatoria, servicios de urgencias, áreas de hospitalización y quirófanos; tener convenios con universidades para la formación de internos, residentes y especialistas, con equipos de docentes y tutores que acompañan clínicamente las prácticas de los alumnos y el acceso a tecnologías de vanguardia y equipamientos que permiten la adquisición de competencias del eventual profesional. Del mismo modo, debe garantizar una oferta de servicios en especialidades y poseer una cobertura amplia de atención primaria, secundaria y terciaria, siempre respetando los requisitos de la bioética y la seguridad del paciente frente a errores comprobables (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017, 2019, 2021).

El aprendizaje del interno rotativo en el sistema sanitario ecuatoriano está supeditado a la naturaleza jurídica, presupuestaria y asistencial

de la Unidad Asistencial-Docente (UAD) en la que es asignado. Por un lado, los hospitales adscritos al Ministerio de Salud Pública (MSP) operan bajo el mandato constitucional de gratuidad universal y cobertura abierta, lo que expone al estudiante a un volumen poblacional masivo, a una casuística diversa en atención primaria, secundaria y terciaria, y al seguimiento estricto de las Guías de Práctica Clínica (GPC) de obligatorio cumplimiento que constituyen la base conceptual evaluada en el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional del CACES.

Por otro lado, los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), financiados mediante el aporte patronal y de los afiliados, suelen disponer de una infraestructura tecnológica diferenciada y mayor disponibilidad de insumos de alta especialidad. Sin embargo, la heterogeneidad en la aplicación de los protocolos internos y las dinámicas administrativas asistenciales pueden generar variaciones en el grado de autonomía y supervisión clínica de los estudiantes. Ambas dinámicas institucionales, lejos de excluirse, demandan una articulación pedagógica que garantice una formación equitativa, ética y estandarizada para todos los profesionales de la salud del país.

Figura 2. *Diferencias estructurales y prestacionales entre las unidades asistenciales-docentes del MSP y del IESS.*



Nota. Se observa la encrucijada entre los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de financiamiento contributivo y los del Ministerio de Salud Pública (MSP) de cobertura universal y gratuita. Elaboración propia (2026), basada en la normativa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2021).

Además, la infraestructura y tecnología del IESS puede ser quizás más avanzada que la del MSP en general, aunque esta afirmación puede no cumplirse siempre siquiera en un mismo hospital dependiendo de la región. Cabe indicar que los hospitales del IESS como los hospitales del MSP mantienen programas de formación académica, pero los tiempos de espera pueden fluctuar dependidos de la demanda y de los recursos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017, 2019, 2021).

La elección de un hospital docente de la clase del IESS frente a un hospital docente de la clase del MSP depende de muchos factores. Los hospitales del IESS pueden tener mejor infraestructura y tecnología, pero la atención a sus servicios sólo está garantizada para afiliados; así, en contraposición, los hospitales del MSP ofrecen atención a toda la población sin barreras económicas, pero pueden tener limitaciones en recursos humanos e infraestructura.

No obstante, el MSP utiliza protocolos clínicos estandarizados que, con el tiempo, serán evaluados en el examen del CACES, de esta manera se asegura que los estudiantes sean formados bajo directrices de actualidad, acorde a la exigencia nacional de calidad establecida para la salud. Pero, por otro lado, dentro del IESS los hospitales no necesariamente se ajustan o acatan los protocolos establecidos, lo que puede significar una desventaja para los internos y residentes de este tipo de formaciones. En el ámbito de la docencia, igualmente, presenta espacios de aprendizaje que permiten el acceso a una diversidad de casos clínicos, no obstante, el MSP tiende a ajustarse a los estándares que luego serán evaluables, por lo que se convierte en la mejor opción para la formación académica en salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017, 2019, 2021).

La figura del interno rotativo ha cambiado a lo largo del tiempo, junto con la formación médica, las prácticas en el lugar de trabajo y la transformación social, y ha permitido llevar su propio rol o perfil de acuerdo a la sanidad, la pedagogía y la tecnología de las diferentes épocas (López y Sánchez, 2021).

A partir del siglo XIX y hasta la mitad del siglo XX, el internado tuvo su lugar en un contexto poco estructurado que en las primeras décadas aparece ante todo en los hospitales universitarios de Europa y que progresivamente se extiende hacia América Latina. Este aprendizaje se basaba netamente en la observación directa del profesional a cargo, sin un programa formal de enseñanza ni una supervisión constante. El interno cumplía funciones auxiliares, muy similares a las de un aprendiz, con responsabilidad limitada y escasa participación en procedimientos clínicos (López y Sánchez, 2021).

La medicina moderna y la consolidación de los sistemas de educación superior provocaron la aparición de programas de internado rotativo formalizados. A partir de este punto se inicia la rotación sistemática a través de servicios hospitalarios como medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. El internado se convertirá en una actividad ineludible para obtener el título profesional. En esta etapa, se hizo más común la supervisión por parte de especialistas y se permitió al interno la realización de labores elementales bajo vigilancia (López y Sánchez, 2021).

En la actualidad, la medicina del siglo XXI se define por la educación basada en competencias, por evaluaciones permanentes y por una atención humanizada en el servicio médico. El interno contemporáneo es un miembro activo de un trabajo en equipo interdisciplinar empleando principios éticos y comunicacionales y empleando tecnologías médicas avanzadas en su práctica habitual. Por último, existen normativas específicas acerca de la carga horaria, de los derechos de los internos y de las condiciones laborales en las cuales se garantiza un ambiente más equitativo y más profesionalizado para el ámbito de formación (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Las crisis sanitarias, como la pandemia de COVID-19, dieron paso a una redefinición temporal del rol del interno. Los internos rápidamente fueron integrados a las áreas críticas para ayudar en la atención clínica y desempeñar funciones que a menudo estaban muy cercanas a las de un

médico general. Las competencias se adaptaron a través de nuevas prácticas híbridas (virtual/presenciales), acción que aceleró su desplazamiento hacia la práctica real. Este periodo puso de manifiesto la capacidad del interno para operar en condiciones adversas y contribuir de manera efectiva al proceso asistencial dentro del sistema de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Figura 3. *El rol del interno rotativo ante crisis sanitarias y áreas de alta complejidad asistencial.*

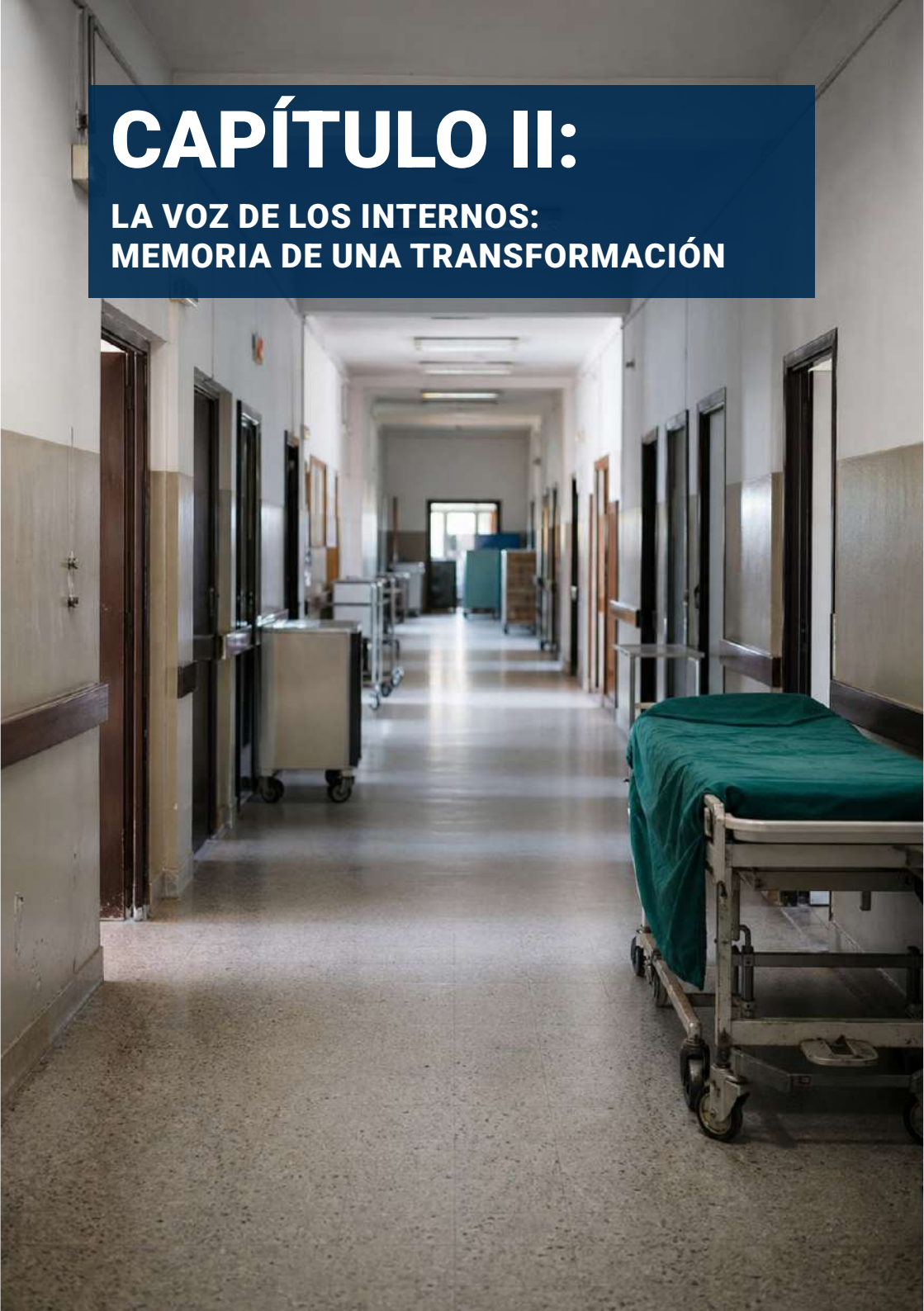


Nota. Representación contextual de la redefinición temporal del rol del interno rotativo en áreas críticas (UCI y emergencias) durante la pandemia de COVID-19 en el sistema de salud ecuatoriano. Elaboración propia (2026), basada en directrices de formación clínica de la Organización Panamericana de la Salud (2022).

Este proceso de análisis histórico pone de manifiesto cómo la figura del interno no es una figura estática, sino que ha ido progresivamente avanzando junto al escenario de la educación, a las condiciones hospitalarias y a la realidad propia del entorno social y sanitario, permitiendo generar profesionales de la salud más competentes, más éticos y más comprometidos con su labor (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

CAPÍTULO II:

LA VOZ DE LOS INTERNOS: MEMORIA DE UNA TRANSFORMACIÓN



El internado rotativo en el Ecuador se configuró inicialmente como una estructura carente de organicidad y sistematización. Su surgimiento fue progresivo y fragmentado, construido a partir de prácticas heterogéneas, tradiciones no formalizadas y vacíos normativos. Durante un período prolongado, no logró consolidarse como un programa académico claramente definido, adoptando características variables según la institución hospitalaria, el contexto histórico y los actores involucrados en su ejecución (Estévez, 1996; López y Sánchez, 2021).

Para comprender su proceso de conformación, resulta pertinente analizarlo como un sistema en desarrollo desigual, en el que coexistieron experiencias dispares. En algunos espacios predominaron dinámicas marcadas por la sobrecarga laboral y prácticas inadecuadas, mientras que en otros se generaron aprendizajes empíricos sin una guía estructurada. Asimismo, numerosos internos atravesaron su formación en contextos de escasa orientación académica, enfrentando rutinas exigentes sin acompañamiento docente suficiente, lo que evidenció la necesidad de una regulación más clara y homogénea del internado rotatorio (Hafferty y Franks, 1994; López y Sánchez, 2021).

El hospital y el internado se recuerdan como esa frontera entre estudiante y profesional es una herida histórica que siguió cicatrizando pero que nunca dejó de doler.

En aquellos primeros años, antes de regulaciones, antes de normas, antes de horarios definidos, los internos vivieron bajo un caos que planteaba como tradición.

Cada hospital tenía su lógica. Cada mentor, su juego de normas no escritas y cada interno, su supervivencia.

Al rememorar las primeras guardias, la vivencia de la desorientación inicial queda marcada en el relato de los participantes: “[...] no había supervisión verdadera; teníamos que hacer una actividad sin saber si estaba permitida, si era correcta o si simplemente se esperaba de nosotros, porque nadie nos lo decía claramente” [Testimonio Int-Ecu-01].

Otros recordaban aquel aprendizaje por imitación, el modelo peda-

gógico silencioso y arriesgado en el que el interno observa al residente, copia sus movimientos y espera no meter la pata demasiado. Esta dinámica de aprendizaje intuitivo se evidencia cuando se señala: “No había protocolos claros, solo veía lo que hacían los residentes u otros compañeros, lo copiaba y me lo quedaba, esperando no equivocarme” [Testimonio Int-Ecu-02].

Había hospitales donde el interno era ayudante, otros donde el interno era asistente y otros donde dentro de la sala el interno era literalmente el único de los que quedaban allí durante todo el tiempo, uno de ellos lo resumió en una frase que aguantó el paso del tiempo “*éramos imprescindibles pero invisibles*” La percepción de la propia posición dentro de la jerarquía asistencial es sintetizada de manera contundente por un participante: “En la sala éramos imprescindibles para que el servicio funcionara, pero al mismo tiempo éramos totalmente invisibles para la institución” [Testimonio Int-Ecu-03].

Lo sentían así, sentían que eran mano de obra esencial pero que no siempre se reconocía su aportación ni se les fijaban límites claros para poder protegerse.

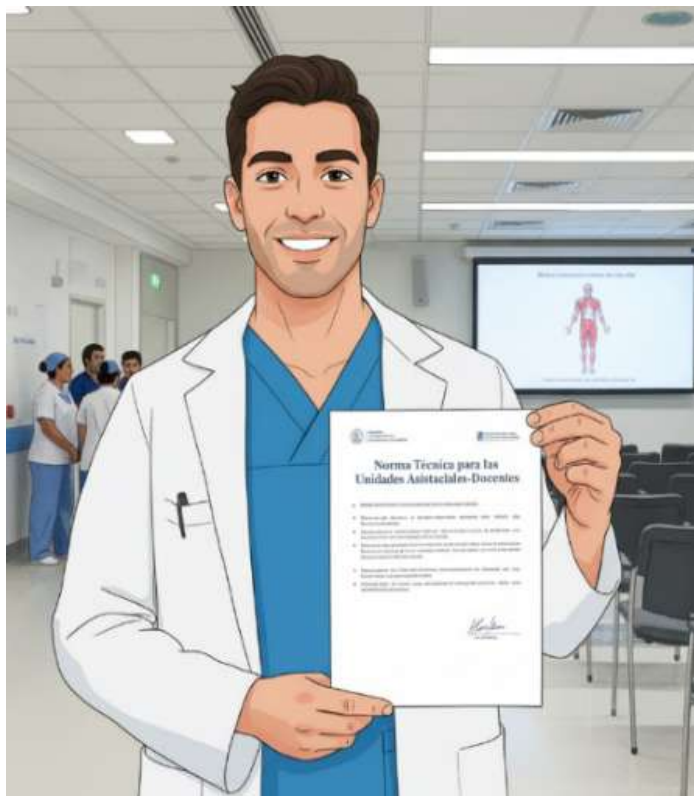
Los pasillos de los hospitales almacenan esas memorias como si fueran cicatrices en sus paredes. En ciertos turnos, sobre todo en las interminables guardias nocturnas, los internos describían que el silencio del hospital podía llegar a ser casi amenazante; que las luces fluorescentes parecían estar observándoles y planeando la dirección de su recorrido de una sala a otra, arrastrando el cansancio como si fuera una sombra propia.

El internado era, así, un lugar lleno de dudas.

El tiempo pasó y la falta de regulación empezaba a dejar entrever las más amargas consecuencias: internos al borde del agotamiento, errores evitables, supervisión inconstante, y hasta situaciones donde los internos lidiaban con emergencias sin los apoyos necesarios. Frente a la sobrecarga asistencial previa a la regulación, las voces del archivo registran el desamparo en urgencias: “Recuerdo momentos críticos en la guardia en los que no sabíamos a quién acudir; el servicio estaba colapsado y debías resolver solo lo que podías” [Testimonio Int-Ecu-04], y otros conta-

ban que era normal que, entonces, un interno sólo atendiera un evento crítico mientras los demás servicios estaban colapsados. Ni por lo correcto ni por lo que debería ser sino porque así funcionaba el servicio (Shanafelt et al., 2002; Wallace et al., 2009).

Figura 4. Implementación de la Norma Técnica para Unidades Asistenciales-Docentes y ordenamiento del internado.



Nota. Elaboración propia (2026), basada en la normativa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2021).

La Norma Técnica "Todos los sistemas tienden a evolucionar..." para las Unidades Asistenciales-Docentes (UADS) dictó que el internado debía ser un año continuado y estableció la carga horaria de un internado. En ese instante, el caos comenzó a adoptar una forma. Los hospitales al menos formalmente ya no podían llevar a cabo la formación del interno de manera improvisada. Por primera vez, existió un mapa (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021).

Pero, aun así, la norma aportó claridad en el papel, pero la realidad

vivida en el día a día seguía mostrando matices. Y aquí es cuando las voces que provienen de los internos adquieren singular valor, porque son estas voces las que ilustran lo que pasa tras las puertas cerradas del hospital y se alejan de la pretendida oficialidad.

Uno de los cambios más relevantes la redistribución de las tareas y el ingreso gradual de actividades de carácter académico. Pero los testimonios muestran que no se vivió ese cambio como una misma experiencia, ni simultáneamente tampoco (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Un interno recordaba la experiencia de la transformación con una cierta nostalgia incómoda, y decía que antes de la normativa "se hacía de todo sin supervisión adecuada", que la enseñanza muchas veces se daba por repetición, ensayos y errores, sin un feedback claro. Ahora, con la normativa, por lo menos había un "equilibrio entre autonomía y supervisión", lo cual antes parecía imposible. Respecto a la implementación de la Norma Técnica del MSP, la visión crítica de los estudiantes persiste: "La normativa llegó como una promesa de orden en el papel, pero en el día a día el hospital continuaba esperando rendimientos y horarios imposibles" [Testimonio Int-Ecu-05].

El choque lingüístico y operativo del primer mes es descrito así: "El ritmo hospitalario era vertiginoso, no había espacio para hacer preguntas y los superiores hablaban en una jerga técnica que al principio no entendíamos en absoluto" [Testimonio Int-Ecu-06]. Enfrentado a una pared de lenguaje técnico, el aprendizaje hacía una montaña mucho más pronunciada de lo que ya es.

Mientras la normativa tal y como estaba escrita decía una cosa, la práctica decía otra. Era como vivir en dos mundos a la vez: el que todo estaba definido y el de que cualquier cosa podía depender del azar. En el tráfico de estas realidades, los internos antiguos recordaban guardias tan largas que se perdía la noción del tiempo.

Hubo incluso quienes lo narraron, los propios internos, la impresión que constituyó para la instancia de UCI, ya que las prácticas eran más estructuradas que en otros servicios, además de más rigurosas a la hora de añadir la supervisión que exigía. Era un ambiente estresante, pero seguro, donde por primera vez sentían que aprendían con certeza. En contraste con las salas generales, la rotación por cuidados intensivos es valorada por su rigor pedagógico: "Aquí en la UCI parece que sí existe una enseñanza planificada y supervisada; en otros servicios la instrucción dependía del azar o del humor del residente de turno" [Testimonio Int-Ecu-07].

Figura 5. Supervisión clínica planificada y aprendizaje por simulación/práctica guiada en la Unidad de Cuidados Intensivos.



Nota. Supervisión técnica en el área de Cuidados Intensivos. Muestra la interacción entre el personal tutor y el interno rotativo durante la revisión de protocolos clínicos, destacando la UCI como un entorno de aprendizaje riguroso donde disminuye la incertidumbre mediante la retroalimentación oportuna. Elaboración propia (2026).

Conforme el internado ya empezaba a adaptarse a la normativa, empezaron a surgir desafíos que quizás no estaban previstos inicialmente, como la manera en que los internos mismos eran observados, en un sentido estricto como condición para la observación de los aspectos técnicos.

La importancia de usar correctamente el uniforme

Un interno recordaba que, en su primer día, un jefe mantuvo un acalorado intercambio con una licenciada porque “el uniforme del interno no cumplía ciertas expectativas estéticas” en vez de técnicas. Estéticas. La disputa, de escasa lógica, dejó al interno la sensación de que su bata adquiriría un peso determinado respecto a la valía de sus conocimientos formalmente adquiridos o su aspecto como personal de salud.

Las exigencias del currículo oculto sobre la apariencia física tras turnos extenuantes se reflejan en el siguiente relato: “Fui objeto de comentarios despectivos por llevar la bata arrugada a primera hora de la mañana, como si tras una guardia de 24 horas atendiendo emergencias y politraumatizados la ropa no sufriera las consecuencias del trabajo” [Testimonio Int-Ecu-08]. Sin embargo, el citado comentario llegó como una crítica indi-

recta: “así no se presenta un profesional”. El interno no dijo nada, pero pensó que a todos alguna vez nos ha pasado accidentes con el uniforme en medio de una guardia.

Pero también estaban las historias curiosas y peligrosas relacionadas con los zapatos. Algunos internos usaban zapatos deportivos por no saber o por no poder porque suponían que la comodidad era lógica... hasta que había algún tipo de accidente. Uno de ellos contó que había resbalado en un lugar mojado cuando se estaba produciendo una emergencia. No hubo ninguna contusión, pero descubrió de la forma más curiosa que el calzado tiene que ver con la seguridad profesional. Cada uno de los elementos que conforman la indumentaria profesional del interno es parte vital en su seguridad laboral.

