



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
INSTITUTO PEDAGÓGICO "LUIS BELTRÁN PRIETO FIGUEROA"
PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DOCTORADO EN EDUCACIÓN**

**PRAXIS PEDAGÓGICA DESDE EL LIDERAZGO: UNA MIRADA DEL SER DOCENTE EN EL
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Autora: Adriana Indira López Navas

Tutora: Yimber Galíndez

Barquisimeto, agosto de 2025



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
INSTITUTO PEDAGÓGICO "LUIS BELTRÁN PRIETO FIGUEROA"
PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DOCTORADO EN EDUCACIÓN**

**PRAXIS PEDAGÓGICA DESDE EL LIDERAZGO: UNA MIRADA DEL SER DOCENTE EN EL
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Tesis Doctoral presentada como requisito parcial para optar al Grado de
Doctor en Educación

Autora: Adriana Indira López Navas
Tutora: Yimber Galíndez

Barquisimeto, agosto de 2025


Mesa De Evaluación De Tesis Doctoral


POE-2023-4-09

El día 04 de Julio del 2023, se constituyó en la sede del Programa Interinstitucional de Doctorado en Educación -PIDE-, Convencio entre la Universidad Central de Venezuela "UcV", la Universidad Nacional Experimental Politécnica "Antonio José de Sucre" y la Universidad Pedagógica Experimental Libertador, el Jurado designado para conocer de la presentación y discusión pública de la Tesis Doctoral titulada: "PRAXIS PEDAGÓGICA DESDE EL LIDERAZGO: UNA MIRADA DEL SER DOCENTE EN EL DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD", presentada por la ciudadana: ADRIANA INDIRA LÓPEZ NAVAS, titular de la Cédula de Identidad Nº 28.270.303.


Cumplidas las formalidades legales correspondientes y realizadas en el Acto Académico, el Jurado procedió a emitir el veredicto: **APROBADO**, como resultado de evaluación de la referida Tesis.


Jurado Evaluador



Dr. Alfredo Lucena
C.I. 2.897.209


Dra. Ramona Blanco
C.I. 22.064.355




Dr. Yimber Galindes
Tutor
C.I. 22.842.800


Dr. Miguel Herrera
C.I. 7.204.204


Dra. Ralva Lucena
C.I. 24.875.809



AUTORIZACIÓN PARA LA DEFENSA

Por la presente hago constar que he leído la tesis doctoral, presentado por la ciudadana: **Adriana Indira López Navas**, cédula de identidad N° **V-20.235.301** para optar al grado de: **Doctor en Educación**, cuyo título es: **PRAXIS PEDAGÓGICA DESDE EL LIDERAZGO: UNA MIRADA DEL SER DOCENTE EN EL DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD**; y considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para su presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Barquisimeto, a los 6 días del mes de agosto de 2025.

Dr. Yimber Galíndez

C.I: V-13.643.800

Tutor

COMPROMISO ÉTICO-MORAL DEL INVESTIGADOR

Yo; Adriana Indira López Navas, C.I: V-20.235.301, responsable de la tesis doctoral titulada: PRAXIS PEDAGÓGICA DESDE EL LIDERAZGO: UNA MIRADA DEL SER DOCENTE EN EL DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD; por medio de la presente me comprometo que la tesis doctoral antes especificada y presentada en anexo, responde a los siguientes principios éticos que he respetado:

1. Es original.
2. Se incluyen a todos los coautores de la investigación.
3. Se citan a los autores parafraseados.
4. Se citan a los autores de citas textuales.
5. Se incluye el consentimiento informado de los participantes.
6. Se protege la confidencialidad e identidad de los participantes.
7. Se precisan sin confusión las ideas de autores citados.
8. Carece de manipulación de citas: inventadas, incorrectas u omitidas.
9. Carece de falsificación o fabricación de datos.
10. Carece de apropiación ilícita de información de otros autores.
11. Carece de autoplagio parcial o total.

Por lo que asumo responsablemente las consecuencias inherentes en caso de ser contrario.

En Barquisimeto, a los 16 días del mes de agosto de 2025

Firma del autor

DEDICATORIA

A Dios, fuente de sabiduría y fortaleza, por guiar mis pasos, sostenerme en cada dificultad y mostrarme el camino incluso en los momentos de mayor oscuridad.

A mi madre, ejemplo de amor incondicional, sacrificio y entrega, quien con su apoyo y fe inquebrantable ha sido mi mayor inspiración y motivo de perseverancia.

A mis hermanos, compañeros de vida, con quienes comparto lazos de amor, recuerdos y aprendizajes que han enriquecido mi camino y me han dado la fuerza para seguir adelante.

A todos ustedes, dedico este logro que es también suyo.

.

.

RECONOCIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Dios por su sabiduría, bondad y guía constante. A mi madre mi fuente ínfima de inspiración, cuya constante motivación y apoyo incondicional me ha apoyado incondicionalmente durante todo este proceso, a mis hermanos por siempre estar presentes en cada proceso de aprendizaje. A mi tutor, el Dr. Yimber Galíndez, por su valioso acompañamiento y por compartir su extenso conocimiento. Sus aportes han sido concluyentes para la estructuración y desarrollo de este trabajo, y siempre estaré agradecida por su dedicación y compromiso. Al programa interinstitucional de Doctorado en Educación (PIDE), por abrirme las puertas y proporcionar un ambiente académico propicio para la investigación. Su apoyo ha sido fundamental para que este proyecto se hiciera realidad. A todo el personal docente de la UPEL, por sus invaluable aportes durante mi formación doctoral, que con su asesoría y orientación me ayudó a delimitar el tema y definir los aspectos teóricos y pedagógicos necesarios para la creación de esta teorización. También quiero expresar mi gratitud al cuerpo docente del Departamento de Ciencias Morfológicas del Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” (UCLA), por su disposición y colaboración para la recolección de datos esenciales para este estudio. Su compromiso con la educación y su apertura para participar en esta investigación han sido fundamentales para su éxito. A todos aquellos que, de una u otra forma, han contribuido a la finalización de este trabajo doctoral, gracias. Cada palabra de aliento, cada gesto de apoyo, y cada consejo recibido han sido piezas importantes en este arduo pero gratificante camino hacia la consecución de este logro académico. Esta tesis es el reflejo de un esfuerzo colectivo, y a todos ustedes les dedico este éxito.

Adriana Indira López Navas.

ÍNDICE GENERAL

LISTA DE TABLAS	9
LISTA DE FIGURAS	10
RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN	14
MOMENTO	
I CONTEXTO EMPÍRICO	
Aproximación a la realidad.....	17
Intencionalidades investigativas.....	31
Interés contributivo del estudio.....	31
II HORIZONTES TEÓRICOS QUE SOSTUVIERON LA INDAGACIÓN	
Travesía investigativa por saberes precedentes.....	35
Acompañamiento de los autores.....	50
Praxis pedagógica situada y reflexiva.....	50
Liderazgo educativo como construcción emergente.....	53
Ser médico-docente como sujeto ético y relacional.....	58
Cultura organizacional en contextos académicos de la salud.....	66
Contexto del estudio: Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado.....	69
Teoría humanista.....	73
Teoría de los valores.....	74
III FUNDAMENTOS DE LA RUTA METODOLÓGICA	
Visión paradigmática.....	76
Estructura onto-epistémica y metodológica.....	79
Actores Sociales.....	86
Técnicas para el acopio de la información.....	88
Entrevista a profundidad.....	88
Escenario implicado en la aplicación de la entrevista.....	89
Técnicas para el análisis de la información.....	90
Codificación/categorización.....	90
Triangulación de la información.....	92
Análisis de contenido reflexivo.....	93
Confianza interna y científicidad de la investigación.....	94
Bitácora de la aproximación teórica generada.....	95
IV VOCES QUE DEVELARON SENTIDO	
Trayectos emergentes del ser.....	98

	pp.
Primera fase: codificación/categorización.....	100
Segunda fase: sistematización e interpretación de las categorías y sus Subcategorías.....	116
tercera fase: triangulación de la información.....	168
V APROXIMACIÓN TEÓRICA EMERGENTE	
Praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente	
Horizontes conceptuales introductorios.....	181
Propósitos orientadores de acción proyectiva hacia el comportamiento Organizacional.....	183
Perspectiva que fortalecen la aproximación teórica	193
Macroconceptos generados que estructuran la edificación cognitiva.....	196
Praxis pedagógica integral como experiencia formativa reflexiva.....	196
Integridad formativa inspiradora.....	199
Sensibilidad humanizadora del ser médico-docente.....	201
Liderazgo ético-humanista.....	204
Liderazgo humilde-reflexivo.....	207
Núcleo ontológico del ser-médico en el “estar ahí” universitario.....	210
Núcleo epistemológico del saber-médico en la praxis pedagógica Construida socialmente.....	212
Núcleo axiológico de la aproximación teórica en la praxis pedagógica del médico-docente.....	214
Núcleo pedagógico de la aproximación teórica.....	215
Núcleo teleológico como fin último.....	217
VI REFLEXIONES	
Entre el bisturí y la palabra: metáfora de la praxis pedagógica en el liderazgo del médico-docente.....	222
REFERENCIAS.....	227
ANEXOS.....	238
A1 CONVERSACIONES PRELIMINARES E INFORMALES.....	239
A2 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS ACTORES SOCIALES.....	242
A3 PREGUNTAS ORIENTADORAS DE LA ENTREVISTA.....	247
A4 TRANSCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS.....	249
RESUMEN CURRICULAR.....	260

LISTA DE TABLAS

TABLA		pp.
1	Perfil profesiográfico de los actores sociales informales.....	87
2	Perfil Profesiográfico de los Actores Sociales formales.....	87
3	Modelo utilizado en la triangulación de la información.....	92
4	Actor social A.....	99
5	Actor Social B.....	103
6	Actor Social C.....	107
7	Actor Social D.....	111
8	Categoría elementos de la praxis pedagógica. Subcategoría conexión emocional	168
9	Categoría elementos de la praxis pedagógica. Subcategoría didáctica con sentido Clínico-formativo.....	170
10	Categoría ser del médico-docente. Subcategoría conexión y confianza.....	172
11	Categoría ser del médico-docente. Subcategoría relación cercana y profesional.	173
12	Categoría aspectos del liderazgo. Subcategoría influencia formativa integral.....	175
13	Categoría aspectos de liderazgo. Subcategoría integridad y humildad docente	177

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	pp.
1 Convergencias investigativas contributivas.....	48
2 Liderazgo del médico-docente.....	53
3 Ser del médico docente.....	58
4 Enseñanza en salud como práctica situada y humanista.....	66
5 Ruta orientadora de la investigación.....	85
6 Codificación/categorización.....	91
7 Categoría elementos de la praxis pedagógica y sus subcategorías.....	127
8 Categorías intermedias de los elementos de la praxis pedagógica.....	128
9 Macroconcepto de los elementos de la praxis pedagógica.....	130
10 Categoría ser del médico-docente y sus subcategorías.....	145
11 Categorías intermedias de la categoría ser del médico-docente.....	146
12 Macroconceptos de la categoría ser del médico-docente.....	147
13 Categoría aspectos del liderazgo y sus subcategorías.....	163
14 Categorías intermedias de la categoría aspectos del liderazgo.....	164
15 Macroconceptos de la categoría aspectos del liderazgo.....	166
16 Triangulación de la información.....	178
17 Primer propósito orientador con dominio del comportamiento organizacional.....	182
18 Segundo propósito de la motivación intrínseca mediante conexión empática.....	186
19 Tercer propósito de la reflexión transformadora.....	189
20 Macroconceptos.....	208
21 Aproximación teórica emergente acerca de la praxis pedagógica desde el Liderazgo como una mirada del ser docente en el decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA).....	216 218



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
INSTITUTO PEDAGÓGICO "LUIS BELTRÁN PRIETO FIGUEROA"
PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DOCTORADO EN EDUCACIÓN**

Línea de investigación: Comportamiento Organizacional

**PRAXIS PEDAGÓGICA DESDE EL LIDERAZGO: UNA MIRADA DEL SER DOCENTE EN EL
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Autora: Adriana Indira López Navas

Tutora: Yimber Galíndez

Fecha: agosto 2025

RESUMEN

La praxis pedagógica, guiada por el liderazgo del médico-docente, trasciende lo académico, moldeando conciencia, ética y vocación en Ciencias de la Salud. En este estudio inscrito en el paradigma interpretativo, enfoque cualitativo, método fenomenológico trascendental con apoyo de la hermenéutica, me propuse la intencionalidad de generar una aproximación teórica emergente acerca de la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA). Comprendí los sentidos y significados otorgados en la realidad del fenómeno de estudio por quienes conviven en su transitar educativo con manifestaciones de experiencias y vivencias pedagógicas y de liderazgo. Así, seleccioné cuatro (4) médicos-docentes, cuya información fue sometida a los procesos de codificación/categorización, triangulación y análisis reflexivo, interpretando desde las categorías iniciadoras: elementos de la praxis pedagógica, ser del médico-docente y aspectos del liderazgo, las subcategorías emergentes. El criterio de confianza y credibilidad científica se plasmó en el regreso al actor social del material protocolar transcrito de las entrevistas para que dieran fe de la legitimidad y verdad del conocimiento generado. Los hallazgos significativos fueron comprendidos en los macroconceptos: praxis pedagógica integral como experiencia formativa reflexiva, liderazgo ético-humanista, liderazgo humilde-reflexivo, sensibilidad humanizadora del ser médico-docente e integridad formativa inspiradora, los cuales estructuran la aproximación teórica generada, además de los núcleos: ontológico, epistemológico, pedagógico, axiológico y teleológico. Las reflexiones se desarrollaron en el marco entendido entre el bistori y la palabra: metáfora de la praxis pedagógica en el liderazgo del médico-docente, donde presento algunas analogías entre el acto quirúrgico (y hacer clínico) y el acto pedagógico (hacer educativo).

Descriptor: praxis pedagógica, liderazgo, ser del médico-docente, ciencias de la salud.

INTRODUCCIÓN

La praxis pedagógica en el ámbito de la formación en Ciencias de la Salud trasciende los escenarios de la transmisión de información y conocimientos especializados, en tanto, representa un espacio de encuentro del ser médico-docente que se significa entre el saber, la ética y la humanidad, donde el liderazgo emergente se manifiesta en torno a la capacidad de orientación, inspiración, motivación y transformación de nuevas realidades en la práctica médica. De esta manera, en la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA), este fenómeno lo presento como un entramado cargado de complejidad y eventos trascendentes que convergen en la responsabilidad formativa, sensibilidad hacia la vulnerabilidad estudiantil y la exigencia ética de cultivar profesionales competentes y comprometidos con la vida.

En este orden de ideas, en la presente investigación me propuse la intencionalidad de generar una aproximación teórica emergente acerca de la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA), otorgando significación a las voces de los actores sociales respecto a sus vivencias y experiencias en la realidad del fenómeno de estudio, que comprendí frente a los diversos retos planteados en la complejidad del ser y hacer pedagógico dada la potencialidad de formar a los futuros galenos, en el marco de capacidades, actitudes y marcos representativos del comportamiento organizacional que activa el desempeño constructivo de entendimiento, habilidades y actitudes reflejadas en el liderazgo con un ejemplo, humano, sensible y reflexivo.

En esta perspectiva, la praxis pedagógica del médico-docente en el escenario de la trascendencia del acto educativo integral, cobra vigencia como proceso profundamente relacional y sensible, donde la palabra se convierte en camino constructivo de intereses comunes, dando ejemplo como faro de luz en la formación médica. Es en la cotidianidad de las aulas y los espacios clínicos combinados en el ser del médico-docente donde se gestan los aprendizajes más perdurables, aquellos que, más allá de la ciencia, enseña a mirar al

otro, desde la compasión y el respeto. De este modo, el liderazgo en ciencias de la salud se develó más allá de una autoridad impuesta, como un compromiso ético y humano que acompaña, orienta y dignifica al otro, articulando un tejido de significados, valores y actitudes en el conocer y hacer para abrazar la formación integral de seres humanos llamados a preservar la vida.

De esta manera, al seguir la ruta metodológica de la fenomenología trascendental con apoyo de la hermenéutica, haciendo hincapié en el referente ontológico del ser médico-docente al estar-ahí, en su dinámica existencial reflexiva que permanece entre dos mundos concatenados de la clínica y de la praxis pedagógica, dentro de la episteme del construccionismo social, pude estructurar la investigación en el Momento I: contexto empírico, con la aproximación a la realidad a partir de las voces preliminares e informales de los actores sociales, di cabida a las intencionalidades investigativas y el interés contributivo del estudio.

Por su parte, el Momento II: horizontes teóricos que sostuvieron la indagación, donde incluyo la travesía investigativa por saberes precedentes y el acompañamiento de los autores. En términos del Momento III: fundamentos de la ruta metodológica, inicio con la visión paradigmática, seguido de la estructura onto-epistémica y metodológica, actores sociales, técnica para el acopio de la información, escenario implicado en la aplicación de la entrevista, técnicas para el análisis de la información, donde incluyo la codificación/categorización, triangulación de la información y análisis de contenido reflexivo, confianza interna y científicidad de la investigación, bitácora de la aproximación teórica generada.

Asimismo, el Momento IV: voces que develaron sentido, hago referencia a los trayectos emergentes del ser, configurados en la primera fase: codificación/categorización, segunda fase donde doy cabida a la sistematización e interpretación de las categorías y sus subcategorías, y en la tercera fase, presento la triangulación de la información.

En cuanto al Momento V: aproximación teórica emergente, inicio con la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente, al integrar los horizontes conceptuales introductorios, los propósitos orientadores de acción proyectiva del

comportamiento organizacional, que incluyen fomentar el liderazgo pedagógico con ética humanizada, promover la motivación intrínseca mediante conexión empática, e impulsar la reflexión transformadora en la praxis docente.

Asimismo, incluyo en esta estructuración, las perspectivas que fortalecen la aproximación teórica, macroconceptos generados que estructuran la edificación cognitiva, que fueron significados en la praxis pedagógica integral como experiencia formativa reflexiva, integridad formativa inspiradora, sensibilidad humanizadora del ser médico-docente, liderazgo ético-humanista y liderazgo humilde-reflexivo.

Del mismo modo, edifiqué la construcción teórica emergente desde el núcleo ontológico del ser-médico en el "estar ahí" universitario, el núcleo epistemológico del saber-médico en la praxis pedagógica construida socialmente, el núcleo axiológico de la aproximación teórica en la praxis pedagógica del médico-docente, el núcleo pedagógico de la aproximación teórica, y el núcleo teleológico como fin último. De forma similar, reflexioné en el Momento VI, a través del lente percibido entre el bisturí y la palabra como metáfora de la praxis pedagógica en el liderazgo del médico-docente. Luego, presento las referencias y los anexos.

MOMENTO I

CONTEXTO EMPÍRICO

Ser docente en Ciencias de la Salud implica liderar con conciencia; es en la praxis pedagógica donde el conocimiento se humaniza, el saber se compromete y la enseñanza se convierte en acto ético de transformación.

Aproximación a la Realidad

Vivimos una época donde la complejidad del mundo real desafía nuestras formas tradicionales de comprender, enseñar e investigar, dando lugar a que las universidades y centros de formación educativa enfrenten el reto de abandonar estructuras rígidas y enfoques epistémicos tradicionales para asumir formas de hacer más coherentes con la realidad cambiante frente a la incertidumbre como condición permanente del saber. De allí que, el acercamiento a la realidad del fenómeno de estudio relacionado con el liderazgo educativo como constructo epistémico desde la praxis pedagógica del docente universitario, ya no puede concebirse sustentado en una lógica lineal ni en una pretensión de objetividad absoluta, sino que exige una actitud epistémicas flexible, reflexiva y constructiva.

En este orden de ideas, Boon et al (2022) destaca que los retos complejos del siglo XXI requieren investigadores y profesionales capaces de abordar científicamente los contextos problemáticos y dinámicos. Plantean que las epistemologías construcción y su a su, inspiradas en la filosofía de la ciencia en la práctica, ofrecen un escenario fértil para

trascender aspectos del liderazgo educativo en el desarrollo de habilidades investigativas profundas y pertinentes.

Desde esta comprensión, la realidad no se presenta como algo dado o inmutable, se trata de una co-construcción en interacción con quienes la interpretan, transforma y resignifican. Por ello, el liderazgo en la educación universitaria va más allá de la reproducción de esquemas normativos, ha de centrarse y actuar como mediador reflexivo entre el sujeto y la complejidad del contexto institucional, social y global. El liderazgo transformacional, en lugar de estar centrado en los atributos del líder o en sus habilidades carismáticas, se orienta actualmente hacia el fomento de capacidades colectivas para navegar la incertidumbre, articular visiones compartidas al generar procesos de co-construcción del saber.

En este nuevo mapeo del conocimiento, el liderazgo educativo cobra sentido en la medida en la cual promueve la creación colaborativa de proyectos situados, capaces de integrar conocimiento pedagógico, dimensión organizativa, sensibilidad a ética y pensamiento crítico. Como afirman Boon et al. (2022) el aprendizaje basado en proyectos, aunque popular, ha demostrado limitaciones cuando no se acompaña de una epistemología adecuada que permita profundizar en la comprensión teórica y estimular la creatividad investigativa.

Por tanto, más que replicar modelos de liderazgos educativos universitarios, se trata de impulsar prácticas reflexivas donde los docentes-investigadores pueden modelar científicamente la realidad, generando intervenciones contextualizadas y pertinentes, desde una lógica centrada en el diálogo y no mecanicista del saber. Este giro epistemológico y pedagógico, lejos de ser una moda, responde a un requerimiento ético y cognitivo de formar profesionales y líderes con pensamiento crítico, creatividad y responsabilidad social.

Así, la figura del líder universitario, entonces, deja de ser un simple gestor para convertirse en un articulador de sentidos, un facilitador de procesos emergentes y un agente que cataliza redes de innovación educativa con impacto social. He allí donde la universidad del presente y del porvenir se reconfigura como un laboratorio vivo de construcción de sentido, donde el conocimiento no sólo se transfiere, sino que se

problematiza, resignifica y humaniza frente a la realidad social. Frente a esta realidad, Barrett-Maitland et al., (2004), señalan:

La sostenibilidad y viabilidad de las Instituciones de Educación Superior (IES) en este entorno global, sin fronteras y rico en información, dependerá de su capacidad para ser flexibles, adaptarse y ajustarse a las cambiantes necesidades del estudiante. El liderazgo ágil es una aproximación de liderazgo dinámica, reflexiva, innovadora y que reduce la burocracia (s/n)

La postura de los precitados autores conjugan elementos significativos del núcleo epistemológico de un liderazgo educativo re conceptualizado desde la praxis pedagógica del docente universitario, al encontrarnos, ante un punto de inflexión donde la universidad debe dejar de concebir el liderazgo como una función estructural de jerarquía vertical e iniciar su recorrido vivenciado dentro de esquemas de adaptabilidad contextual, lo que da cabida a un liderazgo educativo que se develan como experiencia transformacional demandante de un acto continuo de relectura contextualizada de las demandas formativas, emocionales y cognitivas del estudiantado en el siglo XXI.

En este orden de ideas, el concepto de liderazgo y se articula en este caso, como una propuesta gerencial más allá de ser interpretado como un constructo ontológico-pedagógico, donde el ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud deja el desenvolvimiento educativo, exclusivamente como un ejecutor de contenidos y se asume como agente epistémico de cambio, capaz de modular su acción integral del hacer en respuesta a las complejidades emergentes de su realidad, por lo tanto; el liderazgo ya no se define por el dominio del poder institucional, sino que se implica en la capacidad de generar sentido colectivo, de convocar voluntades para construir conocimiento pertinente.

Así, hablar de liderazgo desde la praxis pedagógica del ser docente en esta mirada, ha de trascender los marcos de liderazgo tradicional y adentrarse en un paradigma de interacción horizontal, innovación colaborativa y gestión consciente frente a la incertidumbre, lo que ha de dar cabida a la resignificación de demandas de formación específicas, autoconciencia reflexiva y visión humanista capaz de reconocer al otro como co-constructor del proceso educativo. El liderazgo ágil, por tanto, no es una metodología, sino una ética del encuentro académico en tiempos de disrupción.

Dadas estas especificaciones, se abren nuevas posibilidades atribuibles al ser docente, para que un país pueda lograr su pleno crecimiento. Por lo tanto, es necesario vincular a los sectores empresariales, laborales y los organismos responsables del sector universitario y de la salud, a fin de lograr las competencias fundamentales que permitan cumplir con funciones integrales en términos de fortalecer las metas y objetivos organizacionales.

En este sentido, la actuación idónea que emerge de una tarea concreta, en un contexto con sentido, exige del individuo apropiación de un conocimiento para la resolución de problemas con diversas soluciones y de manera pertinente, por ello, la educación se desarrolla en una situación o contexto determinado. En efecto, me he encontrado profundamente interpelada por la lucidez teórica sobre estos aspectos que trata Southworth (2022), al destacar que "sin la capacidad de llevarnos desde una creencia confirmada hacia una posición de duda, la posibilidad de crecimiento intelectual y personal es limitada" (s/n).

Esta connotación, que asumo como un umbral de apertura hermenéutica, me permite argumentar que la actuación idónea del ser docente en Ciencias de la Salud, en tanto actor epistémico y ético dentro del aula, no puede circunscribirse a la simple aplicación de saberes instrumentalizados; por el contrario, la praxis exige un habitar reflexivo del contexto, donde cada situación educativa se resignifica dada la experiencia situada y con sentido, capaz de develar no sólo un problema, sino también la complejidad de sus múltiples soluciones.

Desde esta perspectiva, el liderazgo del médico en funciones pedagógicas, no puede asumirse como una mera dirección o administración de procesos, se trata más bien, de la disposición para activar el pensamiento reflexivo desde la duda. A partir del planteamiento del precitado autor, comprendo que la duda no es signo de debilidad, sino un gesto inaugural de la transformación, en tanto, dudar de lo ya dado, abrirse a lo no pensado, cuestionarlo hegemónico. Dadas estas implicaciones se manifiesta un desplazamiento profundo orientado desde el saber hacer técnico operativo de funciones, así como desde el ser, al saber situarse existencialmente.

Entiendo, que la apropiación del conocimiento por parte del ser docente en Ciencias de la Salud como líder, no se consume en la acumulación de informaciones operativas, sino en torno a la toma de posición frente a lo incierto. Es precisamente allí, desde esa apertura donde surge una praxis pedagógica reflexiva, dialógica y transformadora, capaz de promover en los discentes la resolución de problemas, además de la reconfiguración de sentidos, es decir; la emergencia de nuevas formas de pensar, de vivir, de liderar.

Este marco representativo del liderazgo que subyace a los planteamientos anteriores, no es un estilo ni un conjunto de competencias; es una actitud epistémica de inquietud permanente frente a lo establecido, hacia la capacidad de construir comunidad de pensamiento en el marco sensible de una empatía cognitiva y la toma de perspectivas que en suma, se trata de un liderazgo que se atreve a dudar, precisamente porque confía en la potencia creativa que esa duda desata frente a la realidad de los diversos problemas pedagógicos en su entorno. Ahora bien, en correspondencia con los razonamientos de Dandan et al. (2025), se tiene que:

El liderazgo docente en el ámbito de la educación médica ha sido un tema emergente, con investigaciones significativas que destacan su impacto tanto en el desarrollo institucional como en los resultados estudiantiles. El concepto de liderazgo docente en la educación médica 60 en empoderar a los educadores para influir en los planes de estudio, moldear las prácticas educativas y contribuir al desarrollo más amplio de la comunidad médica (s/n).

En este decir del precitado autor y desde mi vivencia en la docencia en Ciencias de la Salud, puedo manifestar en torno al liderazgo del médico docente, que lo descrito en la cita, representa una ventana iluminada hacia la comprensión más profunda del fenómeno, en tanto me interroga y me confirma, al mismo tiempo, que el liderazgo en este escenario no es un ejercicio de poder jerárquico, sino un acto de empoderamiento pedagógico consciente, en el cual el educador en salud se convierte en arquitecto activo del conocimiento médico y en tejedor de vínculos con sentido dentro y fuera del aula clínica.

Percibo además que, el médico docente que asume un rol de liderazgo transforma el currículo en una experiencia vital y no en un simple dar de contenidos, en tanto influye

en las prácticas educativas, no desde el mandato, sino desde la reflexión situada, reconociendo que cada estudiante vive procesos distintos, con cargas emocionales intensas y desafíos intelectuales únicos. En este terreno, el liderazgo deja de ser un concepto administrativo para convertirse en una praxis ética, en una forma de estar con otros, de formar comunidad profesional en torno a la experiencia y para la vida.

Asimismo, este liderazgo impacta más allá de lo inmediato incidiendo en la cultura institucional que proyecta a los futuros médicos hacia una comunidad más humana, colaborativa y transformadora. Es, por tanto, una manera de contribuir al desarrollo del tejido médico-social, no desde la extracción de teorías y contenidos curriculares, sino desde la convicción profunda que educar es también sanar. Desde estos razonamientos, reafirmo que el liderazgo del médico docente es, en esencia, una praxis epistemológica situada, donde la acción pedagógica se entrecruza con las responsabilidades sociales y el compromiso con la transformación de realidades humanas. Igualmente, encuentro pertinencia en esta investigación respecto a los planteamientos de Mendhe et al. (2023) quienes se expresan en los siguientes términos:

La realidad fundamental es que ningún líder puede ser el mejor en todas las habilidades o en todos los ámbitos, pero para ser considerado un líder eficaz y alcanzar la visión de la organización, debe ofrecer resultados. Para lograrlo, se necesita un enfoque de EQUIPO (Todos Juntos Logramos Más) y se adopta un liderazgo basado en fortalezas. El liderazgo basado en fortalezas implica delegar tareas específicas a miembros individuales, en lugar de intentar hacerlo todo uno mismo o pedir a todos en el equipo que hagan todo el trabajo (s/n).

Con esta perspectiva, puedo afirmar que constituye una develación epistemológica para comprender el liderazgo del ser médico docente más allá de un ejercicio de omnipotencia académica, se trata de una práctica colectiva donde la sabiduría reside en la diversidad de fortalezas, al tiempo que, en este escenario de la educación en Ciencias de la Salud, dicho enfoque rompe con el paradigma tradicional del líder autosuficiente, en tanto plantea una reconfiguración ética del rol pedagógico en términos donde el médico educador se convierte en un facilitador estratégico del aprendizaje, capaz de identificar y potenciar las capacidades de su equipo académico, clínico y estudiantil.

Al integrar el enfoque de indagación apreciativa, vislumbro un modo de ser del liderazgo humanizado y colaborativo, donde lo pedagógico se entrecruza con lo organizacional, al punto que, en estudio postular el liderazgo del ser docente como un constructo dinámico, anclado en la praxis, que promueve la efectividad institucional además del desarrollo identitario y profesional del educador médico en términos de poder convertirse en un agente transformador en contextos complejos.

Ahora bien, desde los espacios formativos donde se entretelen los saberes y experiencias que gestan la identidad profesional del médico en ejercicio de la docencia universitaria, comienzo al acercamiento a la realidad, con respeto y escucha activa, en las voces que habitan el aula y el hospital. Así, en este primer compás del viaje interpretativo, le cedo la palabra al actor social AX, médico docente universitario, quien desde su praxis cotidiana inicia la develación de sentidos profundos de forma preliminar, que otorga al liderazgo como una experiencia vivida, tejida entre tensiones, compromisos éticos y desafíos pedagógicos que reconfiguran su ser y hacer en el ámbito de la Ciencia de la Salud. Su voz, se dejó sentir en los siguientes términos:

Las prácticas de los colegas deberían centrarse en el acompañamiento formativo de los estudiantes; sin embargo, paradójicamente, descuidan el fortalecimiento de su propia praxis pedagógica, restándole sentido al liderazgo que se espera observar. Al asumirse líder, resalta su autonomía, dominio disciplinar y capacidad de conducción académica, no obstante, entre líneas se devela una visión centrada en el hacer técnico, más que en una construcción dialógica del ser docente-líder comprometido con el aprendizaje significativo y la mejora colectiva de la praxis. (Conversación informal con el docente de Anatomía Macroscópica I, en la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado)

En este primer testimonio espontáneo del actor social AX, puedo interpretarlo en el marco de tres aspectos problemáticos que tensionan el fenómeno de estudio inherente a la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud. Así, cada uno de estos núcleos problemáticos constituye un nudo crítico en el entramado formativo del médico, al entender que emerge una fractura entre el ideal pedagógico del acompañamiento formativo y la práctica cotidiana en el ser docente.

En este sentido, se manifiesta con vehemencia aspectos de interés sobre los esfuerzos orientados a la mejora del estudiante, aunque se desatiende un principio medular del liderazgo pedagógico que ha de transcurrir en la transformación continua del propio educador. Esta disociación me hace pensar acerca de una cultura pedagógica centrada más en el otro que en el sí mismo, negando la posibilidad de una praxis autoreflexiva que nutra la acción educativa desde adentro, lo que da cabida a que el liderazgo entonces, se vuelva un acto incompleto, carente de introspección profesional. Por ello, Zakaria (2020) recomienda las comunidades de aprendizaje, según lo siguiente:

(...) la disponibilidad de plataformas que animen al profesorado a examinar críticamente su práctica docente. No obstante, estudios sobre comunidades de aprendizaje profesional respaldaron que estas redes brindan al profesorado oportunidades para reflexionar y aprender de su práctica docente, así como para trabajar en la mejora (...) en el fomento del aprendizaje docente, lo que genera un impacto indirecto en las mejoras educativas (p.215).

