

El eco del “no”: cómo la palabra que niega, silencia la mente del futuro médico innovador.

The echo of “no”: how negating language silences the mind of the future innovative physician.

Albert José Peñaloza Morales^{1*}

1. Residente de Medicina de Urgencias, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín-Colombia, <https://orcid.org/0000-0002-3669-5778>

*Correspondencia: albert.penalozam@campusucc.edu.co

Recibido: 12/1/26; Aceptado: 16/1/26; Publicado: 19/1/26

Resumen.

El lenguaje utilizado en la docencia clínica cumple un papel central en la forma en que los estudiantes y residentes construyen su aprendizaje, su motivación y su relación con el error. Desde la experiencia formativa en Medicina de Urgencias, se reflexiona sobre el uso reiterado de la negación expresada en un “no” categórico como mecanismo correctivo habitual en entornos clínico-docentes, y sobre cómo esta forma de interacción puede afectar la seguridad psicológica, la disposición a participar y los procesos cognitivos del aprendiz. A partir de aportes de la educación médica, la neurociencia del aprendizaje y la inteligencia emocional, se analizan las implicaciones emocionales, éticas y pedagógicas de este tipo de lenguaje, así como los factores culturales y jerárquicos que favorecen su persistencia. Finalmente, se plantea la necesidad de transitar hacia formas de retroalimentación más orientadoras y reflexivas, capaces de mantener el rigor académico sin recurrir al miedo, promoviendo entornos de aprendizaje más seguros y favorables para el pensamiento crítico y la innovación.

Palabras clave: Educación Médica, Lenguaje, Seguridad Psicológica, Internado y Residencia, Aprendizaje.

Abstract.

Language used in clinical teaching plays a central role in how students and residents construct their learning, motivation, and relationship with error. From the perspective of training in Emergency Medicine, this article reflects on the repeated use of negation, expressed through a categorical “no”, as a common corrective mechanism in clinical teaching environments, and on how this form of interaction may affect psychological safety, willingness to participate, and cognitive processes in learners. Drawing on insights from medical education, the neuroscience of learning, and emotional intelligence, it examines the emotional, ethical, and pedagogical implications of this type of language, as well as the cultural and hierarchical factors that contribute to its persistence. Finally, it argues for a shift toward more orienting and reflective forms of feedback that preserve academic rigor without relying on fear, promoting learning environments that are safer and more conducive to critical thinking and innovation.

Keywords: Medical Education, Language, Psychological Safety, Internship and Residency, Learning.

La formación médica ha sido históricamente un espacio de alta exigencia técnica, pero también un escenario donde se reproducen modelos jerárquicos en los que el error se castiga y la duda se silencia. En este contexto, una palabra breve y aparentemente inofensiva, el “no”, ha adquirido un peso desproporcionado dentro de la interacción docente–estudiante. Utilizada de forma reiterada y sin orientación posterior, la negación no solo corrige, sino que puede invalidar el razonamiento del aprendiz, inhibir su participación y deteriorar la relación pedagógica.

Desde la experiencia formativa en Medicina de Urgencias, resulta evidente la paradoja que atraviesa la educación médica contemporánea. Mientras la literatura promueve la seguridad psicológica, la inteligencia emocional y el aprendizaje empático, persisten prácticas docentes basadas en la negación y el miedo. Esta contradicción refleja una deuda ética en la formación de profesionales que, paradójicamente, serán responsables del cuidado de otros. En este marco, el “no” no es solo una palabra, sino la expresión de una cultura que confunde rigor con humillación.

Este trabajo reflexiona sobre el significado del “no” como acto de poder en la docencia clínica, analiza su impacto emocional y neurocognitivo, examina las razones de su persistencia y plantea alternativas orientadas a una retroalimentación más formativa. La premisa es clara: enseñar desde la negación no fomenta el pensamiento crítico, sino la evitación y el temor. El desafío pedagógico consiste en transformar el “no” que paraliza en un lenguaje que oriente, cuestione y motive.