Figura 6. *El uniforme intrahospitalario entre la bioseguridad y las tensiones del currículo oculto.*



Nota. La tensión simbólica entre la presentación personal, la empatía y la exigencia disciplinaria intrahospitalaria tras jornadas extenuantes de guardia. La vestimenta médica se integra en las evaluaciones informales del currículo oculto, contrastando la realidad operativa del turno de emergencias con las expectativas formales del personal superior. Elaboración propia (2026).

De este modo, el internado seguía evolucionando, pero iba poniendo de manifiesto que la formación no solo era técnica: era también la social, la visual, la emocional y la profundamente humana.

En medio de todos estos cambios, algunos de los internos contaban

que la carga académica se tornaba difusa cuando el hospital colapsaba. Había días en que cumplir con las horas asistenciales parecía fulminar cualquier espacio de estudio, y había otros días en los que la academia reaparecía con fuerza.

Otros testimonios más actuales afirmaban que a pesar de que en el presente existían herramientas tecnológicas aplicaciones, manuales digitales, cursos online, muchas veces no tenían oportunidad de practicar lo que habían aprendido. La paradoja digital en la formación contemporánea queda manifiesta en la experiencia de un participante: “Tenía toda la teoría y las calculadoras clínicas en las aplicaciones de mi celular, pero al momento del procedimiento en la cama del paciente nadie me dejaba ejecutarlo bajo supervisión” [Testimonio Int-Ecu-09].

El internado cambió. ¡Cómo no! Pero cambió porque generaciones de internos obligaron a que así fuera.

Y en cada modificación, en cada ajuste, en cada norma técnica puesta al día se encuentra el eco de aquellos testimonios. Son la memoria viva de un sistema que se reconfiguró a sí mismo, poco a poco, con equivocaciones, con aciertos, con historias que todavía recorren los pasillos como murmullos en forma de rastro.

Con el paso del tiempo y a medida que las pautas iban comenzando a marcar líneas más definidas de lo que se podía y no se podía hacer, el internado pasó de tener características de prueba de resistencia, aunque lo seguía teniendo, pero sólo en parte a una versión mucho más parecida a un proceso de aprendizaje académico tal y como lo consideramos hoy en día. En cualquier caso, con regular horas y con definir los porcentajes de carga académica no bastaba. Hacía falta algo más profundo que se tuviera que transformar: la cultura del hospital.

Los relatos de los nuevos internos y los antiguos nos dan constancia de que el tránsito del viejo internado al nuevo internado fue vivido como un movimiento tectónico de forma lenta pero necesaria. Nadie sabía cuándo empezó ni cuándo terminó. Únicamente se sabía sentir. Como un cambio en el aire, como un hospital que respira de una forma diferente.

Uno de los aspectos que marcaría más esta transición fue la relación entre internos y tutores. Antes de las regulaciones, dicha relación era caprichosa, a menudo, inexistente. Algunos internos contaban que, durante la guardia completa «apenas veían a su tutor», y que “la enseñanza llegaba cuando se podía, y si no se podía, no llegaba”. Había turnos completos en los que dependían solamente de su intuición y de la buena voluntad de quien tuviera la amabilidad de encontrarse a su lado.

Esa relación fue estructurándose poco a poco. Las reglas pidieron una cierta supervisión directa, tutorías planificadas, actividades académicas obligatorias. Pero la transformación real no llegó por el papel, sino por la necesidad humana de unos tutores que llegaron a entender que el internado era demasiado duro para atravesarlo en solitario.

Los internos también describieron otro cambio absolutamente importante: el clima emocional del hospital. Algunos de ellos recordaban que anteriormente se esperaba del interno una especie de resistencia casi inhumana. No llorar. No dudar. No tener un temblor. No plantearse el porqué.

Pero esa visión rígida empezó a resquebrajarse.

Uno de ellos comentaba que en su anterior rotación nadie hablaba de lo emocional, ni siquiera cuando se abandonaba a un paciente que se había acompañado durante semanas. “Sólo continuamos”, decía, “como si el dolor pasara a formar parte del uniforme”. Pero también contaba que en rotaciones más recientes fueron abriéndose espacios invisibles no oficiales, no formales donde cabía una frase de consuelo, un gesto o una actitud de apoyo, incluso tal vez una clara señal de un silencio compartido que valía más que cualquier palabra.

Otros internos, y sobre todo aquellos que vivieron situaciones difíciles en las áreas críticas, refirieron cómo el peso emocional del internado, el que describían en acentos que todavía resuenan. La falta de debriefing emocional tras el fallecimiento de un paciente en emergencias es testimoniada con dureza: “Se nos murió el paciente politraumatizado a pesar de todos los esfuerzos. Al terminar, nadie nos preguntó cómo estábamos; la única respuesta del superior fue: Váyase a lavar las manos y a descansar un poco, que todavía queda mucha guardia por delante” [Testimonio Int-Ecu-10]. Su relato era como una huella en el archivo, una recordación de que, aún con normas, formas claras y protocolos, las emociones humanas son siempre el ciego del sistema.

También otro interno relató una experiencia tan rara como simbólica: la de un paciente que en condiciones graves pidió recibir los santos óleos. Minutos después, falleció. El interno describió esa escena como si todo el hospital se hubiese detenido. No por la muerte en cuestión, sino por la calma que transmitía.

Figura 7. *Impacto del duelo no procesado y la ausencia de contención psicológica en el personal en formación.*



Nota. Representación sintomática de la carga emocional y la falta de debriefing afectivo tras el fallecimiento de un paciente en áreas críticas. Muestra la paradoja del entorno hospitalario, donde la exigencia de continuidad asistencial inmediata invisibiliza el duelo del estudiante en formación, reforzando la necesidad de implementar protocolos institucionales de contención psicosocial. Elaboración propia (2026), basada en Shanafelt et al. (2002) y West et al. (2016).

Para él fue la replanificación de que la medicina no se ocupa solamente de lo corporal; también se ocupan esos componentes invisibles creencias, despedidas, rituales que no cuentan, y que, sin embargo, inciden en los que acompañan el proceso.

Por su parte, algunos internos experimentaban situaciones implicadas con el desgaste de la situación que les envolvía. Así, uno de ellos decía sencillamente que “el lugar era tremendo, porque había de saberlo todo sin enseñártelo”. Otro, a su vez, advertía que al principio del inter-

nado “todo era rápido, no entendía la jerga médica y parecía que molestaba más que ayudaba”.

Ese sentido de no ser una de las componentes del grupo era más habitual de lo que debería serlo. Los pasantes atravesaban el pasillo con la bata puesta, pero sin la convicción de sentirse profesionales; eran habitantes temporales de un mundo que no les reconocía como tales. Y poco a poco, empezaban a adecuarse.

Aprendían en medio del caos

La lengua. El silencio. Los gestos que significaban más que cualquier otra palabra.

Y poco a poco, y con el tiempo, el hospital pasaba de ser un espacio hostil a un escenario de verdadero aprendizaje.

Los cambios normativos respecto a la carga horaria se basaban, pues, en una dimensión de la vida emocional del pasante: pasar del caos de horarios adecuados, más escueta, más definida, no solo aumentaba el rendimiento académico, sino que daba tiempo a respirar, aunque poco.

No todos los hospitales cumplían a rajatabla con los límites establecidos (ya sabemos que la realidad nunca es tan obediente como la ley), pero la misma existencia de esos límites significaba un paso adelante.

Antes, no era extraño que un interno acumulase jornadas que parecían interminables. Guardias de 36 horas con un verdadero descanso. Días en los que el cuerpo ya no sabía si tenía hambre o estaba cansado. El cuerpo era una máquina y el cansancio, un compañero de viaje.

Con la ley, como mínimo, había un recordatorio de que los internos eran personas.

De hecho, en el recorrido de esos cambios también había una emergencia de actividades académicas en el transcurso del programa de internado. La teoría, que antes casi había desaparecido del entorno práctico, empezaba a regresar de forma tímida a la rutina. Esto provocaba un fenómeno curioso: los internos tenían que dividir su tiempo con tareas asistenciales y académicas, lo cual, para algunos tutores, era casi una provocación.

¿Clases? ¿En este momento?

Esa frase la hemos escuchado más de una vez a las puertas del pa-

sillo.

Pero, para los internos, este espacio académico se tornaba una bocana de aire. Un momento en el que podían dejar de forzar el paso en la carrera tras un código de emergencia o un procedimiento inesperado para sentarse, al menos durante unos minutos, a meditar sobre lo que estaban haciendo. Era una pausa en el frenético ritmo del hospital.

El valor de las sesiones teóricas presenciales en medio de la vorágine del hospital se describe así: “Las clases y las discusiones de casos eran como un ancla en medio del caos; nos permitían detener la carrera, hacer preguntas sin sentir que interrumpíamos una urgencia y entender el porqué de lo que hacíamos” [Testimonio Int-Ecu-11].

Figura 8. *Dicotomía entre la asistencia clínica intensiva y los espacios de formación académica.*



Nota. La exigencia de la urgencia asistencial con la pausa reflexiva de la clase académica. Resalta el rol de las sesiones de discusión teórica como "anclas pedagógicas" que permiten al

interno procesar la práctica, realizar preguntas sin presión de tiempo y consolidar competencias razonadas. Elaboración propia (2026).

Mientras todo esto sucedía, las transformaciones también impactaron la identidad profesional del interno. Ésta era antes frágil, moldeada por la presión, la improvisación, por el miedo a hacer un error. El interno se hacía entre sombras. Pero con cada nueva transformación normativa, cada nueva medida de supervisión, cada actividad académica en la que se acababa formalizando, esa identidad se fortalecía.

Ya no se trataba ya más de sobrevivir la rotación.

Los testimonios también evidenciaron que el reparto de internos por los distintos niveles de atención generaba experiencias opuestas. Por una parte, estaban aquellos/as que relacionaban la atención primaria con un espacio donde se sentían realmente útiles, porque se disponía del tiempo necesario para escuchar, para educar, para acompañar; por la otra parte, estaban quienes relataban que en los hospitales de mayor complejidad el aprendizaje era fuerte pero también duro, como si cada día fuera una prueba que no tenía nota oficial.

El ingreso al primer servicio asistencial es rememorado como una ruptura brusca: "El primer día fue un verdadero golpe de realidad: no conocías a nadie, no sabías dónde guardaban los insumos ni cómo funcionaba la dinámica de la sala. Aunque habías estudiado años en la universidad, sentías que nada te había preparado para estar parado ahí" [Testimonio Int-Ecu-12].

Ese testimonio no aparecía de manera aislada, sino muy repetidamente, utilizando distintas palabras, en diferentes voces. tal vez, y quizás esa sea la esencia del internado: la sensación de enfrentarse a lo desconocido con un sentido de temor y determinación.

Otros hablaron sobre la importancia de la tecnología en el aprendizaje contemporáneo. Algunos pasantes afirmaron que "podíamos usar aplicaciones, manuales, calculadoras clínicas, pero a menudo no tenían la oportunidad de practicar la teoría bajo supervisión directa". Era el equivalente a tener el mapa completo, pero no poder recorrer ese terreno.

Figura 9. *Incertidumbre e inserción inicial del interno en escenarios hospitalarios de alta complejidad.*



Nota. Metáfora visual sobre el sentimiento de desorientación e incertidumbre que experimenta el estudiante al ingresar por primera vez a un servicio hospitalario desconocido. Elaboración propia (2026).

La paradoja tecnológica demostró que, aunque podíamos acceder a la información de un vistazo, el aprendizaje genuino todavía dependía crucialmente de la práctica guiada, la interacción humana y la retroalimentación oportuna. Incluso con todas las mejoras, la pasantía aún tiene sus desafíos. Uno de ellos es la asignación justa de pasantes en los hospitales.

Hay muchos centros que están sobrepoblados, pero luego hay algunos que tienen menos trabajo y todo eso lleva a un crecimiento muy diferente de la experiencia de aprendizaje para ellos. La supervisión, la carga de trabajo y la disparidad en el tratamiento aún persisten. Pero cada relato en el archivo transmite algo de una verdad fundamental: la pasantía ha cambiado y cambiará porque los pasantes lo quieren, lo hacen; lo viven; lo sienten.

Cada historia registrada es solo una pieza de un rompecabezas más grande. Un rompecabezas para diseñar un sistema más justo, más humano, más efectivo: los hospitales cambian. Las reglas cambian. Las dinámicas cambian. Pero, aun así, hay algo que permanece: la voz del pasante. Una voz que ocasionalmente tiembla, a veces se quiebra, ocasionalmente se fortalece. Una voz que cuenta lo que vio, lo que descubrió, lo que dañó, lo que mantuvo la esperanza. Y esa voz, no el documento, las regulaciones, la burocracia: esa voz es la que realmente da cuenta de cómo cambió el internado rotativo en Ecuador. Porque el internado, en su nivel más fundamental, no es tiempo, ni tablas de porcentajes, ni ninguna rotación a través de servicios. El internado son sus historias. Relatos que aún recorren los pasillos como ecos que informan, advierten y la acompañan. Historias que permanecen vivas.



CAPÍTULO III:

**LAS RELACIONES HUMANAS EN EL
INTERNADO: ENTRE VOCES,
SILENCIOS Y JERARQUÍAS INVISIBLES**

Las relaciones humanas dentro del hospital constituyen una ecología compleja donde convergen la exigencia asistencial, la vulnerabilidad del paciente y la formación de los futuros profesionales de la salud. En este entorno, las interacciones no responden únicamente a las estructuras organizativas formales, sino a dinámicas informales y jerárquicas que moldean la experiencia del estudiante en formación. Lejos de ser un espacio uniforme, la vivencia del internado rotativo está atravesada por tres dimensiones relacionales claramente diferenciadas: los espacios de apoyo y contención, las prácticas de supervisión clínica y las situaciones de conflicto o maltrato intrahospitalario (Cruess et al., 2019; Surmon et al., 2016).

Hay testimonios que destacan lo difícil que es acostumbrarse a ese baile invisible. Algunas de las primeras referencias señalan que en la inducción le dijeron al interno las ubicaciones de las áreas, los horarios y los procedimientos, "cómo sobrevivir socialmente en el hospital", pero nadie mencionó nada más. Y la falta de esa orientación, pequeña pero aparentemente mayor, se convertiría en uno de los desafíos más difíciles que enfrentó.

Figura 10. *Percepción de incertidumbre e inserción inicial del estudiante en la dinámica hospitalaria.*



Nota. Desorientación e incertidumbre que experimenta el interno rotativo durante sus primeros días en el centro hospitalario. Elaboración propia (2026).

El hospital es una organización jerárquica. No necesita proclamarlo; se siente, se respira, se sospecha. Hasta el personal auxiliar tiene más voz que el interno, sin desmerecer la función de cada persona, pero así es. El médico especialista es el que más experiencia tiene de todos los médicos, la enfermera jefa tiene la autoridad, administrativamente, para determinar quién puede entrar, quién debe salir, quién se queda, la enfermera responsable del turno puede ser la mejor aliada del interno... pero también su peor pesadilla. Y el tutor esa figura mitad maestro, mitad juez silencioso vigila todo desde la distancia justa para intervenir cuando sea necesario y desaparecer cuando sea estratégico (Foronda et al., 2016; Reeves et al., 2017).

Uno de los internos ofreció una explicación contundente pero devastadora: "Lo que más pesa en el hospital no es la bata, sino la jerarquía". Pero esta jerarquía no siempre se manifiesta de manera autoritaria. Tiene sus momentos de presión silenciosa.

Figura 11. Estructura de interacciones jerárquicas y canales de comunicación en el entorno asistencial-docente.



Nota. Flujos de autoridad y de comunicación interprofesional entre médicos especialistas, residentes, personal de enfermería e internos rotativos en los servicios hospitalarios. Elaboración propia (2026), basada en Cruess et al. (2019) y Surmon et al. (2016).

Una enfermera que no grita y coloca el suministro frente a un interno, como si implicara que debería haberlo solicitado antes que después. Un tutor que no señala abiertamente los errores, pero deja "tareas" para el análisis durante las rondas, juzgando si el interno realmente entendió lo que se dijo. Nada de esto se discute en los manuales. Todo se aprende a través de la observación.

Y, como numerosos relatos atestiguan, lo que el interno está viendo no siempre es bueno. Algunos describen "una sensación de no ser bienvenidos al principio". Uno describió cómo, durante sus primeros días, a veces sentía que estaba en el camino: interrumpido, como si fuera un ruido en un mundo ya clamoroso. "Nadie me explicó nada, pero querían que supiera todo", dijo. Si esa tensión es sutil, también es constante, un costo emocional que se volvió difícil de soportar. Pero también desenterró una fuerza inesperada: una necesidad de adaptarse.

Los internos desarrollaron una habilidad casi sobrenatural para leer las caras de las personas, para leer órdenes, para captar el tono de voz de un médico, enfermera, auxiliar o simplemente el señor de limpieza, para distinguir entre una instrucción legítima y una prueba disfrazada de pregunta. El residente, que es una figura borrosa de un maestro cansado y un supervisor exigente, es uno de los hilos más decisivos del internado. Algunos testimonios también lo describen como una especie de paciencia sorprendente, alguien dispuesto a guiar, explicar y corregir. Otros lo recuerdan como una especie de juez severo que parecía tener un talento natural para detectar cualquier error a cientos de millas de distancia. Uno de los internos describió "cómo un residente lanzaba un anzuelo al hacer preguntas. Si el interno respondía, seguían adelante. Si la respuesta era menos que la mejor, el silencio que seguía era más pesado que cualquier sermón."

Y ese silencio, que dolía más que una reprimenda, obligaba al interno a investigar, prepararse, pensar por adelantado. Pero también había residentes que, agotados por su propia formación, encontraban tiempo para

enseñar en medio del agotamiento de su propia experiencia. Uno dijo que, en una mañana particularmente difícil, un residente se acercó a hablar: "Relájate. Nadie nace sabiendo cómo manejar el caos". Ese comentario, tan breve y sin embargo tan cálido, fue suficiente para aliviar toda la noche. Pero las habilidades sociales del interno realmente se forjan con las enfermeras.

El archivo está lleno de experiencias que demuestran cuán poderosas son estas relaciones. La enfermera responsable del turno realmente sabe dónde están todas las necesidades del interno, conoce el ritmo del paciente, las peculiaridades del servicio, los códigos no escritos. Y, sobre todo: depende de ella ayudar. Un interno lo resumió de manera concisa: "Si la enfermera confía en ti, sobrevivirás. Si no... buena suerte". Puede sonar gracioso, pero el escenario, por supuesto, es completamente real.

En el ecosistema intrahospitalario, la integración del interno no ocurre en el aislamiento, sino en la interacción cotidiana con un equipo de trabajo interprofesional. El personal de enfermería desempeña un rol clave en la adaptación del estudiante al entorno operativo. En muchos escenarios, la experiencia de la enfermera de turno se transforma en una guía práctica indispensable para el aprendizaje de procedimientos y la orientación dentro del servicio. Un participante señala esta alianza informal: "Durante mis primeras guardias en emergencias, fue la enfermera de turno quien me guio paso a paso en la localización de insumos y la preparación de procedimientos; sin su disposición para orientarme, el proceso de adaptación habría sido mucho más complejo" [Testimonio Int-Ecu-13]. No obstante, esta dinámica no es homogénea. Evitar caracterizaciones generalizantes sobre cualquier grupo asistencial permite reconocer que la calidad del clima laboral depende de la empatía, el respeto mutuo y la comunicación asertiva entre todos los miembros del equipo sanitario (OPS, 2022).

Pero luego, por supuesto, hubo encuentros menos amables. Un interno recordó "cómo, en su primer día, había pedido suministros que no existían en ese servicio desde hacía meses. La enfermera lo miró como si hubiera pedido un unicornio. Esa mirada que parecía preguntar "¿De dónde salió este?" permaneció en su mente durante semanas." Podría haber razones para las relaciones tensas con el personal de enfermería: falta de confianza, exceso de trabajo, experiencias negativas pasadas con otros internos.

Figura 12. *Tensiones en la comunicación e interacción interprofesional con el equipo de enfermería.*



Nota. Las fricciones interpersonales y barreras de comunicación que se generan cuando existen desacuerdos sobre roles, procedimientos o aspectos disciplinarios formales dentro de la sala. Pone de manifiesto la necesidad de promover la Educación e Interacción Interprofesional (EIP) para transformar los conflictos en oportunidades de aprendizaje colaborativo. Elaboración propia (2026), basada en Foronda et al. (2016).

Una enfermera tutora incluso recibió una reprimenda del jefe de servicio después de considerar inapropiado el uniforme de su interno, lo que llevó a un desacuerdo que afectó el contacto interpersonal durante semanas. Y debajo de estas dinámicas y otras dinámicas hay algo fundamental: dentro de un hospital, las relaciones interpersonales son tan importantes como las habilidades técnicas.

Aun así, la relación más enigmática y más temida, incluso es la que se tiene con el tutor. Los tutores son figuras complejas. No son malos, pero tampoco están tan presentes como el personal de planta. Son guías, jueces, evaluadores y, a veces, incluso modelos a seguir. Algunos internos descri-

ben a sus tutores como algo misterioso: simplemente caminan por los pasillos, observan desde la puerta, hacen preguntas sin mostrar emoción alguna. "Explícame el diagnóstico". Y el interno sabe que tiene dos segundos para demostrar que entendió algo. Pero los tutores también demuestran humanidad.