Asimismo, el testimonio informal del actor XY, muestra una concepción del liderazgo sustentada en la autonomía técnica y en el dominio de contenidos, lo cual, si bien es fundamental para la praxis pedagógica, se presenta como una visión instrumental y fragmentaria del ser docente. Entonces, al definirse como líder por ser autónomo y dominar ampliamente el programa, se diluye la dimensión relacional, ética y transformadora del liderazgo, donde el poder no reciben el control, sino en la co-construcción de significados y en la capacidad de inspirar procesos colectivos de aprendizaje.

Reconozco que la postura de la precitada autora representa una ventana que me permite observar uno de los pilares invisibles, además de significativos en la configuración de una praxis docente transformadora en cuanto al poder colectivo de la reflexión compartida en la realidad universitaria que se explora en las plataformas y comunidades de aprendizaje profesional que constituyen espacios técnicos de intercambio además de territorios simbólicos donde el docente puede desvestirse del aislamiento académico y reencontrarse con sus pares desde el reconocimiento mutuo, la crítica constructiva y la co-construcción de saberes.

Cuando un colectivo docente se atreve a mirar su praxis con lentes críticos y dialogantes, se activa un movimiento interior que trasciende lo individual al proyectar un sistema de mejoras tangibles, de modo que el liderazgo, deja de ser un atributo individual para convertirse en una fuerza compartida que reconfigura sentidos, revitaliza compromisos y fecunda prácticas humanas, éticas y coherentes con la realidad circundante.

En el mismo orden de ideas, se insinúa además en el testimonio presentado, un vacío en la articulación entre la planificación académica y la intencionalidad formativa profunda, al afirmar que se dirige todas las actividades, evaluaciones y demás aspectos inherentes al área del conocimiento, sin embargo; no se hace referencia a un proyecto formativo integral, ni al diálogo con los estudiantes como sujetos de aprendizaje, mostrando una ausencia de sentido compartido que coloca en evidencia, una praxis que corre el riesgo de mantenerse en la superficie del deber pedagógico, sin abrirse a la intersubjetividad, a la escucha activa, ni a la co-responsabilidad en los procesos de enseñanza-aprendizaje, siendo allí la muestra de un liderazgo que deja de ser vínculo y se torna gestión aislada.

Esta condición congruente de planificación y formación, emerge como una necesidad ineludible cuando se comprende que el desarrollo de competencias profesionales no es producto del azar, sino de la cuidadosa estructuración de experiencias educativas significativas. Tal como lo expresan Fyfe et al. (2024) cuando demuestran que los momentos catalizadores, que surgen tanto de lo planificado como de lo inesperado, sólo alcanzan un verdadero potencial transformador cuando están situados en programas diseñados intencionalmente para vincular el aprendizaje experiencial con la reflexión.

En este sentido, la planificación académica deja de ser un ejercicio burocrático para convertirse en una herramienta estratégica que configura trayectorias formativas donde los estudiantes además de adquirir competencias, también aprenden a reconocerlas, narrarlas y traducirlas en relatos de valor profesional. Esto da a entender que la planificación no es un acto administrativo, sino un acto ético y pedagógico que, articulado con la intencionalidad formativa, habilita procesos de su objetivación profesional, cierra brechas

entre universidad y mundo laboral, y dota al estudiante de agencia frente a un entorno cambiante.

De este modo, se visibiliza una tensión entre el ser líder por competencia y el ser líder por conciencia pedagógica. Por lo tanto, surge mi primera pregunta de la investigación planteada como: *¿Cuáles sentidos y significados co-construyen los médicos docentes sobre la praxis pedagógica desde su experiencia de liderazgo en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA)?*

De forma similar y en la continuidad de conceder la palabra de manera informal y preliminar en la realidad del fenómeno de estudio, contacté al actor social RS, docente de Anatomía Macroscópica I, para que emitiera su opinión respecto a la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud, manifestando, entre otros, lo siguiente:

Considero como docente en el área médica, que ejerzo un liderazgo basado en la autonomía y en el dominio profundo de mi asignatura. Soy quien estructura, organiza y dirige cada uno de los componentes académico que conforman la experiencia de aprendizaje de mis estudiantes, desde la planificación hasta la evaluación. No obstante, observo que muchas de las prácticas desarrolladas por mis colegas, carecen de un enfoque claro en el acompañamiento pedagógico necesario al fortalecer los procesos formativos. Aunque el propósito debería ser mejorar sostenidamente tanto el desempeño estudiantil como el del propio docente, persiste una desconexión entre lo que se espera del rol formador y lo que realmente se hace para garantizar la mejora continua del quehacer educativo. (Conversación informal con el docente de Química Orgánica, en la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado)

Este segundo testimonio emergente en la voz del actor social RS, me devela una tensión entre el liderazgo entendido como gestión autónoma de lo académico y una praxis pedagógica que, en lo colectivo, aún adolece de acciones intencionadas hacia el acompañamiento pedagógico cercano y el desarrollo profesional compartido, lo que permite entender que este enfoque es predominantemente técnico, centrado en el dominio de contenidos y el control de procesos, dejando en la penumbra la construcción dialógica y colaborativa del ser docente.

Así, el testimonio amplía la mirada problemática del fenómeno, al poner de relieve la disonancia entre el liderazgo asumido y la praxis formativa que deberías ostentar una cultura académica transformadora. Desde este tópico de ideas, asumo los razonamientos de Ryan y Goldingay (2022) al mencionar la práctica del liderazgo universitario como una forma de pedagogía comprometida según lo siguiente:

Los líderes desempeñan roles pedagógicos como entrenadores y mentores, y como facilitadores del desarrollo de otros (...). Esto es particularmente importante en las universidades, ya que la educación, las prácticas y el intercambio son su razón de ser, y el aprendizaje y la enseñanza son donde alcanzan su mayor alcance. Argumentamos que los líderes académicos son tanto profesores como estudiantes que aprenden de sus equipos y con ellos, y que los líderes universitarios deben encarnar los atributos que sus instituciones aspiran a desarrollar en sus graduados (p.122)

He allí donde el testimonio preliminar del actor social RS, quien reconoce su postura docente autónoma y dominador técnico del currículo, me hace ver un modelo de liderazgo centrado en la autogestión y el control operativo del área disciplinar donde activa su praxis docente en el Decanato de Salud, pero limitado en cuanto a la proyección pedagógica colectiva. Tal posicionamiento me permite reconocer un desfase significativo entre el liderazgo docente y el horizonte formativo colaborativo que demandan las comunidades universitarias del presente.

A tal efecto, Ryan y Goldingay (2022) interpela dicha lógica unipersonal al sostener que los líderes académicos deben desempeñar funciones organizativas al igual que convertirse en facilitadores del desarrollo de otros, dando reconocimiento a los valores pedagógicos y afectivos que son pertinentes, en este caso estudio, con las aspiraciones formativas de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Es así como el liderazgo auténtico en contextos universitarios, no puede limitarse al dominio individual del contenido o de la planificación correspondiente, sino que ha de proyectarse como una praxis pedagógica relacional, donde el aprender con y desde los equipos docentes se torne en acto ético, político y significativo.

Por lo tanto, el testimonio del actor social RS en su manifestación preliminar, da cuenta de una de las aristas problemáticas del fenómeno indagado en torno a la praxis

pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud, en virtud de la naturalización de liderazgos centrados en la autonomía técnica individual que desatienden su función formativa compartida, vulnerando el potencial de acompañamiento reflexivo que exigen las universidades, como espacios de formación y construcción del ser integral que estamos llamados a fomentar. De allí surge mi segunda pregunta de investigación: *¿Cómo se manifiesta el acompañamiento pedagógico del médico docente como expresión de liderazgo más allá del hacer técnico en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA)?*

Del mismo modo y en la continuidad de asomar espacios inteligibles en la realidad del fenómeno de estudio, conecté en una conversación informal con el docente MP, quien se desenvuelve en el área del conocimiento relacionado con la salud comunitaria, en la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, lo cual frente a mí inquietud investigativa, hizo el siguiente señalamiento:

Desde mi experiencia como docente en el área de salud comunitaria, considero que el médico docente, en su rol de líder, aún está muy lejos de lo que realmente debería representar, entiendo que, para ejercer un liderazgo pedagógico genuino, se requieren ciertas competencias integrales que permitan articular los conocimientos técnicos, así como las habilidades prácticas y, sobre todo, actitudes coherentes con las actividades formativas. Lo que observo con preocupación en nuestra universidad es la ausencia de esa triada formativa esencial reconocida en el saber conceptual, el saber hacer procedimental y el saber hacer actitudinal que, en muchos casos, el ejercicio docente se reduce solamente a transmitir contenidos sin reflexión, sin compromiso transformador, y sin alguna fortaleza ética y humana hacia los estudiantes y la comunidad. Esta carencia limita el impacto de liderazgo en la praxis pedagógica al generar una desconexión entre lo que se espera del educador en salud y lo que realmente se divide en las aulas y en los espacios comunitarios. (Conversación informal con el docente de salud comunitaria, en la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado).

Este tercer testimonio manifestado por el actor social MP, me permite significar que, desde su experiencia en el área de la salud comunitaria, existe una profunda fractura entre lo que se espera de un líder pedagógico y lo que realmente se manifiesta en las prácticas docentes cotidianas. En su visión reflexiva, el liderazgo docente ha sido vaciado de

contenido formativo integral, reduciéndose a una función nominal que rara vez da cuenta de las competencias fundamentales que permiten distinguir un desempeño educativo éticamente comprometido con el aprendizaje y con la transformación social en términos del ser y hacer del médico docente.

De allí que considero un nudo crítico que emerge con fuerza en torno a la ausencia de un liderazgo competente, manifestado no sólo como una acumulación de saberes especializados, también debe privar la articulación profunda entre el saber conceptual, el hacer procedimental y el saber ser actitudinal como una triada epistemológica que lejos de constituir un ideal abstracto, representa el umbral ético y pedagógico desde el cual se debería ejercer la docencia en salud. No obstante, el actor social MP deja ver que estas dimensiones son prácticamente ilimitadas o invisibles a la en el cuerpo docente cuando se evidencia una desconexión entre el discurso institucional y la realidad operativa.

En este orden de ideas, retomo el enfoque conceptual de Nicholson (2023), en términos de argumentar que la praxis pedagógica en el ámbito universitario, particularmente en Ciencias de la Salud, demanda la integración sustantiva entre esta triada epistemológica, como dimensiones interdependientes del acto educativo. Desde su propuesta de praxis pedagógica, que articula la performance de la enseñanza en términos del qué y el cómo, con el discurso sociocultural e institucional que la moldea (el por qué), se evidencia que toda práctica pedagógica está atravesada por factores estructurales y simbólicos que permean su intencionalidad y efectividad.

En este sentido, enseñar no puede estar reducido a la mera transmisión de contenidos especializados, se trata de interpelar como una actitud situada y consciente, la interacción cotidiana con los estudiantes, dado que la complejidad de esta praxis se intensifica en contextos como el de la salud, entonces los docentes deben formar profesionales competentes, como sujetos éticos, comprometidos y sensibles al entramado social. Tal como lo manifiesta el precitado autor, se trata de comprender que el liderazgo pedagógico docente no se sostiene únicamente en la experticia técnica o en el dominio disciplinar, va más allá en torno a la capacidad de actuar con flexibilidad y coherencia entre lo qué se enseña, cómo se enseña y desde que el lugar ético se manifiesta.

Del mismo modo, percibo en este tercer testimonio del actor social MP, un ángulo problemático que tiene que ver con la deslocalización de liderazgo como fenómeno relacional, ello ha de darme cuenta que el médico docente, está muy lejos de ser un líder en su praxis cotidiana, en tanto esta distancia no es sólo espacial o simbólica, sino estructural, al significar que se trata de la consecuencia de una cultura profesional que no promueve la autorreflexión pedagógica, ni el cultivo de actitudes transformadoras. Así, el liderazgo pierde su carácter de guía ético-afectivo y se convierte en una función sin cuerpo, sin voz, sin territorio pedagógico compartido.

Ambos nudos críticos develados de manera informal en el testimonio preliminar del actor social MP, dan cuenta de la incompetencia formativa integral y la desvinculación relacional del liderazgo, que permiten complejas la mirada sobre el ser docente en el campo de la salud comunitaria. Más allá de su experticia biomédica, el docente está convocado a pensarse como un sujeto ético-político, capaz de liderar procesos de enseñanza-aprendizaje que respondan al sentido humanizante de la educación universitaria. La ausencia de esta conciencia crítica en el ejercicio de liderazgo limita el potencial pedagógico, así como deslegitima las prácticas formativas en un contexto cargado de desigualdades sociales y sanitarias.

Desde esta perspectiva formulo mi tercera y cuarta interrogante de la investigación *¿Cómo se comprende la configuración del liderazgo en la praxis pedagógica del médico docente en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado según las tensiones entre el deber ser formativo y la realidad manifestada? Y ¿Cómo generar una aproximación teórica acerca de la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA)?*

Puedo afirmar que las voces preliminares de los actores sociales AX, RS la, y MP emergieron como hilos vitales entretejidos en la mirada reflexiva sobre la praxis pedagógica del médico docente en el contexto del Decanato de Ciencias de la Salud de la UCLA. De manera que, sus testimonios, cargados de vivencias, percepciones y tensiones, permiten

visibilizar una realidad compleja donde el liderazgo docente parece fracturarse entre las exigencias del deber ser formativo y las limitaciones del hacer cotidiano.

Estas manifestaciones hacen hincapié en la ausencia de un acompañamiento pedagógico ético, reflexivo y humanista, donde se devela el requerimiento de repensar los sentidos y significados del ser docente en salud desde una perspectiva más integral, coherente y transformadora. De allí que, a partir de sus narrativas, y las consecuentes interrogantes de la investigación que dieron las orientaciones comprensibles que atienden a las intencionalidades que guían el proceso investigativo:

Intencionalidades investigativas

Develar los sentidos y significados que co-construyen los médicos docentes sobre la praxis pedagógica desde su experiencia de liderazgo en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA).

Interpretar el acompañamiento pedagógico del médico docente como expresión de liderazgo más allá del hacer técnico en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA).

Comprender la configuración del liderazgo en la praxis pedagógica del médico docente en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado según las tensiones entre el deber ser formativo y la realidad manifestada.

Generar una aproximación teórica emergente acerca de la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA).

Interés contributivo del estudio

Esta investigación se sitúa como un espacio de emergencia para la comprensión profunda del ser docente universitario en el ámbito de la educación médica, desbordando los marcos tradicionales de análisis técnico-instruccional para adentrarse hacia los entramados simbólicos, éticos y experienciales que configuran su praxis pedagógica desde una perspectiva de liderazgo con sentido humano, lo que da cabida a resaltar la

contribución del estudio más allá de la descripción de actuaciones en la realidad formativa, sino que apunta a develar sentidos y significados co-construidos por los actores sociales que protagonizan la formación de nuevas generaciones de médicos, desde su cotidianeidad, tensiones, aspiraciones y contradicciones institucionales.

En este sentido, hacia la formación de los nuevos médicos, el estudio ofrece claves interpretativas que permiten visualizar aspectos relevantes del acompañamiento pedagógico del médico docente, más allá de la transmisión de saberes científicos, al considerar la práctica de cuidado, orientación ética y configuración de subjetividades profesionales en contextos marcados por transformaciones sanitarias, tecnológicas y humanas. De esta forma, se reconoce la docencia médica como una praxis integral, donde el liderazgo pedagógico constituye una fuente significativa del ser profesional con conciencia reflexiva, compromiso social y competencia humanista que requiere el país.

En el ámbito social y político, este estudio aporta una mirada crítica sobre los desafíos que enfrenta la universidad pública venezolana, particularmente en el Decanato de Ciencias de la Salud, interpelada por los contextos de precariedad, burocratización y desarticulación institucional. De manera que al recuperar las voces de los docentes médicos desde su experiencia vivida y en relación con la praxis pedagógica, se avizoran formas de resistencia, compromiso y reinención que cobran sentido como actos políticos de reafirmación del ser docente, de lucha por la calidad formativa y por la dignidad de la función educativa.

Dadas estas consideraciones, el liderazgo docente aparece como una forma de incidencia transformadora desde adentro de cada actor social que va más allá del aula en tanto, se reconfigura en el sistema de relaciones entre saber, poder y formación en salud. Asimismo, la institucionalidad universitaria, se respalda en su contribución cuando se aportan insumos para el fortalecimiento de políticas de formación docente centradas en la reflexión, la autocomprensión del rol profesional y la consolidación de comunidades de aprendizaje y liderazgo. Su desarrollo en el Decanato de Ciencias de la Salud de la UCLA, genera aportes contextuales específicos que pueden ser movilizados para enriquecer los

procesos de mejora curricular, evaluación docente, tutorías académicas y acompañamiento pedagógico, en marcados en un modelo educativo pertinente y significativo.

En el ámbito académico, este estudio se convierte en una contribución epistemológica y ontológica en el ser y hacer del docente médico en el campo de la pedagogía universitaria en salud, al integrar dimensiones hermenéuticas y socioculturales en la comprensión del acto docente en tanto se visibiliza la praxis pedagógica como una categoría relacional, situada y abierta al cambio. También, este estudio aporta una conceptualización del liderazgo docente que trasciende los enfoques instrumentales y administrativos, para ser comprendido como una disposición existencial del ser docente, práctica ética y acción educativa sostenible en los procesos de subjetivación formativa.

En cuanto a la contribución del estudio desde la mirada en la línea de Investigación del programa interinstitucional PIDE Doctorado en Educación, el estudio se inscribe de manera coherente en el campo referido al comportamiento organizacional y la productividad, aportando una comprensión profunda de las dinámicas subjetivas, relacionales y estructurales que configuran la praxis pedagógica del médico docente en el ámbito formativo de las Ciencias de la Salud. De modo que, al develar cómo el ser docente en este escenario, se construyen nuevas realidades en medio de tensiones institucionales, desafíos formativos y contextos de transformación social, en tanto se contribuye a enriquecer los marcos teóricos y metodológicos que sustentan esta línea, integrando categorías sensibles, socio pedagógicas y organizacionales desde una perspectiva reflexiva y contextualizada.

De esta manera, se reconoce que el liderazgo pedagógico docente incide en la calidad formativa, además de representar un factor clave en la dinamización organizacional y en la productividad académica entendida en términos más allá de la capacidad institucional que activa la generación del conocimiento significativo, en la formación profesional competente al sostener una cultura organizacional resiliencia, ética y comprometida con el bien común. Así, esta investigación ofrece evidencias interpretativas sobre cómo la praxis docente constituye una forma de comportamiento organizacional

estratégico, orientado al logro de los fines sustantivos de la universidad: docencia, investigación y extensión.

Por ello, al situarse en el Decanato de Ciencias de la Salud de la UCLA, el estudio se convierte en una propuesta de valor para el fortalecimiento del capital humano, la gestión del conocimiento y el desarrollo de estructura organizacionales coherentes con las exigencias del entorno educativo y sanitario actual. En suma, el aporte a esta línea de Investigación radica en la visualización de la praxis pedagógica con sentido de liderazgo como una dimensión medular del comportamiento organizacional universitario, en tanto práctica que impactan directamente la cultura institucional, en cuanto a la eficacia formativa y en la generación de procesos productivos sostenibles hacia una mirada humanizante y transformadora.

MOMENTO II

HORIZONTES TEÓRICOS QUE SOSTUVIERON LA INDAGACIÓN

La praxis pedagógica devela el alma del ser docente donde enseñar, además de transmitir saber, se trata de un compromiso ético, humano-vivencial y significativo.

Adriana Indira López Navas

Travesía investigativa por saberes precedentes

Durante las últimas décadas, distintas instituciones y organismos comprometidos con el ámbito educativo, han centrado su atención en el abordaje del comportamiento humano dentro de las organizaciones formativas, dando lugar a múltiples investigaciones orientadas a comprender los procesos implicados en el hacer y ser del docente dentro de expresiones de liderazgo y praxis pedagógica, en los distintos escenarios universitarios vinculados con la educación en salud. Así, en esta sesión se presenta una revisión de estudios previos que, por su afinidad temática y conceptual, ofrecen aportes significativos en el estudio y fundamentación actual, al corresponderse con algunos puntos de referencia orientadores del trayecto interpretativo en la indagación que nos ocupa.

De este modo, Haj (2022) tituló su tesis doctoral: *Concepts of Leadership and the Value of Leadership for Health Care Professionals: Perspectives from Doctor of Physical Therapy Students*, presentada en St. Catherine University, Minnesota. El objetivo planteado fue explorar cómo los estudiantes de doctorado en terapia física conceptualizan el liderazgo y cómo valoran su rol dentro del ámbito de las profesiones sanitarias. El contexto de la salud, por su complejidad sistémica y acelerada transformación, exige competencias técnicas y liderazgo ético, humano y sensible.

El estudio fue abordado desde una metodología cualitativa fenomenológica, que permitió indagar, mediante entrevistas semi estructuradas, las vivencias profundas de diez

(10) estudiantes (cinco (5) de segundo año y cinco (5) de tercer año) dentro de un programa de formación profesional en terapia física. Las voces de estos futuros profesionales dieron lugar a un corpus narrativo rico, honesto y cargado de significados personales en torno al liderazgo.

Los hallazgos emergentes se agruparon en cuatro categorías que describen como los estudiantes conceptualizan el liderazgo: conexión, integridad, influencia y experiencia. Estas dimensiones no se presentan como atributos fijos, sino como procesos dinámicos aprendidos en la práctica a través del deporte, el trabajo, la familia y los escenarios clínicos. El liderazgo, desde sus relatos, es relacional y ejemplar, se conecta con el otro, es honesto, actúa como guía y toma provecho del aprendizaje desde el hacer.

En cuanto al valor de liderazgo en el ámbito sanitario, los participantes lo reconocieron como imprescindible para lograr una atención integral y afectiva. Emergieron tres temas clave: conexión inherente a la comunicación empática con pacientes, integridad la cual estuvo asociada con liderar desde la responsabilidad, y experticia vinculada al conocimiento aplicado al servicio del otro. Estos elementos reflejaron no sólo una visión técnica del liderazgo, sino una postura ético-profesional designada hacia el cuidado y la dignidad del paciente.

Las conclusiones del estudio invitan a repensar el diseño curricular en los programas de salud, aunque los estudiantes ya poseen concepciones básicas sobre liderazgo, se evidenció lagunas en algunas áreas como la calidad asistencial, los costos en salud y la gestión organizacional. La autora sugiere que los programas educativos deben incorporar experiencias formativas vivenciales, interprofesionales y reflexivas, que fortalezcan las habilidades de liderazgo desde un enfoque sistémico y colaborativo.

Asumo que este antecedente aporta de forma sustancial elementos significativos sobre la praxis pedagógica desde liderazgo como una forma del ser docente en salud. Me reafirma que el liderazgo auténtico no se enseña como un contenido, sino que se devela en el ser, en el hacer cotidiano del profesional que acompaña, guía y transforma. Así como los estudiantes participantes en esta investigación entendieron que liderar es influir desde el

ejemplo, de la misma forma el docente en salud, lidera en su modo de habitar la enseñanza con integridad, conexión y experticia humana.

En el Decanato de Ciencias de la Salud, este estudio me impulsa a profundizar como los médicos docentes en su praxis pedagógica, asumen el liderazgo ético y transformador en la cotidianidad y aprenden a cuestionar si los currículos actuales realmente cultivan esa mirada del ser líder o simplemente lo mencionan como un ideal ausente. La tesis precedente, amplía el horizonte teórico de la presente investigación y nutre mi convicción que la praxis pedagógica es, en sí misma, un acto de liderazgo integral.

Igualmente, Abdul Rahman (2023), presentó su tesis doctoral titulada: *Clinical Reasoning Teaching and Learning in Undergraduate Primary Care Medical Education*, en la University College London, desde el Research Department of Primary Care and Population Health. El propósito fundamental giró en torno a explorar la naturaleza y la praxis de la enseñanza y el aprendizaje del razonamiento clínico en contextos de atención primaria, considerando el rol de los estudiantes, docentes clínicos y pacientes, como actores clave en la experiencia formativa.

Metodológicamente complementó dos vertientes de indagación. Una de ellas, fue la revisión narrativa sistemática y meta-sintética de veintinueve (29) estudios sobre enseñanza del razonamiento clínico en espacios clínicos de pregrado, analizada bajo los diez (10) pasos del aprendizaje transformador. Asimismo, desarrolló un trabajo empírico a través de la etnografía mitigada por el COVID-19, realizada en una clínica de medicina familiar de una universidad pública en Malasia. A tal efecto, participaron cincuenta y un (51) actores sociales, cuyos discursos e interacciones alcanzaron su tratamiento comprensivo mediante el enfoque de análisis temático reflexivo, interpretado bajo el lente de la teoría de la actividad.

Los hallazgos develan que los estudiantes recorren una trayectoria formativa compleja, marcada por eventos medulares configurados en torno al aprendizaje clínico: ingreso, tránsito, expansión y egreso en espacios, tanto físicos como simbólicos. El estudio conceptualiza el proceso como una negociación constante entre lo técnico y lo humano, mediado por artefactos implícitos en sus realidades cotidianas como salas de espera,

jerarquías de saberes, sesiones de retroalimentación y el rol activo del paciente en la consulta docente.

Concluye, significando las categorías de fortificadores, conocedores, mediadores y monitores, que emergieron para caracterizar las funciones del docente clínico, al tiempo que se visibilizan los facilitadores y las barreras incidentes sobre la enseñanza significativa del razonamiento clínico. Como recomendación, el investigador propone el modelo LESTARY, una aproximación innovadora que integra principio de complejidad, incertidumbre, participación activa, enfoque práctico y comprensión sistémica para la enseñanza del razonamiento clínico en educación médica de atención primaria.

Dadas estas especificaciones, reconozco en este estudio aportes sustanciales para la investigación actual relacionado con la praxis pedagógica desde el liderazgo en contextos universitarios, en cuanto permite apreciar el tránsito formativo como un sistema de relaciones dinámicas en el cual el liderazgo del docente se redefine en torno a la práctica situada, colaborativa y ética. Además, el énfasis en la transformación del aprendizaje en torno a la experiencia y participación activa del estudiante, da cabida también a trasladar estos hechos bajo el enfoque que asumo en este estudio, para repensar desde adentro de cada médico sobre el ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud. Su mirada reflexiva acerca de la reducción técnica de la enseñanza, junto con el diseño de un modelo integrador y complejo, enriquece el horizonte conceptual de mi tesis doctoral, contribuyendo a la construcción de una comprensión significativa de la praxis pedagógica como expresión de liderazgo formativo en el campo de la salud.

Del mismo modo, ubiqué la tesis doctoral de Ducsik (2024), titulada: *Strategies Physicians Use to Develop Leadership Skills*, presentada en Walden University, Minnesota, enfocada a explorar las estrategias que utilizan los médicos líderes para desarrollar habilidades de liderazgo que les permitan conducir transformaciones efectivas dentro del entorno sanitario. En una época donde el liderazgo ya no es un complemento, sino un eje transversal para la sostenibilidad de los sistemas de salud, esta investigación resalta su condición contributiva a este campo.

El estudio se fundamentó teóricamente en el modelo de liderazgo transformacional y metodológicamente adoptó una indagación cualitativa pragmática, un enfoque que conjuga la profundidad interpretativa con la aplicabilidad práctica del conocimiento. Se entrevistó a seis (6) médicos en posiciones de liderazgo, quienes, desde distintas trincheras del sistema sanitario en los Estados Unidos, guiaron los procesos exitosos de transformación organizacional. La información fue recabada mediante entrevistas semiestructuradas, complementadas con información pública verificada, y luego, analizados mediante el método de análisis temático con apoyo del software Nvivo.

De esta inmersión en las voces de los médicos líderes emergieron tres grandes temas: estrategias para desarrollar habilidades de liderazgo transformacional y experiencia vivencial, cultura organizacional como espacio que configura y exige el liderazgo transformacional, valores y competencias esenciales del liderazgo transformacional. La investigación evidenció que muchos médicos no reciben formación sistemática en el liderazgo durante su formación clínica, y enfrentan el ejercicio de liderar sin preparación en gestión, manejo de equipos o resolución de conflictos.

Sin embargo, otros construyeron sus capacidades de liderazgo de manera intencional, en tanto a través de estudios de posgrado, mentor y a sus programas institucionales integrados adquirieron este conocimiento. La diversidad de trayectorias en este sentido, refleja un vacío en la formación médica tradicional, lo que da cabida a una oportunidad para reconfigurar el liderazgo médico como un constructo educativo y ético, más allá de la técnica.

Las conclusiones de este estudio previo, son tan develadoras como necesarias, frente a la necesidad de formar líderes médicos desde las etapas iniciales de la carrera profesional, no como una opción extracurricular, sino como un componente estructural de los diferentes programas formativos. La recomendación fue integrar formación en liderazgo durante la residencia, fomentar el desarrollo continuo y construir culturas organizacionales que valoren la formación humana, sensible desde el ser, así como en la clínica. Su apuesta no se limita al plano funcional, propone que el liderazgo médico bien ejercido puede incidir en la equidad, la calidad asistencial y el acceso a comunidades históricamente desatendidas.

Este estudio aporta con fuerza varias conceptualizaciones a mi investigación, en tanto, reafirma que el liderazgo en contextos de salud no es un rol asignado, sino un modo de ser sensible a la realidad situada. Así como los médicos líderes descubre su liderazgo en la praxis, en la escucha activa, la toma de decisiones, la construcción de confianza, también el médico docente del Decanato de Ciencias de la Salud, de la misma manera lidera desde su forma de enseñar, de vincularse, de cuidar las actividades y procesos. Con este recorrido, entiendo un impulso más a mirar el horizonte abierto de los discursos formales sobre el liderazgo docente, para sumergirme en los gestos, las acciones, las resistencias y potencias del ser docente como sujeto transformador.

Este precedente se convierte en una bisagra teórica y metodológica para mi tesis doctoral, al ofrecer un camino de análisis sobre las prácticas del médico docente no sólo como acciones pedagógicas, sino en el ejercicio ético del liderazgo lo que me invita a interrogar sobre cómo se forma o no las capacidades de liderazgo en la formación docente en salud, y como las instituciones reconocen este liderazgo para saber también de qué manera se entreteje con las culturas organizacionales que habitamos.

Así también, ubiqué la tesis doctoral de Moreira (2024), titulada: *Liderazgo pedagógico, desarrollo profesional docente y complejidad de la gestión escolar: un estudio de casos múltiples en escuelas de São Paulo, Brazil*, presentada en el marco del convenio institucional entre la Universidad Alberto Hurtado y la Universidad Diego Portales, en Santiago de Chile, donde se asumió el desafío de comprender la relación entre el liderazgo escolar, el desarrollo profesional docente y las condiciones organizacionales que configuran la gestión escolar en realidades heterogéneas y dinámicas.

El objetivo principal que animó esta investigación fue analizar las prácticas de liderazgo pedagógico ejercidas por directores y coordinadores pedagógicos que promueven el desarrollo profesional docente en escuelas con distintos niveles de complejidad organizacional. Se reconoce, en este planteamiento, una mirada integradora del fenómeno educativo, que considera al liderazgo como un acto integral y sistema de relaciones estructurales y efectivas que configuran el tejido cotidiano de la escuela.

Desde una metodología cualitativa, se optó por un estudio de casos múltiples, seleccionando tres escuelas públicas del Estado de São Paulo, bajo criterios de homogeneización (buen rendimiento académico y nivel socioeconómico intermedio), pero diferenciadas por el nivel de complejidad en su gestión escolar (bajo, medio, alto). La técnica investigativa incluyó entrevistas, grupos focales, shadowing, observaciones no participantes y análisis documental, configurando un cuerpo metodológico denso, polifónico y profundamente contextualizado.

Los hallazgos permitieron identificar siete prácticas de liderazgo pedagógico asociadas al desarrollo profesional docente, siendo la más recurrente las reuniones colectivas e individuales de alineamiento pedagógico, seguida por prácticas de observación de aula con retroalimentación, acciones de acogida por parte de los directores, ofertas de formación externas, escucha activa de los estudiantes, uso estratégico de datos educativos y contacto con las familias. Además, se identificaron catorce (14) factores que influyen en la complejidad de la gestión escolar, organizados en cinco dimensiones: alumno, profesor, coordinación pedagógica, organización escolar y política educativa. Esta estructura evidenció como los entornos educativos demandan respuestas diferenciadas, sensibles y adaptativas del liderazgo pedagógico.

Como conclusiones, el autor destaca que el liderazgo pedagógico afectivo, situado y comprometido con el desarrollo profesional, contribuye a mejorar la práctica docente, además del sentido de pertenencia, la colaboración institucional y la calidad de los aprendizajes. Reconoce que la gestión escolar no puede entenderse desde una lógica homogénea, en tanto existen centros más complejos que otros y, en este sentido, requieren de estructuras más robustas y políticas públicas más equitativas.

Las recomendaciones se orientan hacia la necesidad de rediseñar las políticas educativas al reconocer la complejidad real de los centros escolares, no sólo con base en datos cuantitativos como el número de estudiantes, sino también integrando dimensiones cualitativas como la etapa educativa ofrecida, la diversidad de área del conocimiento o el número de políticas estructurales en curso. Se sugiere dotar a las escuelas con mayor

complejidad de equipos de gestión ampliados, recursos diferenciados y programas específicos de desarrollo profesional docente.

Este estudio aporta significativamente diversidad de aspectos sobre praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud, al ofrecer una perspectiva situada compleja y humanizante del liderazgo pedagógico en tanto nos invita a comprender que la acción docente no se despliega en el vacío, sino en contextos interdependientes donde la cultura organizacional, las condiciones estructurales y el acompañamiento pedagógico modulan el sentido y la potencia del ser docente. Tal como lo expresó Moreira (2024), se requiere un marco comprensivo que enriquezca la reflexión epistemológica, metodológica y política abriendo caminos fecundos hacia una praxis más consciente, reflexiva y transformadora.