1. El “no” como acto de poder y negación

Los escenarios clínicos de formación constituyen espacios donde conocimiento y poder coexisten en tensión. El docente no solo evalúa competencias, sino que define qué formas de razonamiento son aceptables. En este microcosmos jerárquico, la negación reiterada puede funcionar como símbolo de autoridad más que como herramienta pedagógica. Se ha demostrado que en entornos con alta distancia jerárquica y bajo liderazgo inclusivo disminuye la seguridad psicológica de los aprendices, generando miedo a participar y a expresar ideas (1). En la práctica clínica, esto se traduce en silencio, autocensura y evitación del razonamiento en voz alta, fenómenos particularmente problemáticos en urgencias, donde la discusión abierta es clave para la toma de decisiones seguras. El impacto de este modelo no es únicamente emocional. La inseguridad psicológica reduce la disposición al aprendizaje colaborativo y afecta la percepción de justicia en la formación médica (2-3). Cuando la corrección se asocia a humillación, se activan respuestas de amenaza que interfieren con la memoria de trabajo y el razonamiento clínico (4). En ese punto, la enseñanza deja de ser un proceso cognitivo para convertirse en una experiencia de autoprotección.

2. Impacto emocional y neurocognitivo de la negación

El aprendizaje significativo depende de la integración entre emoción y cognición. La neurociencia ha demostrado que la exposición a estímulos negativos activa redes de estrés mediadas por la amígdala, desviando recursos de la corteza prefrontal, región clave para el pensamiento crítico y la toma de decisiones (4). Desde esta perspectiva, cada “no” expresado en tono de rechazo puede operar como una microamenaza que interrumpe la consolidación del aprendizaje. Este fenómeno ha sido descrito también desde la psicología motivacional, donde la corrección negativa repetida favorece una mentalidad fija, caracterizada por la evitación del error y de los desafíos cognitivos (5). En contraste, los entornos que validan el proceso de razonamiento, incluso cuando la respuesta es incorrecta, promueven una mentalidad de crecimiento y mayor compromiso con el aprendizaje. En la educación médica, sin embargo, persiste una tendencia a disociar emoción y cognición. La intelectualización de la práctica ha llevado a invisibilizar la emoción como forma legítima de conocimiento, contribuyendo a la deshumanización del proceso formativo (6). Paradójicamente, los entornos empáticos y de confianza se asocian con mayor motivación intrínseca y mejor retención del conocimiento, mientras que el lenguaje negativo bloquea la curiosidad y el pensamiento flexible (4).

3. La persistencia del modelo: tradición y dogma

A pesar de la evidencia disponible, la enseñanza basada en la negación continúa siendo una práctica frecuente. Sus raíces son históricas y culturales. La medicina se ha construido bajo un modelo de transmisión vertical del conocimiento, donde la autoridad del docente se asocia con control e infalibilidad. Este fenómeno ha sido descrito como una pedagogía del dogma, que privilegia la obediencia sobre el pensamiento crítico (7). Los docentes tienden a reproducir los modelos con los que fueron formados, perpetuando dinámicas que normalizan la censura y el silenciamiento del error. En muchos entornos clínico-docentes, la verticalidad sigue interpretándose como sinónimo de disciplina, a pesar de que el liderazgo inclusivo y la baja distancia de poder se asocian con mayor seguridad psicológica (1). Este anacronismo contradice décadas de evidencia que vinculan la seguridad psicológica con mejores resultados en aprendizaje y menor riesgo de error (8). En urgencias, donde la incertidumbre es inherente, silenciar al aprendiz no fortalece la seguridad clínica, sino que la compromete.