La supervisión es el eje articulador del internado rotativo. Su propósito es permitir que el estudiante aplique conocimientos y desarrolle habilidades bajo la mirada de un profesional capacitado, garantizando la seguridad del paciente y la adquisición progresiva de autonomía (MSP, 2021). Una supervisión clínica efectiva combina la retroalimentación oportuna con el estímulo al razonamiento diagnóstico. Cuando un tutor o residente dedica tiempo a discutir la conducta médica en la cama del paciente, la experiencia se traduce en un aprendizaje significativo: "En la rotación de medicina interna, el residente a cargo realizaba preguntas orientadoras durante la ronda y nos permitía proponer el plan terapéutico. Si cometíamos un error en el razonamiento, nos explicaba la fisiopatología en privado sin descalificarnos" [Testimonio Int-Ecu-14].

Un interno nos cuenta que "mi tutor parecía reconocer el trabajo que hacíamos, aunque nunca fuimos elogiados por nadie. Su completa neutralidad se ha convertido, con el tiempo, en una especie de carga: incluso la más mínima aprobación por parte de ese tutor parecía ganarse una medalla invisible." Las relaciones entre internos no siempre eran sencillas. No todos tenían el mismo ritmo, la misma personalidad o las mismas estrategias de afrontamiento para sobrevivir en el hospital, aunque recorrieran el mismo camino. Algunos se ayudaban mutuamente, formando amistades que durarían años.

Pero también había competencias silenciosas, comparaciones inevitables, pequeñas guerras por el cansancio. Un interno dijo "en mi rotación siempre competía con otro compañero interno, pero yo de alguna manera tenía la ventaja. Esa presión no venía del tutor ni del personal de planta: venía de mí mismo, no quería quedarme atrás." Pero también estaban esos

lazos forjados durante largos turnos.

Historias compartidas. Bromas improvisadas. Cafés que sabían a tierra, pero eran como néctar en las profundidades del cansancio. El hospital unía a los internos como algunas de las mejores cosas de la vida. Cuando el interno cometía un error, las relaciones también podían romperse. La respuesta del equipo podía variar: aunque el aprendizaje y el error van de la mano. Algunos lo hacían como parte del proceso. Otros no tenían paciencia.

Es indispensable diferenciar la exigencia académica y la supervisión rigurosa de aquellas conductas que constituyen maltrato, humillación o abuso de poder. El currículo oculto del hospital ha naturalizado históricamente prácticas de enseñanza basadas en la intimidación, bajo la falsa premisa de que la presión extrema "fortalece el carácter". El maltrato intrahospitalario se manifiesta en comentarios despectivos públicos, sobrecarga punitiva de tareas y cuestionamientos a la valía personal del estudiante: "Fallé al responder una pregunta sobre dosis farmacológica durante la entrega de guardia y el docente me recriminó frente a todo el servicio, afirmando que no servía para la profesión. La recriminación no buscaba enseñarme el fármaco, sino avergonzarme" [Testimonio Int-Ecu-15]. Cuando el interno percibe que la duda o el error serán sancionados con humillación, opta por el silencio y la ocultación de incertidumbres, comprometiendo de manera directa la seguridad del paciente.

Otro interno tuvo la experiencia opuesta. Reconoció que había simplificado demasiado el procedimiento, porque era inexperto, pero la enfermera a cargo lo tomó con calma, informándole cómo podría prevenir tal error en el futuro. Esa diferencia en el trato reveló una verdad inevitable: la experiencia de la pasantía está, en gran medida, influenciada por las personas que rodean al interno. Sin embargo, la pasantía también es donde se aprende la verdadera colaboración. Donde el interno descubre que nadie trabaja solo en ninguna profesión. Que el residente necesita al interno. Que el interno necesita a la enfermera. Que la enfermera necesita al médico. Que el médico requiere de todo el equipo. Hay una tierna red de dependencia mutua. Y a medida que esta red se vuelve cada vez más complicada, el interno comienza a tener una ventaja. Ya no se siente invisible. Ya no parece un impedimento.

Figura 13. Integración interprofesional y trabajo colaborativo entre el equipo de salud en la reunión clínica.



Nota. Toma de decisiones compartida durante la discusión de casos clínicos en la entrega de turno. Muestra la integración interprofesional entre el equipo médico, de enfermería y los estudiantes de internado rotativo, enfatizando el valor de la retroalimentación respetuosa y la colaboración horizontal como pilares de la calidad en la atención y la formación clínica humanizada. Elaboración propia (2026), basada en la Organización Panamericana de la Salud (2022).

Comienzan a prever necesidades, a hablar más claramente entre ellos, a operar con más fluidez. Se unen en una era en la que el hospital ya no es un sistema extraño sino un organismo coordinado. Algunos internos incluso comenzaron a caminar por los pasillos con una nueva convicción. Ya no paseaban mirando al suelo, reconocían rostros, saludaban, entendían las bromas internas del servicio, se sentían como si encajaran. Ese cambio de la inseguridad a la pertenencia está en el corazón del capítulo. Ya que el internado no solo forma a los estudiantes: crea lazos. Y esos lazos, aunque nacen en un entorno duro, pueden durar toda la vida.

Los lazos, las tensiones, las alianzas y los silencios, por pequeños que sean, forman el molde del interno tanto como los textos y los exámenes. Y aunque no todos los internos tienen las mismas experiencias, todos los internos, de una forma u otra, deben encontrar la manera de leer los hospi-

tales, moverse por aguas emocionales y construir puentes con quienes los rodean. Porque el internado es igual que la vida nunca se recorre solo.

Implicaciones docentes y pedagógicas para la formación hospitalaria.

- Formación docente para tutores y residentes: Implementar programas continuos de capacitación pedagógica dirigidos al personal que ejerce tutoría, enfocados en retroalimentación constructiva.
- Canales seguros de denuncia: Garantizar mecanismos anónimos, transparentes y libres de represalias para el reporte de acoso o maltrato.
- Seguridad Psicológica y Cultura Justa: Transitar hacia una cultura donde el error involuntario se analice como una falla del sistema o una oportunidad de aprendizaje.
- Educación Interprofesional (EIP): Diseñar talleres compartidos entre estudiantes de Medicina, Enfermería y Obstetricia para fomentar el trabajo en equipo.
- Evaluación bidireccional: Permitir que los estudiantes evalúen periódicamente el desempeño pedagógico de sus tutores y el ambiente de aprendizaje.



CAPÍTULO IV:

**CUANDO LA TEORÍA ENCONTRÓ
UN ROSTRO**

La transición del aprendizaje simulado en las aulas universitarias hacia la atención clínica directa constituye uno de los momentos más críticos en la formación del profesional de la salud. El primer encuentro con el paciente real sobrepasa la mera aplicación de técnicas o protocolos; representa la confrontación entre la teoría aprendida y la complejidad biopsicosocial de la persona en situación de enfermedad. En este umbral, el estudiante no solo pone a prueba sus competencias diagnósticas, sino su capacidad de empatía, escucha activa y contención emocional en entornos de alta incertidumbre (Rogers, 1951; Watson, 1979).

Comienza con cosas aparentemente pequeñas: el sonido del monitor cardíaco en marcha, la respiración dificultosa de un paciente, la mirada expectante de un familiar, el olor a antiséptico mezclado con algo imposible de articular pero que es una firma que cada hospital tiene.

Figura 14. *Incertidumbre e inseguridad del estudiante en la primera interacción con el paciente.*



Nota. Representación conceptual de la ansiedad y las dudas que experimenta la interna rotativa al ingresar por primera vez a la habitación del paciente. Se debe desarrollar habilidades de comunicación terapéutica y empatía para establecer una relación médico-paciente basada en la confianza y el respeto a la dignidad (Watson, 1979). Elaboración propia (2026).

Intocable y constante, ese olor es el marcador invisible de la vida y la muerte cohabitando en el mismo edificio. Los modelos clásicos de comunicación siempre hablan de empatía, claridad y escucha activa. Rogers lo describe en tres pilares: autenticidad, empatía y aceptación incondicional (Rogers, 1957). Suena simple, casi fácil. Pero ninguna teoría describe cómo lidiar con el temblor que siente un pasante al intentar presentarse por primera vez a un paciente consciente, adolorido, asus-

tado o incluso simplemente incrédulo. Ningún libro te dice cómo decir: *"Buenos días, soy el nuevo interno rotativo que lo va acompañar el día de hoy"*, cuando la voz se quiebra por dentro e incluso el estetoscopio parece demasiado brillante, como si los estuviera evaluando.

Otros modelos hablan de adaptación, como Roy, o de estrés y afrontamiento, como Lazarus y Folkman. Y sí, el paciente se adapta, afronta, procesa, lucha. Pero el interno también. Nadie lo articula, sin embargo, el instante en que se dirigen al primer paciente también se convierte en una prueba mental para ellos: ¿Van a ser capaces de sostener la mirada, escuchar lo que la otra persona dice sin interrumpirla, procesar y no desmoronarse cuando la vida es más dura de lo que habían anticipado? (Roy, 2009; Lazarus y Folkman, 1984).

Cada interno típicamente interpreta su primera experiencia de manera diferente. Uno tiene la suerte de haber visto tipos de pacientes que son amables, conversadores e incluso divertidos. Otros no tienen tanta suerte, ya que se encuentran con miradas y desconfianza, impaciencia o dolor silencioso. Y en algunas ocasiones la vida tiende a sorprender los pone en el centro de escenas que alteran completamente su visión del hospital.

La confrontación con la muerte súbita o el paro cardiorrespiratorio en las primeras semanas de rotación marca un hito traumático en la identidad del estudiante. Al respecto, un participante rememora la fragilidad del paciente bajo su cuidado: "Estaba atendiendo a un paciente adulto mayor que se encontraba clínicamente estable y conversando; horas después presentó una arritmia fatal y falleció a pesar de las maniobras de reanimación. Fue el primer momento en que la muerte dejó de ser una entidad abstracta del libro de fisiopatología para convertirse en un hecho irreversible" [Testimonio Int-Ecu-16]. La falta de formación previa en la gestión del duelo y la escasez de espacios institucionales de desahogo tras la muerte de un paciente generan en el estudiante un sentimiento de impotencia y desamparo emocional que la docencia clínica debe abordar explícitamente (Silverman et al., 2016).

Nadie olvida ese primer momento en que la muerte dejó de ser una abstracción y se convirtió en un evento real, irreversible y personal. Esa es la naturaleza del incidente, abre un nuevo mundo del primer en-

cuentro: la vulnerabilidad del pasante ante la muerte. Las universidades enseñan fisiopatología, claro; enseñan farmacología, por supuesto; enseñan procedimientos, ciertamente. Lo que no enseñan es cómo manejar el nudo en la garganta cuando un paciente que parecía "bien" ya no lo está.

No enseñan cómo seguir atendiendo al siguiente paciente, cómo responder a la mirada de la familia o cómo no sentir que hicieron algo mal incluso cuando no lo hicieron.

Otra historia involucra la llegada allí después de un paciente politraumatizado de un accidente automovilístico. Shock hipovolémico. Piel fría. Hemorragia interna. La escena era la encarnación del caos ordenado: médicos corriendo, monitores pitando, órdenes cruzándose. El interno hizo lo mejor que pudo, pero el paciente falleció. Lo que más recuerda, lejos de ser la cirugía, fue el vacío resultante. *"Nos dijeron que teníamos que aprender a lidiar con la muerte, así de simple"*

Y aunque ese término pueda parecer práctico, incluso útil, para el pasante significaba cargar con un peso emocional sin guía, sin apoyo, sin herramientas. Otros testimonios se inclinan más hacia la confusión de la comunicación. Una de las primeras cosas que recuerda el pasante fue hablar con un paciente al que se le había diagnosticado una enfermedad terminal. No tenía idea de qué decir, qué gesto usar, dónde poner las manos. El silencio se prolongó eternamente y cada palabra que intentaba decir se sentía muy pequeña. Allí aprendió que la comunicación terapéutica no es solo técnica: es presencia, es escuchar, es reconocer que a veces no hay palabras correctas para curar el dolor de otra persona (Silverman et al., 2016).

En ese primer contacto real todo se convierte en aprendizaje: el tono de voz, el ritmo de la conversación, la forma de sostener la historia clínica sin mostrar manos temblorosas. La mayoría de los internos aprenden, a través de prueba y error, que la medicina no es solo diagnóstico y tratamiento, es acompañamiento. Tomar de la mano incluso si no sabes cómo. Estar allí cuando tienes miedo. Y no huir de la miseria de otra persona, incluso si causa un ligero escalofrío.

El primer encuentro debe ser digno y respetuoso, dice Jean Wat-

son en la Teoría del Cuidado Humano. Y aunque eso suena encantador en los libros, en realidad el interno tiene que aprender a llevar esa dignidad a la mesa con la rapidez que exige el hospital (Watson, 2008).

Porque, en el mundo real, el primer paciente también puede ser un caso crítico, un dolor insoportable, una madre llorando, un niño con fiebre, un anciano delirante, un joven que acaba de sobrevivir a un accidente. Nada es lineal. Nada es predecible. A esto se suma que muchos internos llegan sin suficiente preparación emocional, y la experiencia se complica. A veces la formación universitaria incluye breves módulos sobre el duelo, o la gestión emocional, o las habilidades de comunicación. Pero en la práctica, muchos internos dicen que la profundidad de estos temas no es suficiente para enfrentar lo que realmente importa: un paciente que sufre, un diagnóstico devastador o una muerte inesperada.

En ese sentido, el primer contacto refleja no solo la debilidad del paciente, sino también la del interno. Su crecimiento profesional se moldea en esa frontera silenciosa entre dos vulnerabilidades humanas. Algunos consideran ese primer encuentro como amable; otros como una bofetada emocional. Algunos lo recuerdan con una combinación de miedo y diversión inconsciente: un interno recordó que quería auscultar a un paciente en su primer día, pero colocó el estetoscopio en una posición incorrecta, el paciente lo miró con la expresión de *"¿estoy en buenas manos?"* El interno, tan rojo como un semáforo, dijo: *"Bueno, discúlpame, primer día."* Y el paciente, riendo, dijo: *"No te preocupes, doctorcito, yo también tuve un primer día en mi trabajo."* Esa risa, que rompió el hielo, siguió a ese interno durante todas las siguientes rotaciones. Pequeñas, suaves o duras, estas anécdotas son un bloque de construcción crítico para el profesional. Ninguna se olvida. Cada una deja una pequeña grieta, una marca silenciosa. Aunque el contacto comienza con miedo y aprensión, en los primeros minutos es el espejo.

El interno comienza a mirar a los pacientes, y se encuentra reflejado en ellos, en su miedo, en su fragilidad, en su capacidad de pedir ayuda incluso al pretender ser fuerte. Empiezan a entender: en sus propias mentes allí, también, cada historia clínica es una especie de retrato emocional, subjetivo. Pero hacia el final de la rotación, el interno se da cuenta de una realización inesperada: el paciente también entiende su

vulnerabilidad. Algunos lo perciben de inmediato; otros lo hacen lentamente. Incluso algunos con ojos de carácter apacible, como si vieran en ellos a un hijo, un sobrino, o un joven que apenas comienza la vida.

Hay personas que los desafían, que los interrogan, que quieren saber cuánto saben. Y luego están aquellos que, inadvertidamente, los desarmarían por completo con emociones demasiado humanas para mantener la distancia profesional. Hay uno de los testimonios de los internos en el cual recuerdan a un paciente terminal que, en el momento de recibir su diagnóstico, no habla durante al menos algunos segundos. En ese momento se volvió hacia el interno, al que le dijo:

"¿Crees que moriré pronto?"

El interno, un principiante, nunca había prestado atención a estas interacciones que ningún maestro enseña, sintió su cuerpo vacío. Luego, luchó por encontrar palabras que sonaran realmente correctas. Aun así, respiró hondo y respondió tan honestamente como pudo. No hizo predicciones, no hizo promesas. Simplemente dijo que *"estaré aquí para acompañarla"*. Incluso gestos tan pequeños, que son casi invisibles, sirvieron como el comienzo de su capacidad para conectarse con el paciente. Y de su poder para sostener el silencio que no puede decirse sin ser cargado por él.

En realidad, el silencio se convierte en un requisito para el interado. Hay silencios incómodos y algunos silencios pacientes y silencios que vienen con la carga, silencios que desgarran. El silencio que sigue a la entrega de malas noticias. Silencios del familiar que no entiende. El silencio del paciente aferrándose a su cama como si fuera su última orilla. Y naturalmente, el silencio del interno cuando se queda sin energía emocional. En uno de los testimonios más vívidos, el interno nos contó que, después de la muerte de un paciente politraumatizado, caminó hacia el baño del hospital, cerró la puerta y pasó varios minutos allí, sin saber si llorar o respirar o simplemente dejar correr el agua del grifo como si estuviera transportando lo que había experimentado.

Nadie lo preparó para esa mezcla de impotencia, adrenalina y tristeza. Y, sin embargo, fue volver a la sala como si nada hubiera pasado. El hospital, como un monstruo paciente, no se detiene ni un mo-

mento, no deja que nadie procese. Los modelos de comunicación adquieren un nuevo significado de esta manera. Lo que parece ordenado y racional en el papel es en realidad un baile emocional en la práctica.

La comunicación terapéutica no es una lista que describe lo que se debe decir. En cambio, es una negociación constante entre lo que se puede decir, lo que se debe decir y lo que el paciente puede soportar escuchar. Ocasionalmente, la palabra correcta es una explicación clara. A veces es un silencio respetuoso. Y en la mayoría de los momentos críticos, es un gesto simple: acercar una silla, sostener la mano del paciente, ajustar la almohada. Sin embargo, estos pequeños gestos son los que sostienen la relación terapéutica (Silverman et al., 2016).

Un interno menciona *“mi primer paciente me pidió que no lo dejara solo”*. El interno no sabía si debía quedarse, si estaba *“permitido”*, si interferiría con las reglas del servicio. Aun así, se quedó. El paciente, un hombre con insuficiencia respiratoria, le agradeció con una mirada apenas perceptible. Durante muchos meses, esa mirada siguió al interno. Fue su recordatorio de que la medicina no se trata solo de protocolos, sino de humanidad.

Las ideas de Roy sobre la adaptación se ponen en práctica en estos encuentros. El paciente se ve obligado a reorganizar su mundo interno. El interno también. Ambos se adaptan, ambos cambian. Ambos se transforman. Y en ese trabajo, el hospital se convierte en un aula emocional preciosa, aunque complicada. Y el primer encuentro no siempre es trágico tampoco. A veces es incómodo. A veces es divertido. El humor es una especie de estrategia de supervivencia a veces.

El aprendizaje de procedimientos invasivos (canalización de vías venosas, punciones o colocación de sondas) exige la superación progresiva del miedo a causar dolor o cometer errores. La interacción con pacientes que comprenden el estado formativo del estudiante suele atenuar la ansiedad inicial: *“Durante mi primer intento de canalización venosa periférica, las manos me temblaban por la falta de destreza. El paciente notó mi nerviosismo y, con buen sentido del humor, me dijo que no me preocupara, que todos tenían un primer día en el trabajo. Esa actitud redujo la tensión y me permitió ejecutar el procedimiento con mayor serenidad”* [Testimonio Int-Ecu-17]. La presencia tranquilizadora del tutor o la enfermera en ese instante reafirma que la seguridad del procedimiento depende tanto de la técnica como del control emocional (Roy, 1976).

Figura 15. Afrontamiento de la vulnerabilidad y el fallo de acceso venoso en procedimientos invasivos.



Nota. El apoyo interprofesional oportuno que brinda el personal de enfermería ante un episodio de mareo o reacción del interno durante la observación de un procedimiento invasivo con sangrado. Resalta la empatía y la contención dentro del equipo asistencial frente a la fragilidad física involuntaria del personal en formación. Elaboración propia (2026).

Algunos internos hablaron de momentos difíciles en los que tuvieron que soportar insultos, reproches o gritos que no iban dirigidos a ellos, sino a la enfermedad misma. La frustración del paciente puede manifestarse de cualquier manera, y el interno debe aprender a no tomarlo de manera personal, por doloroso que sea. Muchos también se topan, de repente, con que la familia del paciente juega un papel fundamental. A veces protectora. A veces exigente. A veces tan perdida como el paciente y el interno sentados juntos. Comunicarse con los familiares se convierte

en una habilidad siempre esquivas: decir lo suficiente, pero no demasiado; explicar, pero no inundar; ser una presencia de apoyo sin prometer milagros. Es una cuerda floja que el interno debe navegar paso a paso (Silverman et al., 2016).

La comunicación con los familiares del paciente representa una de las tareas más complejas para el estudiante, al requerir equilibrio entre la prudencia informativa, la empatía y la honestidad profesional (Silverman et al., 2016). Una vivencia ilustra este dilema: "Al ingresar a la sala, los familiares de un paciente crítico me abordaron exigiendo información inmediata sobre los exámenes de laboratorio. Al no contar con el reporte actualizado en ese instante, opté por reconocer mi falta de información inmediata, pidiéndoles unos minutos para revisar la historia clínica con el médico tratante antes de emitir un criterio apresurado" [Testimonio Int-Ecu-18]. Reconocer los límites del propio conocimiento frente a los familiares evita la difusión de datos erróneos y preserva la confianza en el equipo de salud.

La primera vez que el interno ve un procedimiento invasivo también sirve como un hito. Puede ser un drenaje, una intubación, una sutura complicada, una punción dolorosa. La única manera depende de la rotación, a su vez. El interno, aunque el paciente suele ser el protagonista del procedimiento, descubre que también debe controlar su propio cuerpo adecuadamente para no desmayarse, marearse o tener nervios excesivos. No por orgullo, sino porque debe presentar seguridad.

Un interno en un turno que se sintió mareado cuando vio sangre por primera vez en un entorno auténtico. La enfermera, que tenía más experiencia que todos los presentes juntos, lo sostuvo por el codo y discretamente lo llevó a un rincón para que tomara algunas respiraciones profundas. "Cálmate," dijo, "nos pasa a todos la primera vez." Ese acto de humanidad no dejó que el interno cayera, y eso solo lo salvó. Y también le mostró que incluso los más aparentemente invulnerables como las enfermeras que han trabajado durante años alguna vez fueron principiantes temblorosos.