Del mismo modo, la revisión de la tesis doctoral desarrollada por Chávez Salas (2024), titulada: *Liderazgo pedagógico y desempeño docente en el los estudiantes del primer ciclo en la Universidad de Ciencias y Humanidades*, presentado en la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle, Lima, Perú. Este contexto se consideró dentro de la educación universitaria peruana compleja y en constante transformación, cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre el liderazgo pedagógico ejercido por los docentes y su desempeño en el marco de la formación de estudiantes del primer ciclo universitario.

Desde su arquitectura metodológica, el estudio se orientó dentro de un enfoque cuantitativo, bajo un diseño descriptivo-con relacional y no experimental, sustentado en la aplicación de encuestas tipo Likert como instrumento de recolección de datos, con una muestra no probabilística intencional conformada por treinta y seis (36) docentes. La rigurosidad se manifestó en la aplicación del coeficiente alfa de Cronbach para la validación de fiabilidad, y en el uso de estadísticos no paramétricos, particularmente el coeficiente de correlación de Spearman (r).

Los hallazgos son de veladores al comprobar que existe una correlación positiva moderada entre las prácticas de liderazgo pedagógico y el desempeño docente, con un valor de $RS= 0.564$ y una significancia de $p < 0.000$, lo cual refuta la hipótesis nula y confirma la interrelación entre ambas variables. El análisis evidenció que el liderazgo pedagógico no

solo impacta en la planificación gestión del ambiente universitario, sino que también potencia la experticia pedagógica en los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Las conclusiones apuntan hacia un campo educativo que exige liderazgo como praxis, no sólo como función gerencial, sino como una dimensión formativa del ser docente. Se reafirma que la orientación pedagógica, mediada por un liderazgo humanizado y contextualizado, representa un factor determinante en la mejora de los aprendizajes universitarios, especialmente en áreas como las Ciencias de la Salud, donde la ética, el compromiso y la experticia técnica son fundamentales. Entre sus recomendaciones destacan la necesidad de simplificar el currículo del primer ciclo para facilitar aprendizajes significativos, fortalecer el liderazgo del equipo directivo, impulsar espacios de diálogo pedagógico e intercambio entre pares docentes para consolidar competencias educativas desde la misma praxis.

Este antecedente aporta una base empírica significativa a mi investigación sobre la praxis pedagógica desde liderazgo como mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud. Aunque su enfoque fue cuantitativo, los resultados nutren el tejido reflexivo de mi estudio cualitativo, al evidenciar como el liderazgo docente incide directamente en la efectividad pedagógica y en la experiencia estudiantil. Así, este trabajo reafirma mi premisa central al entender que el liderazgo educativo no es un atributo aislado, es una manifestación profunda del ser y el hacer del docente que se construye en la relación pedagógica viva. En este entrecruce de caminos entre lo técnico y lo humano, entre lo institucional y lo existencial, la tesis de Chávez Salas (2024) se transforma en un faro que ilumina los desafíos y posibilidades del liderazgo como parte esencial de la praxis pedagógica universitaria en contextos de salud y formación ética.

Ubiqué la tesis doctoral de Durán (2024), titulada: *Liderazgo educativo de Luis Beltrán Prieto Figueroa en la perspectiva discursiva de docentes universitarios*, presentada en el Programa Interinstitucional de Doctorado en Educación de la UCLA, UNEXPO y UPEL, específicamente en el Instituto Pedagógico de Barquisimeto, cuya intencionalidad fue generar una aproximación teórica sobre el liderazgo educativo de Luis Beltrán Prieto Figueroa, leído y comprendido desde el discurso de los docentes universitarios, en un

intento por resignificar esa fuerza transformadora que representa el pensamiento prietista dentro de las aulas actuales. Este estudio se convirtió en un ejercicio hermenéutico fenomenológico, anclado en Husserl, Heidegger y Gadamer, desde los cuales, la autora se sumergió en la vivencia existencial discursiva de cuatro docentes del IPB, que actuaron como actores sociales para explorar la potencia formativa del líder educativo en sus propias prácticas.

El diseño metodológico cualitativo se tejió desde el paradigma interpretativo y el método fenomenológico hermenéutico, utilizando la entrevista en profundidad como principal herramienta para la recolección de la información, a través de un -que permitió develar la vivencia íntima del liderazgo prietista que en sus cotidianidades académicas. El análisis fue sostenido por un proceso de reducción categorial, interpretativo y dialógico, generando nueve categorías emergentes que, lejos de ser fragmentados en sus esencias, se develaron como estructuras vitales del discurso docente relacionado con el liderazgo educativo de Prieto Figueroa, la calidad humana del docente, la identificación emocional y ética con su legado, el discurso docente como herramienta transformadora y la fuerza epistémica del pensamiento prietista.

Entre los hallazgos de este estudio, no sólo configuran una base epistemológica novedosa, sino que articulan con nitidez la vigencia del pensamiento de Luis Beltrán Prieto Figueroa como una fuerza mística y formadora que atraviesa la subjetividad docente y se transforma en praxis educativa concreta. Cada docente participante expresó, desde su narrativa, como el liderazgo de este filósofo fue inspiración y guía para su actuación pedagógicas, permitiendo navegar en contextos marcados por tensiones, desafíos institucionales y reformas educativas cambiantes.

Entre sus conclusiones, reconoce la necesidad de consolidar espacios de formación y reflexión crítica en torno al liderazgo educativo, proponiendo una lectura comprometida del discurso como motor del cambio. La investigación sugiere que el discurso del docente universitario no es sólo enunciación, sino acto de liderazgo que proyecta una ética, una visión de país y una pedagogía profundamente humanista.

Entre las recomendaciones se sitúan en torno al fortalecimiento del pensamiento crítico en la formación docente, la integración del liderazgo discursivo como eje transversal en la educación universitaria y el impulso de políticas institucionales que reconozcan la dimensión formadora del lenguaje y la palabra del maestro. Esta tesis representa una piedra angular para mi estudio, sobre la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud, toda vez que ofrece un marco epistemológico significativo sobre cómo el discurso docente no es solo reflejo, sino acción transformadora.

El abordaje del liderazgo desde el pensamiento de Prieto Figueroa proporciona un anclaje ético, filosófico y pedagógico que fortalece el análisis de liderazgo universitario en contextos complejos, como el del docente en salud, donde la formación humana y profesional, debe conjugarse en una praxis integradora. Esta tesis es sin duda, una invitación a repensar el liderazgo educativo como construcción discursiva del ser docente, en su dimensión más profunda, comprometida y liberadora.

Igualmente, Bustos Jaimes (2024) tituló su investigación: *Fundamentos teóricos sobre el liderazgo docente desde el posicionamiento de las tendencias innovadoras para la transformación de los ambientes de aprendizaje*, presentada en la Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Instituto Pedagógico Rural Gervasio Rubio. Un estudio realizado en el contexto educativo del Centro Educativo Palmarito, municipio Fortul, Arauca, Colombia. El objetivo central que movilizó este estudio fue generar fundamentos teóricos para el liderazgo docente enraizado en las tendencias pedagógicas innovadoras, orientadas a transformar los ambientes de aprendizaje y, por ende, fortalecer la calidad educativa en contextos rurales y multigrado.

Esta propuesta teórica buscó incidir tanto en la práctica docente como en las estructuras administrativas, comprendiendo el liderazgo como una competencia y una postura ética, social y transformadora. Desde el plano metodológico, la investigación se abrazó al paradigma interpretativo y el enfoque cualitativo, bajo el método fenomenológico. El proceso hermenéutico se desarrolló a través de entrevista semi estructuradas docentes multigrado y un directivo escolar, seleccionados como informantes

clave, permitiendo una de construcción discursiva de sus vivencias y visiones sobre el liderazgo docente.

La herramienta Atlas ti fue utilizada para el análisis categorial, lo cual facilitó la organización y comprensión del discurso emergente. Los hallazgos fueron profundamente significativos en tanto los docentes entrevistados emergen como líderes sociales y agentes de cambio, portadores de saberes, valores y convicciones que los impulsa a transformar la escuela desde sus propios contextos. Entre las categorías que se desprendieron del análisis, destacan el liderazgo docente en ambientes multigrado, innovación educativa contextualizada, relaciones entre escuela y comunidad, gestión administrativa humanizada y liderazgo axiológico sustentado en valores.

Estas dimensiones dan cuenta de una praxis pedagógica que trasciende la técnica para volverse compromiso y vocación. Las conclusiones apuntan a que el liderazgo docente en contextos rurales requiere una reformulación de sus fundamentos, dejando atrás los modelos verticales y centrados en la administración más bien deben dar paso a una visión integradora donde el docente-líder es un facilitador, mediador y constructor de comunidad. Se recomendó fomentar espacios de formación permanente y reflexión pedagógica para potenciar estas prácticas de liderazgo innovador y humanista.

Del punto de vista de sus aportes, es un referente potente para comprender la praxis pedagógica desde el liderazgo en contextos donde la cotidianidad del ser docente es compleja, rica en desafíos y profundamente humanas. Su énfasis en la vinculación axiológica del liderazgo con el quehacer docente me interpela directamente, en tanto habla de un liderazgo que nace del interior del sujeto, desde sus valores, su compromiso ético y su responsabilidad social, características indispensables para repensar la formación de profesionales de la salud desde una mirada educativa transformadora.

Así, este antecedente me nutre teórica y metodológicamente, permitiéndome contrastar, dialogar y ampliar la mirada sobre el ser docente como líder en el Decanato de Ciencias de la Salud, comprendiendo que no se trata de enseñar saberes técnicos especializados también se ha de construir sujetos capaces de liderar procesos de cambio, desde una praxis situada, innovadora y profundamente humana.

En este entorno de ideas, Dull (2025) tituló su tesis doctoral: *It's Complex: Teacher Praxis and Critical Pedagogies*, presentada en Saint John's University, Jamaica, New York, con el propósito de comprender las vivencias y significados que dos maestras de educación inicial pública otorgan a su praxis en el contexto del uso de pedagogías críticas. Asimismo, se propuso examinar el posicionamiento de la investigadora al interactuar con estas actoras sociales desde un enfoque colaborativo e introspectivo.

La perspectiva asumida fue de carácter complejo y multidimensional al reconocer al sujeto como co-creador del conocimiento. A través de retratos etnográficos, entrevistas, observaciones de aula, análisis narrativos y memorias reflexivas, se gestó una mirada profunda, tanto del accionar docente como del propio ejercicio investigador. La integración del enfoque autoetnográfico permitió a la autora identificar tensiones, dilemas éticos y zonas de poder, al momento de interpretar la praxis pedagógica desde su propia subjetividad y realidad situada.

Entre los hallazgos significativos emergieron vínculos de la enseñanza culturalmente receptiva, la educación para la justicia social, el aprendizaje socio emocional y la búsqueda de altos logros académicos, los cuales, en palabras de las participantes, se entrecruzan con un tejido que configura el quehacer docente consciente y comprometido. Así, la praxis observada no sólo fue un acto técnico, sino un acto político, efectivo y ético, donde las decisiones pedagógicas se anclaron en contextos específicos, identidades diversas y relaciones colaborativas. La investigadora observó además como su propia trayectoria y posicionamiento influye en las interpretaciones de las experiencias compartidas.

Entre las conclusiones se apunta al hecho que la praxis docente crítica es compleja, contextualizada y profundamente influenciada por las creencias personales, los marcos sociopolíticos y las relaciones con los estudiantes. La co-construcción de conocimiento entre investigadora y participantes, posibilitó una mayor comprensión de las prácticas educativas, así como la transformación reflexiva de quien investiga. La praxis crítica, en este sentido, se concibió como un espacio de resistencia, esperanza y posibilidad.

Recomendó adoptar metodologías que abracen la complejidad, la reflexiva y el reconocimiento de las realidades múltiples, al punto que sugirió incorporar prácticas

feministas críticas que reconozcan las voces subalternas, problematizan la neutralidad investigativa y posiciona la praxis como una forma de emancipación pedagógica. Esta tesis representa para mí, una resonancia significativa con el horizonte epistémico que vengo construyendo al comprender que el docente desde su visión técnica y dimensión ontológica, relacional y sensible desde el ser que interpela sus propias realidades, en tanto sitúa la praxis como lugar de encuentro entre la ética, el saber situado y la acción crítica.

Su apuesta por el bricolaje metodológico me invita a reconsiderar mis propios diseños investigativos con mayor apertura, integrando la voz de los docentes no como sujetos de estudio, sino como corazones palpitantes de la experiencia educativa. Desde liderazgo pedagógico en salud, este antecedente fortalece mi comprensión que enseñar es un acto de justicia, cuidado y responsabilidad que debe ser indagado con ternura metodológica y profundidad interpretativa.

Los antecedentes revisados, desarrollados entre los años 2022 y 2025, ofrecieron un panorama significativo multidimensional sobre la praxis pedagógica desde liderazgo, aportando claves interpretativas esenciales para comprender el ser docente en contextos contemporáneos. En conjunto, estas investigaciones coinciden en resaltar el papel transformador del liderazgo docente, su conexión con enfoque éticos, críticos y reflexivos en la praxis pedagógica, así como su influencia en la renovación de ambientes de aprendizaje especialmente en áreas compleja como las Ciencias de la Salud.

Desde visiones que privilegian el empoderamiento personal del médico docente, la interioridad del ser educador y la construcción colectiva del saber, hasta aquellos que abogan por una gestión pedagógica innovadora y humanista, los aportes convergen en la necesidad de repensar el rol del docente como líder formativo y agente de cambio. Así, en la figura 1, se puede avizorar el árbol teórico resumido de los aportes significativos de los antecedentes.



Figura 1. Convergencias investigativas contributivas

Fuente: elaboración propia (2025)

Acompañamiento de los autores

Transitar el sendero investigativo desde una perspectiva cualitativa implica más que sustentar conceptos, la exigencia en el desarrollo de un diálogo reflexivo con las voces teóricas que, desde diversas geografías y cosmovisiones, han problematizado, iluminado y enriquecido el fenómeno de estudio. En este acompañamiento de los autores, reconozco el valor de cada pensamiento como guía y provocación, que permite entretejer un sendero comprensivo sustentado en la praxis pedagógica desde liderazgo y el ser docente.

Praxis pedagógica situada y reflexiva

El acto de reflexionar no es una formalidad burocrática ni una estrategia para ascender en la carrera académicas, sino una experiencia vital que habita en el terreno del comportamiento organizacional que menciona Schon (1992), donde se adquiere experiencia con los problemas de mayor carga humana, allí donde no existen respuestas técnicas, sino comprensiones sensibles de la realidad construida desde el habitar pedagógico.

En este sentido, Machost y Stains (2023) contribuyen al argumento sobre la praxis pedagógica universitaria, acción reflexiva y situada, centro epistemológico de mi estudio. Estos autores señalan que, aunque las prácticas reflexivas son promovidas en el ámbito educativo, su aplicabilidad suele centrarse en los beneficios para los estudiantes, dejando en segundo plano el impacto transformador que dichas prácticas pueden tener en los propios educadores.

Este desequilibrio epistemológico me conduce a reivindicar la figura del médico docente reflexivo no como un tecnócrata que responde mecánicamente a parámetros institucionales, sino como un sujeto que, en palabras de Dewey (1933), se compromete con un pensar activo, persistente y cuidadoso, capaz de cuestionar sus propias creencias a la luz de sus fundamentos y consecuencias. En esta mirada, el acompañamiento reflexivo no se impone, emerge desde el interior del educador como una ética del cuidado de su práctica y de su humanidad, reafirmando su papel como sujeto que se transforma en el acto mismo

de enseñar. Por ello, sostengo que toda praxis pedagógica verdaderamente significativa exige detenerse, mirar hacia adentro y hacia el entorno, y reconstruirse desde una reflexiva que no teme moverse entre las luces del conocimiento técnico y las sombras complejas de lo humano.

Asimismo, Colomer et al. (2020) ilumina el entramado del ser docente en contextos universitarios, que traslado al Decanato de Ciencias de la Salud, en tanto legitiman la reflexión como un proceso vital para el desarrollo de competencias sostenibles, hacia la reconfiguración del pensamiento, la actitud y la acción docente. Esta reflexividad no es meramente técnica o instrumental; es contextual, política y sensible, lo que significa que la praxis pedagógica en la universidad se entreteje, entonces, con una ética del reconocimiento de la otredad, de la revisión crítica de la experiencia y de la reconstrucción del saber desde lo vivido y lo sentido.

El enfoque de aprendizaje reflexivo descrito por los precitados autores, reafirma que la construcción del conocimiento no es lineal ni descontextualizada; es más bien, un viaje interior y colectivo que exija el docente posicionarse, interpelarse y transformar su hacer pedagógico. En esta línea de pensamiento, mi estudio valora el potencial de esta reflexión situada, al evidenciar las vivencias y experiencias de los docentes del Decanato de Ciencias de la Salud, al reconocerse líderes desde su ser, en tanto proyectan prácticas que movilizan saberes técnicos y sensibilidades éticas, críticas y políticas.

De forma similar, los precitados autores convocan a entender que la reflexión es acción transformadora cuando surge de la experiencia vivida, de la autoevaluación honesta y del compromiso con una educación orientada a la justicia, equidad y sostenibilidad. De allí que la praxis pedagógica reflexiva y situada se configura como el corazón epistemológico y ético de una universidad comprometida con el desarrollo integral de sus actores, en diálogo permanente con los desafíos del presente y la esperanza de un futuro mejor. Así, este razonamiento enriquece mi análisis, y aporta densidad ontológica y crítica al concepto de praxis pedagógica universitaria, una praxis que se piensa, se siente y se transforma desde la reflexión profunda, la conciencia del contexto y el liderazgo ético del ser docente.

Ahora bien, al reflexionar sobre la praxis pedagógica universitaria desde mi experiencia investigativa, encuentro esencial el aporte de Briceño (2024) quien hace referencia a la "teoría del aprendizaje situado donde se propone un enfoque holístico que va más allá de la mera transmisión de conocimientos" (p.112). Esta afirmación combina con el hacer de la praxis reflexiva y situada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud, al clarificar la necesidad de integrar el saber teórico, el contexto real, social y ético en el cual se desenvuelve la enseñanza médica. En efecto, la praxis pedagógica no puede concebirse como un acto abstracto, sino como una acción que se gesta en la interacción dinámica entre docentes, estudiantes y el entorno, en la cual se confrontan desafíos propios del contexto académico y profesional.

Al situar la reflexión en la intersección epistemológica, ontológica y axiológica que Briceño (2024) destaca, observo una invitación clara que el docente no sólo asuma su acción como trasmisor del conocimiento, sino como un ser situado que comprende, interpreta y adaptar sus prácticas pedagógicas a las realidades sociales y culturales donde se inserta la formación universitaria. Esta mirada integral también coincide con la perspectiva de liderazgo como proceso emergente transformador que demanda de los docentes una constante revisión de sus acciones, motivada por un compromiso ético y social. A tal efecto, el precitado autor señala que:

La necesidad de abordar la efectividad pedagógica en el ámbito universitario surge como respuesta a un entorno educativo en constante cambio, donde las metodologías tradicionales pueden quedar rezagadas frente a las demandas contemporáneas (...). La dinámica social, tecnológica y laboral actual exige una adaptación de los métodos educativos, y la Teoría del Aprendizaje Situado se presenta como un marco teórico pertinente que puede enriquecer las prácticas educativas universitarias (p.122).

La convicción del enfoque situado y reflexivo en la apertura de caminos para que la praxis pedagógica universitaria se convierte en un espacio vivo de construcción colectiva, donde el aprendizaje se potencia mediante la participación activa y el docente se reconoce como un agente que, a partir de su reflexión, puede fomentar procesos educativos más pertinentes, efectivos y humanizadores. Esta comprensión es vital para el decanato de ciencias de la salud, donde la formación profesional debe responder a los saberes

especializados, así como a la construcción de competencias que impacten integralmente a la sociedad.

Liderazgo educativo como construcción emergente

La representatividad de los hechos y acciones desarrolladas por el docente médico en el Decanato de Ciencias de la Salud, cobra relevancia en su ser desde el liderazgo, al comprender que no se trata de un atributo otorgado ni una categoría a la cual se accede por jerarquía, sino una construcción dinámica que se gesta en el hacer cotidiano del ser docente. Por lo tanto, en esta travesía investigativa, me ha permitido reconocer que el liderazgo educativo, lejos de ser una fórmula replicar le, se devela como una posibilidad emergente que toma provecho y forma desde las tensiones, los desafíos éticos y las decisiones colectivas que cada escenario universitario nos impone.

Al respecto, Chubaci et al. (2024) dan cabida a reconocer que "el liderazgo es reconocido como una competencia esencial en el ámbito de la salud y las ciencias, siendo fundamental para que los profesionales enfrente los desafíos sanitarios actuales" (s/n). Esta reflexión resalta además que la preparación formal en estas habilidades aún es escasa en la formación médica. Dados estos señalamientos, resuena profundamente en mi estudio actual, al confirmar que los escenarios educativos de salud, exigen más que dominio especializado en cualquier área del conocimiento curricular, exigen conciencia relacional, juicio ético y apertura dialógica.

En este sentido, he comprendido que el liderazgo docente no emerge desde un manual, ni desde una formación instrumental, sino desde la vivencia reflexiva en espacios clínicos, en las conversaciones que desafían certezas, en los silencios que convocan a nuevas interrogantes sobre la realidad que vivimos, y en la corresponsabilidad que nos vincula con otros y con el contexto. Se trata de un liderazgo que se inscribe en la praxis, en la historia particular de cada médico docente, y en su capacidad de acompañar procesos humanos complejos que trasciendan el aula.

Este tipo de liderazgo, como lo evidencian los hallazgos de la revisión en curso de la Chubaci et al. (2024). No es limitativo a enfoques verticales ni a estrategias fragmentadas;

su desarrollo exige un enfoque holístico, longitudinal y afectivo, donde la formación se entrecruza con la identidad profesional del educador médico. Es, por tanto, una práctica ética social y transformadora, que se configura en el entrelazado del saber hacer y el saber hacer, dentro de contextos cargados de significación humana. A continuación, la figura 1 sobre el liderazgo del médico docente.

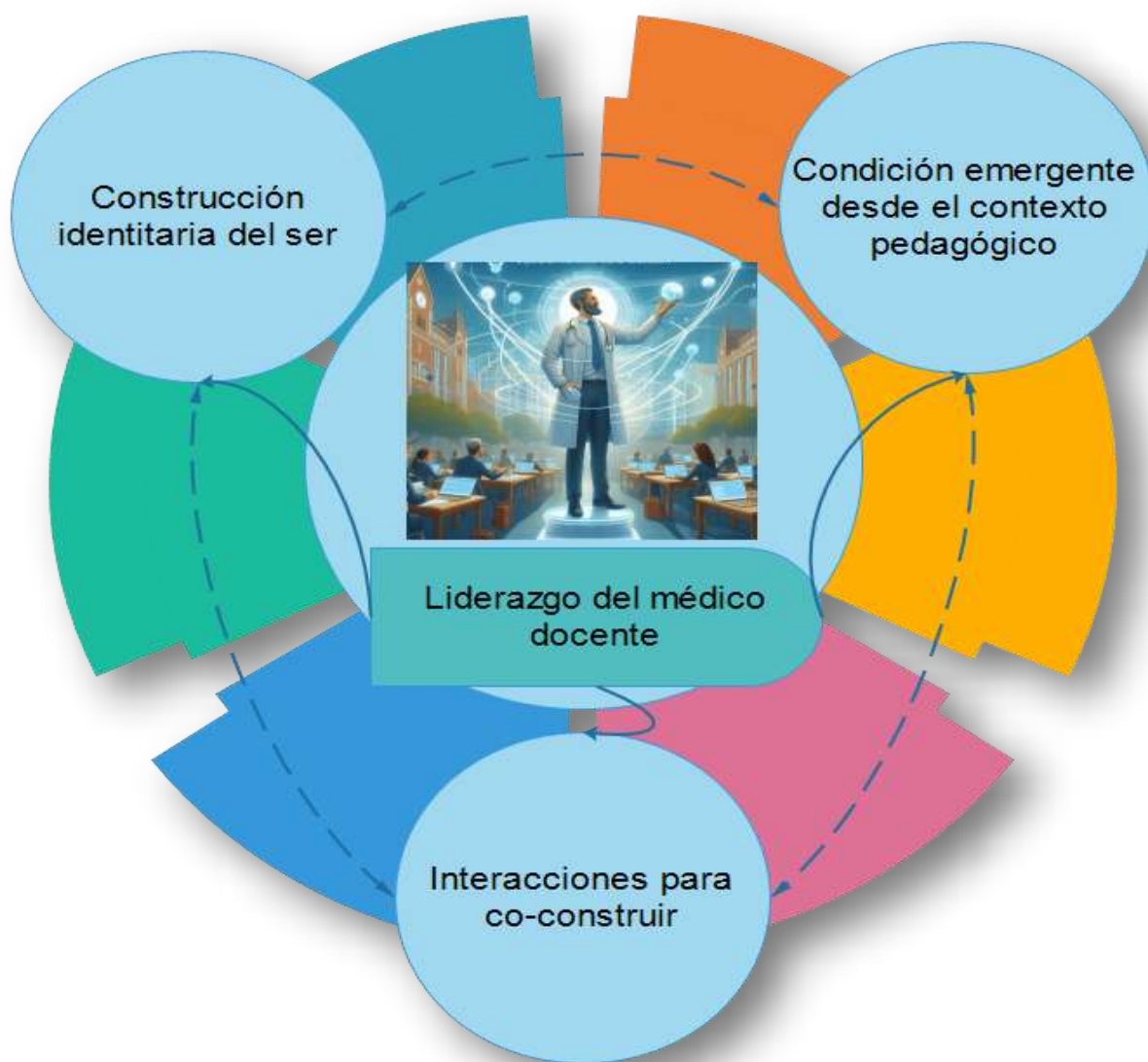


Figura 2. Liderazgo del médico docente

Fuente: elaboración propia (2025)

La figura 2, presenta tres escenarios fundamentales que condicionan el hacer del médico docente universitario en términos de la condición emergente desde el contexto pedagógico, construcción identitaria del ser e interacciones para co-construir. Así, en el marco del Decanato de Ciencias de la Salud, donde cohabitamos con los desafíos formativos, con urgencias estructurales y aspiraciones vocacionales, el liderazgo emerge como un acto de consciencia contextual en cada realidad. Lo comprendo ahora, no como un rol asignado, sino como una respuesta continua a la complejidad del entorno, desde una mirada sensible, flexible, reflexiva y comprometida con la vida misma, lo que significa que se asocia con una de las develaciones más profundas de mi camino investigativo.

En este sentido, el primer escenario lo significo en el marco de la condición emergente desde el contexto pedagógico, en tanto, el liderazgo se reconfigura al gestionar los procesos educativos emergentes, más allá de ser una estructura vertical se convierte en una condición emergente del encuentro entre saberes clínicos y responsabilidades pedagógicas, donde se reconoce el rol del médico como guía, mentor y agente de transformación educativa.

De allí que la apropiación de liderazgo en el escenario pedagógico, connota una construcción intencionada, emocional y reflexiva que responde a las complejidades del sistema de salud y a las demandas formativas del siglo XXI. La figura del médico docente se presenta, así como un factor clave en la mediación entre la competencia técnica y la ética profesional, promoviendo entorno de aprendizaje caracterizado por el diálogo, la reflexión crítica y la mejora continua. En coherencia con esta lectura de la realidad, integro la fortaleza comprensiva a partir de los razonamientos de Jaramillo-Restrepo et al. (2024), quienes destacan que:

Las mejores prácticas para los programas de desarrollo de liderazgo en la educación médica de posgrado (GME) incluyen marcos conceptuales sólidos, énfasis en la inteligencia emocional y el carácter además de las competencias cognitivas, y priorización del acompañamiento, el diálogo y la reflexión como métodos de enseñanza. Estos elementos promueven un liderazgo eficaz y adaptativo en contextos clínicos complejos (s/n).

Este planteamiento da cabida a resignificar al médico docente como un líder emergente, que no responde exclusivamente a la formación tradicional, sino que se

reinventa en su accionar de la praxis pedagógica, desde la experiencia compartida, el trabajo interdisciplinario y el compromiso con una educación médica más humanizada, reflexiva y orientada al bien común.

La complementariedad sobre estos hechos se deja ver en la postura de Steinert et al. (2012), quienes destacan que el desarrollo del médico docente para fortalecer las competencias de liderazgo, dan cuenta de cómo estas intervenciones transforman las habilidades técnicas, actitudes, niveles de conciencia, vínculos interpersonales e implicación institucional. Así, los participantes de estos programas manifestaron cambios profundos en sus percepciones sobre el rol de liderazgo, con una mayor autoconciencia, fortalecimiento de redes colaborativas y la disposición activa hacia la innovación de la praxis pedagógica y organizacional.

En este entorno de ideas, comprendo que estas transformaciones al reducir la adquisición de habilidades de gestión, se corresponden con la apropiación de liderazgo como forma de ser-en-el-mundo educativo. En efecto, el médico docente que lidera desde el conocimiento biomédico, así como de la praxis pedagógica articula el diálogo reflexivo, la escucha atenta, la capacidad de motivar proceso de cambios, además de la apertura a lo incierto y emergente.

Este tipo de liderazgo se despliega en las interacciones cotidianas, donde la pedagogía se sensibiliza más allá de la técnica, como un acto ético de acompañamiento. De modo que la apropiación de liderazgo, en este marco, supone un descentramiento del ego profesional para conectarse al servicio de la comunidad de práctica que aprende, transforma y resignifica. Por ello, el contexto universitario no puede seguir concibiéndose como un espacio neutro, se trata de un escenario vivo, atravesado por tensiones, expectativas y posibilidades, donde el liderazgo docente médico se vuelve clave para co-construir sentido compartido en los procesos formativos.

Así, al reconocer en los hallazgos de Steinert et al. (2012) la presencia de elementos como la mentoría, el aprendizaje experiencial, la práctica reflexiva, el trabajo colaborativo y el soporte institucional como condiciones clave en el proceso de un liderazgo efectivo, reafirmo que toda praxis pedagógica en salud, exigen nutrirse de estos fundamentos para

emerger como una verdadera transformación educativa. El liderazgo, en esta concepción se convierte en un acto profundo de implicación humana y profesional, indispensable para resignificar el ser docente en tiempos de complejidad e incertidumbre. En cuanto a la construcción identitaria del ser, tal como lo muestra la figura 2, traigo a colación los razonamientos de Sternszus et al. (2024), desde el siguiente punto de vista:

La formación de identidades profesionales no puede desvincularse del contexto sociopolítico, y ese contexto ha sido profundamente transformado por las evoluciones y acontecimientos de la última década (...). También hay evidencia de que muchos estudiantes pertenecientes a grupos sociales subrepresentados en la medicina experimentan amenazas a su identidad y exclusión (...), en tanto, los estándares profesionales no han reflejado suficientemente la diversidad de perspectivas e identidades dentro de las comunidades de práctica médica (s/n).

Al estar inmersa en el territorio vivo de la praxis pedagógica, reconozco que el liderazgo del médico docente no se ejerce únicamente desde las competencias especializadas ni desde posiciones jerárquicas, se trata de una construcción identitaria que emerge, impacta nuestro ser al redefinir las interacciones cotidianas del aula clínica y del acto pedagógico. Los razonamientos expresados en la cita anterior, me interpelan respecto a la evidencia que la identidad profesional del médico no es un molde estático donde el docente debe adaptarse, sino una configuración dinámica en la cual confluyen contextos sociopolíticos, trayectorias personales y estructuras de poder.

De este modo, en el Decanato de Ciencias de la Salud, este fenómeno adquiere una densidad particular, en cuanto que, el médico docente enseña no sólo saberes biomédicos, sino que proyecta, de manera consciente o no, un modo de ser en el mundo. En el cual los estudiantes observan, replican o rechaza. Aquí, el liderazgo se convierte en una práctica de autenticidad reflexiva, en tanto el médico docente forma profesionales y a su vez, se forma asimismo en la mirada del otro, en la escucha situada, y en la inclusión de voces que históricamente han sido desplazados de los cánones dominantes del saber médico en la praxis pedagógica.

Por ello, significo que la construcción identitaria del liderazgo del médico docente debe abrirse a una pedagogía sensible del reconocimiento, aquella que habita en el disenso como posibilidad formativa, que problematiza en la neutralidad de los estándares

profesionales y legitime modos múltiples de ser médico y ser docente. Dadas estas circunstancias, el liderazgo deja de ser un lugar de poder vertical para convertirse en un ejercicio ético de acompañamiento, en tanto el sentido de pertenencia no se impone, sino que se co-construye desde la diferencia.

Ser médico-docente como sujeto ético y relacional

Entiendo que el reto reflexivo del ser médico-docente es un escenario ideal para de construir y reconstruir la praxis pedagógica más allá de ser trasmisor de conocimientos especializados en el área disciplinar correspondiente, se trata de valorarse como un sujeto ético y relacional, cuya identidad profesional se forja entre escenarios inciertos, demandas sociales y dilemas humanos. Así, en la expresión de Faihs et al (2022) se asoma lo siguiente:

Los médicos deben entrenar su capacidad intelectual y emocional para desarrollar una preparación ética que les permita tomar decisiones en tiempos de crisis. Las escuelas de medicina deben proporcionar a los futuros médicos las herramientas necesarias para afrontar estas situaciones difíciles, integrando la educación en ética médica y los fundamentos legales de manera vertical y horizontal en su plan de estudios (s/n).