4. Inteligencia emocional y seguridad psicológica como alternativas formativas

Superar la pedagogía de la negación no implica reducir la exigencia académica, sino humanizar la corrección. La inteligencia emocional ofrece un marco conceptual que integra autoconciencia, autorregulación y empatía, competencias esenciales en la docencia médica (9). La seguridad psicológica se define como la percepción de que es posible preguntar, opinar o equivocarse sin temor a represalias (8). En el entorno clínico formativo, esto permite que el estudiante exprese dudas o reconozca límites sin que ello suponga humillación. La evidencia muestra que los programas que incorporan retroalimentación centrada en la conducta y no en la persona favorecen la participación, la confianza y la retención del conocimiento (10). Desde la experiencia en urgencias, este enfoque resulta especialmente relevante, dado el carácter dinámico, incierto y colaborativo de la práctica asistencial. Formar profesionales capaces de razonar bajo presión exige entornos donde el error pueda analizarse sin miedo.

5. Del juicio a la orientación: transformar el lenguaje docente

El cambio en la educación médica no depende solo de nuevas metodologías, sino de una transformación consciente del lenguaje. Sustituir el “no” categórico por preguntas orientadoras o invitaciones al análisis no debilita el rigor, sino que lo refuerza. Expresiones que abren el diálogo preservan la precisión académica y reducen el miedo como mediador del aprendizaje. Cuando el discurso docente se formula desde la orientación, el estudiante deja de sentirse evaluado de forma permanente y comienza a percibirse como un participante activo del proceso formativo. Se fortalece la autoeficacia, la motivación y la creatividad, elementos esenciales para el aprendizaje significativo (5,9). Así, el aula clínica recupera su función como espacio de pensamiento compartido y construcción de conocimiento.

Conclusiones

- El “no” ha sido una constante silenciosa en la educación médica. Su brevedad lingüística contrasta con su impacto emocional y cognitivo. Utilizado desde la autoridad y sin orientación, puede inhibir la curiosidad, empobrecer el razonamiento y transformar el aprendizaje en una experiencia defensiva.
- Replantear el lenguaje docente no implica renunciar al rigor, sino asumir que la excelencia formativa se construye mejor en entornos donde el error se analiza y se acompaña. En Medicina de Urgencias, formar profesionales capaces de pensar bajo presión requiere menos silencios impuestos y más diálogos orientadores. Transformar el eco del “no” en una invitación al pensamiento crítico es una responsabilidad ética de la educación médica contemporánea.

Referencias bibliográficas

1. Appelbaum NP, Dow A, Mazmanian PE, Jundt DK, Appelbaum EN. The effects of power, leadership and psychological safety on resident event reporting. *Med Educ*. **2016**, 50(3), 343-350. <https://doi.org/10.1111/medu.12947>
2. Hardie P, O'Donovan R, Jarvis S, Redmond C. Key tips to providing a psychologically safe learning environment in the clinical setting. *BMC Med Educ*. **2022**, 22, 816. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03892-9>
3. Dong C, Altshuler L, Ban N, et al. Psychological safety in health professions education. *Front Med*. **2025**, 11, 1508992. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1508992>
Immordino-Yang MH, Damasio A. We feel, therefore we learn. *Mind Brain Educ*. **2007**, 1(1), 3-10. <https://doi.org/10.1111/j.1751-228X.2007.00004.x>
4. Dweck CS. *Mindset: the new psychology of success*. Rev ed. London: Robinson; **2017**.
5. Cherry MG, Fletcher I, O'Sullivan H, Dornan T. Emotional intelligence in medical education. *Med Educ*. **2014**, 48(5), 468-478. <https://doi.org/10.1111/medu.12406>
6. Toufan N, Omid A, Haghani F. The double-edged sword of emotions in medical education. *J Educ Health Promot*. **2023**, 12, 52. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_644_21
7. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Adm Sci Q*. **1999**, 44(2), 350-383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
8. Roth CG, Eldin KW, Padmanabhan V, Friedman EM. Twelve tips for the introduction of emotional intelligence in medical education. *Med Teach*. **2019**, 41(7), 746-749. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2018.1481499>
9. Maity S, De Filippis SM, Aldanese A, et al. Enhancing emotional intelligence in medical education. *Front Med*. **2025**, 12, 1587090. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1587090>



© 2026 University of Murcia. Submitted for publication in open access under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).