El primer contacto se convierte en una multiplicidad: el primer paciente crítico, el primer paciente agradecido, el primer paciente enojado, la primera sonrisa, el primer llanto, la primera muerte a medida que pasan los días. Cada uno es un capítulo. Cada uno deja una marca. Pero

en toda esa experiencia, hay un momento que no olvidará: la primera vez que el interno reconoce que el paciente le confiere confianza. Casi sagrado es ese momento.

Un momento invisible cuando el interno deja de sentirse como un intruso o solo un estudiante, pero comienza a sentirse parte del proceso y del juego también, un paso adelante o el siguiente. La confianza no se pide. Se gana. Y cuando lo hace, cambia. En ese proceso emocional, el interno también llega a darse cuenta de que el paciente no ve títulos ni jerarquías. Ven presencia. Ven actitud. Ven humanidad. Así que el interno aún no es un médico o enfermera con licencia, pero su contribución es crucial.

El primer contacto se convierte en mucho más que un momento en el tiempo. Se convierte en una herida tierna, un recuerdo tatuado en la maduración del interno. Es esa puerta que conduce hacia una medicina más real, más humana. Y aunque la teoría sigue siendo lo más importante, es el paciente quien finalmente enseña la lección más profunda: la medicina nunca se hace entre dos individuos vulnerables tratando de entenderse mutuamente.

Implicaciones pedagógicas para la enseñanza del cuidado humanizado

- **Entrenamiento en Comunicación Clínica:** Integrar talleres de simulación clínica enfocados en la entrega de malas noticias, manejo del duelo y abordaje de familiares en crisis desde el pregrado.
- **Acompañamiento en el primer procedimiento:** Garantizar que la ejecución inicial de procedimientos invasivos se realice bajo supervisión directa para reducir el estrés del estudiante y salvaguardar la seguridad del paciente.
- **Debriefing tras eventos críticos:** Institucionalizar sesiones breves de análisis emocional y clínico inmediatamente después del fallecimiento de un paciente o una reanimación fallida.
- **Fomento de la relación terapéutica basada en la dignidad:** Promover la aplicación del Modelo de Jean Watson, recordando que la calidad de la atención radica en el respeto incondicional al ser humano en situación de vulnerabilidad.

CAPÍTULO V:

**LA SOMBRA DEL INTERNADO: DOLOR, DUELO
Y EL CORAZÓN QUE SE ROMPE EN SILENCIO**



El tránsito por los escenarios de práctica clínica expone al estudiante de internado rotativo a situaciones de alta demanda emocional, donde la confrontación directa con el sufrimiento, la enfermedad compleja y la muerte genera un impacto profundo en la salud mental. Este fenómeno denominado metafóricamente en este capítulo como la Sombra describe la acumulación de duelo no procesado, fatiga por compasión e incertidumbre profesional que emerge cuando el ritmo asistencial impide la asimilación afectiva de las pérdidas (West et al., 2016; Sorenson et al., 2020). Lejos de constituir un signo de debilidad técnica, la vulnerabilidad del interno refleja la dimensión humana del cuidado, la cual requiere ser abordada desde la prevención y la contención institucional (OMS, 2019).

Pero los internos que han cruzado ese umbral lo llaman la Sombra.

La Sombra no aparece el primer día ni las primeras semanas. Llega gradualmente, una neblina que se asienta en los huesos. No se cuela por la puerta del hospital; se desliza entre las respiraciones del paciente, se aferra al olor metálico de la sangre, se esconde detrás de los susurros de la madrugada. Llega cuando el interno descubre que el hospital tiene dos caras: una que cura, y otra que te desgasta. Una que salva y otra que devora.

Y la primera pieza de esa Sombra es cuando el interno se da cuenta de que está cuidando no solo de cuerpos humanos, sino también de sentimientos que están al borde del colapso. Y entre ellos, el suyo propio es el menos atendido entre todas esas emociones. Una brutal ironía. La psicología del interno durante esta fase parece oscilar como un péndulo: de un lado a otro sin límite: entre la esperanza y la desesperación, la compasión y la impotencia, el profesionalismo y la vulnerabilidad más inmediata.

El hospital educa en medicina, pero también en dolores que no caben en ningún manual. Muchos internos se refieren a ese momento inicial cuando sienten, por primera vez, un cansancio tan profundo que parece no provenir del cuerpo sino del alma en la que reside. Es un cansancio que el sueño no cura, porque el agotamiento no resulta de las horas sin dormir, sino de los sentimientos.

Algunas noches son simplemente más pesadas que otras. Una noche cuando un paciente muere repentinamente. Noches cuando el trabajo se convierte en un campo de batalla emocional. Noches cuando el silencio del hospital ya no suena como una alarma (Pereira et al., 2022; Sorenson et al., 2020).

La exigencia de continuidad en la atención hospitalaria suele entrar en conflicto con la necesidad del estudiante de procesar el impacto de un

evento adverso o un fallecimiento. Al respecto, la vivencia tras un procedimiento de reanimación se sintetiza en el siguiente relato: “Durante la guardia nocturna ingresó un paciente politraumatizado en shock hipovolémico. A pesar de los esfuerzos del equipo, el monitor registró la línea isoelectrica. Nadie preguntó cómo nos sentíamos los estudiantes que participamos en el procedimiento; la única indicación fue limpiar la sala e incorporarnos de inmediato a la atención del siguiente caso” [Testimonio Int-Ecu-19].

Esta dinámica de invisibilizarían el impacto emocional sitúa al interno en el rol de segunda víctima, expuesto al aislamiento y al duelo reprimido por temor a ser juzgado como frágil dentro de la jerarquía hospitalaria (Hirschinger et al., 2015). Así es como funciona el hospital: la vida continúa; sigue su curso, incluso cuando el interno no puede unirse.

Otro interno describió la sensación de ver a un paciente anciano, que estaba hablando unas horas antes, morir de repente. No hubo despedida. No hubo declive. Solo de repente hubo un cambio en su respiración, algún tipo de sonido extraño del monitor, un grito desesperado. Ese tipo de muerte no avisa, llega como una sombra. Y crea un abismo, incluso en humanos que aún no entienden cómo asimilar la muerte, o tomar la decisión de hacerlo, pero de alguna manera no sentirse excluidos.

Figura 16. Afrontamiento e impacto emocional del estudiante tras un desenlace fatal en la guardia.



Nota. Representación del estado de shock emocional y aislamiento que experimenta el estudiante de internado rotativo tras registrarse la muerte de un paciente en áreas críticas. Pone de manifiesto la falta de espacios institucionales inmediatos de contención afectiva (debriefing) y la necesidad de abordar el fenómeno de las segundas víctimas en los escenarios docentes (Hirschinger et al., 2015). Elaboración propia (2026).

Pero el lamento del interno queda sin respuesta. No hay rituales, no hay acompañamiento, no hay pausas. Luego la muerte ocurre, y el interno sigue yendo a trabajar un millón de días como si nunca hubiera pasado. Pero, algo se desprende dentro de él, algo frágil, y queda suelto, rebotando en su pecho durante días, semanas, meses (Pereira et al., 2022).

La psicología llama a esto una forma de afrontamiento. Lazarus y Folkman lo llamarían su propia "respuesta al estrés". Roy podría llamarlo "fase de adaptación". Pero para el interno, el lenguaje es demasiado frío. No quiere definiciones. Quiere respuestas. ¿Por qué no puede sentirse contento? ¿Por qué es que hay un vacío que duele en su corazón, que nadie toca? ¿Por qué sonríe frente al siguiente paciente, pero por dentro, se siente destrozado? (Lazarus y Folkman, 1984; Roy, 2009).

El hospital no explica eso. El hospital exige. Una sombra también aparece en otros momentos menos dramáticos, pero igualmente profundos. La primera vez que el interno siente que no puede continuar. La tarde en que duda de su vocación. El instante en que se da cuenta de que ha pasado días en piloto automático. El agotamiento emocional durante la pasantía es tan grande que se vuelve físico. El cuerpo se siente pesado. La mente es lenta para reaccionar. La bata es simbólica de un peso invisible. Y, sin embargo, a medida que el interno avanza, sigue adelante, viene, sonríe cuando es necesario, responde lo que puede, esconde lo que siente. Resiliencia, esa palabra en los libros que suena como si pudiera ser ligera, en la pasantía se siente más como una cuerda tensa que amenaza con romperse si cae un problema más sobre ella (World Health Organization, 2019; West et al., 2016).

La mayoría de los internos dijeron que su principal adversario no era ni el cansancio, ni la carga académica, ni siquiera los procedimientos difíciles. Era la soledad innata: esa sensación de que nadie realmente sabe cómo se sienten, ya que todos están igualmente agotados o igualmente ocupados para preguntar.

Hay turnos en los que un interno puede sufrir dolor, frustración, miedo, ansiedad, pero no puede soportar sentirse invisible. El hospital es supremo en reducir a las personas a sombras. Y a veces, el interno es la sombra más pequeña. Uno de los testimonios más tortuosos relata que, tras un turno particularmente difícil, el interno caminó hacia el baño del hospital, apoyó sus manos en el lavabo y dejó correr el agua sin tocarla. No lloró. Él no gritó. No habló. Solo observó el agua desaparecer durante varios minutos, prácticamente como si sus sentimientos fueran absorbidos con ella. Lo recuerda como uno de los momentos más duros durante su pasantía: "Quería desaparecer con el agua".

Ese es el tipo de herida que no se revela en los exámenes de fin de semestre.

Otro interno conto que *"Tuve un paciente que tenía un cáncer muy*

avanzado y el paciente solicito recibir los últimos ritos, pero momentos después, murió" Esa muerte no fue impactante ni dramática. Sino suave, silenciosa, casi poética. Sin embargo, para la pasante, fue la primera vez que se dio cuenta de que la muerte no siempre es un grito: también puede ser un susurro audible. Y, sin embargo, ese susurro cortó más profundo que cualquier tragedia.

La espiritualidad a veces aparece como una fuerza extraña e inesperada. Algunos internos dicen que es superstición, otros dicen pura humanidad. La realidad es que contrasta marcadamente con la brutalidad de la clínica. Para muchos, presenciar a un paciente acercándose a la muerte con calma fue más poderoso que cualquier emergencia. La medicina cuida del cuerpo. Pero hay cosas que solo el alma puede hacer. Pero la muerte causa todas las sombras (Puchalski et al., 2014).

Otras surgen de la frustración y las expectativas no cumplidas, la presión por ser perfecto. Para el propio interno, la autoestima es como el vidrio: frágil, abierta y fácil de romper. Incluso las cosas más pequeñas un comentario descuidado, una corrección poco amable, un procedimiento fallido, una pregunta sin respuesta. Estas cosas pueden hacer que el pasante se sienta menos. Y esa frase "No soy suficiente" es una de las más peligrosas. Puedes verla, temprano o tarde, pero siempre vuelve a morder en algún momento.

Algunos pasantes lo sienten después de haber terminado su primer turno. Otros cuando se les hacen preguntas a los familiares. Algunos, cuando se les presenta un diagnóstico devastador. Hay esos momentos en la que los internos experimentaron una sensación de que "no tenían la preparación emocional" para enfrentar la realidad hospitalaria. No por no estudiar, sino porque la vida real, con sus muertes súbitas, dolor incomprensible e incertidumbre brutal, no cabe en un PDF (Pereira et al., 2022).

La ansiedad aparece sin previo aviso. Y a veces como opresión en el pecho. A veces con un pequeño temblor en las manos. Así que cuando están cansados, no pueden dormir. El internado es un delicado equilibrio entre claridad y desbordamiento. Entre fuerza y colapso. Entre autocuidado y negación. Y, sin embargo, muchos internos aprenden a vivir con un recurso tan antiguo como los humanos: la defensa emocional.

Algunos se vuelven muy racionales: separando todo en datos, signos vitales, diagnósticos. Otros usan el humor como escudo. Otros se aíslan. Otros necesitan hablar con alguien, incluso si es en mensajes a medianoche. Algunas personas comienzan a escribir, porque solo en palabras pueden expresar lo que no tienen a nadie más para explicar. Los internos a veces tienen miedo de volverse unas personas frías y sin sentimientos ante el dolor ajeno. Otros, de volverse demasiado sensibles (Lazarus y Folkman, 1984; West et al., 2016).

El programa de internado rotativo es como una montaña rusa tiene sus altos y sus bajos, la sombra no solo permanece en los turnos difíciles. A veces está en la simplicidad de una conversación.

Un interno recordó que, después de un día agotador, un paciente le dijo: *"Gracias por no irte cuando tenía miedo"*. Esa frase lo rompió por dentro. Porque él también, secretamente, tenía miedo. Pero no podía decirlo. Y como en un péndulo silencioso de algún tipo, el pasante camina por la línea del deber y el sentimiento, de la técnica y la empatía, de lo que puede mostrar y lo que tiene que ocultar. La pasantía no solo forma profesionales. Forma cicatrices. Forma fortalezas. Crea grietas cuando la luz se mueve. Forma sombras construye. La sombra al final, no es el enemigo del pasante. Es un maestro rudo pero sincero.

Le exige mirarse a sí mismo, ver quién es. Luchar con todo lo que la bata oculta: fragilidad, fatiga, miedo, vocación. Y en eso, gradualmente comienza el cambio. Durante el curso de la pasantía, mientras la sombra aún está allí, es una interjección, no un fantasma. No descansa en una silla ni ocupa ningún espacio físico, pero está en todas partes: en la esquina de un pasillo que el pasante evita, en la habitación desocupada de un paciente fallecido, en los olores intensamente fuertes del desinfectante de manos, en el monitor de corazón palpitante. La sombra observa, oye lo que la sombra oye, y recuerda, sobre todo.

La mayoría de los internos hablan de la sensación de que, durante cada turno, pierden una parte de sí mismos. No pueden decir si lo que están perdiendo es inocencia, fuerza, sentimiento, pero sienten que algo se suelta. Como un día se vuelve más pesado y más pesado, la bata blanca que al principio parecía representar orgullo. Más rígida. Más ajena.

La sombra también se manifiesta cuando el hospital está demasiado silencioso. Todos los internos recuerdan esas noches de guardia cuando el reloj parece detenerse. No hay gritos, ni carreras, ni llamadas de emergencia. Solo un tipo de silencio tan tenso que podría romperse con el suspiro de un paciente. En esas noches, algunos internos sienten que escuchan pensamientos que no son suyos. Otros sienten que el hospital también respira. Y otras personas simplemente temen que el silencio oculte algo más terrible que el ruido.

La ansiedad emerge como un animal insistente en el pecho del interno. Algunos lo sienten como opresión. Otros, como taquicardia. Algunas personas pierden el sueño, otras no comen mucho, a veces muchas. Otros solo piensan en dormir, pero cuando llega el momento, sus ojos La sobrecarga fisiológica y psíquica acumulada en las guardias prolongadas se manifiesta con frecuencia en desórdenes del sueño y estados de alerta fuera de la jornada laboral.

Un participante testimonia este proceso de somatización: “Tras varias guardias consecutivas en el área de cuidados críticos, no lograba conciliar el sueño por más de dos horas. Al cerrar los ojos continuaba escuchando el pitido repetitivo de las alarmas de los monitores y del oxímetro de pulso. Aunque físicamente estaba en mi casa, mi sistema nervioso permanecía en estado de alerta hospitalaria” [Testimonio Int-Ecu-20]. Este fenómeno evidencia la alteración del ciclo circadiano y la activación persistente del eje de estrés, marcadores sintomáticos del Síndrome de Burnout que requieren descanso reparador y apoyo profesional (West et al., 2016). La mente no distingue entre realidad y memoria cuando está agotada.

Figura 17. Alerta, somatización e insomnio como manifestaciones del estrés crónico en el internado.



Nota. El trastorno del sueño y la persistencia de respuestas reflejas al ruido de monitores e insumos intrahospitalarios durante el periodo de descanso fuera del servicio. Evidencia la alteración fisiológica inducida por guardias extenuantes y su vínculo con el Síndrome de Burnout en profesionales en formación (OMS, 2019; West et al., 2016). Elaboración propia (2026).

Otro interno admitió que “Comencé a soñar con los pacientes que

había perdido. No fue un evento trágico, pero muy perturbador: aparecían a mi lado, sentados junto a mí y me preguntaban si había hecho todo lo posible”. El sueño no era una pesadilla, pero lo despertaba sudando frío.

El insomnio del interno no es físico. Es emocional. Es un diálogo interno constante de deber versus culpa, entre miedo y resolución, sin ningún conflicto visible en algún lugar del campo. Sin embargo, el hospital no levanta la vista y pregunta cómo se siente. Y así, la Sombra se expande. Se manifiesta en los largos pasillos, en los registros médicos llenos de tinta, en los pacientes que se presentan y se van, en los familiares que lloran sin comprensión, en los médicos que intentan salvar vidas mientras libran sus propias guerras.

Figura 18. *Pesadillas recurrentes y la carga ética inconsciente sobre el desempeño profesional.*



Nota. El conflicto interno y la culpa inconsciente que genera la duda sobre el propio desempeño en la atención de pacientes complejos. Muestra cómo la falta de retroalimentación constructiva tras un evento adverso incrementa la inseguridad del estudiante, reforzando la necesidad de instaurar una Cultura Justa en los espacios hospitalarios. Elaboración propia (2026).

La ausencia de una fuente institucionalizada de apoyo emocional es una herida abierta. Muchos de los internos dicen que, aunque hay conversaciones e ideas sobre el autocuidado, en realidad nadie se sienta con ellos para preguntar: ¿Cómo estás realmente? No cómo estás de guardia, ni cómo estás en la ronda. ¿Cómo estás?

El hospital no parece tener el lenguaje emocional adecuado para hablar con aquellos que están aprendiendo a salvar vidas y, sin embargo, se desmoronan. Idealmente, habría tiempo para desahogarse, apoyo de salud mental, tiempo para intentar procesar cada momento traumático. Pero simplemente... no hay tiempo para seguir adelante.

La Sombra es paciente. Se sienta sobre toda esa experiencia no procesada y la recoge. Y luego entra en juego otro fenómeno: la anestesia emocional. Muchos internos se sorprenden el día que un paciente muere... y no sienten nada. Ni tristeza, ni tensión, ni ansiedad, ni preocupación. Nada. Esa nada los asusta. Es como si la Sombra les hubiera quitado la capacidad de reaccionar. Esto no quiere decir que ese estado signifique que careces de empatía. Significa agotamiento. Significa defensa. Significa supervivencia. Pero el interno lo ve como debilidad. Siente que está perdiendo su humanidad. Que está fallando. Que se está convirtiendo en la persona que nunca quiso ser (World Health Organization, 2019; West et al., 2016).

Frente a la saturación emocional, la despersonalización o "anestesia afectiva" actúa como un mecanismo de defensa primario para continuar operando en el servicio (Lazarus y Folkman, 1984). Sin embargo, la reconexión con el sentido del cuidado suele restaurarse a través de pequeños actos de reciprocidad humana: "Atravesaba una etapa en la que sentía que me había vuelto indiferente ante el dolor de las salas. Un día ayudé a cambiar de posición en la cama a un paciente adulto mayor con una enfermedad crónica. Al terminar, me sujetó la mano y me agradeció por haberlo tratado con dignidad. Ese gesto simple dismanteló el muro emocional que había construido para protegerme" [Testimonio Int-Ecu-21]. Reconocer la necesidad de un equilibrio entre la distancia profesional operativa y la empatía permite construir

una práctica médica sostenible y respetuosa (Watson, 1979).

Ese agradecimiento, tan tierno, rompió el muro emocional que había construido sin darse cuenta. Ese pequeño, simple detalle una palabra, un gesto, una mirada es lo que muestra al interno el otro lado de la medicina: el que apoya, el que abraza, el que trae calma. Pero la mayoría de las lecciones están envueltas en oscuridad.

El duelo prolongado es una de ellas. El interno perderá veinte pacientes y seguirá trabajando. Pero solo uno, uno que se parece a un familiar, uno que lo mira con ternura, uno que aún no lo ha abandonado por completo, uno que confía en él completamente, es suficiente para que la herida sea profunda. Y esa herida no se cura con protocolos. Se cura con tiempo, con apoyo, con palabras. Pero el internado rara vez hace eso. Muchos internos todavía trabajan con el corazón bien abierto. Y la Sombra se apoya en esos momentos para expandirse y madurar. Aunque no se discute en el contenido del curso, la espiritualidad en el hospital también hace una gran aparición en este segmento emocionalmente afectado.

No es religión, no necesariamente. Es algo más antiguo, algo visceral también: la impresión de que hay fuerzas invisibles rondando las camas, que el dolor humano pesa algo más profundo que la carne, que la vida aún se aferra y libera el cuerpo como si tuviera voluntad propia.

Un interno dijo "Yo nunca más volvería a entraría en la habitación 15 de clínica 2, porque siempre que encontré siento que "algo" me está observando". No era un miedo irracional. Es esa intuición profunda que surge cuando el espíritu está sensible. Muchos pacientes murieron en esa habitación, dijo. No pudo decir si era una coincidencia, pero cada vez que entraba, una especie de tristeza preexistente se aferraba a las paredes. La espiritualidad del hospital también es evidente en las despedidas.

Otro interno dijo que "Sentí un calor extraño y una calma que no venía del cuerpo del paciente que estaba en sus últimos días ni del mí, no podía explicarlo, pero ese momento siempre estaba conmigo como un pe-

queño faro en medio del caos". A veces, el hospital se siente mágico. Con luces parpadeando sin decirte por qué, puertas cerrándose sin una brisa, objetos moviéndose. Pero los internos rara vez pueden permitirse el lujo de pensar en fantasmas. Contienen recuerdos emocionales internos, que son los verdaderos fantasmas.