Estos señalamientos, describen un imperativo formativo que particulariza la noción de ser docente-médico como un sujeto que habita el cruce entre el conocimiento clínico, la sensibilidad pedagógica y la interacción humana. En este sentido, el liderazgo pedagógico no puede desligarse de la construcción ética del profesional de la salud, puesto que enseñar medicina no se traduce a transmitir información fisiológica o diagnósticos sobre determinadas causas, se trata de cultivar conciencias capaces de discernir entre lo técnicamente correcto y lo moralmente justo.

El escenario pandémico, como lo evidencian Faihs et al. (2022), develó las agilidad emocional y ética de los futuros médicos, quienes manifestaron temor ante los dilemas morales sin sentirse suficientemente preparados para tomar decisiones pertinentes en el corto plazo. En consecuencia, el currículo debe responder a competencias cognitivas, y al mismo tiempo en la formación de un ethos profesional, donde el ser médico-docente da cabida a comportamientos dentro de un referente moral, guía emocional y líder relacional.

A continuación, presento la figura 3, donde interpreto tres elementos fundamentales en cuanto al ser médico-docente.

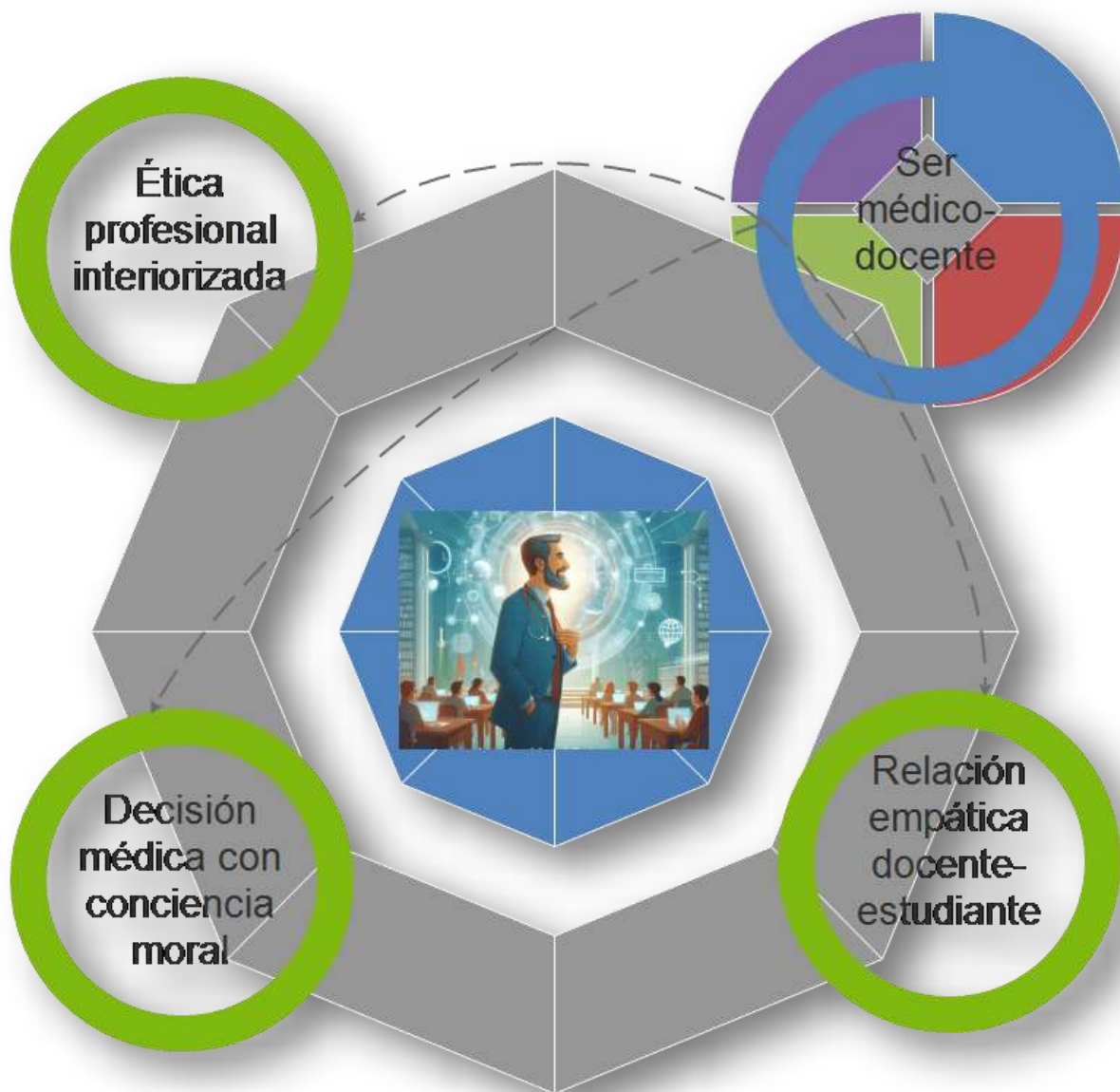


Figura 3. Ser médico-docente

Fuente: elaboración propia (2025)

Los tres elementos representativos del ser médico-docente se implican en la figura desde tres perspectivas: ética profesional interiorizada, decisión médica con conciencia

moral y relaciones empáticas docente-estudiante. De esta manera, en el Decanato de Ciencias de la Salud del ámbito del estudio, urge una praxis pedagógica que promueva la educación ética transversal, que no sea marginal ni anecdótica, sino profundamente significada en la experiencia de aprender a ser médico y enseñar esa sensibilidad a los participantes desde el compromiso humano y social.

Así, reconceptualizar el ser docente en salud, exige abrazar su condición de sujeto ético en diálogo constante con sus estudiantes, acompañando sus miedos, explorando con ellos las zonas grises de la práctica clínica al tiempo que se lidera desde la autenticidad y la reflexión crítica, lo que da cabida a interpretar que el liderazgo docente en salud, es, ante todo, una praxis significativa que transforma tanto a quien enseña como a quien aprende, bajo el signo indeleble de lo humano.

Dadas estas consideraciones, la figura 3 destaca la ética profesional interiorizada al asumir los elementos representativos que se integran en cuanto al ser médico-docente desde una ética profesional interiorizada, lo que hace pensar acerca de la reformulación de su rol más allá de ser trasmisor de conocimientos biomédicos, se trata de un agente relacional, consciente y situado en una comunidad de aprendizaje universitaria éticamente comprometida. En este sentido, Khalajinia et al. (2020) hacen referencia a lo siguiente:

La ética médica es una materia práctica, así como una rama de la filosofía ética, y constituye una parte integral del ejercicio adecuado de la medicina. Sin embargo, la ética varía según los lugares y a lo largo del tiempo, y está sujeta a cambios. Además, muchos problemas surgidos por los avances tecnológicos aumentan la complejidad de los dilemas éticos. Aparentemente, cada uno de los nuevos temas en ética médica, por sí solo, es capaz de desafiar al sistema tradicional de educación médica (s/n).

Desde la asimilación significativa de lo mencionado en esta cita, entiendo el puente esencial entre la tensión y lo permanente inmutable en los códigos éticos que rigen el ejercicio médico; lo cual interpela directamente a la praxis pedagógica en contextos formativo donde el liderazgo docente, lejos de ser directivo, se torna una mediación ética en construcción con los otros. En este marco de referencia, la variabilidad ética no debilita los fundamentos del ser médico-docente, sino que los actualiza, mantiene un desafío permanente al vivir la realidad ética no como una norma externa, sino como una convicción interior, vivida en la cotidianidad del aula clínica y teórica. De allí que la praxis pedagógica

emerge como un fundamento coherente entre el ser y el hacer, entre el juicio clínico y el testimonio ético del formador.

De modo que, este posicionamiento ético interiorizado, que no se impone, sino que se vive, constituye uno de los ejes vertebradores de la formación médica en el siglo XXI, especialmente en escenarios de salud que demandan responsabilidad, deliberación moral, sensibilidad humana y una mirada reflexiva ante los impactos de la tecnología sobre la vida y el cuidado. Situación que comprendo en el devenir del ser sujeto ético, cuya praxis se nutre de la experiencia reflexiva, del juicio permanente desde adentro y de la capacidad de liderar la ética compartida.

Igualmente, la figura 3, presenta el elemento asociado a la decisión médica con conciencia moral, al comprender la coherencia interpretativa profunda que implica el estudio de la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud, que asumo comprometida con la lectura densa del fenómeno formativo en salud, identificando en la postura de AlMahmoud et al. (2017), algunas debilidades y nudos críticos implicados en la praxis pedagógica:

Los estudiantes de medicina informaron que con frecuencia se enfrentaban a conflictos éticos durante su formación, pero señalaron que el nivel de enseñanza en ética en la facultad de medicina era solo moderado. Indicaron que su educación les había ayudado en cierta medida a manejar dichos conflictos. Los estudiantes afirmaron con firmeza la importancia de la educación en ética y respaldaron el valor de los modelos a seguir positivos como el método de aprendizaje preferido (s/n).

La realidad que se asoma en esos hallazgos, interpela el rol del médico-docente como sujeto ético y relacional, cuya praxis transmisora de conocimientos especializados debe cultivar valores mediante el modelaje ejemplar. De esta manera, en la construcción de la praxis pedagógica desde el liderazgo en entornos clínicos formativos, se vuelve imprescindible la integración de una mirada que reconozca la ética médica más allá del apéndice curricular y hacia el marco constitutivo de un eje transversal que permita al futuro profesional decidir sobre qué hacer, pero igualmente cómo y por qué hacerlo.

Esta percepción relanza la figura del docente en la praxis pedagógica como mediador moral, generador de espacios reflexivos donde los estudiantes asimilan protocolos así como aprendizajes que deben discernir y aprender a construir desde el juicio moral en

contextos interculturales dadas las situaciones de incertidumbre clínica, lo que significa que la educación en ética profesional, ha de pasar de la abstracción teórica a la vivencia experiencial como lo demanda la misma percepción estudiantil en esos hallazgos. Igualmente, la figura 3, presenta un elemento significativo relacionado con el ser médico-docente, al configurar la relación empática docente-estudiante. En este sentido, asumo el pensamiento los razonamientos de Aldrup et al. (2022) en cuanto que: “La empatía aparece como un determinante particularmente prometedor para explicar interacciones docente-estudiante de alta calidad, especialmente en términos del apoyo emocional brindado al estudiante y, a su vez, del desarrollo positivo del alumno desde una perspectiva teórica” (p.1178). Asimismo, agrega lo siguiente:

La empatía afectiva puede generar emociones tanto positivas como negativas, y dado que las emociones son multicomponentes, los sentimientos, pensamientos, expresiones y reacciones fisiológicas y conductuales subjetivos pueden diferir según el tipo de emoción (...). La empatía desde la perspectiva afectiva también puede significar sentir algo apropiado, pero no idéntico a la emoción de la otra persona; por ejemplo, responder con preocupación y empatía a la tristeza de otra persona (p.1179).

Al trasladar estas ideas que tienen mucho que ver con esa relación empática establecida en el rol de liderazgo del médico docente en la praxis pedagógica, Y particularmente en el Decanato de Ciencias de la Salud de la UCLA, encuentro pertinencia en el ámbito trascendente de situarse en esa esfera profundamente ética y relacional del quehacer educativo, que no se reduce al acto emocional circunstancial; por el contrario, representa un vínculo dialógico que entrelaza la comprensión del otro con la responsabilidad de responder a su vulnerabilidad.

De este modo, en mi proceso investigativo, he comprendido que la empatía no es una cualidad meramente afectiva de un recurso de simpatía, se trata de una competencia social y cognitiva que se cultiva desde el reconocimiento activo del estudiante como sujeto de derechos, trayectorias y emociones. Esta capacidad para percibir y comprender las señales emocionales del otro, no sólo influye en la calidad de las interacciones académicas en un escenario avanzado de praxis pedagógica, se trata de habilitar escenarios de cuidado pedagógico donde el aprendizaje ocurre en condiciones de seguridad emocional, concretamente en contextos clínicos cargados de tensión ética y existencial.

Así, la empatía del médico-docente, concebida en su doble dimensionalidad afectiva y cognitiva, se posiciona como un pilar del liderazgo pedagógico transformador, en tanto no se enseña desde la distancia, sino desde la proximidad reflexiva y sensible, a través del lente donde la relación del médico en funciones de docencia interacciona con los estudiantes mutuamente, escuchando atento y de manera genuina sus requerimientos cognitivos, sensitivos de naturaleza moral y responsabilidad humana.

Cultura organizacional en contextos académicos de la salud

El ámbito trascendente de la cultura organizacional en contextos académicos de la salud, cobra significado en este estudio desde el entramado vital que se suscita en el Decanato de Ciencias de la Salud en la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA), en tanto me enfoco en los elementos que atañen al desenvolvimiento trascendente en su conceptualización, como estructura abstracta para manifestarse como un tejido vivencial, cargado de prácticas, vínculos y emociones cotidianas de quienes habitamos este ecosistema académico. En este contexto, la cultura no es sólo los pegamentos sociales que nos identifican, tal como lo definen Rafi'i et al. (2025), sino la pulsación que sostiene y otorga sentidos y significados a nuestras formas de ser, liderar y enseñar en la universidad. A tal efecto, estos autores hacen referencia a la siguiente afirmación:

La cultura organizacional es un sistema de significados compartidos por sus miembros que distingue a la organización de otras. Este sistema de significados compartidos incluye los valores, creencias y suposiciones que caracterizan a la organización. Funciona como el pegamento social de una organización, influyendo en una amplia gama de factores, incluidos el compromiso de los empleados y la satisfacción laboral, los patrones de comunicación y los procedimientos de toma de decisiones (s/n).

Las consideraciones citadas, las traslado a mi praxis, donde constato que esta cultura organizacional es moldeada por las posibilidades del encuentro pedagógico, orientada al reconocimiento, la colaboración y participación activa del médico-docente en los procesos de toma de decisiones, al favorecer la satisfacción laboral, en tanto habilita escenarios relacionales más auténticos, donde la ética del cuidado de la vocación docente encuentran terreno fértil para abordar las diferentes realidades pedagógicas y sensibles que transcurren en el dominio educativo.

De esta manera, los hallazgos de la investigación citada anteriormente, se vuelven particularmente significativa cuando se entiende que, en los entornos de salud, las presiones institucionales, jerarquías rígidas y desafíos emocionales, forman parte del clima cotidiano, lo que da cabida a poder liderar desde la docencia con implicaciones significativas más allá de ocupar un rol, se trata de una manera de situarse en esa cultura organizacional desde prácticas concretas que analicen el espacio universitario, y a la vez que inspiren en los estudiantes una visión ética, empática y reflexiva del ser profesional de la salud.

Así, este análisis me lleva a sostener que la cultura organizacional en entornos académicos de salud, no puede ser leída como un fondo neutro, se trata de una fuerza constitutiva que actúa en la raíz misma de la experiencia pedagógica, lo que significa que comprender su accionar e intenciones, es habilitarla reflexivamente para la transformación desde el liderazgo relacional y ético, que se vuelve imperativo para quienes asumimos la tarea de formar a las próximas generaciones de profesionales del cuidado. Estas ideas se complementan con lo estudiado por Efremov et al. (2025) al presentar el siguiente discurso:

Los estudios han demostrado que una cultura organizacional positiva es un factor crucial que no solo fomenta la satisfacción y el bienestar del personal, sino que también mejora su rendimiento general. Además, la cultura organizacional produce resultados positivos en los servicios de salud ofrecidos a los pacientes, particularmente en la experiencia general, la satisfacción y la sensación de seguridad que experimentan (p.328).

Esta postura de los precitados autores, es medular para comprender que la cultura organizacional en contextos académicos universitarios de la salud, no puede desligarse de las prácticas pedagógicas, ni del liderazgo ejercido en esas realidades. Si bien, proviene del entorno clínico, sus fundamentos se trasladan a la universidad como un espacio relacional, donde los docentes enseñan saberes, además de valores demostrados en las dinámicas que fortalecen o debilitan la vivencia institucional. Es así como la cultura organizacional deviene en torno a un tejido ético-afectivo que influye tanto en la formación del estudiantado como en el bienestar de los equipos docentes y administrativos, haciendo visible la necesidad de liderazgos conscientes, empáticos y reflexivos al resaltar una praxis viva y co-construida en cada aula y vínculo.

Ahora bien, el tejido complejo de la educación universitaria en Ciencias de la Salud, mantiene diversas realidades que toda praxis pedagógica situada manifiesta en su cultura organizacional, al tiempo que la configura y desafía. De esta manera, la universidad, connota ámbitos estructurales que no son neutros, se trata de territorios simbólicos donde se entretajan valores, significados, normas y visiones que impactan profundamente el modo de ser y hacer del docente.

En este sentido, Viinikainen et al. (2020) me permite abrir una ventana interpretativa sobre la especificidad de las culturas organizacionales en salud, al afirmar que esta categoría y los climas dentro de las instituciones sanitarias, y por analogía, en las academias vinculadas a ellas, no son homogéneas, sino que presentan diferenciaciones dentro de sus subgrupos funcionales. Es así como esta fragmentación cultural también es observable en el Decanatos de Ciencias de la Salud de la UCLA, donde conviven sus culturas docentes, investigativas, administrativas y asistenciales, cada una, con su propio estilo etnográfico, lenguaje y dinámica relacional.

Al incorporar esta noción a la praxis pedagógica en este estudio, se implica con la necesidad de asumir una mirada multi-escalar de la cultura, inherente a la totalidad organizacional y como micro culturas que configuran espacios de sentido en cada aula, laboratorio o experiencia clínica. La cultura organizacional no es sólo el modo en el cual se hacen las cosas, como la define el estudio precedente, sino la forma en la cual se configura el ser del docente en su cotidianidad, sus decisiones éticas, lenguaje con los estudiantes y colegas y en su modo de interpretar las tensiones institucionales.

Además, Viinikainen et al. (2020) aporta un elemento metodológico medular inherente a la medición del contexto social organizacional, que integra tres dimensiones: cultura, clima y moral. Estas tres categorías se entrecruzan como una triada vital para comprender el comportamiento organizacional. De modo que, en el contexto académico en salud, esta triada se manifiesta en la relación entre los liderazgos pedagógicos formales (coordinadores, directores, decanos) y los informales (docentes referentes, tutores clínicos), donde la cultura influye sobre el clima emocional y profesional del equipo docente, y éste a su vez, sobre la moral individual y colectiva del ser médico docente.

Otro elemento significativo que estos autores aportan a la presente investigación se refiere a la distinción entre clima organizacional y clima psicológico. Mientras el primero, refleja la percepción compartida de un grupo sobre su entorno laboral, el segundo, evidencia el impacto subjetivo de ese entorno en cada individuo. Esta distinción es significativa para comprender que aún en un mismo entorno organizacional, algunos médicos-docentes florecen mientras otros se apagan, lo cual remite directamente a la necesidad del liderazgo empático que sepan leer los matices emocionales de sus equipos, promoviendo entorno pedagógicos seguros, confiables, éticos, y dialógicos.

En paralelo, la noción de moral organizacional, asumida como el estado psicológico positivo del trabajador en relación con su compromiso y satisfacción, cobra especial matiz en el que hacer del médico docente, en tanto, en contextos marcados por reformas curriculares, sobre carga laboral o carencias estructurales, el liderazgo pedagógico debe cultivar un sentido de propósito, reconocimiento y crecimiento, elementos que, según los hallazgos encontrados en la investigación precedente, inciden directamente en la calidad de la enseñanza y el bienestar institucional.

Como cierre, se entiende que la cultura organizacional no es un dato estático, sino un espacio de posibilidades transformación, tal como lo expresan Viinikainen et al. (2020) se trata de las percepciones culturales que pueden ser modificadas, de modo que esta afirmación, abre un campo significativo para la acción de liderazgo docente, activando el ser del docente que es también un ser en construcción cultural, lo que significa que el liderazgo ético, dialogante y reflexivo, puede ejercer una praxis sensible en la organización. De este modo, se articula un horizonte de esperanza para las instituciones de salud que buscan humanizar su formación, al tiempo que van integrando las dimensiones cognitivas, emocionales y éticas del proceso educativo.

Enseñanza en salud como práctica situada y humanista

Es pertinente abordar la noción de enseñanza en salud como práctica situada y humanista dentro de las consideraciones teóricas sobre la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente, concretamente en el ámbito de estudio del

Decanato de Ciencias de la Salud de la UCLA, a fin de responder al requerimiento imperante sobre repensar este proceso para el reconocimiento integral del sujeto que aprende y del sujeto que enseña, en una relación pedagógica ética, afectiva y profundamente situada en contextos reales de la vida misma. De este modo construí la figura 4, donde se interaccionan los elementos significativos que la contienen como expresión de la enseñanza en salud práctica, situada y humanista.

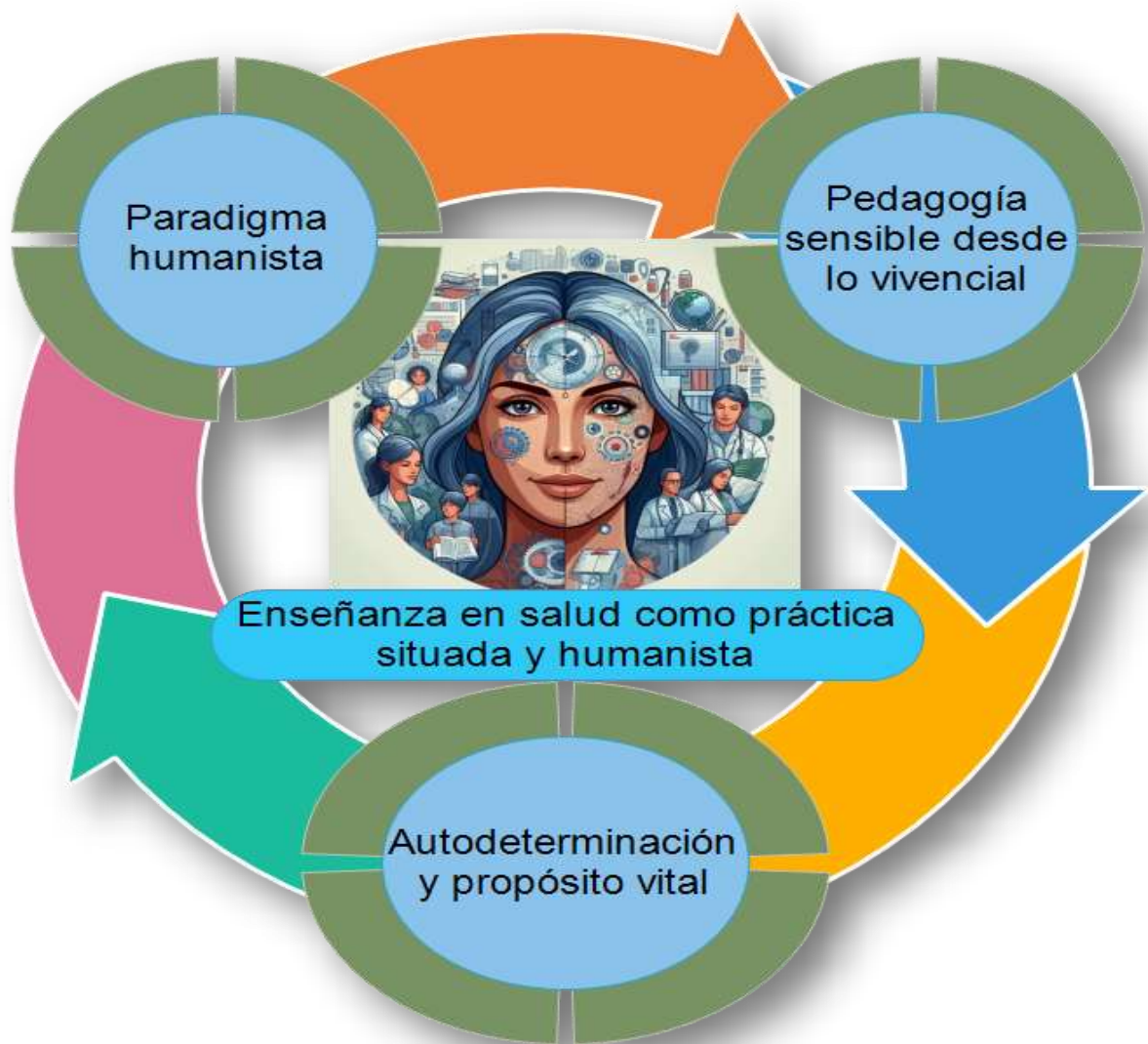


Figura 4. Enseñanza en salud como práctica situada y humanista

Fuente: elaboración propia (2025)

Enfoco la figura 4, sustentada en los planteamientos de Biruny y Salsabila (2021), quienes dan cabida a una aproximación humanista para buscar comprender la vida humana, tal como la perciben las propias personas, al conjugar una mirada optimista de la naturaleza sensible que distancia los hechos de los modelos deterministas y deficitarios. Es por ello que, al enfocarnos en las debilidades, el paradigma humanista reconoce la libertad individual para opinar, decidir, responsabilizarse, otorgar significado, conectarse y trascender.

He allí donde converge la potencialidad inherente al ser médico docente que activa la fortaleza para auto-realizarse, incluso en medio de la crisis. Esta perspectiva, es particularmente relevante en el campo de la salud, donde los procesos formativos exigen adquisición de competencias técnicas innovadoras, así como una profunda conciencia ética, reflexiva y existencial. En este sentido, entender la enseñanza en salud como una práctica situada, implica reconocer que el conocimiento no se transmite de forma fragmentada, sino que emerge desde la interacción entre el estudiante, el médico docente, el entorno sociocultural y emocional donde se desarrolla la experiencia de aprendizaje.

Por lo tanto, la práctica situada rompe con el esquema transmisible y propone una pedagogía sensible, donde el conocimiento se construye desde el hacer, desde lo vivencial y en torno a la implicación del sujeto en su contexto real. Cuando esta práctica se enmarca dentro de un enfoque humanista, se produce una sinergia transformadora del aula que se convierte en el espacio de autorreflexión, diálogo, descubrimiento del sentido y del cuidado del otro.

Es así como Biruny y Salsabila (2021), destacan que el enfoque humanista, inspirado en pensadores como Abraham Maslow y Carl Rogers, otorga centralidad a la autodeterminación, la libertad, responsabilidad, esperanza, creatividad y el propósito vital. Estas dimensiones no son accesorias al proceso educativo en salud, sino que constituyen su núcleo, su génesis, su sistema medular, pues un profesional de la salud que no ha sido formado desde la comprensión profunda de sí mismo, difícilmente podrá humanizar su práctica clínica. La educación humanista permite que el estudiante se reconozca en su

dignidad, valores su proceso de aprendizaje como camino de autorrealización proyectando su sentir como agente ético de transformación en los escenarios sanitarios.

Además, los precitados autores demuestran que el estudiante que se educa desde el enfoque humanista tiende a desarrollar mayores niveles de autorrealización, pensamiento crítico, creatividad, inteligencia emocional y las relaciones interpersonales saludables. Con estos hallazgos resulta significativo comprender que la formación de futuros profesionales de la salud debería manifestarse en contextos complejos, atravesados por el sufrimiento humano, la incertidumbre y la decisiones éticamente difíciles en tanto la enseñanza en salud, cuando se concibe desde esta doble dimensión, dada su práctica situada y humanista, ofrece las condiciones para formar técnicos expertos, seres humanos capaces de cuidar desde una ética de la compasión, la responsabilidad y el compromiso con la vida.

Por ello, sostengo que es indispensable fundamentar la praxis pedagógica desde un liderazgo docente que asuma la enseñanza como acción profundamente ética, relacional y significativa al tiempo que configure ambientes de aprendizaje y estrategias donde florezca esta condición auto realizable de esperanzas, aún en medio de los desafíos contemporáneos que devienen en el sistema de salud.

Contexto del estudio: Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA)

Al arribar a este momento teórico de mi investigación, resulta imprescindible anclar la mirada en el espacio vital donde cobra sentido y significado: la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA), específicamente su Decanato de Ciencias de la Salud; institucionalidad que ha crecido y latido junto al país por más de seis décadas, representando un espacio de formación académica de interés, en el entramado histórico, simbólico y humano que ha definido el ser docente en la Región Centroccidental de la República Bolivariana de Venezuela.

En este sentido, no puedo dejar de reconocer que el Decanato de Ciencias de la Salud, constituye mucho más que una unidad académica; se trata de un organismo vivo que respira conocimiento, lucha y vocación. Tal como lo plantea Traviezo (2022), es una

institución que "lucha, vive, palpita y se proyecta en el tiempo como una de las cinco mejores universidades de Venezuela" (p.11). Esta afirmación denota prestigio, además que devela la dimensión afectiva, ética y epistémica que ha construido el imaginario social colectivo en torno a la UCLA, como escenario creativo del conocimiento.

La génesis de esta historia se remonta a 1962, año en el cual se crea por decreto número 845 el centro experimental de estudios superiores (CEDES), marcando un hito importante en el inicio de la enseñanza médica moderna en el occidente venezolano. Tal como lo expresa el precitado autor, esta apertura respondió al clamor de la provincia, a una "necesidad sentida de llevar la academia más allá de la capital y sembrarla en el corazón de una región históricamente olvidada" (p.13). De hecho, este gesto político y académico es también un acto de justicia territorial, de descentralización del saber, de democratización de la ciencia.

Particularmente emotiva resulta la narración del nacimiento de la Escuela de Medicina, cuando ciento cincuenta y tres (153) bachilleres se dieron cita en las aulas del liceo Mario Briceño Iragorry para presentar sus pruebas de ingreso. Ese momento fundacional inauguró una trayectoria institucional, además que presentó un hito para cientos de familias que vieron por primera vez, la posibilidad real de formar médicos en su región. El Decanato de Ciencias de la Salud, ha sido desde entonces escenario de múltiples historias, tensiones entre autoridades y estudiantes, desafíos al establecer programas de posgrado, debates sobre investigación y momentos inolvidables como la graduación de los primeros veinticinco (25) médicos cirujanos en 1969, quienes, en un gesto de dignidad y autonomía, decidieron recibir sus títulos por Secretaría y no esperar una gradación conjunta con otras escuelas.

Tal como lo destaca Traviezo (2022), este "acto de firmeza marcó un precedente institucional, convirtiéndose desde entonces en el Día del Egresado Universitario UCLA" (p.14). Anécdota que se asume como un detalle histórico, que ilustra el ethos universitario que ha caracterizado a esta Universidad desde sus inicios, en cuanto a comportamientos de convicción, protagonismo y conciencia de su papel transformador.

Igualmente, se reconoce la figura epónima de esta Universidad: Don Lisandro Alvarado, un hombre de ciencia y conciencia que supo conjugar el conocimiento académico con la comprensión profunda del país. Médico, lingüista, naturalista e historiador, su vida fue ejemplo de entrega intelectual y su nombre constituye hoy, un faro que orientan el quehacer universitario con la fortaleza práctica centrada en el ideal de la integralidad del saber y el compromiso con la nación.

En este marco representativo, debo resaltar el tejido institucional cargado de historia, simbolismo y resistencia, que da cabida a pensar la praxis pedagógica desde liderazgo, como mirada del ser docente, implicándose el reconocimiento de este legado y al mismo tiempo, proyectando un horizonte de transformación posible. El Decanato de Ciencias de la Salud, escenario de esta tesis, también es inspiración, su germen y propósito retomado en la investigación no es un azar, es un acto de coherencia, identidad y pertenencia.

Ahora bien, en el escenario de transformaciones requeridas, no puedo dejar de incorporar la profunda reflexión de Cordero (2021), quien anuncia con claridad que "hoy en día los centros de educación tienen una alta responsabilidad ante los retos presentes" (s/n). Esta afirmación subraya aspectos inherentes al estudio sobre la praxis pedagógica desde el liderazgo del médico-docente en Ciencias de la Salud, frente a las complejidades del entorno nacional, que exige una universidad fuerte, resistente, que se reinventa y se comprometa con el desarrollo humano y social desde una visión integral del ser.

Desde esta óptica, Cordero (2021) interpela directamente las universidades venezolanas cuando se interroga sobre ¿hasta qué punto las universidades dan respuesta a lo que requiere el país? En tanto formación, producción, asesoría, acompañamiento, liderazgo; sobre todo una generación de relevo integral. Dadas estas situaciones, las traslado al Decanato de Ciencias de la Salud de la UCLA; en tanto representa el núcleo ético y epistémico que moviliza la presente tesis doctoral sobre el ser docente y su praxis pedagógica centrado en una mirada de liderazgo comprometido con el bienestar, la salud y la dignidad humana.

En este orden de ideas, el direccionamiento estratégico institucional de la UCLA - 2018 2023, como brújula normativa, responde precisamente esa necesidad de transformación profunda, promoviendo planes estratégicos que alinean a la universidad con los objetivos del desarrollo sostenible de la agenda 2030 y las declaraciones de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. No se trata de alineamiento documental, es la puesta en práctica de un llamado a redefinir la universidad como espacio de sentido, creación colectiva y vinculación con su entorno.

En este ejercicio reflexivo, la Dirección de Cooperación y Relaciones Interinstitucionales (DICORI) se presenta como un eje transversal de dinamización institucional, orientando y acompañando las iniciativas académicas, investigativas y de extensión que conectan a la UCLA con su realidad local, regional e internacional. Como bien lo señala Cordero (2021), "la DICORI no trabaja sola, articulan las acciones que le corresponden realizar en conjunto con todas las instancias de la universidad" (s/n), generando alianzas estratégicas que permiten que la praxis docente trascienda el aula y se inserte en los procesos investigativos de carácter social, cultural, educativo, económicos y sanitarios del país.

Es aquí donde el liderazgo pedagógico cobra un sentido renovado, en tanto no se trata sólo de formar profesionales en salud, va más allá en el hecho de configurar sujetos capaces de pensar reflexivamente en su contexto, de actuar desde el compromiso ético con la vida y de liderar con humanidad en medio de la incertidumbre. Por ello, como también hace referencia el precitado autor "ya es tiempo de abordar también los asuntos importantes. Hay que repensarse, innovar en la incertidumbre, en la era de la conectividad, del colectivismo" (s/n). Esta afirmación desafía las inercias institucionales, además que nos invita como docentes, a reconocer que la innovación en la enseñanza además de técnica, también es existencial en tanto está en la forma en la cual habitamos nuestra vocación, lideramos procesos de cambio y acompañamos a otros en su crecimiento.

La pertinencia de esta reflexión se profundiza al considerar que, como la firma Cordero (2021), "la universidad debe liderar los cambios necesarios para el desarrollo sustentable de la nación" (s/n). En este punto de reafirmación, el liderazgo docente deja de

ser una categoría administrativa para convertirse en un acto de responsabilidad ética con el país, lo que significa que toda praxis pedagógica que se gesté en el Decanato de Ciencias de la Salud debe tener un horizonte de dominio disciplinar y cumplimiento curricular para ir más allá hacia el cultivo de un pensamiento situado, humanista, reflexivo y transformador.

Este marco argumental refuerza la mirada que propongo en esta tesis doctoral, al entender que el ser docente en salud, debe ser repensado desde una pedagogía que interpelen, humanice y libere, en tanto la universidad y especialmente la UCLA, tiene en sus manos una misión histórica la de formar líderes que trasciendan los procesos con sentido y con sensibilidad. Por ello, como uclaísta, me reconozco en esta apuesta por el avance y desarrollo, desde mi labor investigativa y pedagógica, me sumo a ese camino de transformación, convencida que, como reza el espíritu fundacional de esta casa de estudios, la UCLA es y debe seguir siendo una voz del pensamiento.

Teoría humanista

La teoría humanista, fundamentada en los principios y consideraciones de autores como Carl Rogers y Abraham Maslow, concibe al ser humano como un sujeto integral, dotado de dignidad, libertad además de la capacidad para auto realizarse en el contexto de sus actividades y procesos, que en este caso traslado a la educación médica, siendo una perspectiva que implica que el aprendizaje no se limita a la especificidad del conocimiento técnico, sino que aborda la formación de un profesional ético, empático y consciente de su responsabilidad social, de manera que abarca la formación desde el ser médico-docente, donde la praxis pedagógica se convierte en un liderazgo formativo que modela actitudes, comportamientos y valores, favoreciendo que el estudiante aprenda a curar pero también a cuidar al otro.

-En este orden de ideas, el liderazgo ético humanista se proyecta en la interacción auténtica con nuestros estudiantes, el respeto por la singularidad de cada uno de ellos y la coherencia entre el discurso y la acción del médico-docente. En ciencias de la salud, ello significa que la enseñanza debe cultivar tanto la excelencia académica como la sensibilidad ante la fragilidad humana, concretamente en escenarios formativos que han de dominar en

torno a la realidad, manteniendo el contacto con el cuerpo humano en representatividad de oportunidades para la reflexión profunda sobre la vida y la muerte. En esos términos, Guo et al. (2020) destaca algunos señalamientos que traduje de la siguiente forma "uno de los objetivos más importantes de la educación médica moderna es capacitar a los estudiantes para convertirse en clínicas humanistas. La anatomía humana desempeña un papel crucial en esta misión, utilizando los cadáveres para provocar reflexiones sobre la muerte, el morir, la enfermedad y el papel del médico en la atención humanista" (s/n).

Dadas estas consideraciones la afirmación hace pensar sobre la conexión directa de la praxis pedagógica desde el liderazgo del médico-docente, en tanto hace hincapié en el hecho que la enseñanza de la especialidad correspondiente, no debe quedarse en la adquisición mecánica de conocimientos, sino que ha de significar la integración de vivencias formativas que despierten en el estudiante una conciencia ética y empática. El médico-docente, como líder humanista, guía este proceso para que el aprendizaje técnico esté impregnado de sensibilidad, respeto y gratitud hacia quienes, incluso en la muerte, contribuyen a la formación médica.

Teoría de los valores

La teoría de los valores aplicadas a la educación médica desde el ser del docente, en su esencia, concibe que la conducta humana se orienta por principios éticos, morales y sociales que guían la toma de decisiones al configurar la identidad personal y profesional en el ámbito de su trascendencia formativa. De allí que, en la educación médica, estos valores como el respeto, responsabilidad, justicia, altruismo, empatía y compromiso, no se transmiten como simples contenidos van más allá del modelo de médico docente que desde su ser se manifiesta en las actuaciones cotidianas, que actúa como referente vivo y catalizador de aprendizaje significativos.

En esos términos, el liderazgo pedagógico se implica en el cultivo de estos valores donde el estudiante absorbe la competencia técnica además de la capacidad de reconocer la dignidad humana, asumir un compromiso social y practicar la medicina con integridad. En este marco representativo de la praxis pedagógica, se adquiere especial atención en un

espacio de relaciones cercanas y acompañamiento pedagógico reflexivo, donde los valores se descubren, se reafirman y se proyectan a la sociedad. Desde este campo de acción asumí el razonamiento de Villagra et al. (2024), en la siguiente cita traducida: "enseñar profesionalismo en las escuelas de medicina es central para la educación médica y la sociedad (...) Una sola intervención planificada puede promover la autorreflexión" (s/n).

Dadas estas especificaciones, me devela que los valores médicos no son estáticos ni y natos, sino que requieren experiencias intencionales de aprendizaje planificadas al movilizar espacios de reflexión en la construcción de identidad profesional. Desde el liderazgo del médico-docente, estas intervenciones representan oportunidades para despertar en el estudiante una conciencia ética más profunda, especialmente en contextos transformados por eventos como la pandemia, donde la vocación y el compromiso social se revalorizan frente a los requerimientos de la sociedad.

MOMENTO III

FUNDAMENTOS DE LA RUTA METODOLÓGICA

Toda búsqueda del conocimiento exige una brújula interior que oriente con rigor, sensibilidad y coherencia el trayecto metodológico hacia la comprensión profunda de la realidad.

Adriana Indira López Navas

Visión paradigmática

El abordaje de la praxis pedagógica desde liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud, debe ser guiado por la necesidad de comprender el paradigma donde se inserta, lo cual no es una mera elección metodológica o filosófica, sino que se trata de una cosmovisión que moldea el modo en el cual concebimos la realidad, el conocimiento y nuestra forma de aproximarnos a ello. Desde esta perspectiva, tomé provecho de los planteamientos de Keong et al. (2023) en cuanto a que “el conocimiento de los paradigmas de investigación es crucial, en tanto guían los descubrimientos científicos a través de sus supuestos y principios” (5857). Estos autores agregan además aspectos de interés relacionados con la importancia de identificar el paradigma del estudio, en tanto:

(...) orienta a los investigadores, al señalar problemas importantes que desafían a cualquier disciplina (...), permite el desarrollo de modelos y teorías que fundamentan la resolución de problemas (...) establece los criterios para las herramientas de investigación necesarias, por ejemplo, la metodología, el tipo de instrumentos y la recopilación de datos que permitirán resolver los problemas (...) proporciona los principios, procedimientos y métodos que deben considerarse cuando reaparecen problemas similares. (p.5858).

Esta cita traducida de su fuente original, me permitió vislumbrar el hecho que investigar no consiste en la recolección de la información, en el trabajo de campo, si no en establecer un compromiso ontológico con la realidad que se desea indagar. Así, en el contexto de mi paradigma interpretativo, con enfoque cualitativo, reconozco que el rol

activo del sujeto investigador, legitima la subjetividad como fuente de conocimiento y valora los significados construidos en la interacción humana.

A lo largo de mi estudio, confirmé que el paradigma funciona como una brújula filosófica orientadora en la elección y abordaje metodológico, la relación entre el investigador y el objeto de estudio y los principios éticos que subyacen en cada decisión investigativa. Tal como afirma Deshpande (1983) citado en Keong et al. (2023), el paradigma no sólo delimita los instrumentos pertinentes, sino que da lugar a los aspectos teóricos organizativos para enfrentar los desafíos epistemológicos de cada disciplina, algo especialmente relevante en el ámbito de la formación docente en salud, donde confluyen saberes técnicos, humanos y experienciales.

En este sentido, mi aproximación a la praxis pedagógica no se limitó a la observación en torno a lo que los médicos-docentes hacen, sino que trate de comprender como ellos significan su hacer pedagógico desde su ser líder, interpretando la realidad vivida, sentida y pensada en torno a una perspectiva paradigmática interpretativa que me permitió rescatar la voz del sujeto, integrar el contexto institucional y visibilizar las tensiones entre el deber ser institucional y el ser médico docente como sujeto ético, emocional y transformador.

En síntesis, el estudio del paradigma no fue una etapa previa al diseño de la investigación, sino una constante revisión filosófica que me permitió alinear mi mirada, mi método de mis intencionalidades, legitimando un conocimiento situado, reflexivo. Y dialógico tal como lo señalan los precitados autores, conocer los paradigmas no es una opción técnica, sino una necesidad epistemológica para evitar sesgos metodológicos y propiciar una investigación coherente con sus fines. En la complementariedad de lo antes dicho, señala Chafe (2024) lo siguiente:

(...) los paradigmas han sido presentado con frecuencia como fundamentales para saber cómo deberíamos concebir y llevar a cabo la investigación cualitativa. Algunos autores incluso sostienen que definir el propio paradigma del investigador, es decir, definir su propia ontología y epistemología, debería ser el punto de partida para realizar cualquier estudio cualitativo (s/n).

Este planteamiento fue clave en mi estudio, al punto que me llevó a priorizar una comprensión integral del ser docente en sus propias coordenadas existenciales, afectivas y

profesionales, reconociendo que mi mirada como investigadora no era neutra ni universal, sino situada y éticamente comprometida. El reconocimiento de paradigmas múltiples y no excluyentes tal como lo sugiere el precitado autor, al comparar los enfoques de Guba y Lincoln con los de Kuhn, además de Burrell y Morgan, amplió mi horizonte interpretativo. Me permitió fundamentar la elección de una fenomenología trascendental apoyada en la hermenéutica, como un acto de coherencia ontológica, al comprender el ser del médico docente en sus vivencias y experiencias entre lo académico, lo clínico y lo ocasional, entonces el paradigma debía también ser vivido y asumido desde el liderazgo pedagógico que emerge como una praxis reflexiva.

Así, el paradigma no fue simplemente un sendero teórico, sino una elección consciente de mi lugar como investigadora, una reafirmación de la subjetividad como fuente de comprensión profunda, que tomé provecho de lo que Chafe (2024) admite en el sentido de repensar el paradigma como un camino propio y plural a la vez, donde la mirada investigativa se convierte en una forma de existencia comprometida con el sentido.

En concreto, el paradigma interpretativo ha sumido en el estudio, me permitió asumir el abordaje comprensivo del ser médico docente no desde la estandarización de sus actos, sino desde la riqueza de su subjetividad, experiencia emocional y devenir ético pedagógico. En este sentido, tomé como inspiración directa la afirmación de Adil et al. (2022) cuya claridad conceptual es pertinente con mi cosmovisión investigativa, por tanto, extraigo y traduzco la siguiente cita textual:

(...) la perspectiva interpretativa es aquella que ve la realidad, la cual no tiene una sola cara, sino múltiples facetas, por lo que es muy útil estudiarla desde diferentes perspectivas. Esta condición busca abordar la realidad de la vida social en profundidad, comprendiendo su naturaleza esencial a través de la experiencia emocional o subjetiva. Con diferentes niveles de comprensión y comportamiento humano como sujetos, la investigación con este paradigma no se buscan generalizaciones (p.298).

Tal como se distingue en la cita, esta postura paradigmática interpretativa fue clave para mirar el liderazgo docente más allá del rol normativo, se trató de una manifestación simbólica, contextual y afectiva que connota contextos educativos específicos en Ciencias de la Salud. El médico docente que lidera su praxis no utiliza un manual, sino que su

abordaje experiencial es una interpretación ética de su ser en la cotidianidad comprendida con la profundidad emocional y la vivencia subjetiva de sus protagonistas.

Este enfoque me permitió aproximarme al ser docente como un sujeto que interpreta mundo, que actúa por lo que sabe además por lo que siente, por lo que recuerda, dada las tensiones culturales que habita y en razón de los desafíos institucionales que devienen en su praxis pedagógica. Por tanto, el paradigma interpretativo fundamentó mi metodología bajo el enfoque cualitativo, y fue en esencia, la lente ética y epistémicas desde la cual construí sentido en el acto investigativo.

Estructura onto-epistémica y metodológica

Para efectos de la ontología significada en la praxis pedagógica del ser médico docente desde el liderazgo, debo mencionar que desde el momento que asumí el proceso investigativo bajo las coordenadas del paradigma interpretativo, advertí que esta realidad no podía ser comprendida desde la acción técnica o instrumental, por el contrario, su esencia o núcleo ontológico, se desplegó en la capacidad de significar y resignificar continuamente su ser existencial, en tanto sujeto que lidera procesos de formación en contextos complejos, cambiantes y profundamente humanos. Tal como lo señalan Isea et al. (2024):

(...) desde el interés o racionalidad práctica, el docente se forja como facilitador de experiencias vivenciales y de interés significativo (...) Esta perspectiva provoca una dinámica relacional pedagógica, educativa, gerencial y de toma de decisión, que demanda cuestionar dialécticamente el saber experiencial construido intersubjetivamente. Es decir, como praxis dialéctica de acción-pensamiento acción que transforma y empodera, donde el docente asume el rol de mediador crítico-reflexivo y reconstructor de los saberes del otro y de sí mismo, consumado en un discurso de diálogo horizontal, de participación democrática y colaboración (p.2).

Esta significatividad del ser médico docente, deviene como un sujeto ontológicamente implicado con su realidad sanitaria y pedagógica, en tanto su hacer esta implicado con su ser. De este modo, liderar, en este sentido, nos remite únicamente a la gestión de equipos o direccionalidad de procesos y actividades, liderar es exponerse a la facticidad de

lo real, habitar los intersticios de los cotidiano y desde allí, generar sentido, sensibilidades y apertura hacia el otro, en el modo existencial de vivencias y experiencias educativas.

En tal sentido, comprendí que el liderazgo del médico docente es una fracción ontológica de apertura al mundo. Se configura como un estar--en-el-mundo siguiendo los planteamientos de Heidegger (2005), donde se asume el compromiso de reinventarse en diálogo con la alteridad, en procesos permanentes de carácter reflexivos, comprensivos y de acción compartida, generando en comunidad, el reconocimiento de las marcas culturales, sociales y existenciales que atraviesan cada encuentro educativo, el acto de enseñar desde la medicina, vinculado a lo ético, político y humanizador, implica además, habitar una ontología del cuidado, donde el saber no se impone, sino que se co-construye en torno a una racionalidad en reflexiva.

De forma similar, esta condición ontológica está en comunicación constante con los otros, tal como lo expresa Habermas (1981), quien apunta a la conciencia crítica del contexto y a la posibilidad de transformación del mismo. Desde esta mirada, el ser médico docente se redefine como sujeto en permanente formación, como líder que articula el saber disciplinar con la sensibilidad humana, como gestor de procesos y actividades, donde la formación se devela como espacio de resistencia, diálogo y esperanza.

De esta manera, he comprendido que este liderazgo está atravesado por una racionalidad comunicativa, en el sentido habermasiano, el médico docente se constituye en sujeto de entendimiento mutuo, constructor de consensos y facilitador de procesos de emancipación humana, donde esta racionalidad convierte el espacio áulico en el sendero abierto a la intersubjetividad, en tanto, el saber médico no se impone, sino que se co-construye dialógicamente. En torno al reconocimiento del otro como interlocutor válido.

Así el núcleo ontológico de esta praxis pedagógica, no se agota en la función de enseñar medicina, sino que se expande hacia la comprensión más profunda en la formación de seres humanos capaces de habitar éticamente su existencia, desde la reflexión permanente, la sensibilidad empática y la acción responsable en todo hecho y circunstancias que promueva la praxis pedagógica del ser, en torno a la develación de un

acto ontológico de cuidado, escucha y transformación permanente, en manifestaciones de liderazgo emergente hacia el compromiso genuino con la vida y el aprendizaje del otro.

En cuanto al núcleo epistemológico, en el avance comprensivo de la praxis pedagógica del médico-docente desde el liderazgo, retomo ese ejercicio significado como un acto reflexivo, de apertura dialógica hacia otras formas de validación del saber científico, experiencial, ético relacional, que se entreteje en la realidad clínica y formativa, cuando el líder pedagógico se posiciona en escenarios de aprendizaje permanente, en un conocimiento que es relacional, contextual y éticamente orientado tanto en el mundo del ser docente en el aula como en el hospital, articulando el cuidado y la construcción compartida del conocimiento. Desde ese tópico, Eastwood et al. (2017) señala que:

El estudio de la epistemología, definida como teoría o discurso sobre el conocimiento, abarca un cuerpo diverso de trabajos académicos en diversas disciplinas, como la psicología, la filosofía y la educación (...). La epistemología se centra en qué es el conocimiento, así como en cómo se produce, adquiere y justifica (...). Si bien la terminología que describe este ámbito de trabajo varía y tiene significados matizados (...) utilizamos el término cognición epistémica, como relativo a cómo las personas adquieren, comprenden, justifican, modifican y utilizan el conocimiento en entornos formales e informales (s/n).

Esta conceptualización, sitúa al núcleo epistemológico de la praxis pedagógica del médico-docente en una perspectiva compleja y transdisciplinaria, al reconocer que el conocimiento no es una entidad estática, ni absoluta, sino una realidad dinámica que se construye permanentemente sobre la base de la interacción, intereses comunes y sistema de creencias que comparten los actores sociales como construcción que justifica y transforma los múltiples contextos.

En este sentido, la cognición epistémica adquiere un valor fundamental, en tanto implica una comprensión reflexiva del conocimiento y de los procesos mediante los cuales los actores sociales, desde su rol de líderes formativos, median los saberes, orientan sus prácticas, al guiar la toma de decisiones y promover aprendizajes significativos en entornos marcados por la incertidumbre, la ambigüedad y la diversidad. De este modo, el liderazgo pedagógico exige además del dominio técnico-científico, una actitud reflexiva, ética y dialógica que permita interpretar fuentes, integrar disciplinas, valorar las experiencias al responder a los retos educativos con pensamiento situado, responsabilidad humanista, así

como la apertura epistémica. Igualmente, retomo algunos principios inherentes al Construccionalismo Social, expuestos por Misra y Prakash (2012) siguiendo los postulados de Kenneth Gergen, en la siguiente cita traducida:

El proceso de generación de conocimiento es principalmente relacional. Como bien lo ha expresado Ken, razonar bien no consiste en alejarse de las relaciones para un momento privado, sino en participar plenamente en ellas. Cree firmemente que la comprensión y los valores compartidos por la comunidad son constitutivos de la ciencia. Además, el conocimiento implica profundamente la labor de interpretación. Por lo tanto, el conocimiento puede no ser más o menos verdadero, pero su funcionalidad en términos de creencias y valores culturalmente aceptados puede ser baja o alta. Así, el conocimiento se origina en las comunidades y no en las mentes individuales. De esta manera, la construcción social se convierte en un marco en el que se integran la producción y el uso del conocimiento (s/n).

Apoyado en este autor, asumí que el proceso de generación de conocimiento en la praxis pedagógica del médico docente, lejos de ser un ejercicio fragmentado, solitario y eminentemente objetivo en lo técnico, se tejía profundamente en las relaciones con los otros, en la intersubjetividad y compromisos éticos que ellos asumen desde el liderazgo pedagógico. Al profundizar en la afirmación del precitado autor, comprendí que razonar bien no significaba aislarse para pensar, sino habitar activamente el espacio relacional y sociocultural donde el saber se construye colectivamente, atravesado por los valores, sistema de creencias y finalidades compartidas en el campo médico.

Esta visión desafió mi propia comprensión epistemológica al entender que no bastaba con acumular saberes científicos en la realidad del fenómeno de estudio, sino que se trataba de reconocer los elementos emergentes a interpretar desde y para la comunidad educativa, reconociendo que el conocimiento no emana de una mente aislada, sino de la praxis social situada. Así, la epistemología que sustentó este estudio se arraigó en una visión dialógica, interpretativa, dinámica y relacional del saber y del ser, que dio fundamento a la praxis pedagógica del médico-docente como líder transformador en contextos de formación permanente.

Ahora bien, en el núcleo metodológico, asumo en este transcurrir reflexivo de mi proceso investigativo con plena conciencia, la pertinencia metódica de la fenomenología trascendental con apoyo de la hermenéutica, cuando accedí a la esencia del fenómeno

indagado. Esta decisión no emergió de manera arbitraria, sino que respondió a los requerimientos de profundidad de la esencia de la conciencia de los actores sociales médicos docentes, en un primer momento del estudio, al suspender todo juicio previo (epojé) y orientar mi mirada indagatoria hacia las experiencias vividas en el seno de la praxis pedagógica que lideran en su recorrido vivencial y experiencial.

Tal como lo describe Husserl (1913) lo concedí en su llamado a volver a las cosas mismas. Me sentí convocada por el rigor sistemático y la claridad estructural que Moustakas (1994) plantea al traducir los principios husserlianos en una prospectiva metódica profunda cualitativa. Así, a lo largo del estudio, me adentré en el camino de la reducción fenomenológica, un ejercicio constante de despojo de mis propias pre concepciones, que fue configurando un horizonte de escucha activa, en el cual las voces de los participantes emergieron con nitidez, desprovistas de interpretaciones impuestas y dotadas de significados en sí mismas. En ese momento de subjetividad, la noción de intencionalidad de la conciencia fue el eje rector inicial de mi enfoque metódico, donde cada vivencia narrada en las entrevistas, fue comprendida no como un dato aislado sino como una manifestación de significado originario en la relación entre el sujeto y el mundo vivido.

Sin embargo, lejos de asumir una postura estrictamente al considerar la esencia de sus conciencias, pude también, en otro momento más adelantado de la investigación, la trascendencia del fenómeno de estudio incorporando, además, mis propias vivencias en la realidad de la Ciencias de la Salud, donde opté por articular mi proceder metódico con matices hermenéuticos, reconociendo que todo acto de comprensión exige, inevitablemente, un movimiento interpretativo y comprensivo.

De esta manera, apoyada en los aportes de la fenomenología trascendental hermenéutica, tejí una red de elementos significativos del ser médico-docente para la comprensión profunda en la cual cada testimonio se transformó en texto, y cada texto a su vez, en un espacio de diálogo interior. No fue suficiente describir; fue necesario además interpretar con responsabilidad ontológica, iluminando el sentido que subyace en lo dicho y lo callado, es decir en los sentidos y significados atribuidos a la realidad del fenómeno.

Desde esta perspectiva, inspirada por Moerer-Urdahl y Creswell (2004), comprendí que la fenomenología trascendental no sólo representa un diseño metodológico estrictamente apegado a las narrativas y las distintas composiciones experienciales que manifiestan los actores sociales en el ejercicio combinatorio de la clínica y la praxis pedagógica, sino también que el momento metódico exigió una actitud frente al conocimiento. Es decir, una apertura radical al otro. Tal como lo expresan los precitados autores, este enfoque de la metodología trascendental con apoyo de la hermenéutica "proporciona elementos de diseño lógicos, sistemáticos y coherentes que conducen a una descripción esencial de la experiencia" (p.2). Así lo viví. Cada etapa, desde la formulación de horizontes hasta la estructuración de las unidades de significado, me permitió avanzar en la construcción de la estructura esencial del fenómeno, respetando su complejidad y unicidad.

El procedimiento se desarrolló desde el punto de vista metodológico en tres momentos nucleares: epojé (en el momento de la entrevista a profundidad), reducción fenomenológica (a través de la interpretación y comprensión del fenómeno) y síntesis comprensiva de significados e intuiciones (generación de los macroconceptos). De esta manera, en la epojé, suspendí temporalmente mis supuestos en la realidad del fenómeno de estudio; en la reducción fenomenológica identifiqué horizontes sentidos de experiencias y vivencias a través de las categorías y subcategorías; en la síntesis, pude tejer la estructura del fenómeno tal como fue vivido por los participantes aportando además mis propias experiencias.

No obstante, no lo hice sola: fue el lenguaje lo que me condujo, fue la narrativa de los otros aquello que develó el alma del fenómeno. Tal como lo señala Moustakas (1994) se trató de la experiencia que debió ser tratada con reverencia, como un campo sagrado del sentido humano en la praxis pedagógica en ciencias de la salud. En este devenir metodológico, la hermenéutica no compitió con la fenomenología trascendental, sino que la complementó.

El hecho cierto de la interpretación y la comprensión fue, para mí, un acto de fidelidad a la experiencia del otro. Acepté que toda comprensión está situada, que todo

sentido y significado se develó en el entrecruce del mundo vivido y el mundo interpretado. Así, mi investigación no fue simplemente un ejercicio de recogida y análisis de la información, sino una travesía ética, ontológica y epistemológica, en la cual procuré honrar la vivencia humana en su más profunda autenticidad en los aspectos inherentes al médico docente en su recorrido de praxis pedagógica con sentido de liderazgo. Comprendí que la fenomenología trascendental, con el sostén reflexivo de la hermenéutica, es una forma de estar, de conocer, de encontrarse con el otro en su verdad experiencial. A continuación, presento en la figura 6, el recorrido interpretativo asumido en cada uno de los núcleos: ontológico, epistemológico y metodológico que orientaron la ruta investigativa.

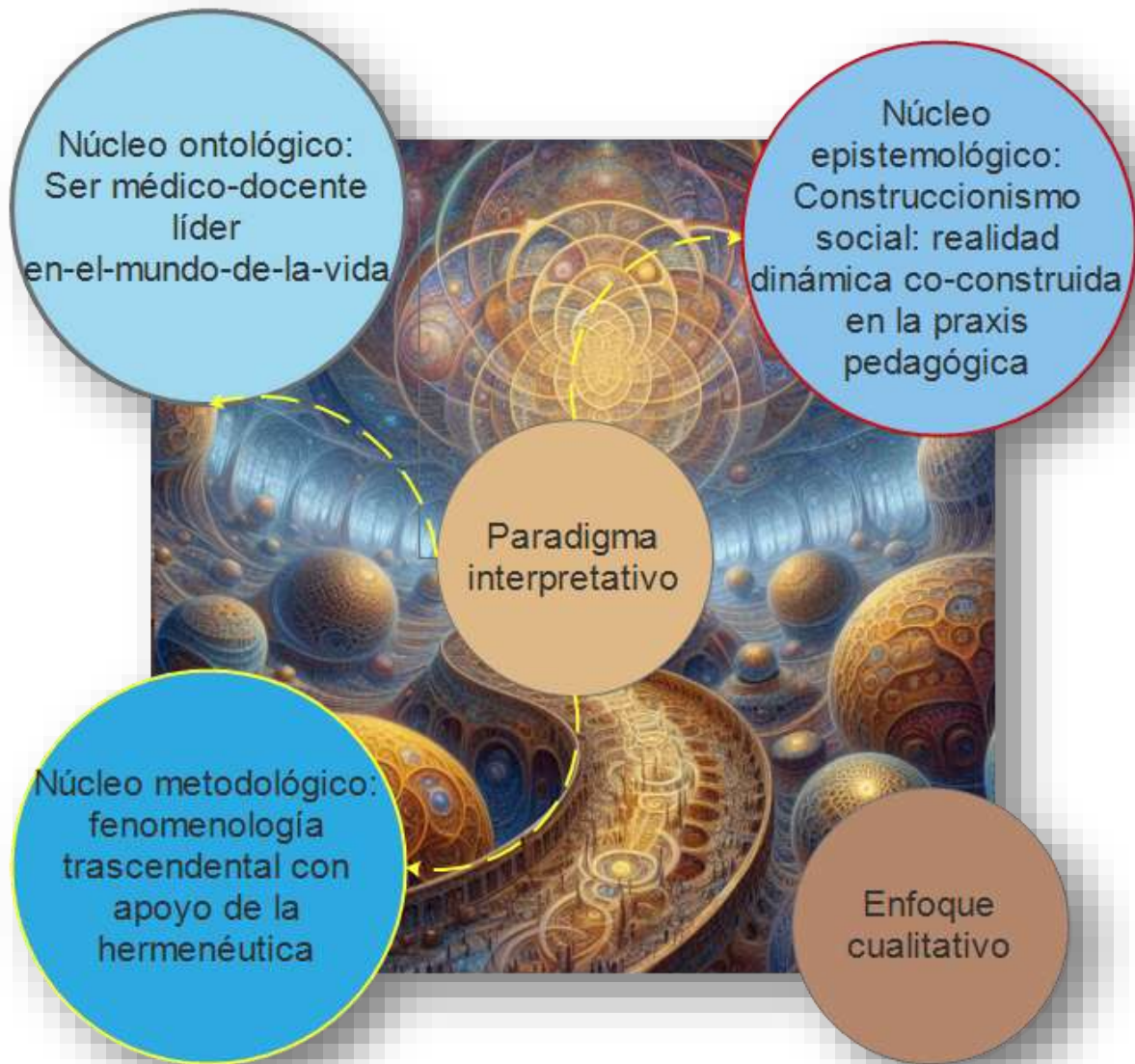


Figura 5. Ruta orientadora de la investigación

Fuente: elaboración propia (2025)

Actores sociales

Los actores sociales en este estudio se definen según Rodríguez et al. (1999) como aquellas personas que tienen la información medular para abordar sus narrativas y experiencias y además están dispuestos a ofrecer sus vivencias en la realidad del fenómeno

de estudio. Al respecto, estos autores señalan que, la elegibilidad de los actores sociales se manifiesta:

(...) como una tarea continuada en la cual se ponen en juego diferentes estrategias conducentes a determinar cuáles son las personas o grupos que, en cada momento del trabajo de campo, pueden aportar la información más relevante en conformidad con los propósitos de la investigación" (p.136).

En este marco representativo, tomé provecho de cuatro (4) docentes del Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA). De acuerdo con Dahal et al. (2024), lo importante de esta selección de quienes aporten la información en el trabajo de campo, es que deben responder a una lógica de alineación significativa entre el fenómeno de estudio y las experiencias humanas que lo configuran, reconociendo que sus participaciones no son simplemente fuente de información, sino co-constructores del conocimiento.

Del mismo modo, expresan Aspers y Corte (2019), que la selección de actores sociales se articula con la naturaleza misma de los abordajes en enfoques cualitativos, donde la cercanía experiencial con el fenómeno investigado y la condición ética, son esenciales para generar comprensiones profundas. Así, el muestreo intencionado con criterios referenciales y el reconocimiento de los participantes como co-investigadores aseguran la pertinencia de la información generada, así como la validez interna y profundidad del estudio.

Por tanto, su elegibilidad fue entendida como un procedimiento intencionado y fundamentado, que influyó directamente en la credibilidad interna y riqueza del proceso investigativo, lo cual es propio de una práctica de investigación cualitativa interpretativa donde se activa desde adentro, la transformación del mundo en sus representaciones. En este orden de ideas, los actores sociales fueron seleccionados al cumplir con los siguientes criterios: experiencia en el quehacer de la praxis pedagógica, más de diez (10) años de servicio en el Decanato de Ciencias de la Salud y la preparación pedagógica reconocida en la formación como docente. A continuación, en la tabla 1, se observa el perfil profesiográfico de los actores sociales informales y en la tabla 2, lo correspondiente con los actores sociales formales que participaron en el estudio.

Tabla 1*Perfil profesiográfico de los actores sociales informales*

Actor Social (AS)	Desempeño actual	Criterios profesionales
AX	Médico Docente de Anatomía Macroscópica I en la UCLA	Escalafón académico: Asistente Activo 12 años de servicio.
RS	Médico Docente de Química Orgánica, UCLA	Escalafón académico: Asistente. Activo 12 años de servicio
MP	Médico-Docente de docente de salud comunitaria	Escalafón académico: Asistente Años de servicio: 13 años

Fuente: elaboración propia (2025)

Tabla 2*Perfil profesiográfico de los actores sociales formales*

Actor Social (AS)	Desempeño actual	Criterios profesionales
ASA	Docente de Anatomía Macroscópica – UCLA	Escalafón académico: Asistente. Profesor Jubilado Años de servicio: 30 años
ASB	Docente de Anatomía Macroscópica – UCLA	Escalafón académico: Asistente. Profesor Jubilado Años de servicio: 22 años
ASC	Docente de Histología I- UCLA	Escalafón académico: Asistente Años de servicio: 12 años
ASD	Docente de Histología I- UCLA	Escalafón académico: Asistente Años de servicio: 12 años

Fuente: elaboración propia (2025)

Técnica para el acopio de la información

Entrevista a profundidad

Las técnicas de recolección de información, permiten observar y registrar los fenómenos que son objeto de la investigación. Al respecto, Yuni y Urbano (2006), plantean que “tienen como función primordial la realización de la observación de los fenómenos empíricos y la obtención de información para luego contrastarla con el modelo teórico adoptado o para generar una teoría sustantiva a partir de ellos” (p.169).