La Sombra, sin embargo, no es simplemente oscuridad. También es un recordatorio. Una advertencia. Un maestro severo. El interno que aprende a mirarla de frente comienza a entender algo crucial: que la medicina requiere humanidad, pero también requiere límites. Que no soportará todas las muertes. No puede salvar todo. Que no siempre puede ser fuerte. Muchos internos descubren que la verdadera resiliencia no reside en soportar... sino en buscar ayuda. Aunque casi nadie lo hace. La cultura del hospital es desafiante. La jerarquía la aplasta. El orgullo la silencia. Sin embargo, los que lo hacen, los que hablan con un tutor, enfermera, residente amable, amigo, miembro de la familia, aprenden que la Sombra comienza a hacerse más pequeña. No desaparece, nunca se va realmente. Pero aprende a estar a su lado sin devorarlos (West et al., 2016).

La vida fuera del hospital también es diferente. El interno comienza a experimentar el mundo de manera diferente. Algunos sienten que el tiempo pasa más rápido afuera, como si las vidas de los demás no tuvieran la misma intensidad. Otros están desconectados: no pueden articular lo que han vivido porque prefieren no dejar que otras personas carguen con su dolor. Pero, por supuesto, la desconexión tiene un costo: aislamiento, tristeza, cansancio.

El internado se convierte entonces en un examen silencioso, una prueba donde una parte es académica. Pero la otra parte es emocional: define quién continúa con la medicina y quién no cuando alguien comienza a romperse por dentro y nadie puede observarlo. El capítulo de duelo, miedo, fatiga y desarrollo está trenzado con la vigilancia interminable de la Sombra. Ella observa. Ella aprende. Ella demuestra en cada turno que la medicina es arte y herida. Y luego, paso a paso, este interno comienza a encontrar algo

dentro de sí mismo que ni siquiera se daba cuenta de que tenía: no fuerza, no heroicidad, no frialdad. Sino una profunda resiliencia emocional.

El aspecto más humano, más complicado del profesional de la salud. La Sombra deja de ser un adversario y se convierte en un maestro. Un guía. Un compañero. Incluso cuando la pasantía termina, el interno llega a entender algo que los demás no transmiten al principio: que la Sombra no era nada de muerte, miedo o dolor, sino todo lo que experimentó para ser la persona que es hoy.

Todo lo que sobrevivió. Todo lo que le dio el poder de mirar la vida, y la muerte, con ojos diferentes. La Sombra nunca desaparece. No desaparece. Pero ahora camina detrás de él, no encima. Y en la medicina eso es una forma de victoria.

Implicaciones pedagógicas y estrategias de contención en salud mental

- Sensibilización y detección precoz del Burnout: Capacitar a docentes, tutores e internos en el reconocimiento temprano de síntomas de despersonalización, insomnio severo y agotamiento emocional (OMS, 2019).
- Desmitificación de la ayuda psicológica: Erradicar la estigmatización de la salud mental en las Unidades Asistenciales-Docentes, promoviendo el acceso voluntario a servicios de soporte psicológico universitario e intrahospitalario.
- Implementación de protocolos para "Segundas Víctimas": Establecer espacios grupales de desahogo y análisis afectivo tras desenlaces fatales o eventos adversos en salas críticas.
- Fomento del autocuidado y descanso regulado: Hacer cumplir los descansos post-guardia estipulados en la Norma Técnica del MSP, reconociendo que el bienestar del personal en formación es condición indispensable para la seguridad del paciente.

CAPÍTULO VI:

**ENTRE LA DUDA Y LA VOCACIÓN:
LAS LECCIONES INVISIBLES DEL HOSPITAL**



La formación clínica del estudiante de internado rotativo trasciende el dominio de técnicas diagnósticas y destrezas procedimentales. Constituye un espacio de confrontación moral continua donde la teoría aprendida se enfrenta a la incertidumbre, la escasez de recursos y la toma de decisiones en situaciones de alta presión asistencial. Dentro de esta dinámica, el dilema ético no suele presentarse en grandes debates teóricos, sino en las micro decisiones cotidianas de las salas hospitalarias denominadas la ética de pasillo, donde la autonomía del estudiante es moldeada por la cultura organizacional y la relación con sus superiores (Kesselheim et al., 2021; Osorio Cock et al., 2023; MacNeil et al., 2022).

Ahora, el internado se ha convertido en más que un lugar para aprender; se ha transformado en un laberinto de personas que, de alguna manera, han sido moldeadas para adaptarse a sí mismas por este único hospital. Algunos estudiantes tienen un rostro endurecido por toda una generación de trabajos duros, otros solo muestran caras felices que ocultan sus tiempos difíciles, mientras que otros caminan en silencio.

Algunos caminan con un paso tan discreto que se piensa que han aprendido a deslizarse entre las paredes por ósmosis para que nadie los note. Nadie lo dice en voz alta, pero todos sienten su camino: Todas las relaciones dentro del hospital moldean al interno tanto como a los pacientes y los libros (Almairi et al., 2021; MacNeil et al., 2022).

Lo primero que el interno aprende a descifrar son las enfermeras, guardianas de un hospital, tejedoras de lo trivial y de la vida cotidiana, bien informadas no solo sobre verdades clínicas sino también sobre secretos personales, capaces de distinguir una verdadera emergencia de un berrinche disfrazado de urgencia.

Hay quienes parecen estar programados con cuidado, palabras suaves y manos firmes; y hay quienes emplean la ironía como un bisturí, afilada, pero con propósito. En ambos casos, el interno aprende rápidamente que ganar su respeto es casi una experiencia que cambia el juego: saben que esto no se debe ganar a través de títulos, sino con humildad, diligencia y autenticidad. Es, en gran medida, una cuestión de corazón. Pero, sobre todo, con memoria.

Una enfermera nunca olvida quién fue bueno con ella y quién no lo fue. En ese ambiente, el interno descubre que la jerarquía del hospital es una especie de ecosistema secreto. Los residentes caminan a una velocidad, como si al hospital, quien entendería el miedo de que aún no son realmente competentes para tener una fachada de confianza. Los especialistas

cobran vida como semidioses: algunos benignos, otros temidos.

Los internos se agrupan a su alrededor, analizando gestos, silencios, tonos de voz, como si fueran códigos antiguos. Y dentro de cualquiera de estos grupos, siempre se desarrollan dinámicas que rozan lo absurdo: el residente que nunca duerme, el médico que solo habla bajo las cejas, la enfermera que puede comandar con una mirada lo que un médico no puede hacer con media hora de explicaciones (MacNeil et al., 2022; Ryder et al., 2022).

La convivencia no es en sí misma armoniosa, sin embargo. Hay grietas, tensiones, discusiones que escalan cuando llega la presión. La conversación sobre el medicamento correcto puede convertirse en un duelo verbal. Una orden tardía puede cambiar la vida de un paciente. Y, al hacerlo, el interno se encuentra atrapado entre dos fuerzas de autoridad: la obediencia y el juicio.

Ahí es donde los dilemas éticos comienzan a proyectar sus sombras más oscuras. Algunos días, más días de los que uno piensa que es apropiado, cuando el interno no solo siente que lleva el costo de una bata sino la carga de decisiones que no deberían ser suyas. "Si veo un error, ¿Debo decir algo al respecto?", "¿Debería intervenir si un familiar no está mirando?", "¿Puedo desafiar algo que me parece injusto, que es una orden?". La comunicación abierta y la posibilidad de expresar preocupaciones relacionadas con la seguridad del paciente constituyen elementos esenciales de la práctica clínica, aunque la jerarquía y el temor a las reacciones de superiores pueden convertirse en barreras para hacerlo (Szymczak et al., 2021; Álvarez et al., 2024).

Estas preguntas no aparecen en los exámenes o conferencias, pero se convierten en algo que necesitamos hacer en la vida diaria.

Un interno nos cuenta que no fue cometer un error, sino permanecer en silencio cuando algo sucedió lo que realmente lo hizo sufrir hasta el fondo. Esa lucha interna, esa pelea silenciosa, lo persiguió durante semanas. La ética clínica tal como se presenta en los libros: respetar al paciente, preservar su dignidad, actuar responsablemente. En cierta medida, el hospital es gris en la vida real, sin embargo. *¿Qué hacer cuando la familia quiere algo que el paciente no quería? ¿Qué sucede cuando la escasez de recursos no te permite proporcionar el tratamiento ideal? ¿Qué se debe hacer si un residente comete un error y espera que el interno guarde silencio?* Es ahí donde la pasantía se convierte en una especie de crisol para pruebas morales que muy pocos esperan enfrentar. Sin embargo, dentro de los dilemas, tensiones y profundos lazos entre seres humanos, emergen todos iguales.

El interno aprende que hay algunos residentes que son aliados de maneras inesperadas: enseñan con paciencia, corrigen sin humillar, comparten experiencias difíciles y feas que hacen que el viaje no parezca tan solitario.

Entre las enfermeras más indomables, de vez en cuando exponen una ternura dentro del interno que él atesora en secreto.

Un interno describió una situación compleja *“cuando un joven paciente presentó un paro cardiorrespiratorio, el residente pasó tiempo discutiendo cada paso de cómo dar el masaje cardiaco, pero sobre todo como manejar a la familia en situaciones complejas, al final nos dijo así es como se hace un profesional de salud”*, esa simple realización se convirtió en una guía emocional para el interno, quien esa noche descubrió más sobre la humanidad que sobre la técnica. Pero no todas las relaciones son tan armoniosas.

Hay inevitables enfrentamientos. El interno descubre médicos que tratan a los internos como meros apéndices de sus manos, sin darse cuenta de que los internos también sienten, piensan, cometen errores y aprenden. Otros son simplemente brutales por costumbre. Y algunos simplemente soportan la frustración acumulada durante décadas.

Figura 19. *La paradoja del silencio estudiantil frente a la jerarquía asistencial en la ronda médica*



Nota. Representación de la inhibición expresiva y la parálisis ética que experimenta el estudiante de internado rotativo al identificar dudas o inconsistencias en las indicaciones de un superior. La ilustración refleja la tensión en la mesa de discusión clínica entre la subordinación jerárquica y el deber de velar por la seguridad del paciente (Kesselheim et al., 2021; Szymczak et al., 2021). Elaboración propia (2026).

En el diario vivir en un hospital se puede ver como existen situaciones en donde los internos son reprendidos públicamente, que soportaron humillaciones innecesarias, que sintieron que su éxito se medía más por su ritmo de velocidad que por su vocación. Estos encuentros no solo dejan heridas, sino que dejan preguntas: "¿Valgo como persona más allá de mi capacidad utilitaria?", "¿Es esta la medicina que me gustaría practicar?"

La literatura sobre el currículo oculto ha señalado que las experiencias de jerarquía, humillación, modelamiento y relaciones interpersonales pueden transmitir aprendizajes profesionales que no aparecen en los programas formales de estudio y que pueden influir en la construcción de la identidad profesional (Osorio Cock et al., 2023; MacNeil et al., 2022).

Luego están las familias de los pacientes, una entidad psicológica que puede facilitar o desentrañar el equilibrio emocional de un interno. Hay, quizás, familias que están agradecidas, familias que sonríen, familias que escuchan. Hay quienes ansían respuestas de inmediato, lloran en desesperación y culpan a quien está frente a ellos. Cada uno de ellos representa una historia en crisis, un milagro en espera, una vida buscando un milagro, la pérdida inaceptable.

El interno que se avecina, el interno que aprende a hacer espacio entre palabras que avivan y silencios que crean espacio, aprende y se da cuenta de que no todo lo que tienen que decir es lo que no pueden. Esta crisis de autoridad moral moldea la ética del interno: frágil, moldeable, vulnerable. Ética en guerra con la fatiga, con el temor de cometer errores, con las presiones jerárquicas.

Una ética que cuestiona incluso algunos de sus momentos más banales, como decidir si despertar a un paciente para administrar un medicamento no urgente o dejar que ese paciente duerma unos minutos más. Porque, en el análisis final, la ética no siempre es grandiosa: puede ser un acto pequeño, casi imperceptible.

Lo que sigue se vuelve perturbador al descubrir que este hospital es un ser vivo, es la nueva experiencia hospitalaria de esta pasantía. Atraviesa las paredes. Respira dentro y fuera de las paredes, murmura en la tubería de plomería, exhala de nuevo para calentar como si respirara lo suficientemente profundo como para ser eléctrico. Parece amar poner a las personas en situaciones donde deben elegir entre el deber y ser humano, la ley y la misericordia. Algunos días, el hospital aparentemente castiga al in-

terno por ser demasiado blando. La Sombra del capítulo anterior todavía está allí, vigilante, pero ahora acompañando a otro hombre: la Duda.

La duda es más insistente que la Sombra. Cuestiona, interrumpe e incómoda. Se infiltra en cada decisión, cada silencio, cada procedimiento. Si la Sombra era el peso emocional, la Duda es el laberinto ético. "¿Estoy haciendo lo correcto?", "¿Debería haber intervenido?", "¿Fue mi culpa?", "¿Por qué no hablé?". El interno, inconscientemente, sigue siendo un espejo para sí mismo, un eco moral cuya vibración nunca se apaga. La incertidumbre profesional puede intensificarse cuando los estudiantes se encuentran dentro de estructuras jerárquicas en las que perciben que expresar dudas o cuestionar decisiones puede tener consecuencias interpersonales o profesionales (Kesselheim et al., 2021; Álvarez et al., 2024).

La asimetría de poder dentro de la estructura intrahospitalaria se convierte con frecuencia en una barrera para la libre expresión de dudas clínicas o la advertencia de posibles inconsistencias en el tratamiento (Szymczak et al., 2021; Álvarez et al., 2024). Al respecto, un participante testimonia la parálisis inducida por la jerarquía: "Durante la rotación presencié cómo se indicaba un esquema farmacológico que contradecía las guías de práctica clínica aprendidas en la universidad. Aunque identificaba la inconsistencia, el temor a ser reprendido por cuestionar la decisión del residente me llevó a guardar silencio. Esa noche experimenté una profunda culpa por no haber actuado con mayor firmeza ética" [Testimonio Int-Ecu-22]. Superar la parálisis frente a la autoridad exige la construcción de entornos de seguridad psicológica donde la discrepancia argumentada sea entendida como un mecanismo de protección para el paciente y una oportunidad pedagógica.

Frente al desgaste generado por la exigencia intrahospitalaria, las demostraciones espontáneas de consideración interprofesional actúan como factores protectores de la vocación. Un relato ilustra el impacto de estas interacciones: "Al concluir una guardia especialmente compleja en urgencias, una enfermera del servicio colocó un caramelo en el bolsillo de mi bata con una nota que decía: 'Recuerda que tú también importas'. En medio del agotamiento, ese gesto sutil reafirmó el valor de la empatía compartida y mi compromiso con el cuidado de la salud" [Testimonio Int-Ecu-23]. Estas lecciones invisibles del hospital demuestran que la identidad profesional no solo se nutre de conocimientos científicos, sino del reconocimiento mutuo entre los integrantes del equipo de salud.

Figura 20. Gestos de empatía y reconocimiento interprofesional en la cotidianeidad intrahospitalaria



Nota. Representación de un acto de consideración y contención afectiva entre el personal de enfermería y el estudiante tras una jornada exigente en el servicio. La imagen simboliza el impacto de los pequeños gestos de solidaridad interprofesional como factores protectores del bienestar estudiantil y la vocación médica en el contexto hospitalario. Elaboración propia (2026).

La ética se convierte así en un monólogo interno infinito, en el que el propio juicio es siempre más poderoso que el de cualquier otro. El archivo incluye varios testimonios donde los internos hablan sobre la tristeza de equivocarse, la culpa, el miedo a ser interrogados. Y, sin embargo, también se dan cuenta de que el aprendizaje más profundo a menudo tiene lugar durante esos días, cuando una debilidad permite espacio para el crecimiento profesional. Las relaciones humanas en el hospital se convierten en espejos del propio desarrollo. Algunos enseñan sin darse cuenta de que lo están haciendo; algunos hieren sin entender, otros se convierten en guías de algún tipo.

El interno se da cuenta de que la medicina nunca debe practicarse en un vacío: es una red compleja de sentimientos, elecciones, relaciones. Además, mientras la ética clínica, que está escrita en libros, está escrita, al estilo de libro escrito, la ética humana, en los pasillos, en gestos, en conversaciones apresuradas antes de un procedimiento. Cerca del final de internado, el interno recuerda el hecho de que su identidad profesional creció tanto trabajando con una relación tensa como con una cálida, una decisión difícil tanto como un error que les ayudó a evolucionar. El hospital, ese laberinto viviente, ya no es un monstruo que devora la fuerza: es un

maestro duro, pero justo, que ha posicionado al interno en situaciones que demuestran su carácter, su valentía, su sensibilidad.

Esas dinámicas humanas y éticas terminan moldeando el molde de ese futuro profesional de salud. Les educan en que saber no es suficiente. Uno debe sentir. Uno debe pensar. Uno debe cuestionar. Hay que poner un rostro en los ojos de aquellos que cuentan con tus decisiones y recordar que la medicina, incluso el acto de medicar vestido de ciencia, es profundamente humano. La pasantía, entonces, se convierte en un reflejo de donde la bondad, la crueldad, el humor, la tensión, la ética, la compasión y el conflicto ocupan el mismo espacio. Un lugar donde cada día es un examen silencioso, no de conocimiento sino de humanidad. Un lugar donde las sombras no solo desaparecen, se convierte en compañeras de viaje. Y donde, entre todas las caras que llenan el hospital, el interno encuentra la más significativa: la suya propia, reproducida y rehecha por cada interacción, tensión y decisión.

La verdadera prueba de fuego en la formación del estudiante ocurre cuando se confronta con la falla clínica involuntaria. Un registro retrasado, la omisión de un detalle en el examen físico o la imprecisión en el cálculo de un esquema terapéutico pesan sobre la conciencia con la magnitud de una falta personal. Cuando el sistema responde mediante el castigo público o la humillación, el interno aprende a reprimir el error, comprometiendo la seguridad asistencial. Por el contrario, la transición hacia una Cultura Justa permite transformar la equivocación en una oportunidad de reflexión razonada. Al comprender que la infalibilidad es una expectativa irreal y que la medicina se ejerce en condiciones de complejidad humana, el estudiante deja de percibir la duda como un signo de incapacidad y la asume como la base del juicio crítico. Es precisamente en esa encrucijada donde la vocación renace: no en la certeza soberbia, sino en la humildad ética de quien reconoce sus límites y reafirma día a día su compromiso de servir.

Implicaciones pedagógicas para la formación ética y la cultura de seguridad

- Promoción del reporte de errores dentro de una Cultura Justa: Reemplazar el enfoque punitivo por el análisis de sistemas y causas raíz ante eventos adversos o errores no intencionales.
- Instauración de dilemas éticos en ronda clínica: Dedicar espacios durante las revistas médicas para discutir los aspectos bioéticos y de comunicación, más allá de la conducta exclusivamente biológica.
- Desarrollo del modelado de rol (Role Modeling): Capacitar a los docentes y residentes para que ejerzan una tutoría basada en la transparencia, el respeto al paciente y la honestidad intelectual.
- Establecimiento de espacios para expresar la incertidumbre: Fomentar reuniones grupales donde los estudiantes puedan manifestar sus dudas diagnósticas sin temor a represalias o descrédito académico.



CAPÍTULO VII:

**CUANDO EL CANSANCIO SE VUELVE
COMPAÑERO**

El agotamiento fisiológico derivado de las jornadas prolongadas y las guardias nocturnas constituye una de las dimensiones más complejas del internado rotativo. La privación crónica del sueño altera los ciclos circadianos y desencadena un impacto progresivo en las funciones neurocognitivas, afectando la memoria de trabajo, la velocidad de procesamiento y la capacidad de atención sostenida en el entorno clínico (Wright et al., 2020).

A diferencia del estrés emocional agudo, el cansancio acumulado actúa como un condicionante sistémico que reconfigura la respuesta física del estudiante y compromete la seguridad de la atención al paciente (West et al., 2016; MSP, 2021).

En algún momento, el interno se da cuenta de que el reloj biológico ya no sigue. Los ciclos circadianos tan famosos en la fisiología se convierten en una leyenda lejana. El sueño llega de improviso, a veces en fragmentos inútiles, a veces como un rayo durante las rondas, cuando los ojos se cierran por sí solos en un acto de traición neuronal. El sueño ya no es descanso; es supervivencia (Wright et al., 2020).

Algunos duermen sentados, otros apoyados contra una pared, otros con la cabeza en la mesa del salón de médicos, pero con un bolígrafo en una mano como si fuera una cuerda que los mantiene en el mundo real. El hospital tiene su propia manera particular de desarticular el cuerpo. No simplemente lo cansa; lo reensambla, lo remodela, lo rompe un poco para hacerlo más resistente, pero nadie puede decir si esa resiliencia es virtuosa o una secuela.

El interno comienza a experimentar dolores donde antes no había nada. Espaldas que crujen como puertas envejecidas, rodillas que protestan como si hubieran estado trabajando durante décadas, músculos que no están hechos para descansar completamente. El cuerpo adopta la postura del eternamente cansado: hombros ligeramente encorvados, párpados opresivos, respiraciones superficiales, un paso que tiende a estar siempre dos segundos fuera de tiempo. Y, sin embargo, continúa. Siempre continúa.

Figura 21. *Agotamiento físico, rigidez postural y fatiga acumulada en la guardia hospitalaria.*



Nota. La somatización del cansancio y el malestar musculoesquelético provocado por prolongadas horas de pie sin períodos de reposo en la sala hospitalaria. Muestra la alteración de la postura física y el cansancio acumulado tras turnos extenuantes, vinculados a la privación de sueño y la sobrecarga laboral en el internado rotativo (Wright et al., 2020). Elaboración propia (2026).