En este sentido, la fenomenología utiliza, entre otras, la entrevista a profundidad. Desde este punto de vista, esta técnica se refiere a reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los actores sociales, con la direccionalidad de comprender las perspectivas

que sostienen respecto a sus experiencias o situaciones, que en este caso tuvieron que ver con la praxis pedagógica en ciencias de la salud y el liderazgo, expresados con sus propias palabras. Al respecto Torres (1998) sostiene que “La entrevista es una conversación entre dos o más personas, dirigidas por el entrevistador, con preguntas y respuestas que pueden tener grado de formalidad. Permiten recoger informaciones sobre situaciones específicas, así como la interpretación que le dan los entrevistados” (p. 47).

Escenario implicado en la aplicación de la entrevista

Durante la fase culminante de mi trabajo de campo en cuanto al acopio de la información, y en ese encuentro sensible con los actores sociales, los cuatro médicos-docentes del Decanato de Ciencias de la Salud de la UCLA, constituyó mucho más que una mera estrategia metodológica, en tanto, en sí misma, representó un acontecimiento de sentido. Cada entrevista a profundidad fue concebida como un espacio fenomenológico único, donde el tiempo suspendía su curso ordinario para dar paso a una conversación radicalmente humana, cargada de afecto epistémico y de resonancias existenciales, en este mundo vivido en la praxis pedagógica.

La misma selectividad de estos interlocutores no fue arbitraria ni funcional como ya mencioné anteriormente, todo se sostuvo en el carácter intencionado, situado y profundamente reflexivo. Ellos habitan cotidianamente el fenómeno que decidí explorar en el aspecto inherente de la praxis pedagógica desde el liderazgo, y lo hacían desde un saber significativo, forjado en la complejidad del hacer educativo y en torno a los pliegues del ser docente universitario.

El escenario de las entrevistas, las mismas aulas, pasillos y oficinas en los cuales transcurrió el proceso, sin detener su labor, en tanto, se transformó en escenario hermenéutico; allí no sólo hablaron de sus experiencias, sino que, al mismo tiempo, las resignificaron conmigo. A tal efecto, preparé cada encuentro con una disposición ética y fenomenológica para suspender temporalmente mis prejuicios, abrí mi conciencia investigadora al asombro, al testimonio vivo, pero también al silencio. A partir de un guion

semiabierto y en razón de las intencionalidades de esta investigación, me permití habitar lo emergente, lo inesperado, lo singular de cada voz.

En ese transcurrir dialógico, los entrevistados no fueron informantes pasivos ni objetos de análisis, más bien pudiera mencionarse que fueron co-construcciones vivientes de un saber y ser compartido en la realidad de la praxis pedagógica. En efecto, narraron sus itinerarios formativos, sus tensiones entre el deber institucional y el querer vocacional, sus modos de ejercer el liderazgo más allá de lo normativo.

Como investigadora, me posicioné siguiendo los planteamientos de Geertz (2017), con humildad reflexiva; comprendí que cada relato era una ventana a lo invisible y que mi labor no coexistía en ese momento en recolectar respuestas, sino en acoger comprensiones. Como bien advierten Dunwoodie et al. (2022): "las entrevistas ofrecen una oportunidad para que los participantes compartan sus sentimientos, prejuicios, opiniones, deseos y actitudes hacia los distintos fenómenos que experimentan en el lugar de trabajo u otros contextos organizacionales" (s/n).

Esta cita se me volvió cuerpo durante las entrevistas, en tanto atestigua de no sólo la narrativa de las experiencias, sino también la expresión de afectos, dudas, resistencias, sistema de creencias, dominio de prácticas y posibilidades. En ese tejido de sentidos, se develó la praxis pedagógica como un ejercicio ético-político de liderazgo humanista, profundamente vinculado con el ser y el estar de los sujetos en su realidad institucional. De este modo, las entrevistas no fueron sólo un medio de acceso al dato, sino el terreno fértil donde se significaron aspectos relevantes del fenómeno de estudio.

Técnicas para el análisis de la información

Codificación/categorización

Los procesos de codificación/categorización no son simples actos técnicos en el análisis e interpretación de la información cualitativa, puesto que representa más bien, procesos epistémicos esenciales que me permitieron transitar desde el dato disperso hacia la construcción significativa del conocimiento. De esta manera, en el corazón de esta

travesía analítica, en frente a la el requerimiento de desentrañar sentidos, articular estructuras teóricas emergentes y vincular relaciones entre los relatos de los actores sociales, donde cada categoría y subcategoría debían hacer del rigor, la coherencia y reflexividad que dio lugar a la comprensión.

En este orden de ideas, codifique no sólo para ordenar la información en las distintas familias de las categorías y sus subcategorías, sino para develar los entramados invisibles que subyacen a la praxis pedagógica del médico-docente, reconociendo que cada fragmento de la información representó una unidad de sentido latente, susceptible de devenir en los significados que connotan a cada categoría construida a través de las subcategorías, conforme avanzaba hacia la saturación teórica.

Este proceso exigió atención meticulosa respecto a las convergencias semánticas y a las divergencias interpretativas, que sustente según los razonamientos de Molina (2023), "al analizar la información obtenida(...) Se han de ordenar bajo parámetros de similitudes que permiten agruparlas en categorías y subcategorías" (p.134), lo cual resultó ser la piedra angular en cuanto al desarrollo interpretativo de mayor densidad, coherencia y científicamente válido en cuanto al fenómeno de estudio, a través del cual significa que "el proceso de categorización puede garantizar el éxito de la investigación cualitativa" (Molina, 2023, p.135), siempre y cuando las categorías estén perfectamente delimitadas y en coherencia con las intencionalidades de la investigación.

Fue de este modo como logré configurar un sistema categorial significativo que ordenó la complejidad del fenómeno investigado, además que generó un cuerpo estructural analítico capaz de inferir posiciones, construir marcos comprensibles de la realidad e iluminar la praxis docente desde un liderazgo situado. Para los efectos, presento la figura 7, donde se describe con un ejemplo, el proceso de codificación/categorización.



Figura 6. Codificación/categorización

Fuente: elaboración propia (2025)

Triangulación de la información

En la interpretación del material protocolar transcrito de las entrevistas, una vez realizado el proceso de codificación/categorización, se procede a la triangulación de la información respecto a aquellas subcategorías emergentes de carácter recurrente en las voces de los actores sociales. De allí se significa que la triangulación emerge como una estrategia epistémica y metodológica orientada a intensificar la confiabilidad interna, profundidad y densidad interpretativa de los hallazgos. No se trata de acumular datos por distintas vías es más bien, articular perspectivas, significados y dinámicas que se entrelazan en la configuración de un mapa comprensivo más holístico del fenómeno de estudio. Así lo advierten Carter et al. (2014) en la traducción realizada, cuando afirman que:

(...) la triangulación se refiere al uso de múltiples métodos o fuentes de datos en la investigación cualitativa para desarrollar una comprensión integral de los fenómenos (...) La triangulación también ha sido vista como una estrategia de investigación cualitativa para

probar la validez mediante la convergencia de la información de diferentes fuentes. Denzin (1978) y Patton (1999) identificaron cuatro tipos de triangulación: de métodos, de investigadores, teórica y de fuentes de datos (p.545).

Desde esta lógica, en el presente estudio la triangulación se asumió como un proceso reflexivo, en la complementariedad de las significaciones que los actores sociales en sus distintas percepciones connotaron en algunas subcategorías emergentes, encontrando convergencias, divergencias y matices en las construcciones de sentido de las vivencias y experiencias sobre la praxis pedagógica y el liderazgo docente. Lejos de hacer un procedimiento técnico fragmentado, la triangulación funcionó como un eje articulador de significados que posibilitó validar hallazgos, robustecer interpretaciones y enriquecer el corpus analítico desde múltiples ángulos del fenómeno indagado. Para los efectos, utilicé el siguiente modelo de la tabla 3.

Tabla 3

Modelo utilizado en la triangulación de la información

Actor social	Fragmento narrativo	Fragmento narrativo	Actor social
ASA			ASB
ASC			ASD

Fuente: elaboración propia (2025)

Análisis de contenido reflexivo

Esta técnica de análisis e interpretación se implementó en todo el proceso investigativo para dar cuenta de las precisiones de los diferentes autores asociadas a las ideas de este estudio sobre la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud. Para sustentar su conceptualización, tome en cuenta los razonamientos de Nicmanis (2024), quien destaca lo siguiente:

El análisis de contenido reflexivo se utiliza para identificar patrones en los significados manifiestos y superficiales de los datos cualitativos mediante el uso de una estructura jerárquica de estratos analíticos cuantificables llamados códigos, subcategorías y categorías. Cada extracto existe en un continuo de abstracción, siendo los códigos los más cercanos a los datos originales y las categorías los más abstractos. En cada etapa de este proceso, la reflexividad se considera un recurso analítico valioso, para asegurar una descripción adecuada de los datos. (s/n).

Por lo tanto, al abordar el análisis e interpretación del material protocolar de las entrevistas realizadas a los médicos-docentes, según lo considerado en la cita anterior, me introduje en el enfoque del análisis de contenido reflexivo con una actitud de cuidado epistemológico y apertura metódica. Comprendí que esta técnica ordenaba el discurso en códigos, subcategorías y categorías, según su nivel de abstracción, además exigía una actitud reflexiva continua, preguntándome cómo mis interpretaciones modelarán la descripción y de qué manera podían descender o elevar el nivel de abstracción, sin perder el vínculo con la experiencia de los actores sociales.

El análisis reflexivo del contenido me ofreció un escenario organizativo de la información manifestada, lo que los docentes dijeron, y, gracias a la reflexividad, del mismo modo pude interrogar sobre las conexiones implícitas entre lo dicho, sus significados institucionales y las relaciones con la praxis del liderazgo pedagógico. Esta estrategia analítica encajó perfectamente con mi diseño fenomenológico con apoyo de la hermenéutica, en tanto permitió transitar desde la voz directa del ser docente hacia categorías y subcategorías interpretativas que dieron profundidad a la comprensión acerca de cómo el liderazgo se entreteje con la misión institucional, sus prácticas educativas y los sentidos compartidos de comunidad formativa en Ciencias de la Salud.

Confianza interna y científicidad de la investigación

La investigación cualitativa desarrollada en el marco de la comprensión sobre la praxis pedagógica desde el liderazgo del médico-docente se fundamentó en la premisa y afirmación que la credibilidad científica no se sostiene únicamente en la recolección rigurosa de la información, también se implica en la relación de confianza epistémica que se construye entre el discurso de los actores sociales, el análisis reflexivo del investigador y la forma en la cual esos hallazgos son presentados ante la comunidad académica. Desde esta perspectiva tomó en cuenta los planteamientos de Stahl & King (2020) traducida de la siguiente manera:

La credibilidad de los hallazgos cualitativos está directamente ligada a la confianza que los lectores depositan en el investigador y en la narrativa. El uso de una descripción densa,

detallada, contextualizada y vivencial, mejora esta confianza al permitir que los lectores vean lo que el investigador ha visto y escuche lo que ha sido dicho desde la experiencia. Para ello, los criterios de confiabilidad propuesto por Guba y Lincoln (1985) sobre la credibilidad, transferida, dependencia y confirmabilidad, se han convertido en referentes ineludibles para garantizar la confianza interna en los estudios cualitativos (s/n).

Desde este enfoque, se implementaron estrategias que aseguraron la credibilidad del estudio, tales como la triangulación de fuentes, el prolongado involucramiento del investigador con los actores sociales, la verificación por los propios informantes en el chequeo de las entrevistas, su codificación y categorización, que permitieron monitorear los sesgos y afinidades del investigador durante todo el proceso. Asimismo, se garantizó la transferida mediante descripciones densas de los escenarios clínico-académicos, perfiles del médico-docente y sus dinámicas institucionales en el Decanato de Ciencias de la Salud.

De esta manera, la dependencia se reforzó a través de un protocolo de análisis sistematizado, generando una bitácora metodológica para auditar a través de la lectura y revisión de los actores sociales sobre cada decisión analítica tomada. Por su parte, la confirmabilidad dio cuenta mediante la confrontación con otros investigadores y el jurado examinador incluso, asegurando que los hallazgos emergieron desde el la información aportada por los actores sociales y no desde supuestos previos del investigador.

En este sentido, la confianza interna no se construyó como una simple condición técnica, se trata de una ética del rigor cualitativo, en la cual el compromiso que sostuve como investigadora fue ser fiel a las voces del médico-docente, sus dilemas formativos, su liderazgo ético y la praxis pedagógica contextual. Esta actitud epistemológica permitió validar los significados atribuidos por ellos y estructurar una narrativa comprensible, reflexiva y significativa del fenómeno indagado.

Bitácora de la aproximación teórica generada

En esta investigación, la construcción teórica generada en torno a la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente, represento el nivel más denso del proceso interpretativo, a partir de la sistematización, organización, análisis e interpretación rigurosa de las categorías y sus subcategorías emergentes, lo cual facilitó el despliegue de un pensamiento abductivo que permitió comprender los hallazgos no

evidentes al considerar la síntesis comprensiva en cada una de las fases que implicaron además la reducción semántica hasta derivar de manera creativa, reflexiva y en profundidad, los macroconceptos, que constituyeron los pilares de esta aproximación teórica construida.

Esta aproximación teórica no responde a una imposición previa de teoría, su característica de emergente se implicó con un diálogo reflexivo entre la información aportada por los actores sociales y el posicionamiento epistemológico y trascendente de la investigadora. En este sentido, se asumió que la teoría no es un marco cerrado, sino una lente viva que orientó, acompañó e iluminó la interpretación de lo que señalan Collins y Stockton (2018) en los siguientes términos:

Este proceso explora el papel de la teoría en la investigación cualitativa y presenta una visión general de diferentes enfoques sobre la teoría. Examinamos trabajos anteriores sobre el marco conceptual, considerando la epistemología y la selección de teoría, los casos y la codificación, y luego presentamos herramientas para implementar la teoría en la investigación. (...) Se basó en nociones existentes sobre el uso de la teoría en la investigación cualitativa, que han enfatizado principalmente la teoría en la comprensión de la metodología y la disposición epistemológica, abogando por un uso más claro de un marco teórico. Sintetizamos literatura previa para avanzar la idea acerca de un concepto teórico sólido que puede permitir al investigador revelar predisposición existente sobre un estudio y ayudar en la codificación e interpretación de los datos. (s/n).

Frente a la postura de los precitados autores, comprendo que el proceso de construcción teórica no partió de una teoría impuesta, si no de una relación reflexiva y dinámica entre la experiencia investigativa, las voces de los actores sociales, el contexto institucional de la UCLA, particularmente en el Decanato de Ciencias de la Salud y las convicciones epistemológicas que asumir como investigadora. En este sentido, el liderazgo del médico docente, se develó como una construcción que emerge en torno a la praxis pedagógica misma, entendida como acción contextual, ética y reflexiva. La teoría se convierte, entonces, en un corpus de conocimientos que comprenden la integración de significados complejos y estructuran una visión asimilada del ser médico-docente en contextos de salud, donde la enseñanza se entrecruza con el compromiso profesional clínico y humano.

Asimismo, la aplicación del pensamiento abductivo, como lo proponen Timmermans y Tavory (2012), me concedió el aval representativo de reconocer evidencias sorprendentes y reorganizar la información en función de nuevas comprensiones teóricas, rompiendo con explicaciones tradicionales y dando paso a una nueva mirada sobre el liderazgo pedagógico. Esta metodología se nutre de la capacidad que sostuve al asumir una posición teóricamente sensibilizada, lo cual resultó fundamental en la generación de un nuevo conocimiento más denso, contextualizado y de velador para la realidad del Decanato de Ciencias de la Salud de la UCLA. En suma, la aproximación teórica aquí construida fue el producto de un proceso fenomenológico con apoyo de la hermenéutica, que articuló la experiencia vivida de los médicos-docentes, los elementos emergentes del trabajo de campo, y una postura reflexiva que reconoce la teoría como brújula y no como un camino de fuerzas, permitiendo así visibilizar la praxis pedagógica desde el liderazgo como una manifestación del ser, del saber y del hacer en coherencia con la misión educativa de nuestra universidad.

MOMENTO IV

VOCES QUE DEVELARON SENTIDO

Toda búsqueda del conocimiento exige una brújula interior que oriente con rigor, sensibilidad y coherencia el trayecto metodológico hacia la comprensión profunda de la realidad.

Adriana Indira López Navas

Trayectos emergentes del ser

En este momento de familiarización con la información aportada por los actores sociales en sus narrativas experienciales se develó el potencial de su ser en la significación de la praxis pedagógica desde el liderazgo, en la dualidad de funciones clínicas-docentes. A tal efecto, se describe y argumenta la presentación, organización e interpretación de los hallazgos, lo cual se cumplió en tres fases: codificación/categorización, llevado a cabo en tablas de contenido destinadas para tal fin, donde se vació el material protocolar transcrito de las entrevistas y se procedió a elegir las subcategorías emergentes que le otorgaron sentido y significado a la categoría de la cual se originan. En este orden de ideas, se tuvo siempre presente los planteamientos de Sutton y Austin (2015), quienes destacan lo siguiente:

(...) el trabajo cualitativo exige reflexión por parte de los investigadores, tanto antes como durante el proceso de investigación, como forma de proporcionar contexto y comprensión a los lectores. Desde esta perspectiva, el sesgo y la subjetividad no son inherentemente negativos, sino inevitables; por ello, deben ser articulados de forma clara y coherente (s/n).

Dados estos señalamientos, se construyeron las categorías iniciadoras del proceso de acuerdo con las intencionalidades del estudio, que fueron: elementos de la praxis pedagógica, aspectos del liderazgo y ser del médico-docente, a las cuales les asigné arbitrariamente los colores: verde, amarillo y azul, sin que ello significara ningún planteamiento psicológico, simplemente se demarcó de esa manera, con el fin de ubicar

fácilmente las familias de las categorías en el momento de su organización. Por su parte, la segunda fase se correspondió con la sistematización e interpretación de cada una de las categorías iniciadoras con sus respectivas subcategorías emergentes, siendo un proceso artesanal, creativo y de síntesis comprensiva desde el total de las subcategorías emergentes en cada categoría, para crear las categorías intermedias y en la continuidad de este proceso, se crearon los macroconceptos, que constituyeron el orden superior y de mayor densidad teórica.

Asimismo, en la tercera fase se cumplió con la triangulación de la información, prevista para aquellas subcategorías que mayormente dominaron el discurso de los actores sociales por su recurrencia en la significación. En efecto, como camino hacia la credibilidad de los hallazgos, y en la búsqueda de rigor científico en el proceso interpretativo, el cual no se detuvo con la codificación/categorización en cuanto a la emergencia de las subcategorías, sino que continuó en la articulación reflexiva entre la información y su sentido profundo de complementariedades. De este modo, la triangulación de la información fue concebida como una estrategia de sentido cuyo propósito fue contribuir a la credibilidad, validez y coherencia interna del conocimiento construido desde las voces de los actores sociales.

En este orden de ideas, la triangulación se orientó hacia la confrontación analítica y argumentativa entre las subcategorías emergentes de mayor recurrencia y la constancia con la cual los actores sociales les otorgaron significados en sus narrativas experienciales. Esta mirada cruzada permitió evidenciar patrones de sentido, matices en los discursos, además de zonas de convergencia y divergencia que enriquecieron la interpretación. La información triangulada se organizó en tablas de categorías, cuidadosamente revisadas, donde el diálogo entre la información y el fenómeno indagado se sostuvo desde una postura argumentativa y sensible al contexto.

Tal como lo exponen Bans-Akutey y Tiimub (2021), "los investigadores encuentran una forma de producir resultados fiables mediante la triangulación de la información" (s/n), en la medida en la cual esta estrategia permite acercarse a la realidad de forma más profunda, el valor de los hallazgos desde distintas perspectivas y descripciones aportaron

más que una comprobación instrumental, una forma de profundización epistémica sobre los sentidos del liderazgo y la praxis pedagógica en el ser médico-docente, tal como emergieron desde la voz situada de sus protagonistas. A continuación, la tabla 4.

Primera fase: Codificación/categorización

Tabla 4
Actor social A

N	Descripciones	Categoría	Subcategoría/Código
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	Buenas tardes doctor. Gracias por esta oportunidad de conocer sus vivencias y experiencias en cuanto a la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en Ciencias de la Salud. Para iniciar nuestra conversación le pregunto: Investigadora: ¿De qué manera se manifiesta su liderazgo pedagógico en la generación de experiencias de aprendizaje que conecten emocionalmente el estudiante de medicina con los contenidos clínicos y humanos de su formación? ASA: Bueno, la verdad que motivar y educar en el área médica, especialmente a los estudiantes que están apenas comenzando, representa un desafío constante. He aprendido, a lo largo de los años, que la motivación no surge únicamente de las palabras o del contenido teórico, sino de la conexión emocional y práctica que el estudiante logra establecer con lo que se le enseña.	Elementos de la praxis pedagógica	Conexión emocional, CONEMOC, ASA, L: 11-18
19 20 21 22 23 24 25	La mejor forma que he encontrado es mostrar, de manera clara, la relevancia clínica de cada tema, entonces cuando un estudiante comprende que lo que aprende en anatomía no es solo un conjunto de estructuras, sino herramientas que le permitirán salvar vidas, su forma de mirar la carrera cambia por completo.	Elementos de la praxis pedagógica	Didáctica con sentido clínico-formativo, DIDSCF, ASA, L: 19-25
26 27 28 29 30	Además, la motivación nace del involucramiento, yo les doy espacio a mis alumnos para que se equivoquen, para que pregunten sin temor, para que reflexionen. Es esencial generar un ambiente donde puedan sentirse seguros de pensar y participar.	Elementos de la praxis pedagógica	Clima participativo en el aula, CLIPAUL, ASA, L: 26-30
31 32 33 34 35 36 37 38 39	También me esfuerzo por humanizar la enseñanza, mostrar casos reales, experiencias clínicas que les hagan ver que lo que estudian es profundamente humano. El ejemplo clínico, la historia de un paciente, el dilema ético... motivan mucho más que un discurso rígido. Y claro, creo que la motivación también se contagia si el docente está apasionado, comprometido, los estudiantes lo perciben y eso genera un efecto multiplicador.	Ser del médico-docente	Enseñanza humanizada, ENSHUM, ASA, L: 31-40

92	ASA: En medicina, por tradición, ha existido una	Ser del médico-	Relación cercana y
93	relación jerárquica entre docente y estudiante. Sin	docente	profesional,
94	embargo, esa jerarquía no debe traducirse en		RELCERP, ASA, L: 92-
95	distancia ni en autoritarismo. Al contrario, debe		99
96	sostenerse en el respeto mutuo. Yo creo en una		
97	relación formativa, cercana pero profesional, donde		
98	el estudiante se sienta respaldado, exigido con		
99	justicia, acompañado.		
100	He aprendido que cuando los estudiantes sienten que		
101	hay conexión en el docente, cuando se sienten	Ser del médico-	Conexión y
102	valorados y escuchados, la relación se vuelve más	docente	confianza,
103	genuina y productiva. Se genera confianza, incluso		CONCONF, ASA, L:
104	admiración, pero también la posibilidad de dialogar.		100-109
105	Siempre les digo que el respeto no se impone, se		
106	cultiva. Y nosotros, como docentes, debemos ser los		
107	primeros en ejercerlo. Al final, una relación saludable		
108	con el alumno también potencia el aprendizaje. Si hay		
109	miedo o rechazo, no se aprende bien.		
110	Investigadora: ¿Qué emociones predominan en su		
111	experiencia al ejercer el liderazgo pedagógico como		
112	médico-docente?		
113	ASA: Liderar como médico-docente implica un	Ser del médico-	Satisfacción
114	cúmulo de emociones complejas. Por un lado, hay	docente	formativa, SATFOR,
115	una enorme satisfacción cuando uno ve que los		ASA, L: 113-120
116	estudiantes progresan, que logran comprender		
117	temas difíciles, que aplican lo aprendido con ética y		
118	precisión. Sentir que uno dejó una huella, que ayudó		
119	a formar a un buen médico, es una de las mayores		
120	gratificaciones.		
121	Pero también hay frustraciones. Hay momentos en		
122	los que percibes apatía, desinterés, o incluso	Ser del médico-	Desafíos
123	resistencia al cambio. Eso duele, porque uno pone el	docente	emocionales,
124	corazón en lo que hace. Y hay ansiedad el saber que		DESEMOC, ASA, L:
125	tienes una responsabilidad formativa y humana tan		121-129
126	grande, que tus palabras pueden influir para bien o		
127	para mal. En muchos casos, esas emociones te		
128	desgastan, pero también te impulsan a seguir		
129	mejorando.		
130	Investigadora: ¿Qué tipo de vínculos emocionales se		
131	generan entre usted y sus estudiantes a lo largo del		
132	proceso formativo?		
133	ASA: Al inicio de la carrera, muchos estudiantes	Aspectos del	Dimensión
134	sienten temor o inseguridad. No solo por la exigencia	liderazgo	emocional,
135	académica, sino por lo intimidante que puede		DIMEMOC, ASA, L:
136	resultar enfrentarse a un docente con experiencia.		133-139
137	Con el tiempo, si se construye una buena relación,		
138	surgen otras emociones: admiración, confianza,		
139	respeto, incluso gratitud.		
140	Yo he sentido ese vínculo con muchos de mis	Aspectos del	Comunicación
141	estudiantes, que incluso después de egresar me	liderazgo	empática, COMEMO,
142	buscan para agradecerme o pedirme orientación.		ASA, L: 140-148
143	Esos son vínculos que marcan. Pero también hay		

<p>144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185</p>	<p>momentos de tensión, especialmente si el estudiante se siente sobrecargado o malinterpretado. Por eso es clave mantener una comunicación abierta, transparente y empática. La dimensión emocional de la docencia es muy profunda.</p> <p>Investigadora: ¿Qué aspectos considera fundamentales en la construcción de su imagen como líder educativo dentro del ámbito médico?</p> <p>ASA: Un líder en educación médica debe proyectar seguridad, dominio clínico, ética y, sobre todo, humanidad. El estudiante está observando todo el tiempo, no solo lo que decimos, sino cómo lo decimos, cómo reaccionamos ante situaciones adversas, cómo tratamos al paciente y al personal. La imagen del líder no se construye con frases bonitas, sino con actos cotidianos. Debemos reflejar templanza, capacidad de análisis, equilibrio emocional, firmeza cuando hace falta, pero también sensibilidad y compasión. El liderazgo, en este contexto, es un modelo de referencia: somos ejemplos vivos de lo que ellos podrían llegar a ser.</p> <p>Investigadora: ¿Cómo concibe el liderazgo docente en su praxis pedagógica dentro del ámbito médico?</p> <p>ASA: Debo ser firme, pero justo. Ser capaz de corregir sin humillar, de exigir sin quebrar. El liderazgo que yo ejerzo se basa en el respeto, la escucha activa, el acompañamiento. Un buen líder sabe cuándo hablar y cuándo callar, cuándo intervenir y cuándo dejar que el otro crezca por sí mismo.</p> <p>Investigadora: ¿quiere agregar algo más a esta entrevista?</p> <p>ASA: Ser líder también implica asumir errores, pedir disculpas cuando es necesario, y demostrar coherencia entre lo que se predica en la praxis pedagógica y lo que se hace. En medicina, como en la vida, los docentes se ganan con ejemplo, no con títulos. Por eso, para mí, ser médico-docente es una tarea permanente de mejora humana y profesional.</p> <p>Investigadora: OK, muchísimas gracias doctor.</p>	<p>Aspectos del liderazgo</p> <p>Ser del médico-docente</p> <p>Ser del médico-docente</p>	<p>Liderazgo ejemplar, LIDEJEM, ASA, L: 152-164</p> <p>Relación cercana y profesional, RELCERP, ASA, L: 167-172</p> <p>Integridad y coherencia profesional, INTCOHP, ASA, L: 175-181</p>
--	--	---	--

A continuación, la tabla 5

Tabla 5
Actor social B

N	Descripciones	Categoría	Subcategoría/Código
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46	<p>Buenas tardes doctor. Gracias por esta oportunidad de conocer sus vivencias y experiencias en cuanto a la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en Ciencias de la Salud. Para iniciar nuestra conversación le pregunto:</p> <p>Investigadora: ¿De qué manera se manifiesta su liderazgo pedagógico en la generación de experiencias de aprendizaje que conecten emocionalmente el estudiante de medicina con los contenidos clínicos y humanos de su formación?</p> <p>ASB: Esa es una pregunta muy pertinente, porque muchas veces partimos del supuesto que el estudiante ya viene motivado de casa, o que la motivación es responsabilidad exclusiva del alumno. Pero no siempre es así. Muchos llegan con dudas, miedos, e incluso con ideas erróneas sobre lo que implica la carrera de medicina. La motivación, como bien plantea la teoría, tiene una dimensión extrínseca que parte de lo que hacemos como docentes y otra intrínseca que se relaciona con la historia, intereses y emociones del estudiante.</p> <p>Nuestra labor comienza precisamente allí en generar las condiciones para que se motiven. Lo extrínseco lo promovemos reconociendo sus esfuerzos, abriendo espacios para el diálogo, interesándonos por sus procesos, no solo por los resultados. Pero el verdadero desafío es activar la motivación intrínseca, esa que los lleva a estudiar sin que se lo pidan, a profundizar más allá del examen, a conectar emocionalmente con lo que aprenden.</p> <p>En mi experiencia, la motivación se enciende cuando el estudiante siente que lo que aprende tiene sentido. Por eso utilizo casos clínicos complejos en clase. Les presento el caso como un enigma, les doy los datos, y les planteo el reto de descubrir la solución. Esa dinámica les despierta curiosidad, los involucra y los hace sentir parte del proceso. Ya no son receptores pasivos, sino protagonistas. Cuando sienten que su pensamiento y sus preguntas importan, se motivan. Y eso transforma la clase en un espacio vivo.</p> <p>Investigadora: ¿Cómo se expresa su liderazgo pedagógico en la formación ética y humanizada de los futuros médicos dentro del proceso educativo que usted acompaña?</p>	<p>Elementos de la praxis pedagógica</p> <p>Ser del médico-docente</p> <p>Ser del médico-docente</p>	<p>Motivar al estudiante, MOTEST, ASB, L: 11-21</p> <p>Promotor de la motivación, PROMOT, ASB, L: 22-30</p> <p>Estimulación del pensamiento activo, ESTPA, ASB, L: 31-41</p>

47	ASB: Me gusta una definición que dice que el liderazgo educativo es la capacidad de influir significativamente en el proceso de aprendizaje, transformando no solo el conocimiento, sino también la actitud, los valores y la conciencia del estudiante.	Aspectos del liderazgo	Influencia formativa integral, INFORI, ASB, L: 46-54
48			
49			
50			
51			
52	ASB: Pero más allá de lo teórico, yo lo traduzco a lo cotidiano liderar en educación es enseñar a pensar con juicio crítico, a sentir con empatía, y a actuar con responsabilidad.		
53			
54			
55			
56	ASB: En medicina, esto cobra un valor aún más profundo.	Aspectos del liderazgo	Liderazgo ejemplar, LIDEJEM, ASB, L: 55-64
57	Estamos formando personas que deberán tomar decisiones en contextos de sufrimiento humano. Por eso el liderazgo que ejercemos debe ser ético, humano y comprometido. No se puede liderar desde la distancia emocional ni desde la indiferencia.		
58	Liderar aquí es también cuidar al estudiante, cuidar el vínculo pedagógico, y cuidar el sentido de la formación. Es una forma de acompañamiento que transforma, no de dirección autoritaria.		
59			
60			
61			
62	Investigadora: ¿Cuáles cualidades considera esenciales en su rol como líder pedagógico para la formación de sus estudiantes en medicina?		
63			
64			
65			
66	ASB: Un líder educativo debe tener, ante todo, sensibilidad humana. La escucha es una herramienta poderosa que a menudo se subestima. He aprendido que detrás de un bajo rendimiento puede haber una historia personal profunda, como me ocurrió con una estudiante brillante que empezó a decaer académicamente. En lugar de juzgarla, decidí conversar. Resultó que su padre estaba gravemente enfermo.	Ser del médico-docente	Relación cercana y profesional, RELCERP, ASB, L: 68-76
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78	ASB: Esa conversación no solo cambió su situación académica, sino que fortaleció el vínculo más allá de limitarme a solo ser un docente que se para y explica, pasé a ser un guía para que ella pudiese tener una mejor toma de decisiones en su vida que no abandonara la carrera, motivarla a seguir.	Ser del médico-docente	Integridad y coherencia profesional, INTCOHP, ASB, L: 77-82
79			
80			
81			
82			
83			
84	ASB: Por eso creo que el líder educativo debe tener una visión formativa, no solo instructiva, sino que también debe manejar conceptos con claridad, pero también tener inteligencia emocional. Debe saber cuándo intervenir y cuándo permitir el crecimiento autónomo del estudiante. También debe tener firmeza, pero sin rigidez; claridad ética, pero sin soberbia. En la praxis pedagógica se ha de fortalecer el ser un facilitador de procesos integrales, no un simple transmisor de saberes.	Elementos de la praxis pedagógica	Visión formativa integral, VIFORI, ASB, L: 83-92
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94	Investigadora: ¿Cómo concibe usted la relación pedagógica entre el médico-docente y el estudiante?		
95			
96	ASB: Para mí, la praxis pedagógica en el día a día en la universidad, en los anfiteatros, es el espacio donde el liderazgo cobra vida, como docente de anatomía,	Elementos de la praxis pedagógica	Dimensión ética y humana, DIMETHU, ASB, L: 95-102
97			
98			