Y el apetito también se convierte en otra cosa. Algunos comen en exceso por ansiedad; otros olvidan que el hambre incluso existe. Algunos aprenden que pueden sobrevivir con café de baja calidad y dos galletas; otros descubren que comer a una hora extraña puede sentirse como una tradición y recordatorios del hecho de que todavía hay un cuerpo del que cuidar. El estómago del interno está en un reloj roto: no sabe cuándo llega la comida, cuándo es el momento de convertir parte de la cafeína en una nueva fuerza de voluntad.

La deshidratación se convierte en el enemigo silencioso. Muchos internos admiten que pasan horas sin beber agua, no por urgencia sino porque sus mentes están tan enfocadas en sobrevivir ese turno sin beber, que olvidan que el cuerpo necesita beber líquidos. Las manos tiemblan un poco. La boca se seca. El corazón late más rápido de lo normal. Pero, aun así, sigue adelante. El cuerpo se convierte en un luchador que nunca abandona su objetivo de avanzar.

La exposición prolongada al trabajo nocturno sin descansos intercalados suele derivar en episodios de despersonalización transitoria o automatismo motor durante la revisión de pacientes. Al respecto, un participante testimonia esta condición: "Tras catorce horas ininterrumpidas de atención en el área de emergencias, experimenté una sensación de desconexión motora. Cumplía con la toma de signos vitales y la redacción de notas de evolución como un proceso automático, percibiendo mi propio cuerpo como si observara la guardia desde fuera. Tuve que apoyarme unos segundos contra la pared para recobrar el enfoque" [Testimonio Int-Ecu-24]. Esta alteración refleja la saturación del sistema nervioso central frente a la sobrecarga sensorial y la falta de sueño reparador (Wright et al., 2020).

Esos delicados temblores en las manos también son un signo de desgaste. No lo suficientemente fuertes como para interferir en un procedimiento, pero ahí, demandantes, como un mensaje del cuerpo diciéndote: "Estoy al límite". Los internos aprenden a disimularlos. Aprietan los dedos. Respiran profundamente. Actúan como si nada pasara. Pero saben que está ahí.

El cuerpo agotado también se vuelve más torpe. Un interno deja caer un termómetro, otro tropieza en un escalón que ha subido mil veces, y uno derrama café en el expediente médico. Son pequeños accidentes que, en otro lugar, no tendrían importancia. Pero en el hospital, donde cada momento cuenta, se sienten como fallos monumentales. Y, sin embargo, todos los experimentan (Wright et al., 2020).

Figura 22. Manifestaciones de torpeza motora y fallos menores inducidos por la privación de sueño.



Nota. Los micro errores procedimentales y torpezas motoras (caída de termómetros, derrames involuntarios o tropiezos) derivados de la reducción de la velocidad de reacción por privación de sueño en el turno nocturno. Evidencia cómo la fatiga fisiológica compromete la coordinación motora fina en profesionales de la salud en formación (Wright et al., 2020). Elaboración propia (2026).

El cerebro del interno también cambia. La memoria a corto plazo, que generalmente es bastante buena, comienza a trabajar en su contra. Volúmenes de exámenes, dosis, nombres de pacientes y diagnósticos diferenciales... todo parece derretirse en una sopa caliente de datos.

Con la mente llena, comienza a filtrar lo que considera más útil y a eliminar detalles que podrían haber sido más fáciles de recordar pero que ya no eran tan útiles. Los internos comenzarán a anotar todo lo que ven: notas, recordatorios, abreviaturas ilegibles escritas en papeles sueltos. No porque sean desorganizados, sino porque la mente ya no puede procesar tanto.

La irritabilidad se ve como un impulso automático. Esto no se dirige a los pacientes casi nunca sino hacia ellos mismos, hacia el fracaso, hacia la fatiga, hacia la sensación de estar siempre un paso atrás. A veces el interno descubre que la ira no es realmente ira, es un disfraz del agotamiento más profundo.

Uno de los testimonios describe a un interno, "después de unos turnos consecutivos, me di cuenta de que no podía recordar la última vez que

realmente había sentido energía, estábamos de pie, atendiendo a un paciente, cuando, de repente, podíamos sentir que el cuerpo no respondía. Nos apoyamos en la camilla por un momento, inhalamos profundamente y nos tocó seguir adelante. nadie lo notó. Pero para nosotros, fue un punto de quiebre: sabíamos que el cuerpo necesitaba ayuda, incluso si no sabíamos cómo dársela.”

El sueño fragmentado es otro tormento silencioso. Los internos se quedan dormidos en pequeños momentos, como si fueran fragmentos de descanso. Cinco minutos aquí, diez allá, una cabezada en la sala de descanso que cuenta como una siesta involuntaria. Sin embargo, esos fragmentos no recargan. Son como intentar apagar un incendio con escupitajos de agua. Cuando finalmente regresan a casa, creen que podrán dormir bien, pero el cuerpo se ha acostumbrado tanto a la vigilancia que cualquier sonido los despierta. Sueñan con monitores, alarmas, nombres de pacientes, diagnósticos que no han aclarado.

Nunca hay un tiempo de descanso para el cerebro del interno. Algunas noches el cuerpo se siente frío, incluso cuando está abrigado. Otras veces suda, sin razón. El sistema nervioso está tan afectado que ya no puede distinguir los estímulos reales de los anticipados. El cuerpo permanece despierto por eones.

Nada en los libros de fisiología prepara a un interno para esto. La teoría explica la homeostasis, la regulación hormonal, la fatiga muscular. Pero también falla en describir cómo se siente ser despertado a las tres de la mañana con los ojos ardiendo y los registros médicos cargados o cómo el corazón late en el pecho cuando suena una alarma de emergencia después de una hora o dos si un interno no está durmiendo, incluso cuando son treinta horas de privación de sueño (West et al., 2016).

El cuerpo comienza a enviar señales más fuertes. Dolores de cabeza que comprimen como manos invisibles. Dolor en la parte baja de la espalda que se mueve hacia las piernas. Rigidez cervical. Molestias musculoesqueléticas que nunca pueden resolverse completamente. Algunos internos experimentan taquicardia al llegar a las escaleras. Otros sienten dolores punzantes en el pecho que no saben si es ansiedad o fatiga. Porque todos en algún momento han tenido náuseas inexplicables.

Comer se convierte en una lucha por la supervivencia. Hay días en que un interno se alimenta de lo que encuentra, como si alguien tuviera que decirle a su cuerpo: "Hay que dedicar tiempo a conseguir más sangre y aire". Y otros días hay días en los que nunca se sirve una bebida. El estómago comienza a cerrarse, como si el cuerpo no procesara nada más que emociones.

Para contrarrestar la somnolencia durante las madrugadas, la utilización de sustancias estimulantes (principalmente cafeína concentrada o bebidas energizantes) se vuelve una práctica extendida entre los estudiantes. Sin embargo, la inducción química de alerta no restituye las capacidades cognitivas finas y suele inducir taquicardia, irritabilidad y temblor distal.

Un participante expone este ciclo de supervivencia: “Consumía hasta cuatro tazas de café cargado por guardia para mantenerme despierto mientras completaba los historiales clínicos. La cafeína evitaba que cayera dormido, pero mis manos temblaban al momento de tomar muestras venosas y experimentaba taquicardia persistente” [Testimonio Int-Ecu-25].

Confiar en estimulantes para suplir el sueño fisiológico enmascara la fatiga extrema e incrementa la probabilidad de cometer errores en la transcripción o dosificación de indicaciones médicas (MSP, 2021; Wright et al., 2020).

Figura 23. *El consumo masivo de cafeína y estimulantes como mecanismo de afrontamiento ante la fatiga.*



Nota. El consumo de bebidas con alto contenido de cafeína como estrategia informal para contrarrestar la somnolencia en el servicio. La ilustración advierte sobre los efectos secundarios fisiológicos (taquicardia, temblor distal, ansiedad) y resalta que la alerta inducida químicamente no restituye las funciones cognitivas necesarias para una atención segura (Ministerio de Salud Pública, 2021). Elaboración propia (2026).

El internado te enseña una especie de perspicacia inquietante: que hay una cosa absurda llamada capacidad humana para soportar. Pero también deja claro que esta capacidad no es infinitamente vasta. Y que cada exceso tiene un precio. Las exigencias asistenciales en salas de alta complejidad llevan a omitir pausas elementales de hidratación, alimentación o descanso físico. Un relato ilustra este extremo: “En una guardia con múltiples ingresos por urgencias, transcurrieron dieciocho horas consecutivas sin que pudiera sentarme o consumir alimentos. El cuerpo se movía por inercia. Al finalizar el turno y quitarme el calzado, los pies y la zona lumbar me doliendo intensamente. Sin embargo, al llegar a casa no lograba conciliar el sueño por la hiperalerta residual” [Testimonio Int-Ecu-26].

El incumplimiento de los descansos post-guardia vulnera lo estipulado en la Norma Técnica para Unidades Asistenciales-Docentes (MSP, 2021), la cual reconoce que el descanso fisiológico es requisito para garantizar la calidad del cuidado sanitario.

Algunos internos hablan de sensaciones extrañas, como hormigueo, calambres, visión borrosa después de varias horas sin descanso. Otros dicen que al final de su turno, se sienten como si estuvieran en un sueño, como si la vida real estuviera envuelta bajo una manta muy pesada de niebla. El cuerpo agotado es un territorio inexplorado. No siempre reacciona de la misma manera. A veces sorprende con un repentino aumento de energía; a veces falla en los peores momentos posibles.

El interno aprende a escuchar señales que había ignorado: un nudo en la garganta, un pinchazo en la parte baja de la espalda, un largo

suspiro. Cada señal es un mensaje del cuerpo en forma encriptada: "Basta". No, la pasantía no acepta bastas. El cuerpo, por lo tanto, desarrolla formas primitivas de supervivencia. Algunos internos logran levantarse y dormir en su lugar durante segundos sin caerse. Otros aprenden a respirar profundamente para evitar que las manos temblorosas se sacudan de sus nervios. Algunos dicen que su estómago puede sobrevivir horas sin comida solo con adrenalina.

El cuerpo es un rebelde dócil: protesta, pero persiste. La risa es física en acción. Pausas cortas e inexplicables que suenan como una risa casi nerviosa. A veces el interno se ríe porque está al borde de un colapso, a punto de colapsar, y su cuerpo necesita de alguna manera liberar el estrés. Un chiste ayudará a prevenir el desmayo. Una risa en el pasillo puede ser la cuerda que impide que alguien se derrumbe. El cuerpo, incluso cansado, amaba la risa. Pero ante tal fatiga, el verdadero aprendizaje del interno se aprende: él o ella puede comenzar a ver las limitaciones del cuerpo humano en los clientes y las realidades de sus vidas.

Conoces los dolores, las incomodidades, los mareos, las quejas. Son empáticos con la fatiga extrema. El agotamiento físico los humaniza. Hay un momento importante todos los internos pasan por él cuando el cuerpo finalmente cede. Podría ser mareo. Una ligera caída. Un breve desmayo. Un dolor que los impulsa a detenerse. Una taquicardia inexplicable. Es entonces cuando el interno se da cuenta de que no podemos dar lo que ya no poseemos. Que el cuerpo, por resistente que sea, necesita cuidado. Y hay un tipo de nuevo aprendizaje que sigue: el acto de autocuidado como una cuestión de supervivencia (West et al., 2016).

Finalmente, un cuerpo cansado se convierte en el reflejo ideal de lo que ha sido el tiempo pasado en una pasantía: desafiante, exigente, errático, doloroso... y muy humano. Y sí, el cuerpo en el cuerpo del interno, en medio de los dolores, las risas nerviosas y los sueños rotos,

no es un adversario, sino un facilitador. Un aliado agotado, sí, pero dispuesto a continuar. Un aliado débil, pero valiente. Un compañero deficiente pero leal. Porque, en el análisis final, la pasantía también se vive con el cuerpo. Y el cuerpo, a través de todo.

Implicaciones pedagógicas e institucionales para la gestión de la fatiga

- Garantía y fiscalización del descanso post-guardia: Velar por el cumplimiento irrestricto de las salidas post-guardia estipuladas en la Norma Técnica del MSP, prohibiendo la prolongación injustificada de turnos.
- Instauración de pausas de seguridad (*Power Naps*): Habilitar espacios adecuados de reposo dentro del hospital para permitir pausas breves de sueño (20-30 minutos) durante las guardias nocturnas, reduciendo la probabilidad de error por somnolencia (Wright et al., 2020).
- Redistribución equitativa de cargas de trabajo: Monitorear el volumen de pacientes asignados a cada interno para evitar la saturación operativa en servicios de urgencias o cuidados críticos.
- Capacitación en Higiene del Sueño y Nutrición: Desarrollar talleres sobre manejo de turnos rotativos, hábitos alimenticios en guardia y riesgos del consumo excesivo de estimulantes.



CAPÍTULO VIII:

EL CORAZÓN TAMBIÉN HACE GUARDIA

La inmersión en el internado rotativo ejerce una presión considerable sobre la vida personal y las relaciones afectivas del estudiante de ciencias de la salud. La exigencia horaria, la carga emocional de la atención clínica y la imposibilidad de conciliar la rutina hospitalaria con la dinámica familiar suelen traducirse en un distanciamiento progresivo de los círculos de apoyo tradicionales (Wallace et al., 2009). Comprender la dimensión afectiva del interno implica reconocer que el bienestar del estudiante no se limita a su rendimiento técnico, sino que depende directamente de la calidad y sostenibilidad de sus redes de contención socioafectiva (Dyrbye et al., 2005).

En el entorno intrahospitalario, la vivencia emocional adquiere una dinámica particular. El ritmo acelerado de las urgencias y la extensión de las jornadas nocturnas reconfiguran la percepción del tiempo y de la vulnerabilidad compartida. Bajo estados de fatiga prolongada, los mecanismos habituales de contención social se flexibilizan, dando paso al surgimiento espontáneo de vínculos de camaradería y complicidad entre pares (West et al., 2020).

Las conversaciones informales de madrugada, el intercambio de experiencias tras un procedimiento complejo y la compañía silenciosa en el descanso constituyen estrategias adaptativas que ayudan a amortiguar el impacto del estrés asistencial.

La brecha de comunicación entre el entorno hospitalario y la vida cotidiana genera fricciones frecuentes en las relaciones interpersonales. La dificultad del estudiante para articular el desgaste físico y psíquico acumulado tras el turno suele interpretarse erróneamente como apatía o distancia emocional por parte de su núcleo cercano. Un participante ilustra este desencuentro: “Al regresar a casa tras una guardia compleja en la que enfrentamos varios códigos críticos, me resultaba imposible conectar con las conversaciones cotidianas. Mi pareja interpretaba mi silencio como desinterés o lejanía, cuando en realidad experimentaba un agotamiento mental que me impedía procesar cualquier estímulo externo” [Testimonio Int-Ecu-27].

Esta asimetría en la vivencia de las prioridades acentúa la sensación de aislamiento del estudiante, desgastando los vínculos afectivos que previamente constituían su principal factor protector (Dyrbye et al., 2005; Wallace et al., 2009).

Dentro de la cultura intrahospitalaria existen códigos informales y expresiones de humor negro que los estudiantes utilizan para desdramatizar la tensión del servicio. Términos coloquiales del argot estudiantil o supersticiones compartidas como atribuir la saturación de emergencias a la actitud de algún compañero funcionan como válvulas de escape emocional frente a la incertidumbre del turno.

La convivencia extendida durante las guardias nocturnas, en un ambiente de menor actividad administrativa pero mayor carga crítica, propicia una interacción más auténtica entre el personal en formación. Sin embargo, es fundamental que esta cercanía informal no desdibuje los límites del respeto profesional ni enmascare situaciones de vulnerabilidad o presión de grupo (West et al., 2020).

Es evidente, que compartir turnos nocturnos de alta demanda clínica promueve una integración espontánea entre los estudiantes en formación; sin embargo, es vital supervisar que dicha proximidad no altere los límites del trato respetuoso ni propicie escenarios de indefensión o presión entre pares

Es un intento cómico de atribuir la cadena de emergencias al destino. "¿Quién vino demasiado feliz hoy?" preguntan con risas mientras observan cómo llegan uno tras otro los politraumatismos, convulsiones, hemorragias y crisis respiratorias. Y todos saben que es una broma, pero algunos miran de reojo para buscar al "culpable". Porque en un hospital, las supersticiones son tanto una parte del ecosistema como los monitores o el olor a cloro.

Figura 24. Aislamiento social y tensión comunicativa en el entorno sociofamiliar del interno.



Nota. La brecha comunicativa y la desconexión afectiva que experimenta el estudiante de internado rotativo con respecto a su núcleo cercano tras jornadas extenuantes. La ilustración refleja el agotamiento mental acumulado y la dificultad para articular el desgaste intrahospitalario en el ámbito privado (Dyrbye et al., 2005; Wallace et al., 2009). Elaboración propia (2026).

Otra creencia es que, si dos internos trabajan juntos tres turnos sin pelear, se quedarán juntos. Y aunque suena exagerado, esa convivencia, tanto la presión como el agotamiento mutuo, produce vínculos que, en otros entornos, de verdad, tomarían meses en formarse. Los internos saben que las almas cansadas se conocen mejor: las almas cansadas se reconocen mucho antes que los adultos perezosos y perezosos del hospital (West et al., 2020).

La intensidad emocional del entorno asistencial no debe, bajo ninguna circunstancia, confundirse con una tolerancia hacia conductas inapropiadas o abusos de poder. La asimetría jerárquica inherente a las Unidades Asistenciales-Docentes sitúa al estudiante en una posición de especial vulnerabilidad que exige la máxima protección institucional (World Health Organization, 2022). Al respecto, un testimonio explicita la necesidad de romper el silencio: “Durante mi rotación presencié cómo el temor a represalias académicas llevaba a guardar silencio ante comentarios e insinuaciones fuera de lugar por parte de superiores. Comprendí que la jerarquía asistencial no otorga derechos sobre la dignidad del estudiante y que denunciar el acoso es un acto indispensable para garantizar espacios de formación seguros” [Testimonio Int-Ecu-28].

Figura 25. Solidaridad entre pares y contención emocional en la guardia nocturna.



Nota. El apoyo socioafectivo e interprofesional entre estudiantes de internado rotativo durante los periodos de descanso en la guardia nocturna. Evidencia cómo la empatía entre pares y la complicidad respetuosa actúan como factores protectores de la salud mental frente a la sobrecarga asistencial (West et al., 2020). Elaboración propia (2026).

El estrés compartido no justifica el acoso ni la transgresión de los límites personales. Las instituciones de educación superior y los centros de salud tienen la obligación de activar protocolos de tolerancia cero frente al hostigamiento, asegurando canales confidenciales de denuncia y protección efectiva para los denunciantes (World Health Organization, 2022).

Así que el estrés compartido no se presta al acoso. La jerarquía no condona el comportamiento inapropiado. Los turnos largos no son excusa para hacer que otro ser humano se sienta incómodo. Si alguna palabra, mirada, insinuación, toque o propuesta te hace sentir incómodo: habla. Eso es lo que es. No importa qué posición ocupen. Y no importa si tienes miedo de represalias. Tu dignidad y tu integridad y tu seguridad son mayores que cualquier gráfico en una organización. Nadie tiene derecho a hacerte sentir inferior. Nadie debería invadir tu espacio personal. Es un crimen que ninguna persona deba usar su posición para intimidarte. El hospital es un lugar difícil, pero nunca debería ser uno inseguro (World Health Organization, 2022).

Debido al miedo de que puedan estar al alcance del abusador, muchos internos han intentado permanecer en silencio, pero el silencio nunca es protección; es una herramienta para envalentonar al abusador. Por eso este capítulo también está aquí para decirlo en voz alta, incluso si lo lees en silencio: si te faltan al respeto, si te acosan, si te hacen sentir incómodo, haz algo al respecto. Habla con el personal docente, el equipo de coordinación, un mentor o alguien en quien confíes. No estás solo. Un hospital no simplemente entrena víctimas silenciosas; entrena a futuros profesionales de salud (World Health Organization, 2022).

La verdadera fortaleza del estudiante de internado rotativo se construye en los actos cotidianos de solidaridad entre pares. Compartir el alimento en minutos contados de descanso, revisar juntos un trazado electrocardiográfico dudoso o procesar en conjunto el dolor ante la pérdida de un paciente constituyen demostraciones profundas de empatía profesional. Un relato de cierre sintetiza esta dimensión humana: “En los momentos más críticos del año, lo que nos mantuvo en pie fue saber que no estábamos solos. La empatía del compañero de guardia nos recordó que, debajo de la bata médica, conservábamos intacta nuestra capacidad de sentir y cuidar” [Testimonio Int-Ecu-29].

Reconocer la dimensión afectiva en la formación médica no debilita la práctica clínica; por el contrario, la humaniza y le otorga sentido. En medio

de la exigencia asistencial, la construcción de relaciones éticas, respetuosas y solidarias permite que el hospital se transforme en un espacio de crecimiento profesional y preservación de la dignidad humana.

Los roles que vienen después de las puertas del hospital no equivalen simplemente a relaciones románticas. Me recuerdan que somos personas, que necesitamos y cuidamos. Que necesitamos afecto. Que el corazón es una especie de turno, incluso si nadie lo incluye en el horario. Y así, en medio de supersticiones, risas, lágrimas, turnos compartidos y silencios que dicen más que las palabras, el hospital señala una verdad que pocos admiten: el amor, la cercanía, la conexión pueden nacer en lugares que parecen estar llenos de dolor.