99	mi rol no se limita a explicar estructuras y funciones,	Elementos de la praxis pedagógica	Gestión del error formativo, GESEF, ASB, L: 103-109
100	cada sesión, cada practica en el anfiteatro, es		
101	también un ejercicio ético y humano, porque enseñar	Ser del médico-docente	Humildad formativa, HUMILF, ASB, L: 109-114
102	anatomía es enseñar respeto por el cuerpo, por el		
103	paciente, y por el otro que aprende.	Ser del médico-docente	Integridad y coherencia profesional, INTOHP, ASB, L: 115-119
104	La pedagogía reflexiva nos recuerda que teoría sin		
105	práctica es estéril, y práctica sin teoría es ciega. Por	Aspectos del liderazgo	Liderazgo humilde formativo, LIHUF, ASB, L: 120-127
106	eso el liderazgo se prueba en la praxis, en las		
107	decisiones diarias, en cómo manejamos un conflicto,	Ser del médico-docente	Vínculo pedagógico equilibrado, VINPEDEQ, ASB, L: 131-136
108	cómo damos retroalimentación, cómo respondemos		
109	ante un error.	Elementos de la praxis pedagógica	Didáctica con sentido clínico-formativo, DIDSCF, ASB, L: 137-148
110	Recuerdo una situación donde un docente amonestó		
111	públicamente a un estudiante por una equivocación,		
112	ese acto, aparentemente pequeño, minó la confianza		
113	del grupo. En cambio, cuando un docente reconoce		
114	un error frente a sus alumnos, lejos de perder		
115	autoridad, gana credibilidad.		
116	Esa coherencia entre discurso y acción es lo que hace		
117	del liderazgo una herramienta transformadora y útil.		
118	Por eso digo que la praxis educativa nos lleva a elegir		
119	el tipo de liderazgo que ejercemos, que realmente es		
120	difícil dilucidar cual se adapte más a mí.		
121	Puedo decir desde mi visión, que la praxis educativa		
122	es el tejido conectivo entre lo que pensamos y lo que		
123	hacemos. En anatomía, donde el rigor técnico es		
124	esencial, es fácil caer en el autoritarismo disfrazado		
125	de precisión. Pero el verdadero liderazgo surge		
126	cuando el conocimiento se transmite con humildad,		
127	cuando el error se convierte en oportunidad de		
128	aprendizaje.		
129	Investigadora: ¿Qué emociones predominan en su		
130	experiencia al ejercer el liderazgo pedagógico como		
131	médico-docente?		
132	ASB: Intento que mis relaciones con los estudiantes		
133	se basen en el equilibrio. Hay que encontrar ese		
134	punto medio entre la cercanía afectiva y la autoridad		
135	académica. No soy su amigo, pero sí alguien en quien		
136	pueden confiar. Y ese vínculo no se construye con		
137	largas materias magistrales, sino con detalles.		
138	He tenido estudiantes que han llegado a mi		
139	consultorio no por razones académicas, sino		
140	personales. Algunos han compartido conmigo crisis		
141	vocacionales, otros simplemente necesitaban ser		
142	escuchados. Para mí, esas son las oportunidades más		
143	valiosas, porque implican un nivel de confianza que		
144	va más allá del rol formal. Me esfuerzo por generar		
145	un ambiente seguro, donde puedan expresarse sin		
146	temor. A veces, una conversación de pasillo puede		
147	ser más transformadora que toda una clase. Eso		
148	también es docencia.		
149	En una praxis pedagógica sobre el plexo braquial, una		
150	estudiante se equivocó al identificar raíces nerviosas,		

151	en vez de corregirla frontalmente, regañarla porque	Elementos de la praxis pedagógica	Gestión del error formativo, GESEF, ASB, L: 148-156
152	no estudió lo suficiente, propuse volver a repasar el		
153	tema que habíamos dado. Ella misma reconstruyó el camino. Ese tipo de relación fomenta autonomía, y		
154	hace que el error sea parte legítima del aprendizaje, no un motivo de juicio.	Ser del médico-docente	Relación cercana y profesional, RELCERP, ASB, L: 156-161
155	Por eso yo describo mis relaciones con los		
156	estudiantes como pedagógicamente éticas		
157	coherentes entre lo que enseño y lo que practico y siempre abiertas al crecimiento conjunto. Porque enseñar anatomía también es enseñar cómo nos vinculamos en el mundo profesional.	Ser del médico-docente	Conexión y confianza, CONCONF, ASB, L: 165-174
158	Investigadora: ¿Qué tipo de vínculos emocionales se generan entre usted y sus estudiantes a lo largo del proceso formativo?		
159	ASB: Lo primero que siento es gratitud, porque no todos tienen el privilegio de participar en la formación de futuros médicos, esto es realmente una responsabilidad enorme, pero también una fuente constante de aprendizaje, pues en cada generación me ha dejado experiencias y enseñado algo, siento que mejor como docente cada grupo es diferente.		
160	También siento mucha responsabilidad estamos ayudando a moldear profesionales que, en el futuro, tomarán decisiones que afectarán la vida de otros.	Elementos de la praxis pedagógica	Resiliencia vocacional, RESVOC, ASB, L: 175-184
161	No puedo negar que a veces aparece la frustración. Cuando el sistema universitario pone trabas, cuando los recursos escasean, cuando las decisiones institucionales no priorizan lo pedagógico. Pero, por encima de todo, lo que me sostiene es la esperanza. Saber que cada clase, cada conversación, puede sembrar algo, aunque no vea esos cambios inmediatos. Esa posibilidad es la que me ha mantenido durante tantos años con vocación intacta.		
162	Investigadora: ¿Qué aspectos considera fundamentales en la construcción de su imagen como líder educativo dentro del ámbito médico?		
163	ASB: Una imagen de coherencia y autenticidad. No buscamos proyectar perfección, porque no somos infalibles. Pero sí debemos ser congruentes entre lo que decimos y lo que hacemos. Esa congruencia es la que inspira. Los estudiantes observan constantemente cómo tratamos a los colegas, pacientes, cómo resolvemos un conflicto, cómo respondemos a la presión. Si nos ven reflexionar, pedir disculpas, mejorar, ellos también se sienten con el derecho a crecer. Esa imagen, que no busca imponerse sino inspirar, es la que verdaderamente deja huella. La autoridad del líder educativo no está en su jerarquía, sino en su integridad.	Ser del médico-docente	Coherencia y autenticidad, COHAUT, ASB, L: 187-199
164	Investigadora: ¿Cómo concibe el liderazgo docente en su praxis pedagógica dentro del ámbito médico?		
165			

203	ASB: Con un profundo respeto, con firmeza ética, con principios y valores, que sea comunicativo. Un líder no debe moldear copias de sí mismo, sino formar personas autónomas, con pensamiento propio, con capacidad crítica. Esa es, en esencia, la misión del educador.	Aspectos del liderazgo	Liderazgo humano y ético, LIHUME, ASB, L: 203-208
204			
205			
206			
207			
208			
209	Investigadora: ¿quiere agregar algo más a esta entrevista?		
210			
211	ASB: El buen líder no siempre tiene todas las respuestas, pero sí sabe acompañar el proceso del otro. Sabe cuándo hablar y cuándo callar, cuándo guiar y cuándo dejar ser. En mi experiencia, los mejores líderes son aquellos que inspiran sin dominar, que forman sin imponer, que reconocen que enseñar también es aprender. Liderar en educación, sobre todo en medicina, es un acto de humildad, de entrega, y de profunda vocación.	Aspectos del liderazgo	Integridad y humildad docente, INTHUMD, ASB, L: 212-220
212			
213			
214			
215			
216			
217			
218			
219			
220	Investigadora: OK, muchísimas gracias doctor.		
221			
222			
223			

A continuación, la tabla 6

Tabla 6
Actor social C

N	Descripciones	Categoría	Subcategoría/Código
1	Buenas tardes doctor. Gracias por esta oportunidad de conocer sus vivencias y experiencias en cuanto a la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en Ciencias de la Salud. Para iniciar nuestra conversación le pregunto:		
2			
3			
4			
5			
6	Investigadora: ¿De qué manera se manifiesta su liderazgo pedagógico en la generación de experiencias de aprendizaje que conecten emocionalmente el estudiante de medicina con los contenidos clínicos y humanos de su formación?		
7			
8			
9			
10			
11	ASC: Creo que un docente logra motivar al estudiante cuando consigue ir más allá del contenido y conectar emocionalmente con él. La motivación no se impone desde la autoridad, se contagia desde la pasión. Cuando el docente cree realmente en lo que enseña y transmite esa energía, el estudiante lo percibe. Y más aún, cuando el profesor cree en el potencial de cada alumno, incluso en aquellos que se sienten inseguros o que no destacan de inmediato.	Elementos de la praxis pedagógica	Conexión emocional, CONEMOC, ASC, L: 11-19
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

73	resolver problemas con los recursos que tenemos a	Aspectos del liderazgo	Liderazgo humilde formativo, LIHUF, ASC, L: 71-79
74	mano. La humildad también es clave saber reconocer		
75	errores y aprender de ellos sin sentir que se pierde	Aspectos del liderazgo	Liderazgo reflexivo, LIDREF, ASC, L: 82-98
76	autoridad. Y algo que a veces olvidamos el sentido del		
77	humor. En momentos de tensión, una sonrisa o una	Aspectos del liderazgo	Liderazgo reflexivo, LIDREF, ASC, L: 82-98
78	broma puede suavizar el ambiente y acercarnos más		
79	a los estudiantes. El carisma también construye	Aspectos del liderazgo	Liderazgo reflexivo, LIDREF, ASC, L: 82-98
80	liderazgo.		
81	Investigadora: ¿Cómo concibe usted la relación	Aspectos del liderazgo	Liderazgo reflexivo, LIDREF, ASC, L: 82-98
82	pedagógica entre el médico-docente y el estudiante?		
83	ASC: Están profundamente vinculados. La praxis	Aspectos del liderazgo	Liderazgo reflexivo, LIDREF, ASC, L: 82-98
84	educativa no es una acción mecánica, es una práctica		
85	consciente, reflexiva y crítica. Es el lugar donde	Aspectos del liderazgo	Liderazgo reflexivo, LIDREF, ASC, L: 82-98
86	convergen la teoría y la experiencia del aula. Un líder		
87	educativo no puede ejercer su rol sin revisar	Aspectos del liderazgo	Liderazgo reflexivo, LIDREF, ASC, L: 82-98
88	constantemente su práctica preguntarse qué está		
89	haciendo, cómo lo está haciendo y para qué. Liderar	Aspectos del liderazgo	Liderazgo reflexivo, LIDREF, ASC, L: 82-98
90	es estar en constante transformación, no solo en lo		
91	pedagógico, sino también en lo humano. Porque	Aspectos del liderazgo	Liderazgo reflexivo, LIDREF, ASC, L: 82-98
92	cuando un docente se autoevalúa, reconoce sus		
93	aciertos y también sus equivocaciones, está dando un	Aspectos del liderazgo	Liderazgo reflexivo, LIDREF, ASC, L: 82-98
94	paso hacia la mejora continua. Y ese ejercicio de		
95	reflexión es justamente praxis. Además, si queremos	Aspectos del liderazgo	Liderazgo reflexivo, LIDREF, ASC, L: 82-98
96	educar para la transformación, debemos ser los		
97	primeros en transformarnos. La praxis y el liderazgo	Aspectos del liderazgo	Liderazgo reflexivo, LIDREF, ASC, L: 82-98
98	caminan juntos porque ambos exigen compromiso,		
99	crítica y acción.	Aspectos del liderazgo	Liderazgo reflexivo, LIDREF, ASC, L: 82-98
100	Investigadora: ¿Qué emociones predominan en su		
101	experiencia al ejercer el liderazgo pedagógico como	Aspectos del liderazgo	Liderazgo reflexivo, LIDREF, ASC, L: 82-98
102	médico-docente?		
103	ASC: Creo firmemente en las relaciones horizontales,	Elementos de la praxis pedagógica	Dimensión ética y humana, DIMETHU, ASC, L: 102-108
104	humanas y respetuosas, no hablo de perder el rol		
105	docente o volverse “amigos” de los estudiantes, sino	Elementos de la praxis pedagógica	Dimensión ética y humana, DIMETHU, ASC, L: 102-108
106	de construir vínculos basados en la confianza, en el		
107	respeto mutuo, en la comunicación abierta. Un	Elementos de la praxis pedagógica	Dimensión ética y humana, DIMETHU, ASC, L: 102-108
108	docente no puede educar desde la distancia		
109	emocional.	Elementos de la praxis pedagógica	Dimensión ética y humana, DIMETHU, ASC, L: 102-108
110	La autoridad se construye desde la cercanía, desde la		
111	capacidad de poner límites sin autoritarismo, debe	Elementos de la praxis pedagógica	Dimensión ética y humana, DIMETHU, ASC, L: 102-108
112	ser un equilibrio delicado pero necesario, porque		
113	cuando un estudiante se siente seguro, respetado y	Elementos de la praxis pedagógica	Dimensión ética y humana, DIMETHU, ASC, L: 102-108
114	valorado, aprende mejor, se atreve a equivocarse, a		
115	preguntar, a explorar. Las relaciones sanas en el aula	Elementos de la praxis pedagógica	Dimensión ética y humana, DIMETHU, ASC, L: 102-108
116	favorecen la motivación, el pensamiento crítico y el		
117	compromiso con el aprendizaje. Y esto también exige	Elementos de la praxis pedagógica	Dimensión ética y humana, DIMETHU, ASC, L: 102-108
118	del docente habilidades emocionales saber cuándo		
119	acercarse, cuándo contener y cuándo dar espacio.	Elementos de la praxis pedagógica	Dimensión ética y humana, DIMETHU, ASC, L: 102-108
120	Investigadora: ¿Qué tipo de vínculos emocionales se		
121	generan entre usted y sus estudiantes a lo largo del	Elementos de la praxis pedagógica	Dimensión ética y humana, DIMETHU, ASC, L: 102-108
122	proceso formativo?		
123	ASC: Muchas emociones, demasiadas, diría yo,	Elementos de la praxis pedagógica	Dimensión ética y humana, DIMETHU, ASC, L: 102-108
124	liderar implica un vaivén emocional constante, hay		

125	días en los que una clase sale tan bien que uno se siente realizado, orgulloso, motivado a seguir, pero	Aspectos del liderazgo	Dimensión emocional, DIMEMOC, ASC, L: 122-129
126	hay otros días en los que todo parece ir mal y surgen la frustración, la duda, el cansancio. Pero esas		
127	emociones también forman parte del camino. No hay liderazgo sin emoción.		
128	La alegría de ver a un estudiante avanzar, el entusiasmo por innovar en el aula, la tristeza cuando vemos que alguien se queda atrás, el miedo ante los	Ser del médico-docente	Satisfacción formativa, SATFOR, ASC, L: 130-139
129	cambios... todo eso está presente. Pero por encima de todo, me sostiene la esperanza. Esa convicción profunda que la educación transforma. Y que lo que		
130	hacemos cada día, aunque no siempre tenga resultados inmediatos, está sembrando algo en los		
131	otros. La esperanza es la emoción que me mantiene firme.		
132	Investigadora: ¿Qué aspectos considera fundamentales en la construcción de su imagen como líder educativo dentro del ámbito médico?		
133	ASC: Una amplia gama, porque el aula es un escenario emocional muy rico, hay vínculos de admiración, de afecto, pero también puede haber resistencia, desacuerdo, incluso desmotivación. Lo	Elementos de la praxis pedagógica	Conexión emocional, CONEMOC, ASC, L: 143-150
134	importante es reconocer que esas emociones existen y que tienen un impacto directo en el proceso de aprendizaje. La afectividad bien gestionada potencia el conocimiento.		
135	Por eso, como docentes, debemos ser conscientes de nuestras emociones y de cómo estas se reflejan en el aula. También debemos ayudar a los estudiantes a canalizar las suyas. A veces, el estudiante no tiene un	Ser del médico-docente	Vínculo pedagógico equilibrado, VINPEDEQ, ASC, L: 151-161
136	espacio donde expresar lo que siente, y el aula se convierte en ese lugar. Entonces es necesario manejar los límites con cuidado, ser empáticos, pero		
137	también responsables. Yo suelo recordar que, antes de ser médico, soy docente, y esa mirada me permite actuar con mayor claridad, con una disposición más		
138	abierta y pedagógica frente a lo emocional.		
139	Investigadora: ¿Cómo concibe el liderazgo docente en su praxis pedagógica dentro del ámbito médico?	Aspectos del liderazgo	Integridad y humildad docente, INTHUMD, ASC, L: 164-175
140	ASC: Una imagen auténtica, no necesitamos docentes perfectos, sino cónsonos con nuestros actos, el liderazgo se refleja en cómo actuamos, en la		
141	forma en que resolvemos conflictos, en cómo nos relacionamos con los otros, la imagen del líder debe transmitir confianza, compromiso, cercanía y ética. Un líder no necesita gritar para hacerse escuchar, su		
142	presencia habla por sí sola. La responsabilidad, el respeto y la capacidad de diálogo construyen esa imagen. Además, un líder debe estar dispuesto a aprender siempre. No podemos pedir transformación		
143	si nosotros mismos no estamos dispuestos al cambio.		
144			
145			
146			
147			
148			
149			
150			
151			
152			
153			
154			
155			
156			
157			
158			
159			
160			
161			
162			
163			
164			
165			
166			
167			
168			
169			
170			
171			
172			
173			
174			
175			
176			

177	Investigadora: ¿quiere agregar algo más a esta entrevista?	Aspectos del liderazgo	Influencia formativa integral, INFORI, ASC, L: 178-192
178			
179	ASC: el comportamiento de un líder ante sus seguidores, debería ser humilde, accesible y claro un líder no puede verse como una figura lejana o inaccesible. Tiene que estar dispuesto a reconocer los logros de los demás, a felicitar, a impulsar a otros sin buscar protagonismo. El verdadero líder no se luce solo, hace que otros también brillen. En los momentos difíciles, sostiene, en los momentos de éxito, comparte y, sobre todo, está dispuesto a escuchar, a aceptar puntos de vista distintos, a generar espacios de participación real. Creo que eso es lo que más valoro la capacidad de sostener procesos sin controlarlos, de guiar sin imponer, de inspirar sin opacar. Porque el liderazgo auténtico se construye con los otros, no a costa de ellos.		
180			
181			
182			
183			
184			
185			
186			
187			
188			
189			
190			
191			
192			
193			
194	Investigadora: OK, muchísimas gracias doctor.		
195			
196			

A continuación, la tabla 7

Tabla 7

Actor social D

N	Descripciones	Categoría	Subcategoría/Código
1	Buenas tardes doctora. Gracias por esta oportunidad de conocer sus vivencias y experiencias en cuanto a la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en Ciencias de la Salud. Para iniciar nuestra conversación le pregunto:	Aspectos del liderazgo	Liderazgo humano y ético, LIHUME, ASD, L: 12-20
2			
3			
4			
5			
6	Investigadora: ¿De qué manera se manifiesta su liderazgo pedagógico en la generación de experiencias de aprendizaje que conecten emocionalmente el estudiante de medicina con los contenidos clínicos y humanos de su formación?		
7			
8			
9			
10			
11	ASD: Gracias a ti por interesarte en lo que vivimos los docentes. Mira, el liderazgo pedagógico se muestra a través de la motivación en medicina, sobre todo en las primeras etapas, no siempre es natural. Muchos estudiantes llegan con miedo, otros están agotados antes de empezar. En lo personal, trato de motivarlos bajando la barrera. Les digo “yo también estuve ahí”, con ese mismo miedo a reprobado, a no dar la talla, a		
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

19	sentir que no eras lo suficientemente bueno para		
20	estar en una carrera tan exigente.		
21	A veces basta con contar una historia real, una caída,	Aspectos del	Liderazgo humilde
22	un error, una vez en que también estuve a punto de	liderazgo	formativo, LIHUF,
23	rendirme, contarles eso, hace que ellos se conectan		ASD, L: 21-25
24	con eso. No se trata de suavizar la carrera, sino de		
25	mostrarles que es posible avanzar incluso con miedo.		
26	El líder que motiva ha de estar ahí, realmente	Aspectos del	Comunicación
27	presente. Un estudiante se siente impulsado cuando	liderazgo	empática, COMEMO,
28	nota que tú le hablas con honestidad, cuando le dices		ASD, L: 26-34
29	confío en ti, en tu proceso, y no lo juzgas por		
30	equivocarse. Yo siempre les recalco que el		
31	compromiso es más importante que la perfección, y		
32	que cada error es una oportunidad de aprendizaje, no		
33	una sentencia.		
34	Investigadora: ¿Cómo se expresa su liderazgo		
35	pedagógico en la formación ética y humanizada de los		
36	futuros médicos dentro del proceso educativo que		
37	usted acompaña?		
38	ASD: el liderazgo pedagógico para mí, en educación	Aspectos del	Liderazgo humano y
39	médica es acompañar sin asfixiar. Es guiar sin quitarle	liderazgo	ético, LIHUME, ASD,
40	al otro su autonomía. Yo no creo en un liderazgo		L: 39-45
41	autoritario, ni en esos modelos donde el profesor es		
42	una figura inalcanzable. Liderar también es tener la		
43	audacia de decir “no sé”, y aprender junto al		
44	estudiante.		
45	Muchas veces, el liderazgo se ejerce desde lo básico,		
46	una simple conversación en un pasillo, un gesto de	Aspectos del	Integridad y
47	aprobación, incluso el tono con el que corriges a un	liderazgo	humildad docente,
48	estudiante. Todo comunica. El verdadero liderazgo,		INTHUMD, ASD, L:
49	en mi opinión, se basa en tres cosas, la presencia, la		46-54
50	ética y la comunicación. No hay necesidad de gritar		
51	para ser escuchado. Un buen líder deja huella sin		
52	imponerla.		
53	Investigadora: ¿Cuáles cualidades considera		
54	esenciales en su rol como líder pedagógico para la		
55	formación de sus estudiantes en medicina?		
56	ASD: nuestra praxis pedagógica tiene que ver con la	Ser del médico-	Relación cercana y
57	sensibilidad, la nobleza. Ser sensible no te hace débil,	docente	profesional,
58	te hace humano. Necesitamos líderes que perciban,		RELCERP, ASD, L: 57-
59	que comprendan, que se tomen el tiempo de mirar al		61
60	otro más allá de la nota.		
61	Asimismo, la praxis pedagógica se debe llevar con		
62	firmeza. No todo es flexibilidad, en la cotidianidad de		
63	mi praxis pedagógica yo soy exigente, porque sé la	Elementos de la	Didáctica con sentido
64	responsabilidad que tienen mis estudiantes una vez	praxis	clínico-formativo,
65	que salgan al hospital. Pero esa exigencia debe tener	pedagógica	DIDSCF, ASD, L: 62-
66	sentido, debe nacer del cuidado, no del ego; e		71
67	igualmente, quizás la más olvidada, es la coherencia.		
68	No puedes hablar de respeto si gritas en clase. No		
69	puedes hablar de vocación si llegas con apatía todos		
70	los días. El liderazgo se enseña con el ejemplo.		

71	Investigadora: ¿Cómo concibe usted la relación pedagógica entre el médico-docente y el estudiante?		
72			
73	ASD: la praxis pedagógica define el liderazgo, lo que	Elementos de la praxis pedagógica	Dimensión ética y humana, DIMETHU, ASD, L: 74-78
74	quiere decir que no puedes separar el liderazgo de tu		
75	práctica diaria. Tus valores se expresan en cómo te		
76	conduces, en cómo tratas a otros, en cómo enfrentas		
77	los conflictos.		
78	Yo no puedo hablar de inclusión y luego desatender a	Ser del médico-docente	Coherencia y autenticidad, COHAUT, ASD, L: 79-82
79	un estudiante que está pasándola mal. No puedo		
80	hablar de formación integral si ignoro el contexto	Elementos de la praxis pedagógica	CONEMOC, GESEF, ASD, L: 82-86
81	emocional de mis alumnos.		
82	Mi praxis, lo que hago cada día, es mi mayor acto de		
83	liderazgo. Y cuando cometo errores porque claro que		
84	los cometo también enseño, enseño cómo pedir		
85	perdón, cómo reconocer una equivocación y cómo		
86	seguir creciendo desde la humildad.		
87	Investigadora: ¿Qué emociones predominan en su		
88	experiencia al ejercer el liderazgo pedagógico como		
89	médico-docente?	Elementos de la praxis pedagógica	Conexión emocional, CONEMOC, ASD, L: 91-94
90	ASD: las emociones son humanas. A veces no puedo		
91	darles todo el tiempo que me gustaría, pero siempre		
92	trato que sientan que estoy ahí, aunque sea con un		
93	mensaje, una palabra oportuna.	Elementos de la praxis pedagógica	Resiliencia vocacional, RESVOC, ASD, L: 95-99
94	Me ha tocado acompañar a estudiantes con		
95	ansiedad, con duelos familiares, con crisis		
96	vocacionales. En esos momentos, una se convierte en		
97	algo más que una profesora, en un referente, en una		
98	presencia que sostiene.		
99	Y es hermoso cuando, años después, te escriben para	Ser médico-docente	Conexión y confianza, CONCONF, ASD, L: 100-104
100	contarte que recordaron algo que dijiste en una clase,		
101	o cómo tus palabras los ayudaron a salir de un mal		
102	momento. Eso es lo que me reafirma que educar		
103	también es un acto de cuidado.		
104	Investigadora: ¿Qué tipo de vínculos emocionales se		
105	generan entre usted y sus estudiantes a lo largo del		
106	proceso formativo?	Ser médico-docente	Desafíos emocionales, DESEMOC, ASD, L: 108-115
107	ASD: he sentido muchos vínculos emocionales con		
108	mis estudiantes en la praxis pedagógica. Muchas. A		
109	veces un torbellino. Siento orgullo cuando veo que		
110	mis estudiantes logran cosas grandes, cuando		
111	superan barreras. También siento frustración,		
112	especialmente cuando el sistema no nos acompaña,		
113	cuando no tenemos recursos, cuando sentimos que		
114	damos más de lo que podemos.	Ser médico-docente	Integridad y coherencia profesional, INTCOHP, ASD, L: 116-121
115	Pero lo que más predomina es la gratitud. Enseñar		
116	medicina, para mí, es un privilegio. Aunque a veces		
117	me sienta cansada o sobrecargada, hay una fuerza		
118	más grande que me mueve el amor y pasión por esta		
119	profesión y por quienes la están aprendiendo. Eso me		
120	hace volver cada día con el mismo compromiso.	Aspectos del liderazgo	Integridad y humildad docente,
121			
122			

123	Investigadora: ¿Qué aspectos considera		
124	fundamentales en la construcción de su imagen como	Aspectos del	INTHUMD, ASD, L:
125	líder educativo dentro del ámbito médico?	liderazgo	125-127
126	ASD: la imagen del líder educativo, debe reflejar	Aspectos del	Liderazgo humano y
127	humanidad, sin idealizaciones. Un líder no tiene que	liderazgo	ético, LIHUME, ASD,
128	saberlo todo ni hacerlo perfecto, pero sí debe actuar		L: 129-131
129	con honestidad, integridad y mucha ética.		
130	Debe ser alguien que inspire, pero también alguien a	Aspectos del	Liderazgo ejemplar,
131	quien se pueda acercar sin miedo. Porque por sí solos	liderazgo	LIDEJEM, ASD, L:
132	somos figuras de admiración, y no de confianza,		133-139
133	estamos fallando como educadores.		
134	El liderazgo no se trata de brillar, sino de iluminar el	Aspectos del	Comunicación
135	camino de otros sin apagar su luz. Con respeto	liderazgo	empática, COMEMO,
136	profundo. Con la voluntad de formar, no de controlar.		ASD, L: 141-144
137	Un verdadero líder no busca ser indispensable, sino		
138	formar otros que también puedan liderar. Debe tener	Ser del médico-	Conexión y
139	la humildad de reconocer que el aprendizaje es	docente	confianza,
140	mutuo y que el poder, si no se pone al servicio de los		CONCONF, ASD, L:
141	demás, se vuelve autoritarismo.		147-155
142	Un líder debe ser firme, sí, pero con empatía. Debe		
143	corregir sin herir, guiar sin subyugar, y formar con		
144	humanismo. Porque la medicina sin humanidad,		
145	como he dicho muchas veces... no es medicina.		
146	Investigadora: ¿Cómo concibe el liderazgo docente		
147	en su praxis pedagógica dentro del ámbito médico?		
148	ASD: Al principio, siento que hay distancia... incluso		
149	temor. Algunos me ven como alguien estricta, seria.		
150	Pero luego, cuando entienden que mi exigencia es		
151	con propósito, aparece la confianza. Me han contado		
152	cosas personales muy profundas, han llorado		
153	conmigo. Algunos me han buscado años después		
154	para decirme: Dra., gracias por no rendirse conmigo.		
155	Y eso es invaluable. Porque me confirma que más allá	Aspectos del	Influencia formativa
156	del contenido, uno deja una huella emocional que	liderazgo	integral, INFORI,
157	perdura.		ASD, L: 159-167
158	Investigadora: ¿quiere agregar algo más a esta		
159	entrevista?		
160	ASD: Yo veo el liderazgo pedagógico como un acto de		
161	presencia constante. No es solo guiar desde la		
162	autoridad, no se trata de saberlo todo, sino de		
163	acompañar. Para mí, liderar en el aula de la formación		
164	médica, es mostrar con el ejemplo cómo se enfrenta	Elementos de la	Visión formativa
165	el aprendizaje, el error, la frustración, el logro. Un	praxis	integral, VIFORI, ASD,
166	líder educativo es alguien que está dispuesto a	pedagógica	L: 168-175
167	enseñar, pero también a aprender junto con sus		
168	estudiantes.		
169	He aprendido en mi praxis pedagógica que liderar es		
170	ser guía, no juez. Cuando un estudiante comete un		
171	error, lo fácil es señalarlo. Lo difícil, y lo valioso, es		
172	preguntarse qué parte de mi enseñanza falló ahí.		
173	Muchas veces es uno quien no explicó bien o quien		
174	no captó la forma en que ese alumno aprende.		

175	Liderar es también tener la humildad de reconocer		
176	eso.		
177	Investigadora: OK, muchísimas gracias doctora.		
178			
179			
180			

Segunda fase: sistematización e interpretación de las categorías y sus subcategorías

En esta fase de la sistematización e interpretación cualitativa de la información aportada por los actores sociales a través de la organización de las tres categorías principales que reflejaron las dimensiones esenciales de la praxis pedagógica desde el liderazgo del ser médico-docente, construidas con base a las intencionalidades del estudio, en el referido significativo del ser médico-docente, elementos de la praxis pedagógica y aspectos de liderazgo.

Cada categoría se articuló con sus respectivas subcategorías emergentes que le otorgaron su correspondiente significado en términos que profundizan los escenarios de coherencia ética, resiliencia vocacional, motivación, reflexión permanente y el liderazgo acompañante. Esta estructura conceptual permitió comprender la formación médica que integra valores humanos, estrategias pedagógicas reflexivas y modelos de liderazgos fomentando un aprendizaje significativo. A continuación, inicio con la categoría: elementos de la praxis pedagógica.

Categoría: elementos de la praxis pedagógica

Subcategoría: Conexión emocional

(...) la verdad que motivar y educar en el área médica, especialmente a los estudiantes que están apenas comenzando, representa un desafío constante. He aprendido, a lo largo de los años, que la motivación no surge únicamente de las palabras o del contenido teórico, sino de la conexión emocional y práctica que el estudiante logra establecer con lo que se le enseña (CONEMOC, ASA, L: 11-18); Creo que un docente logra motivar al estudiante cuando consigue ir más allá del contenido y conectar emocionalmente con él. La motivación no se impone desde la autoridad, se contagia desde la pasión. Cuando el docente cree realmente en lo que enseña y transmite esa energía, el estudiante lo percibe. Y más aún, cuando el profesor cree en el potencial de cada alumno, incluso en aquellos que se sienten inseguros

o que no destacan de inmediato (CONEMOC, ASC, L: 11-19); Una amplia gama, porque el aula es un escenario emocional muy rico, hay vínculos de admiración, de afecto, pero también puede haber resistencia, desacuerdo, incluso desmotivación. Lo importante es reconocer que esas emociones existen y que tienen un impacto directo en el proceso de aprendizaje. La afectividad bien gestionada potencia el conocimiento (CONEMOC, ASC, L: 143-150); Mi praxis, lo que hago cada día, es mi mayor acto de liderazgo. Y cuando cometo errores porque claro que los cometo también enseño, enseño cómo pedir perdón, cómo reconocer una equivocación y cómo seguir creciendo desde la humildad (CONEMOC, ASD, L: 83-87); las emociones son humanas. A veces no puedo darles todo el tiempo que me gustaría, pero siempre trato que sientan que estoy ahí, aunque sea con un mensaje, una palabra oportuna (CONEMOC, ASD, L: 91-94).

las emociones son humanas. A veces no puedo darles todo el tiempo que me gustaría, pero siempre trato que sientan que estoy ahí, aunque sea con un mensaje, una palabra oportuna. (CONEMOC, ASD, L: 91-94).

Las voces convergentes de los actores sociales A, C y D, acerca del significado otorgado a la categoría: elementos de la praxis pedagógica, en el marco distinguido de la subcategoría: conexión emocional, me devela un hilo invisible pero esencial que teje el sentido profundo del acto educativo en el Decanato de Ciencias de la Salud. En este orden de ideas, la conexión emocional no representa un añadido sentimental del médico-docente, se trata del núcleo afectivo desde donde se legitima el vínculo pedagógico además de humanizar el liderazgo docente.

En sus narrativas, esta conectividad se manifiesta como presencia auténtica, escucha activa y sensibilidad compartida, que trasciende la transmisión de contenidos al convertirse en una experiencia pedagógica donde el error, el logro y la duda son condicionantes propios de la empatía que muestra desde el ser, con la emocionalidad que no lo debilita, sino que fortalece, no interrumpe, sino que impulsa, dando lugar a un liderazgo que forma sin imponer y acompaña sin invadir, lo que significa una praxis pedagógica compleja, humana y sensible de quienes enseñan y aprenden en el seno de la formación médica.