El hospital es como una cura milagrosa en este punto de la historia. Ya que mucha de la vida aquí en el hospital resultará ser un escenario en sí mismo. También es un teatro para grandes descubrimientos. De vínculos inesperados. De miradas, y también de la gracia sustentadora del alma al encontrarse con otros. De personas que, por muy fortuitamente, se convierten en un refugio. Y cuando realmente lo hace, al menos el mayor turno se siente un poco más soportable.

Implicaciones pedagógicas e institucionales para la gestión afectiva y la seguridad estudiantil

- Protocolos explícitos contra el acoso y el abuso de poder: Implementar rutas claras de denuncia confidencial y de resolución inmediata ante situaciones de hostigamiento o acoso intrahospitalario, garantizando la protección académica del estudiante (World Health Organization, 2022).
- Promoción de entornos de seguridad psicológica: Capacitar a tutores, residentes y jefes de servicio en competencias de liderazgo empático que favorezcan el respeto a la dignidad y la integridad de los internos.
- Sensibilización sobre redes de contención socioafectiva: Desarrollar talleres sobre conciliación vida-estudio y gestión del impacto emocional de la práctica clínica en los entornos familiares y de pareja (Dyrbye et al., 2005).
- Respeto a los espacios y tiempos de descanso: Asegurar el cumplimiento irrestricto de las pausas de descanso post-guardia, evitando el envío de requerimientos comunicativos o administrativos fuera de la jornada docente-asistencial (MSP, 2021).



CAPÍTULO IX:

CUANDO LA VIOLENCIA CRUZA LA PUERTA

El hito de culminación del internado rotativo representa un proceso complejo de transición identidad-profesional y descompresión emocional. Tras doce meses de inmersión en escenarios clínicos de alta exigencia, la salida del espacio intrahospitalario metafóricamente denominada en este capítulo como el regreso a la superficie no se experimenta como una simple ruptura cronológica, sino como la reorganización del esquema personal del egresado (Cruess et al., 2019; Jarvis-Selinger et al., 2019). La transición desde el rol de estudiante supervisado hacia el de profesional autónomo exige asimilar las vivencias acumuladas, integrar los aciertos y errores cometidos y redefinir la propia identidad médica dentro del sistema de salud (Coulehan, 2005).

Cuando la violencia irrumpe en el centro hospitalario, el impacto en el equipo asistencial es inmediato y paralizante. La activación de la alerta rompe abruptamente la dinámica de trabajo e impone un estado de tensión extrema.

Un participante describe la vivencia de este procedimiento: “La primera vez que escuché la declaratoria de Código Plata en el hospital, el pánico nos paralizó a todos en la estación de enfermería. Ver al personal de guardia asegurar los accesos y buscar refugio me hizo consciente de que la bata blanca no ofrece protección frente a la violencia armada. Es un momento en el que la condición de estudiante cede ante la necesidad básica de supervivencia” [Testimonio Int-Ecu-30]. Es debido a la falta de entrenamiento previo para reaccionar ante amenazas de origen externo incrementa el nivel de ansiedad y desorientación del interno durante los primeros minutos del evento (MSP y ECU-911, 2023).

Ningún simulacro está preparado para lo que es ver a un ser humano fuera de control, consumido por la ira o la desesperación o el miedo más básico. Lo que llega por la puerta no suele ser una persona: es un torbellino emocional descontrolado. Gritos, insultos, amenazas. El hospital se llena de un ruido que es desconocido. Los monitores y respiradores ya no suenan. Suena la furia humana. A veces es un familiar exigiendo lo imposible. Otras veces, el paciente está confundido y violento. A veces, es un individuo que lleva un mundo que ya se siente pesado (World Health Organization, 2022).

Figura 26. Activación del Protocolo Código Plata y respuesta de seguridad en la unidad hospitalaria.



Nota. El procedimiento de confinamiento y aseguramiento de accesos intrahospitalarios ante la activación de la alerta por amenaza de violencia (Código Plata). Muestra la respuesta coordinada del equipo de salud para salvaguardar la integridad de los pacientes y del personal en formación frente a riesgos externos (MSP y ECU-911, 2023). Elaboración propia (2026).

La violencia irrumpe así: pura, imprevisible, sin razón, sin explicación. Un miembro del personal dice que el personal siente el golpe invisible justo antes de que ocurra: el aire se espesa con adrenalina y miedo, como si los cuerpos de todos se tensaran por esta sensación de explosión inminente. La misma marca siempre es una de los incidentes de violencia: una combinación perturbadora de dolor y agresión. Insultos que perforan. Amenazas que permanecen grabadas como cicatrices emocionales. Puños golpeando mesas o paredes. Voces en pasillos donde debería reinar la calma. Ojos salvajes buscando atacantes entre las manos que ayudan (WHO, 2022).

Esos minutos se sienten eternos para el interno. Toma un minuto, un cuarto de segundo, desplegándose como una banda elástica a punto de romper su tejido. Su corazón late con fuerza están golpeando un tambor frenético para intentar contener el miedo. Sienten sus piernas tensarse, como si tuvieran que correr, su pulso

acelerado y la respiración trabajosa. No dejan de ser solo estudiantes y vuelven a ser simplemente un ser humano con sentimientos de vulnerabilidad y potencialmente heridos si no lo hacen.

El hospital tiene esta peculiar manera de digerir la violencia: la traga, la envuelve, la silencia. No hay tiempo para procesar lo que sucedió. No hay pausas. No hay espacio para reconocer que el miedo estuvo presente. Sí, pero el miedo persiste, incluso si no se habla. Se arrastra en pequeños rincones del cuerpo. En el recuerdo. En la piel. Algunos comienzan a tensarse cuando alguien entra gritando. Otras personas sienten un nudo en el estómago al escuchar pasos fuertes o un golpe inesperado. Nadie lo admite, pero todos lo han sentido.

Más allá de las amenazas extremas, la violencia cotidiana se manifiesta en agresiones verbales persistentes por parte de usuarios o familiares en situaciones de desesperación. Sin embargo, el hostigamiento reiterado deja huellas emocionales profundas en los estudiantes en formación (OMS, 2022). Un relato ejemplifica el peso de estas interacciones: "Recibir insultos, culpabilizaciones directas por la falta de insumos o amenazas explícitas durante la guardia nocturna genera una carga de estrés que no desaparece al quitarse el uniforme. Con el tiempo, desarrollas un estado de hipervigilancia constante, sobresaltándote ante cualquier grito en los pasillos" [Testimonio Int-Ecu-31].

La normalización de la agresión verbal en las salas de urgencias deteriora la empatía y favorece la aparición del síndrome de burnout y la despersonalización asistencial (OMS, 2022; West et al., 2020). Y no toda la violencia se origina externamente. Hay formas ocultas, normalizadas, para esconderse detrás de sistemas jerárquicamente rígidos o en los que el maltrato se oculta tras la máscara de "disciplina" (WHO, 2022).

No crean ningún código de seguridad, pero causan heridas profundas. Humillaciones innecesarias, gritos desde lo alto, advertencias hechas con el propósito de obliterar, no de enseñar. Esa violencia también existe, también duele, desgasta. Hay un protocolo para la agresión externa en un hospital (WHO, 2022).

El Código Plata no solo revela violencia sino también vulnerabilidad. Revela al personal en su faceta más humana. Nos revela algo sobre la forma en que las personas que mantienen las vidas de otros, que incluso las apoyan, pueden sentirse frágiles, inseguras, asustadas. Nos revela que la bata blanca no es una armadura. Nos dice que el riesgo detrás de la rutina rara vez se dice en voz alta. Pero también revela un elemento diferente: la transformación del hospital en una comunidad cuando ocurre la violencia. La enfermera que salta, sin pensar. El guardia que corre desde el otro extremo del edificio. El médico que levanta al interno por el hombro para mantenerlo en línea y asegurarlo. Y luego esa mirada silenciosa que dice "¿estás bien?"

La solidaridad forjada a través del miedo compartido es una de las fuerzas más potentes en el hospital. Cuando termina, el hospital respira una vez más. El silencio cae suavemente, como una manta fría. Los monitores restauran su ritmo. Los

pacientes se calman. La luz vuelve a ser la misma. Pero las personas allí saben que algo cambió. Tal vez una nueva herida. Tal vez un poco de fuerza extra aquí y allá. Quizás una mezcla de ambos.

El Código Plata es el crudo recordatorio de que la curación no se realiza en un laboratorio; que, en la vida real, es más probable que las emociones humanas estallen con fuerza. Es una lección amarga pero necesaria: aprender a ver el peligro, proteger a los demás, no descuidarse, no quedarse callado, no aceptar la violencia como la nueva normalidad.

Como un organismo vivo, el hospital absorbe lo que ha ocurrido y sigue adelante. Sin embargo, quienes viven en él saben cómo la violencia puede entrar de repente. Se dan cuenta de que la puerta está abierta a la vida, abierta a la ira humana. Y, sin embargo, regresan cada día. A veces con miedo, sí. Con agotamiento también. Pero regresan. Porque, a través de todo eso, el hospital también es un lugar donde la humanidad la humanidad real, profunda se defiende y resiste.

Cuando la violencia llama a la puerta, el hospital responde con algo más grande que cualquier golpe: la unidad silenciosa de aquellos que han aprendido a luchar con sombras, y no perder el poder de la oscuridad.

Figura 27. *Solidaridad interprofesional y contención emocional frente a situaciones de agresión.*



Nota. El apoyo mutuo entre el personal de enfermería, médicos de planta e internos tras la resolución de un evento adverso de agresión en urgencias. Evidencia el valor de la cohesión grupal y la contención empática como factores protectores de la salud mental frente al impacto de la violencia en el entorno sanitario (OMS, 2022). Elaboración propia (2026).

Implicaciones pedagógicas e institucionales para la seguridad y gestión de la violencia

- Capacitación obligatoria en el Protocolo Código Plata: Garantizar que el 100 % de los internos reciba inducción práctica y simulacros sobre rutas de evacuación, confinamiento seguro y de escalada de conflictos desde la primera semana de rotación (MSP y ECU-911, 2023).
- Instauración de espacios de contención psicológica post-incidente: Activar protocolos de debriefing emocional y apoyo en salud mental de manera inmediata tras la ocurrencia de un evento violento o activación de alertas de seguridad (OMS, 2022).
- Fortalecimiento de la seguridad física e infraestructura: Garantizar el correcto funcionamiento de cerraduras de seguridad, botones de pánico y presencia de personal de control en accesos críticos a salas de emergencia y hospitalización.
- Cultura de cero tolerancias a la agresión: Establecer canales institucionales expeditos para el reporte de agresiones verbales o físicas, respaldando legalmente al profesional afectado (OMS, 2022).



CAPÍTULO X:

ADIÓS AL HOSPITAL, HOLA AL FUTURO

La culminación del internado rotativo constituye un hito de descompresión emocional y consolidación de la Identidad Profesional (Professional Identity Formation). Transitar el último turno no se reduce a un simple trámite administrativo de entrega de turno, sino que representa la reorganización del esquema personal e intelectual del egresado (Cruess et al., 2019; Jarvis-Selinger et al., 2019). Al recorrer por última vez los pasillos del servicio asistencial, la bata blanca deja de ser un uniforme impregnado de incertidumbre y se transforma en el símbolo de un aprendizaje construido a través del rigor, la vigilancia clínica y la responsabilidad humana.

Figura 28. *Descompresión emocional y entrega de la última guardia en el internado rotativo.*



Nota. Representación del proceso de descompresión emocional y retiro del uniforme tras la finalización de la última guardia hospitalaria. Refleja el tránsito reflexivo desde el rol de estudiante bajo supervisión hacia la Asimilación de la Identidad Profesional autónoma (Cruess et al., 2019; Jarvis-Selinger et al., 2019). Elaboración propia (2026).

Recordó su primer turno, temblaba en el primer pasillo; intentaba comprender cómo respirar durante sus deberes. En la esquina del laboratorio, recordó la madrugada en que casi se desplomó por el cansancio. Recordó esos momentos en el ascensor con esa persona, que había etiquetado su internado de una manera que no sabía que entendía, pero que aún sentía en sus propios huesos. Hay un ritual que se realiza en el último

turno del internado. No es oficial, nadie lo dice, pero se siente, para todos los demás, así. Los internos mayores intercambian miradas con aquellos que están a punto de terminar. No dicen "felicitaciones" o "lo lograste". Son como "disfruta este día" o "no parpadees o te lo perderás". Porque lo más importante no es llegar al último turno, sino permitir que ese turno tenga su última, final impresión.

Como cualquier otra mañana, el protagonista comenzó la mañana revisando pacientes como de costumbre. Tomó signos vitales, escuchó historias, calmó la ansiedad, tranquilizó nervios, dio explicaciones veinte veces al día. Pero algo era diferente. Cada paciente era una despedida. En cada habitación un eco de sus pasos meses antes. Cada registro parecía recordar quién había llegado a ser. Había un paciente que había estado en el hospital durante días. La persona mayor, a pesar de su cuerpo frágil, tenía una lucidez repentina y sorprendente. Se refería a él como "pequeño doctor" a pesar de que todavía era un interno. El señor dijo:

—*"Te ves diferente hoy"*

—*"¿Diferente cómo?" preguntó, moviendo la sábana.*

—*"Como alguien que sabe que está a punto de cerrar un libro"*, respondió, medio sonriendo.

El interno no respondió. No pudo. Había algo en esas palabras que se sentía demasiado similar. Con un cuidado casi ritual, continuó revisando a cada paciente. Había aprendido a ver la importancia de una mano temblorosa, un suspiro encogido, una mirada de reojo. Había comprendido que la medicina también es un acto de presencia. Y la última mañana, eligió realmente estar en el momento. Eventualmente, el cansancio comenzó a mostrarse por la tarde como un amigo de sentido común. Pero esta vez era un cansancio suave, casi amable, un cansancio que parecía declarar "lo lograste".

Por supuesto, aún quedaban horas. La noche apenas asomaba como una larga sombra en la ventana. El hospital estaba listo para cambiar su atmósfera. Los días estaban terminando, la noche comenzaba y con ellos entraba el mundo de los fantasmas, las sombras de él y todas sus emergencias que siempre estaban justo en ese momento cuando el reloj marcaba sus horas más frías. Siempre hay algo simbólico en la noche del último turno. Como si el hospital mismo estuviera preguntando si el interno podría darle un último vistazo.

Otras noches puede ser una noche silenciosa, casi desierta. A veces, es un desorden que parece interminable. Había algo en el aire apretado, pero no una tensión negativa esa noche, sentía su héroe. Parecía más como un murmullo, una vibración en los pasillos, una especie de reconocimiento tácito del hospital con respecto a él. El turno comenzó tranquilamente. Demasiado tranquilamente. Y eso, durante el turno, siempre es una advertencia. Los relojes se movían perezosamente. Los pasos resonaban huecamente. Los pacientes dormían. El aire en el pasillo estaba frío; tenía un silencio casi sagrado. Como si el hospital contuviera la respiración, se detuvo casi por completo.

Alrededor de las once de la noche apareció la primera emergencia. Un paciente desorientado comenzó a volverse violento. El interno corrió al lado de la enfermera. Juntos lo apoyaron, le hablaron, llamaron al médico, administraron la medicación rápido, preciso, casi coreográfico. Cuando terminó, la enfermera le dio una sonrisa nostálgica y le dijo:

—“Quién hubiera sospechado que ya te ibas, parece que llegaste aquí temblando ayer”.

—“Todavía tiemblo”, dijo con humor.

Ambos rieron. Era una risa de amor, de reconocimiento, de una búsqueda conjunta.

Durante las horas finales de la última guardia, el internado confronta al estudiante con la magnitud de su propia evolución. Las tareas procedimentales que meses atrás desencadenaban temores o dudas se ejecutan ahora con fluidez, precisión y serenidad asistencial. Un participante rememora la significación de este momento: *“Al ingresar al servicio para mi último turno nocturno, recordé la inseguridad de la primera guardia. Al atender una emergencia en la madrugada junto al equipo de enfermería, noté que mis manos ya no temblaban y que tomaba decisiones con temple y fundamento. Comprender que había sobrevivido al agotamiento y que estaba listo para ejercer de manera independiente me devolvió una profunda paz”* [Testimonio Int-Ecu-32]. Este reconocimiento tácito entre el equipo de salud y el interno que se despiden valida el esfuerzo invertido y marca el cierre de la condición de alumno supervisado.

Figura 29. *Ritos de paso y complicidad interprofesional en la despedida hospitalaria.*



Nota. El reconocimiento tácito y despedida entre el interno y el equipo de enfermería durante la revisión final de salas. Muestra el valor de las relaciones de camaradería e interprofesionales formadas durante el año de práctica como factores protectores de la salud mental (West et al., 2020). Elaboración propia (2026).

Alrededor de la 1 de la mañana, llegó un paciente politraumatizado. La habitación se llenó de ruido. El interno participó como siempre, sin miedo, sin miedo. Su cuerpo sabía qué hacer. Su mente estaba en sincronía. Sus manos ya no temblaban. Se habría sorprendido si hubiera podido verse desde afuera: no era el mismo que entró al internado meses antes.

Había obtenido algo intangible, presencia. Confianza discreta. Un aislamiento sereno, solo encontrado en aquellos que han sido formados por la noche. Al lavarse las manos después del procedimiento sintió algo potente: se había sobrevivido a sí mismo. Su duda. Su cansancio. Su sombra. Y también había podido amar, aunque mayormente en silencio y momentáneamente. Nunca lo había dicho en voz alta, pero lo sabía.

Sin embargo, algo vino que torcería la historia de la noche en un instante: alrededor de las tres de la mañana, una hora marcada por historias y silencios y almas cansadas. Estaba caminando por el pasillo cuando escuchó una voz suave detrás de él: "Todavía despierto..." Era ella. La oscuridad que había acompañado sus sombras. Esa persona que había sido refugio en medio del caos. La miró. Sonrió. Ella también lo hizo.

Pero esta vez su sonrisa era diferente: más suave, más abierta a la nostalgia. Ambos entraron sin prisa. Permanecieron allí, en medio del pasillo silencioso, como dos personas que se dan cuenta de que están viviendo un último momento que no quieren apresurar.

—"Es tu último turno", dijo ella, con una mezcla de orgullo y tristeza.

—"Lo sé", respondió él. "Y apareces justo cuando el hospital se siente más frío"

Ella rió suavemente. Hablaron durante unos minutos. Sobre el agotamiento, sobre el hospital, sobre lo que habían sido y sobre lo que aún no sabían si podrían ser fuera de esas paredes. No hicieron promesas. No las necesitaban. Lo que habían vivido tenía valor en sí mismo. Antes de despedirse, ella tocó su mano. Un toque suave, breve, pero lleno de significado.

—"Cuídate", dijo ella.

—"Tú también", respondió él.

No hubo beso. No hubo un largo abrazo. No hubo drama. Solo dos almas que se reconocieron de nuevo. Y eso fue más que suficiente. La madrugada continuó su curso.

Más pacientes, más notas, más pasos. Pero el interno ya no caminaba igual. Era como si cada movimiento estuviera lleno de una nueva energía, una fuerza nacida de todo lo vivido y todo lo sentido. Cuando el reloj marcó las seis de la mañana, el cielo comenzó a despejarse. La luz azul del amanecer se filtró por las ventanas, pintando el pasillo con un tono frío y hermoso.

El interno se detuvo frente a la ventana. Respiró hondo. Miró sus manos. Y sintió que su corazón, por primera vez en mucho tiempo, estaba en paz. Los últimos minutos del turno pasaron en un suspiro. Entregó notas. Saludó a los que llegaban. Recibió miradas cómplices, abrazos cortos, bromas cansadas. Y cuando finalmente salió por la puerta principal del hospital, algo dentro de él se soltó.

No era el alivio de haber llegado hasta el final. Era gratitud por haber logrado salir. Era un orgullo tener esa certeza de haberse convertido en una persona que no sabía que podía ser. Era nostalgia por un lugar que le había destruido un poco..., y que también le había reconstruido.

El cruce del umbral hospitalario definitivo da paso a la ceremonia de titulación profesional. Este evento de graduación no representa únicamente una festividad académica, sino un auténtico proceso de duelo y transición. Se despiden a la versión del estudiante que sufrió la privación del

sueño y la sobrecarga en las salas, al tiempo que se da la bienvenida al profesional de la salud con responsabilidad legal e institucional (Cruess et al., 2019). Al parecer sucede una transformación intangible que no se puede explicar con simples palabras, es el reconocimiento de que a través de las muchas experiencias el interno a logrado acariciar las realidades de la profesión y lo hace merecedor de este mérito.

Es evidente que existen muchas experiencias como parte del proceso formador del profesional, pero existe un relato que permite ilustra esta vivencia: “Recibir el título profesional en el escenario no provocó euforia inmediata, sino una extraña sensación de vértigo. Al mirar a mis compañeros vestid de toga, comprendí que dejábamos atrás la protección de la universidad y del hospital docente para asumir el compromiso directo con la vida de los pacientes” [Testimonio Int-Ecu-33].

Figura 30. *Evolución del juicio clínico y templanza asistencial en la atención de urgencias.*



Nota. El desenvolvimiento técnico y la serenidad del estudiante durante la resolución de un caso crítico en la madrugada del último turno. Evidencia el contraste entre la inseguridad del primer día y la consolidación de competencias clínicas y la autoconfianza al concluir la etapa formativa (Cruess et al., 2019). Elaboración propia (2026).

Mucha gente al salir, él pensó, pero eso no le preocupaba. El aire afuera era distinto. Más liviano. Más frío. Más real. Como si el mundo hubiera esperado meses para que él pudiera salir y respirar sin haber de la presión de los pasillos eternos y de los turnos que parecían interminables. Se quedó quieto unos pocos segundos viendo el cielo que comenzaba a teñirse de rosado. Y por la primera vez en ese camino, sintió algo que había olvidado: esperanza. Pero la esperanza se mezclaba con miedo. El miedo a lo

desconocido. El miedo a no saber quién era fuera del hospital.

El internado había sido como un universo paralelo que le enseñó a sobrevivir, a amar, a romperse, a recomponerse. ¿Qué quedaba siendo él ahora que ese mundo terminaba?

Los días siguientes fueron una dulce confusión. Por la primera vez después de meses, pudo dormir sin el altavoz, sin sobresaltos, sin la necesidad de saltar a un llamado. Su cuerpo, ya por costumbre, tardó en comprender que no estaba en estado de alerta. Se despertaba pronto esperando por un monitor que no sonaba. Se incorporaba pensando en medicaciones que no debía controlar. El descanso le sabía a raro, como que estuviera haciendo algo mal. Pero la vida seguía. Y la siguiente etapa llegaba como una sombra inevitable: la obtención del título profesional.

La ceremonia poseía una atmósfera diferente a la vivida hasta el momento. Ahí estaban todos, en sus togas, con sus birretes, intentando mantener la compostura mientras por dentro se les revolían años enteros. Algunos reían nerviosos, otros lloraban, otros, como él, tenían el corazón en un nudo. Porque la graduación era... una fiesta... pero, a su vez, era un duelo. Era decir adiós al hospital que les mostró como ser fuertes. Era decir adiós a las personas que les sostuvieron. Era decir adiós a la versión de uno mismo que pasó, que luchó, que cambió.

Figura 31. *La ceremonia de graduación como hito de transición y duelo formativo.*



Nota. El acto de graduación universitaria y la recepción del título profesional. Refleja la ambivalencia emocional del egresado entre la celebración académica y el duelo por el cierre de la etapa universitaria, dando paso a la responsabilidad profesional autónoma (Coulehan, 2005). Elaboración propia (2026).

Esperando en la fila el momento para recibir su título miraba a su alrededor.

Miraba:

- Compañeros que se hicieron familia
- Profesores que fueron guía o tormenta
- Enfermeras que les enseñaron más que cualquier libro
- Rostros marcados por noches en blanco
- Sonrisas que escondían cicatrices invisibles

Y una parte mínima de él buscó en la multitud la mirada serena que había habitado con él en las sombras del internado. Pero no la encontró de inmediato, aunque sabía que estaba allí, como siempre: silenciosa, observadora, presente. Cuando por fin pronunciaron su nombre, algo dentro del pecho se estiró.

No era orgullo. Era vértigo. Caminó hacia el escenario como si cada paso pesara más que el anterior. Recibió el diploma. Sonrió para la foto. Apretó el papel en las manos. Y allí, en ese mar de aplausos, sintió rompiéndose en él una verdad: No terminaba la carrera. Acababa una vida. Y empezaba otra.

Figura 32. *Inserción en el Año de Salud Rural y choque con la realidad comunitaria.*



Nota. Representación de la transición del profesional recién graduado hacia el servicio social rural en centros de atención primaria. Muestra la preparación para enfrentar entornos geográficamente aislados y con recursos limitados, donde se requiere liderar la atención preventiva y comunitaria (MSP, 2021). Elaboración propia (2026).

Después de la ceremonia, hubo abrazos, risas, promesas de vernos, fotos que quisieron recoger algo que ningún objetivo pudo guardar: el crecimiento humano. En ese ruido emocional, finalmente la vio. Ella estaba a unos metros, con su toga, con su sonrisa tranquila. La misma mirada que lo había sostenido en su momento más quebradizo. Se irguieron con el mismo paso pausado de siempre.

—Felicidades —le dijo ella, con ese tono tan suave que ya conocía de memoria.

—A ti también —respondió él.

Nadie más se dio cuenta, pero entre ellos hubo un silencio cómplice. No estaban hablando del pasado. No estaban prometiendo el futuro. Tan solo estaban celebrando la suerte de haber conseguido llegar vivos a ese momento.

Tras la titulación, el profesional graduado en el Ecuador enfrenta la inserción en el Año de Salud Rural de Servicio Social (MSP, 2021). Este nuevo escenario traslada al médico, enfermero u obstetra desde la infraestructura de alta complejidad del hospital hacia centros de atención primaria remotos, caracterizados por la escasez de recursos y la exigencia de autonomía diagnóstica. Un participante describe la llegada a esta etapa: *“Al asumir la atención en el centro de salud rural, comprendí la verdadera utilidad del internado. Sin los grandes monitores ni la supervisión inmediata del especialista, la capacidad de escuchar al paciente, el examen físico riguroso y la empatía aprendida en las guardias nocturnas se convirtieron en mis principales herramientas clínicas”* [Testimonio Int-Ecu-34].

La ruralidad se establece, así como la prueba definitiva de madurez técnica y sensibilidad humana, donde la medicina vuelve a su esencia comunitaria y preventiva (MSP, 2021). Es evidente que el desempeño en comunidades rurales constituye, en última instancia, el escenario en el que se pone a prueba el juicio clínico y la dimensión ética del egresado, devolviendo a la práctica médica su sentido primordial de prevención y cercanía social

Figura 33. *Autonomía asistencial y humanización de la práctica clínica en el consultorio rural.*



Nota. Ilustración del profesional de la salud en la consulta externa de un centro de salud rural. Simboliza el inicio del ejercicio profesional independiente, donde el examen físico minucioso, la escucha activa y la empatía clínica aprendida en el internado se consolidan como las principales herramientas del cuidado médico (Coulehan, 2005; MSP, 2021). Elaboración propia (2026).

EPILOGO:

Cuando el internado finaliza, no se produce un aplauso; nadie graba a fuego en las almas de los allí presentes que "ha sobrevivido". No hay un maestro de ceremonias que otorga diamantes por llorar en los rincones, por contener el cansancio, por sonreír cuando el corazón se rompía, por abrazar a un paciente que agoniza, por dar malas noticias con voz firme mientras uno por dentro tiembla. No, el final del internado es un hecho silencio. Un suspiro que se queda atrapado en la piel. Un eco que resuena incluso cuando ya no estás en el hospital. Porque la verdad es que cuando se apagan las luces de tu última guardia, el hospital no te deja marchar; te sigue a su manera. Te despierta a través de olores, sonidos, miradas y pequeños micro dramas que emergen en tu cabeza cuando menos te lo esperas.

Hay noches, incluso meses después, en que el cuerpo se despierta buscando un monitor que hace tiempo se ha dejado de oír. Hay días en que el café sabe a madrugada de hospital, guardia. Silencios que se llevan de vuelta al pasillo frío donde se aprendió a respirar profundamente. Porque el

internado no es solamente un periodo académico, es una transformación emocional.

El protagonista como muchísimos otros más siempre cargará con el suave pero insistente peso de lo que vivió entre esas paredes. Llevará consigo los nombres que jamás olvidará, aun sin repetirlos en voz alta; llevará consigo el rostro de aquellos pacientes que se fueron, las manos frías que sostuvo, la mirada que le enseñó más que cualquier libro. Y también llevará consigo esas historias luminosas que lo recordaron que la medicina no es solo desplazamiento del dolor, sino también vida, entrega, risa y milagros pequeños.

A veces pensará en el hospital como un monstruo; en otras, como un maestro severo, pero con el tiempo lo recordará como lo que fue realmente: un espejo, es decir, un lugar donde vio coexistir todas sus versiones, incluso las que no quería mirar. Ese hospital le devolvió su sombra, su luz, su fragilidad, su fortaleza. Lo mostró tal como era realmente cuando el mundo se desplomaba a las tres de la mañana. Y ésa, aunque duela, es una dádiva.

La ruralidad se instaló como un nuevo horizonte, uno más amplio, más callado y más humano. En aquel pueblo al que fue enviado, donde el viento parecía arrastrar historias lejanas y unas determinadas montañas vigilaban como guardias mudos, pudo entender que el hospital no fue más que el primer capítulo. Allí, la medicina se convertía en un hecho personal; la gente lo miraba a los ojos esperando respuestas que no siempre llegaban. No había aparatos tecnológicos ni especialistas para atender. Efectivamente había humanidad. Y ante todo había tiempo; tiempo para escuchar. Tiempo para acompañar. Tiempo para observar cómo la vida pasaba lentamente.

Cada día que pasaba en la rural era claramente el recordatorio de lo aprendido; el recordatorio de lo que aún había que aprender. A veces le recordaba la agitación del hospital; otras, reconocía el silencio de la rural; otras veces pensaba que la vida era un alambre de equilibrista entre ambas realidades. Pero siempre avanzaba, porque algo dentro de él, esa chispa que había comenzado a nacer en la primera guardia, seguía empujándole hacia adelante.

De hecho, el hospital del internado nunca dejaba de reaparecer de vez en cuando en su memoria. No en los momentos de dolor, sino en los momentos de paz que dejan los espacios que existieron algún día y de los que ya no eres parte.

El recuerdo de un hombre anciano que le lanzaba sonrisas, incluso en su fragilidad; la risa suave de una enfermera que había sido como una hermana; la mirada esperanzada de quien le acompañó en sus sombras más íntimas. Todo eso sí, alimentaba su memoria saltando con frecuencia, como un álbum de fotografías que sólo se abre cuando el alma lo necesita.

Con el tiempo se dio cuentas de que aquellos afectos que nacen en los hospitales esas miradas cómplices, esas manos que se encuentran sin querer, ese amor sin voces que puede nacer en los pasillos no se apaga con el final del turno. No desaparecen solo porque las circunstancias cambien. A veces quedan en un limbo en la memoria, en el de la imagen, en el de la intangibilidad misma, como si esperaran que un espacio en el tiempo futuro vuelva a nacer. Otras veces se acaban convirtiendo en amor apaciguado, que no necesita de la presencia para ser.

Y aunque no lo verbalice, siempre regresa a ese pasillo donde la vio reír la última vez. No es melancolía. No es sufrimiento. Es una invitación a recordar que incluso en las ocasiones más despistadas hubo luz. Una luz pequeña, una luz intimista, suficiente. El internado le enseñó muchas cosas, pero aquella revelación aquella revelación de que, aun en las noches más duras, alguien te puede tocar el alma sin romperte fue una de ellas, sin duda una de las más importantes.

Cuando cae la noche en la rural, él observa el cielo diferente. A veces recuerda el brillo de la falsa luz de las lámparas del hospital y otras, en cambio, agradece la oscuridad profunda del campo. En ambos cielos encuentra una verdad póstuma: sobrevivir te cambia; sanar te transforma; vivir requiere valentía.

Y entonces lo entiende:

El internado no fue un final y tampoco un principio. Fue un puente. Un paso. Un umbral.

Un lugar en el que fueron dejadas partes de su antiguo nombre y donde le ha permitido tomar otras que le acompañarán siempre.

Cuando también piensa en el futuro no tiene todas las respuestas. Pero ya no las necesita. Sabe que llegarán nuevos retos, nuevas ausencias, nuevos pacientes, nuevas madrugadas, nuevos caminos. Sabe también que llevará consigo la fuerza silenciosa de todos aquellos que lo formaron. Que las sombras que lo han acompañado ya no le asustan, porque aprendió a

caminar con ellas. Y que la luz que encontró si bien pequeña le es suficiente para poder seguir.

Porque cuando se apagan las luces del internado no se apaga la historia.

Comienza otra historia. Y ella como todos los que han sobrevivido al ciclo lleva en su interior una claridad que nadie le podrá quitar:

La medicina no solo le enseñó a salvar vidas.

Le enseñó a salvarse a sí mismo.

Y esta historia es la que apenas comienza...

Implicaciones pedagógicas e institucionales para la transición al ejercicio autónomo y la ruralidad

- Programas de Inducción al Servicio Social Rural: Diseñar módulos de capacitación práctica focalizados en epidemiología comunitaria, gestión de farmacia básica y resolución de emergencias en entornos con recursos limitados (MSP, 2021).
- Acompañamiento en Salud Mental Post-Internado: Mantener activos los servicios de soporte psicológico universitario para los graduados durante los primeros tres meses del servicio rural, facilitando la adaptación al aislamiento geográfico.
- Consolidación de Redes de Mentoría y Telemedicina: Establecer canales de comunicación directa entre los médicos e internistas de los hospitales docentes y los profesionales en la ruralidad para la discusión de casos complejos.
- Evaluación de Impacto de la Formación Afectiva y Ética: Desarrollar estudios de seguimiento a egresados para evaluar el impacto a largo plazo de las intervenciones sobre prevención de burnout, seguridad del paciente y empatía clínica.

CONCLUSIONES

El internado rotativo es una etapa clave de cambio profesional, donde el estudiante junta los conocimientos de la universidad con las exigencias reales del cuidado. Esta experiencia no solo se centra en aprender habilidades técnicas, sino también en aprender a relacionarse con pacientes, familias y equipos de salud, asumir responsabilidades, enfrentar situaciones difíciles y actuar con ética, sensibilidad y compromiso humano.

Latidos del Interno muestra la dimensión humana de este proceso, demostrando que detrás de cada jornada hay emociones, dificultades, aprendizajes y experiencias que ayudan a construir la identidad profesional. El cansancio y el desgaste físico y emocional muestran la necesidad de reforzar el autocuidado, el descanso, la supervisión y el acompañamiento durante la formación.

La obra también destaca la importancia de contar con entornos educativos seguros, respetuosos y orientados al aprendizaje completo, donde el interno sea visto como estudiante en formación y no solo como recurso de atención. Aunque el carácter reflexivo y experiencial no cubre todas las realidades del internado en el país, ofrece una aproximación que puede ayudar a generar nuevas reflexiones e investigaciones.

En definitiva, el internado va más allá de la adquisición de conocimientos y procedimientos, pues ayuda a formar profesionales capaces de cuidar, escuchar, decidir y actuar con responsabilidad. Los aprendizajes creados en esta etapa siguen más allá del hospital y se reflejan en la forma en que cada profesional comprende y ejerce el cuidado, siempre poniendo al ser humano en el centro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar-Priego, N., Domínguez-Morales, M., & Ruiz-Aranda, D. (2023). Inteligencia emocional como factor protector frente al burnout en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 55(1), 12–20.
- Álvarez, M., Domínguez, R., & Castro, P. (2024). La comunicación asertiva y la jerarquía hospitalaria: Desafíos para la seguridad psicológica de los estudiantes de medicina. *Revista Latinoamericana de Educación Médica*, 15(1), 45–54. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2024.15.45>
- Asmar, N. (2024). The evolution of hospital uniforms: A timeline. Noel Asmar Uniforms. <https://www.noelasmaruniforms.com/blogs/blog/the-evolution-of-hospital-uniforms-a-timeline>
- Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley.
- Berlo, D. K. (1960). The process of communication. Holt, Rinehart and Winston.
- Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. (2023). Examen de habilitación para el ejercicio profesional en carreras de salud. <https://www.caces.gob.ec>
- Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. (2021). Manual de evaluación y acreditación para hospitales docentes en Ecuador. <https://www.caces.gob.ec>
- Coulehan, J. (2005). Today's professionalism: Engaging the mind and the heart. *Academic Medicine*, 80(10), 892–898. <https://doi.org/10.1097/00001888-200510000-00002>
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Steinert, Y. (2019). Supporting the development of a professional identity: General principles. *Medical Teacher*, 41(6), 641–649. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1536260>

- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2005). Medical student distress: Causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clinic Proceedings*, 80(12), 1613–1622. <https://doi.org/10.4065/80.12.1613>
- Estévez, E. (1996). *La escuela médica de Quito en la historia de las ciencias naturales*. Editorial Noción.
- Ferreiro, L. (2025). *Ni un capullo más: Cómo liberarte del daño emocional y reconstruir relaciones sanas*. Editorial Planeta.
- Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 19, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>
- Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69(11), 861–871. <https://doi.org/10.1097/00001888-199411000-00001>
- Hirschinger, L. E., McCay, M., Henry, R., Dobos, N., Frazier, C., & Sweeney, D. (2015). Second victim experience and support tool: Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and support. *Journal of Patient Safety*, 11(1), 9–17. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000129>
- Jarvis-Selinger, S., MacNeil, K. A., Costello, G. R., Lee, K., & Holmes, C. L. (2019). Understanding professional identity formation in early clerkship: A novel framework. *Academic Medicine*, 94(10), 1574–1580. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002835>
- KCH Comunicación. (2024, junio 17). 838 eventos Código Plata suma Ecuador en 2024 en casas de salud. Radio KCH FM. <https://kchcomunicacion.com/2024/06/17/838-eventos-codigo-plata-suma-ecuador-en-2024-en-casas-de-salud/>
- Kesselheim, J. C., Sun, Z. R., & Szymczak, J. E. (2021). Speaking up about patient safety in graduate medical education: The role of hierarchy and psychological safety. *Academic Medicine*, 96(8), 1180–1187. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000004120>

- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- López-Pérez, M., & Sánchez-Torres, J. (2021). Historia del internado rotativo y evolución de la formación clínica en Latinoamérica. *Revista de Educación Médica*, 22(3), 145–152.
- MacNeil, K. A., Cuncic, C., Ballem, P., & Eva, K. W. (2022). Unpacking the hidden curriculum: Trainee perceptions of climate, hierarchy, and professional identity formation in clinical learning environments. *Medical Education*, 56(6), 634–644. <https://doi.org/10.1111/medu.14725>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, & ECU-911. (2023). *Protocolo interinstitucional para asegurar la provisión de servicios de salud en un contexto de violencia (Código Plata) (Versión 1.0)*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, y ECU-911. (2023). *Protocolo interinstitucional para asegurar la provisión de servicios de salud en un contexto de violencia (Código Plata) (Versión 1.0)*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Norma técnica para unidades asistenciales*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Reglamento general de establecimientos de salud*. <https://www.salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Norma técnica para la categorización y clasificación de establecimientos de salud*. <https://www.salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Manual del internado rotativo de medicina, enfermería y obstetricia*. <https://www.salud.gob.ec>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *La educación interprofesional en las profesiones de salud: Informe de situación 2022*. <https://www.paho.org/es/documentos>

- Osorio Cock, P., Restrepo, M., & Gutiérrez, A. (2023). El currículo oculto en la educación médica contemporánea: Jerarquías, dinámicas de poder y desarrollo de la identidad profesional. *Educación Médica Superior*, 37(2), e3412.
- Pereira, A. M., Medeiros, A. L., Mesquita, R. B., Macedo, F. S., Matos, A. C., & Pereira, E. R. (2022). Prevalence of burnout among healthcare workers in six public referral hospitals in northeastern Brazil during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *São Paulo Medical Journal*, 140(4), 553–558. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0772.R1.14022022>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Revista Cognosis. (2023). Resiliencia y afrontamiento en estudiantes universitarios: Implicaciones para el rendimiento académico y el bienestar emocional. *Cognosis*, 22(1), 35–44. <https://cognosis.utmachala.edu.ec>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Houghton Mifflin.
- Roy, C. (1976). Adaptation: A conceptual framework for nursing. *Nursing Outlook*, 24(6), 42–45.
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358–367. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>
- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. University of Illinois Press.
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2020). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of causes and risk factors. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(4), 438–445.

<https://doi.org/10.1111/jnu.12568>

- Surmon, L., Bialocerkowski, A., & Hu, W. (2016). Perceptions of preparedness for the first medical clerkship: A systematic review and synthesis. *BMC Medical Education*, 16, Artículo 89. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0615-3>
- Universidad Técnica de Machala. (2022). Impacto de la crisis económica en los estudiantes y profesionales en formación en Ecuador. Universidad Técnica de Machala.
- Velastegui Zurita, B. B. (2023). La tanatología en la espiritualidad de los adultos mayores (Tesis de grado, Universidad Técnica de Ambato). Repositorio Institucional de la Universidad Técnica de Ambato.
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: A missing quality indicator. *The Lancet*, 374(9702), 1714–1721. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0)
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Little, Brown and Company.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2020). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. World Health Organization. <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2022). *Preventing violence and harassment in the health sector: Global guidance*. World Health Organization.
- Wright, K. P., Linton, D. B., Johnson, E. O., Wright, K. A., Depner, C. A., Vetter, C., & Markwald, R. R. (2020). Sleep in the time of COVID-19: Findings from the initial phase of the stay-at-home order. *Current Biology*, 30(14), R799–R800. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2020.06.022>

COLECTIVO DE AUTORES



SAMANTHA DANIELA

Salto Toaza

Magíster en Cuidados Paliativos
y Licenciada en Enfermería

 samysaltos45@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4343-6731>



ANGÉLICA CAROLINA

De La Vega Espín

Magíster en Salud Pública
y Licenciada en Enfermería

 angelicadlv@yahoo.es

 <https://orcid.org/0009-0008-6805-30099>



MARÍA EDELINA

Nuñez Rosero

Magíster en Cuidados Paliativos
y Licenciada en Enfermería

 mn99865@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0007-5944-5791>



ANA ISABEL

Tipanluisa Rocha

Licenciada en Enfermería

 anitabel0630@hotmail.com





MARCO ALEXANDER

Daqui Barreno

Médico General



alexanderdaqui1b@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0003-2371-2756>

Latidos del interno: experiencias, desafíos y aprendizajes del internado rotativo en el sistema de salud ecuatoriano presenta una mirada académica, reflexiva y testimonial sobre una etapa decisiva en la formación de los profesionales de la salud. La obra aborda la adaptación al entorno hospitalario, la supervisión clínica, las relaciones interprofesionales, la vocación, la resiliencia, la seguridad del paciente y los desafíos emocionales vinculados con las guardias, el cansancio, el duelo y la violencia. Mediante revisión documental, análisis normativo y testimonios, destaca el internado como espacio de aprendizaje, transformación personal y construcción de la identidad profesional.

ISBN: 978-9907-822-56-4