La lectura interpretativa y contextual de la praxis pedagógica en la formación médica, se reafirma que el ser docente en este ámbito de referencia, se funda la construcción de vínculos significativos de conexión emocional, como dimensión profundamente humana del liderazgo educativo. En consonancia con Matthes y Rotthoff (2024), quienes sostienen que "la calidad de la enseñanza surge no sólo de la transmisión

competente de información, sino fundamentalmente de la promoción del aprendizaje en sí mismo" (s/n), reconozco que el verdadero acto pedagógico acontece cuando el docente logra articular su modo de ser y de hacer en la experiencia sensitiva, con empatía dado el reconocimiento de la singularidad del otro.

En este sentido, los actores sociales B, C y D, dan cuenta que la relación pedagógica en medicina no es simétrica, más bien, es ética, afectiva y reflexiva, en tanto, si la manifestación del desarrollo de competencias clínicas se lleva a cabo en un espacio formativo sin la respectiva emocionalidad, la duda, motivación y la humanidad del estudiante, esa conexión emocional es un adorno didáctico, lo que significa que el terreno fértil donde germina el aprendizaje significativo y el liderazgo docente se traducen presencia consciente, es pertinente con el cuidado genuino y acompañamiento reflexivo en el acto formativo.

Subcategoría: Didáctica con sentido clínico-formativo

La mejor forma que he encontrado es mostrar, de manera clara, la relevancia clínica de cada tema, entonces cuando un estudiante comprende que lo que aprende en anatomía no es solo un conjunto de estructuras, sino herramientas que le permitirán salvar vidas, su forma de mirar la carrera cambia por completo. (DIDSCF, ASA, L: 19-25); He tenido estudiantes que han llegado a mi consultorio no por razones académicas, sino personales. Algunos han compartido conmigo crisis vocacionales, otros simplemente necesitaban ser escuchados. Para mí, esas son las oportunidades más valiosas, porque implican un nivel de confianza que va más allá del rol formal. Me esfuerzo por generar un ambiente seguro, donde puedan expresarse sin temor. A veces, una conversación de pasillo puede ser más transformadora que toda una clase. Eso también es docencia. (DIDSCF, ASB, L: 137-148); Asimismo, la praxis pedagógica se debe llevar con firmeza. No todo es flexibilidad, en la cotidianidad de mi praxis pedagógica yo soy exigente, porque sé la responsabilidad que tienen mis estudiantes una vez que salgan al hospital. Pero esa exigencia debe tener sentido, debe nacer del cuidado, no del ego; e igualmente, quizás la más olvidada, es la coherencia. No puedes hablar de respeto si gritas en clase. No puedes hablar de vocación si llegas con apatía todos los días. El liderazgo se enseña con el ejemplo. (DIDSCF, ASD, L: 62-71).

Los actores sociales A, B y D, respectivamente, coincidieron en la significación otorgada a la categoría: elementos de la praxis pedagógica, en su densidad simbólica y vivencial manifestada en la subcategoría: didáctica con sentido clínico-formativo, como un entramado en el cual el conocimiento disciplinar se entrecruza con la vocación del médico, la ética y la humanidad. Los discursos develan que enseñar además de transmitir los conocimientos especializados, recae en la dotación de una significación vital, donde lo

anatómico deviene en instrumento para salvar vidas, lo convencional se transforma en el acto terapéutico y lo exigente es el devenir de amor responsable.

De este modo, el docente-líder se convierte en un referente significativo de coherencia, capaz de generar confianza, sentido y transformación, construyendo una didáctica donde el aula y el hospital se funden en un mismo horizonte formativo. Este significado de la didáctica con un sentido clínico-formativo, lo argumento de acuerdo con los planteamientos de Schydlo et al. (2024) según los cuales afrontaron como conclusión de su estudio, lo siguiente:

(...) Los participantes del curso ya mostraban una fuerte motivación intrínseca y auto eficacia antes de tomarlo. Tras completarlo, su confianza para afrontar demandas específicas de la enseñanza basadas en sus propias habilidades había aumentado. De manera notable, los cambios en las dimensiones motivacionales identificadas y en la regulación introspectiva apuntaron hacia un cambio en las fuentes de motivación, lo que indica un enfoque más autorregulado respecto a las actividades docentes de los participantes (s/n).

Ahora bien, dado que esta subcategoría hace alusión a una didáctica sensible que conecta con el ejercicio clínico real y con el desarrollo formativo integral del estudiante, la postura de los precitados autores destacan asimismo una fuerte motivación intrínseca y de auto eficacia de los participantes, que tras la experiencia formativa, mostraron confianza en afrontar las demandas específicas de la enseñanza médica, es decir, su praxis aumentó, indicando un proceso formativo profundo y autorregulado.

De esta forma, el enfoque encaja con lo mencionado por los actores sociales, sobre todo en el referente de afirmación sobre una enseñanza que transforma la forma de mirar la carrera (ASA), que genera espacios de confianza y cuidado más allá del aula (ASB) exigiendo sentido ético y coherencia profesional (ASD) respalda lo encontrado por los precitados autores al mostrar que la didáctica con sentido, centrada en el desarrollo de competencias clínicas y humanas, puede reforzar la seguridad y motivación de quienes aprenden, generando una praxis pedagógica más auténtica y significativas en contextos clínicos reales.

Subcategoría: Clima participativo en el aula

(...) Además, la motivación nace del involucramiento, yo les doy espacio a mis alumnos para que se equivoquen, para que pregunten sin temor, para que reflexionen. Es esencial generar un ambiente donde puedan sentirse seguros de pensar y participar. (CLIPAUL, ASA, L: 26-30).

El actor social A, al manifestar que la motivación nace del involucramiento al ofrecer a los estudiantes un espacio seguro para equivocarse, preguntar sin temor y reflexionar, otorgan significado profundamente humanizante y reflexivo a la subcategoría: clima participativo en el aula, dentro de la categoría: elementos de la praxis pedagógica. Este dato sorprendente por su unicidad en el corpus narrativo experiencial, me devela una comprensión pedagógica centrada en la construcción de confianza como base del aprendizaje significativo del médico-docente.

Por lo tanto, la participación, se muestra acá como un acto de liberación cognitiva y emocional, donde el docente, en su labor pedagógica y líder del proceso educativo, crea condiciones para que emerjan voces auténticas, pensamientos divergentes y un sentido de pertenencia al proceso formativo, en tanto el aula, se transforma en un espacio vivencial, cargado de horizontalidad, respeto y libertad intelectual. Lo mencionado por el actor social A (ASA) lo comprendo como una praxis pedagógica que ofrece la oportunidad para que los estudiantes hablen, además de significar la construcción dialógica, reflexiva y ética del conocimiento.

Tal como lo plantean en la siguiente cita traducida, Arnold y Mundy (2020), en los siguientes términos: (...) Estas conversaciones están correctamente moldeadas por experiencias de práctica y giran en torno a preocupaciones, problemas a intereses reales, exigiendo respuestas pertinentes y reflexión profunda tanto por parte de los académicos como de los futuros médicos" (p.1).

Este enfoque me confirma que generar un entorno participativo, de confianza y seguridad para los estudiantes, puede ofrecer espacios de cuestionamiento, a fin de construir saberes desde su experiencia, lo cual mejora el aprendizaje clínico, y significa el proceso formativo. La participación, entendida como experiencias contextualizadas y significativas, permite al futuro médico reconocerse en su devenir profesional, integrando la teoría y la práctica en torno a una perspectiva humanista y reflexiva.

Subcategoría: Motivar al estudiante

(...) Esa es una pregunta muy pertinente, porque muchas veces partimos del supuesto que el estudiante ya viene motivado de casa, o que la motivación es responsabilidad exclusiva del alumno. Pero no siempre es así. Muchos llegan con dudas, miedos, e incluso con ideas erróneas sobre lo que implica la carrera de medicina. La motivación, como bien plantea la teoría, tiene una dimensión extrínseca que parte de lo que hacemos como docentes y otra intrínseca que se relaciona con la historia, intereses y emociones del estudiante. (MOTEST, ASB, L: 11-21)

La significancia otorgada por el actor social B (ASB) a la categoría: elementos de la praxis pedagógica, respecto a la subcategoría emergente: motivar al estudiante, cobra vigencia al comprender que más allá de despertar el interés por los contenidos clínico, el médico-docente ha de inspirar hacia la construcción de una vocación que lo trascienda. Como destacan González y Romero (2025) al traducir sus pensamientos en torno al hecho que "la motivación principal de los médicos para enseñar surge de factores intrínsecos, como el altruismo, la satisfacción intelectual y las habilidades personales" (s/n).

Esta afirmación, es pertinente al considerar el impulso de formar a la siguiente generación de médicos que nace de un compromiso interno con la humanidad de nuestra profesión. La motivación que yo puedo transmitir como docente no se reduce a ofrecer conocimientos especializados; se nutre de mi pasión, de mi ejemplo y de la capacidad de generar conexiones significativas que enciendan en mis estudiantes el deseo de educar y transformarse. De la misma manera, la narrativa expresada por el actor social B (ASB) se significa al entender que motivar se vuelve una acción ética, una responsabilidad reflexiva para sostener la calidad, el relevo y el sentido de la medicina como ciencia y servicio.

Subcategoría: Visión formativa integral

(...) Por eso creo que el líder educativo debe tener una visión formativa, no solo instructiva, sino que también debe manejar conceptos con claridad, pero también tener inteligencia emocional. Debe saber cuándo intervenir y cuándo permitir el crecimiento autónomo del estudiante. También debe tener firmeza, pero sin rigidez; claridad ética, pero sin soberbia. En la praxis pedagógica se ha de fortalecer el ser un facilitador de procesos integrales, no un simple transmisor de saberes. (VIFORI, ASB, L: 83-92); La autoridad se construye desde la cercanía, desde la capacidad de poner límites sin autoritarismo, debe ser un equilibrio delicado pero necesario, porque cuando un estudiante se siente seguro, respetado y valorado, aprende mejor, se atreve a equivocarse, a preguntar, a explorar. Las relaciones sanas en el aula favorecen la motivación, el pensamiento crítico y el compromiso con el aprendizaje. Y esto también exige del docente habilidades emocionales saber cuándo

acercarse, cuándo contener y cuándo dar espacio (VIFORI, ASC, L: 109-118); He aprendido en mi praxis pedagógica que liderar es ser guía, no juez. Cuando un estudiante comete un error, lo fácil es señalarlo. Lo difícil, y lo valioso, es preguntarse qué parte de mi enseñanza falló ahí. Muchas veces es uno quien no explicó bien o quien no captó la forma en que ese alumno aprende. Liderar es también tener la humildad de reconocer eso. VIFORI, ASD, L: 168-175).

Los trozos narrativos manifestado por los actores sociales B, C y D en esta subcategoría visión formativa integral, cobra vigencia en la comprensión profunda y humanizada del liderazgo como un componente esencial de la praxis pedagógica, al punto que, una visión formativa del educador como guía emocionalmente inteligente, capaz de equilibrar firmeza con cercanía y autoridad con sensibilidad, fomenta desde el ser médico-docente un ambiente de seguridad, respeto y autonomía.

De allí que la construcción de relaciones sanas en el aula, emerge como un facilitador del aprendizaje significativo, la reflexión y la motivación. De esta forma, reconozco que el liderazgo del médico-docente implica autorreflexión, humildad y responsabilidad, frente a los errores del estudiante, promoviendo una enseñanza centrada en el desarrollo integral del ser. De acuerdo con Hernández (2024), explica que:

(...) la práctica pedagógica en el campo de la educación médica posee elementos distintivos que la caracterizan y la hacen aplicable en diversos escenarios de este ámbito (...) Siendo indispensable una formación pedagógica que permita guiar y adaptar los procesos de enseñanza-aprendizaje conforme a los objetivos de la educación superior (p.14).

Considero que esta afirmación respalda de forma coherente la necesidad de una praxis pedagógica integral en el ser del médico-docente, aquella que no sólo este anclada al dominio clínico, ha de considerarse igualmente la conciencia didáctica, en la claridad ética y la capacidad reflexiva. En este marco de eventos, el docente-médico no es un simple transmisor de contenidos, va construyendo un camino formativo con agencia pedagógica, capaz de transformar escenarios diversos desde un saber y ser que integra la teoría, la experiencia, la sensibilidad humana y el compromiso social.

Subcategoría: Dimensión ética y humana

(...) Para mí, la praxis pedagógica en el día a día en la universidad, en los anfiteatros, es el espacio donde el liderazgo cobra vida, como docente de anatomía, mi rol no se limita a explicar estructuras y funciones, cada sesión, cada practica en el anfiteatro, es también un

ejercicio ético y humano, porque enseñar anatomía es enseñar respeto por el cuerpo, por el paciente, y por el otro que aprende. (DIMETHU, ASB, L: 95-102); Además, liderar en nuestra praxis pedagógica es tener una visión clara de hacia dónde queremos ir como formadores. Es acompañar con compromiso, con sentido humano, y con la certeza de que cada clase es una oportunidad para transformar vidas. Un líder no solo enseña, también deja huella, un estudiante se siente motivado cuando percibe que lo que aprende tiene sentido y aplicación, cuando se siente escuchado y respetado. Para mí, la clave está en personalizar la enseñanza, adaptar los contenidos a sus contextos y, sobre todo, mostrar interés genuino por su proceso. (DIMETHU, ASC, L: 46-57); Creo firmemente en las relaciones horizontales, humanas y respetuosas, no hablo de perder el rol docente o volverse “amigos” de los estudiantes, sino de construir vínculos basados en la confianza, en el respeto mutuo, en la comunicación abierta. Un docente no puede educar desde la distancia emocional. (DIMETHU, ASC, L: 102-108); la praxis pedagógica define el liderazgo, lo que quiere decir que no puedes separar el liderazgo de tu práctica diaria. Tus valores se expresan en cómo te conduces, en cómo tratas a otros, en cómo enfrentas los conflictos. (DIMETHU, ASD, L: 74-78).

La subcategoría dimensión ética y humana emergió dentro de la categoría elementos de la praxis pedagógica, por parte de los actores sociales B, C y D, al develar una comprensión profunda de la docencia como un ejercicio que trasciende lo ético y lo disciplinar del médico, situándose en el terreno del respeto, empatía y transformación humana. Tal como lo expresó el actor social B (ASB) significó que enseñar anatomía implicó valorar el respeto por el cuerpo y por el otro, convirtiéndose en el anfiteatro de un espacio de formación ética.

Por su parte, el actor social C (ASC) hizo hincapié en el liderazgo del médico-docente como acompañamiento comprometido, personalizado y sensible a los contextos del estudiante, donde el sentido humano de la enseñanza potencia la motivación y transformación. Asimismo, el actor social D (ASD) resaltó la importancia de relaciones horizontales dentro de un liderazgo que expresa valores en la práctica cotidiana, en la forma de enfrentar conflictos y tratar a los demás. En conjunto, estos relatos posicionan la praxis pedagógica del médico-docente como un acto ético y relacional que configura el liderazgo humano. Estas implicaciones en palabras de Doukas et al. (2022) resaltan lo siguiente, respecto al proyecto en el cual desarrolló su investigación:

(...) el proyecto PRIME configuró un constructo del profesionalismo donde la ética médica, incluyendo la ética de la virtud y del cuidado, las bellas artes, la historia de la medicina y la narrativa se consideran indispensable en el dominio del conocimiento necesario para generar comportamientos humanistas. (s/n).

Dados estos señalamientos, la dimensión ética y humana del médico-docente se reconoce en el sentido de la profesionalización que fundamenta su conocimiento técnico-científico, además de la integración de saberes humanísticos. Por lo tanto, al incorporar la ética de la virtud y del cuidado como elementos constitutivos del currículo, se potencia la formación de un profesional capaz de actuar con sensibilidad moral, responsabilidad relacional y respeto por la dignidad del otro, características de esenciales en la pedagogía médica con sentido ético-humanista.

Subcategoría: Gestión del error formativo

(...) La pedagogía reflexiva nos recuerda que teoría sin práctica es estéril, y práctica sin teoría es ciega. Por eso el liderazgo se prueba en la praxis, en las decisiones diarias, en cómo manejamos un conflicto, cómo damos retroalimentación, cómo respondemos ante un error. (GESEF, ASB, L: 103-109); En una praxis pedagógica sobre el plexo braquial, una estudiante se equivocó al identificar raíces nerviosas, en vez de corregirla frontalmente, regañarla porque no estudió lo suficiente, propuse volver a repasar el tema que habíamos dado. Ella misma reconstruyó el camino. Ese tipo de relación fomenta autonomía, y hace que el error sea parte legítima del aprendizaje, no un motivo de juicio. (GESEF, ASB, L: 148-156).

Al internarme en la interpretación de la narrativa del actor social B, en esta subcategoría emergente, develo la comprensión profunda de la gestión del error formativo como núcleo ético de la praxis pedagógica reflexiva, donde el error deja de ser signo de carencia para tornarse en punto de inflexión hacia el aprendizaje genuino. Esta narrativa, considera que el acto de no corregir desde la verticalidad autoritaria sino desde la horizontalidad dialógica, permite al estudiante reconstruir su saber en torno a la experiencia vivida, en un proceso que humaniza la enseñanza del médico-docente.

De esta manera, asocio al liderazgo con la elección consciente del médico-docente al guiar sin imponer, retroalimentar sin herir, transformar la equivocación en una oportunidad formativa y de aprendizaje permanente. En esta vivencia, trazada durante una clase sobre el plexo braquial, pude entender que se corporiza la fusión entre teoría y práctica, como acto integrador que dignifica al sujeto que aprende. El error, entonces, no se sanciona, se acompaña; no se invisibiliza, se resignifica. Lo reflexivo aquí no es un concepto abstracto, se trata de una ética vivida que connota la decisión pedagógica, haciendo posible que el aula se convierte en un espacio sensible y de construcción autónoma del

conocimiento. Lo expresado anteriormente lo argumento desde el punto de vista de Gohal (2021) al hacer hincapié en el hecho que:

(...) los errores médicos son causas relativamente comunes de eventos adversos prevenibles, & la enseñanza sobre su manejo y divulgación en estudiantes y médicos en formación, es clave para desarrollar habilidades que reduzcan dichos errores a lo largo de la vida profesional (s/n).

Esta perspectiva resalta el aspecto significativo de esta subcategoría en cuanto que la gestión del error como un proceso pedagógico esencial puede manifestarse en diversos escenarios de las actividades y procesos cotidianos del médico al proteger al paciente, además de fortalecer la competencia ética y técnica en el escenario formativo, al integrar el error como una oportunidad de aprendizaje que se puede prever en la construcción del saber clínico.

Subcategoría: Resiliencia vocacional

(...) No puedo negar que a veces aparece la frustración. Cuando el sistema universitario pone trabas, cuando los recursos escasean, cuando las decisiones institucionales no priorizan lo pedagógico. Pero, por encima de todo, lo que me sostiene es la esperanza. Saber que cada clase, cada conversación, puede sembrar algo, aunque no vea esos cambios inmediatos. Esa posibilidad es la que me ha mantenido durante tantos años con vocación intacta. (RESVOC, ASB, L: 175-184); Me ha tocado acompañar a estudiantes con ansiedad, con duelos familiares, con crisis vocacionales. En esos momentos, una se convierte en algo más que una profesora, en un referente, en una presencia que sostiene. (RESVOC, ASD, L: 95-99).

La fortaleza interpretativa en cuanto a la narrativa de los actores sociales B (ASB) y D (ASD) en la realidad del fenómeno de estudio, concretamente en la categoría elementos de la praxis pedagógica respecto a la subcategoría resiliencia vocacional, trasciende los desencantos estructurales y se ancla en una convicción profunda-del médico docente en la presencia significativa que le acompaña, sostiene y siembra el sentido en medio de la fragilidad humana.

La voz de quien resiste desde la esperanza, aun cuando el sistema desatiende lo pedagógico, otorga el testimonio de una praxis pedagógica que no se mide por resultados inmediatos, sino por la potencia de cada encuentro educativo. A su vez, la experiencia de convertirse en un referente para estudiantes en crisis no es asumida como carga, si no como prolongación natural de un compromiso ético-afectivo que reafirma la vocación desde la

empatía activa. Esta dualidad evidencia, en tanto la resiliencia manifiesta una fortaleza sensible y persistente, como una fe pedagógica que, pese a las adversidades, se rehúsa a renunciar al otro. El argumento sobre lo antes dicho lo tomo de Shorbag (2024) cuando afirma en esta cita traducida, que:

(...) la resiliencia es esencial para que los estudiantes de medicina naveguen los desafíos de su educación y sus futuras carreras. Definida como la capacidad de adaptarse bien frente a la adversidad, puede aprenderse y resulta crítica para mantener la salud mental. Los educadores médicos desempeñan un papel fundamental al fomentarla mediante la integración en los currículos formales, informales y ocultos (s/n).

La postura del precitado autor, me permite conceder la fuerza significativa de la resiliencia vocacional en la praxis pedagógica del médico-docente como un atributo individual y principio ético-pedagógico orientador del acompañamiento formativo frente a la incertidumbre y el desgaste emocional inherentes a su misma profesión. Al incorporar conscientemente la resiliencia en todas las dimensiones del currículo, el médico-docente además de desarrollar los objetivos propios de su área de conocimiento, también modela formas de ser, resistir y transformar desde la vocación.

Ahora bien, en el cierre reflexivo de esta categoría, reconozco que los elementos significativos de la praxis pedagógica del médico-docente emergieron en torno a la riqueza testimonial de sus narrativas, donde las subcategorías en sus connotaciones develaron un tejido de significados que trascienden lo explícito y cobran valor comprensivo. Así, la praxis pedagógica más allá de la técnica didáctica que asume cada médico-docente, se configura en una práctica ética en la cual se asume el rol de liderazgo orientador sensible ante las vulnerabilidades del otro. Es en este escenario, donde el error se reconfigura con una oportunidad, la vocación se refuerza ante la adversidad y la enseñanza se convierten acompañamiento reflexivo para la construcción del conocimiento. Estos hallazgos dan cuenta de los elementos de la praxis pedagógica efectiva, como formas de habitar el acto educativo con sentido humano.

En este orden de ideas, me sustente metodológicamente a través del análisis temático, el cual según Christou (2023), ofrece un enfoque flexible, profundo y revelador para comprender fenómenos complejos en la investigaciones cualitativas, al integrar el

conjunto de las subcategorías más allá de la clasificación por recurrencia en las voces de los actores sociales, se abordaron hacia el sentido complementario de los significados atribuidos a la realidad del fenómeno de estudio que permitió entretelar aspectos articulados, coherentes y vinculantes al ser médico-docente.

Frente a esta realidad, las tensiones actuales que subestiman el análisis temático manual, se reivindican aquí por su potencia epistémica, dada la construcción de categorías donde se requirió de habilidades cognitivas, sensibilidad hermenéutica y el posicionamiento flexible y reflexivo de la investigadora, dentro de los atributos que difícilmente se pueden replicar con un software. A continuación, presento la figura 7.

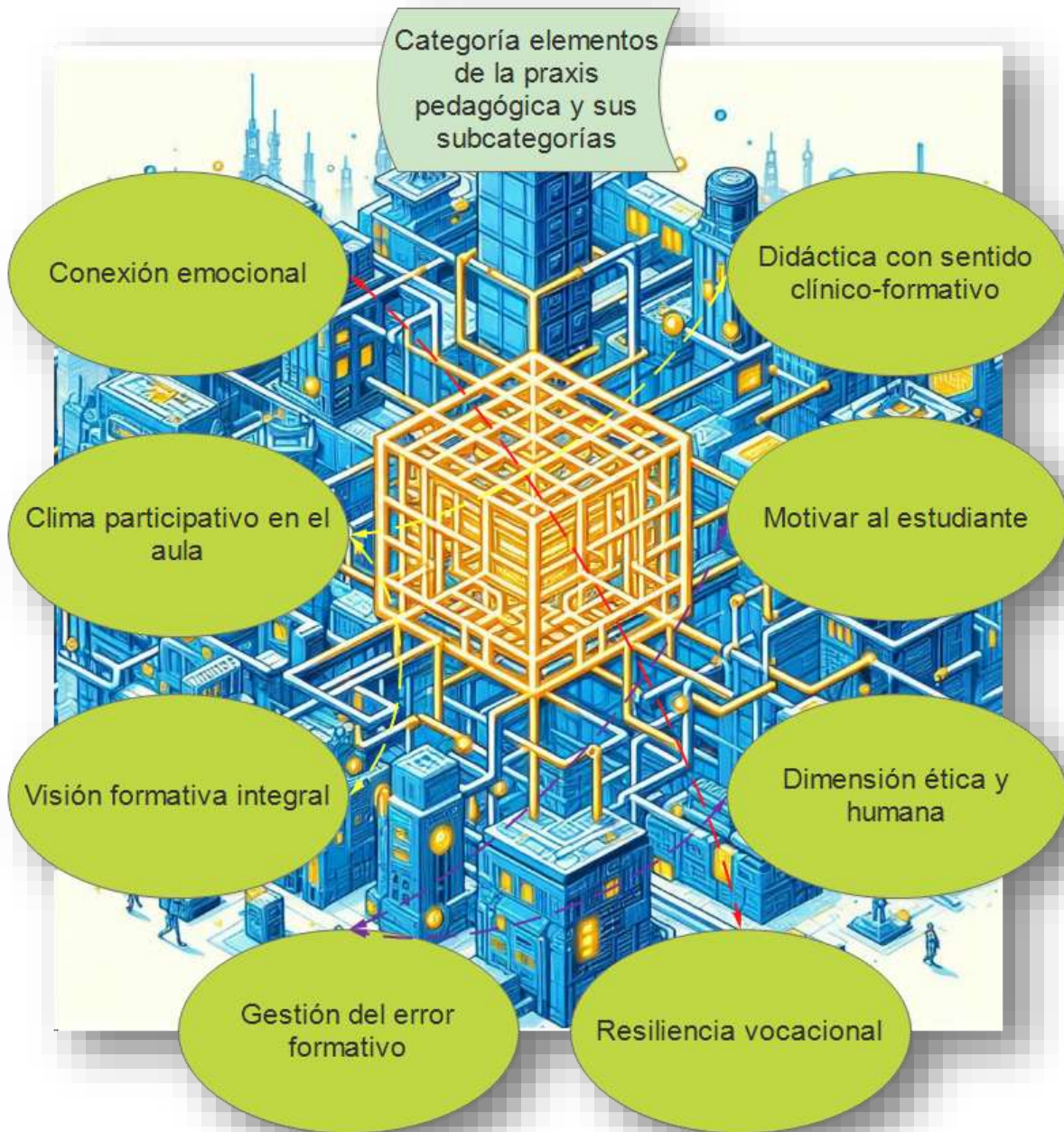


Figura 7. Categoría elementos de la praxis pedagógica y sus subcategorías

Fuente: elaboración propia (2025)

La figura 7, da cuenta de la integración semántica significativa entre las subcategorías emergentes de la categoría elementos de la praxis pedagógica,

representadas por flechas de doble cabeza que muestra el acercamiento interpretativo entre los significados de la subcategoría conexión emocional con el significado de la subcategoría resiliencia vocacional. Asimismo, se integraron los significados de las subcategorías: didáctica con sentido clínico-formativo, clima participativo en el aula y ésta a su vez, con la significancia de la visión formativa integral. Por su parte, la subcategoría se relacionó integralmente con el significado de la subcategoría gestión del error formativo y al mismo tiempo con la subcategoría dimensión ética y humana. Toda esta confluencia de significaciones ameritó la construcción de la figura 8.

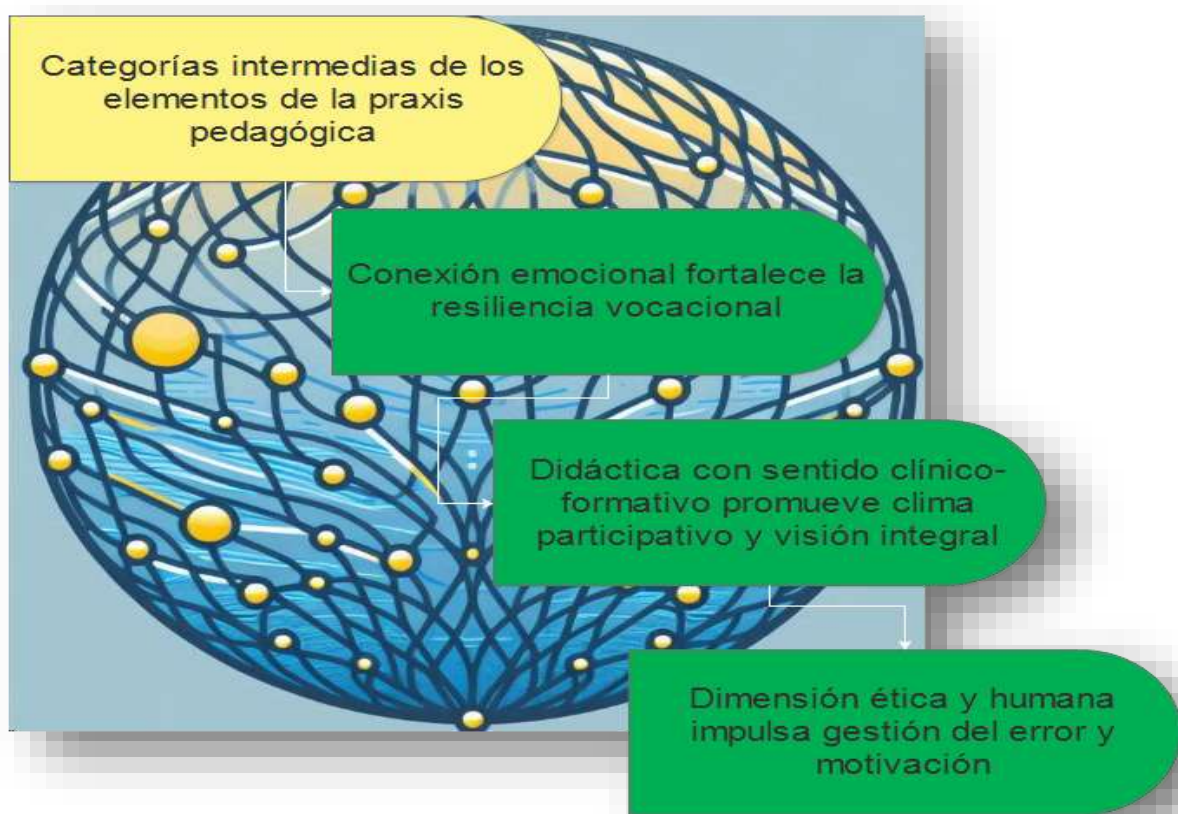


Figura 8. Categorías intermedias de los elementos de la praxis pedagógica

Fuente: elaboración propia (2025)

Luego de la construcción de las categorías intermedias (figura 8) a partir de la integración semántica de las subcategorías emergentes, procedí a la síntesis comprensiva

con pensamiento abductivo, permitiendo el tránsito hacia la configuración de macroconceptos generados como comprensión profunda de la categoría elementos de la praxis pedagógica en la realidad del fenómeno de estudio. Este momento hermenéutico implicó reconocer patrones de sentido compartido entre los actores sociales e ir más allá de esta significación al asumir la responsabilidad teórica de elevar los hallazgos a un nivel de abstracción mayor, para construir una arquitectura conceptual capaz de interpretar la complejidad del fenómeno de estudio.

En esta fase, integré el análisis temático con una mirada reflexiva y hermenéutica guiada por la búsqueda de la densidad teórica que sustenta la visión holística de liderazgo pedagógico en el campo de la docencia en Ciencias de la Salud. Dadas estas especificaciones seguí los razonamientos de Naeem et al. (2024) que traduje textualmente:

(...) la saturación, bajo el marco del análisis temático, denota el. En el cual no se identifican nuevo temas o patrones en el material analizado. En ese momento, los datos han sido completamente utilizados para generar ideas innovadoras y ampliar el repertorio existente de conocimientos. Esto significa que el investigador ha descubierto todos los temas, códigos y patrones significativos dentro del conjunto de datos, y que todos ellos han sido completamente interpretados con el fin de aportar nuevo conocimiento (s/n).

Precisamente, esta generación de los macroconceptos se corresponde con lo mencionado en la cita, en tanto me permitió reconocer que la saturación como acto interpretativo cristalizó el sentido último de la investigación respecto a la categoría elementos de la praxis pedagógica, al ofrecer la trascendencia del fenómeno en términos del macroconcepto creado. Así, el uso reflexivo del análisis temático se consolidó como camino constructivo transitado desde esa saturación teórica, al posibilitar la descripción de los elementos de la praxis pedagógica, comprenderlos en las expresiones de un liderazgo docente dotado de sentido humano, ético y formativo. A continuación, la figura 9.



Figura 9. Macroconcepto de los elementos de la praxis pedagógica

Fuente: elaboración propia (2025)

Categoría: Ser del médico-docente

Subcategoría: Enseñanza humanizada

(...) También me esfuerzo por humanizar la enseñanza, mostrar casos reales, experiencias clínicas que les hagan ver que lo que estudian es profundamente humano. El ejemplo clínico, la historia de un paciente, el dilema ético... motivan mucho más que un discurso rígido. Y claro, creo que la motivación también se contagia si el docente está apasionado, comprometido, los estudiantes lo perciben y eso genera un efecto multiplicador. (ENSHUM, ASA, L: 31-40).

La categoría ser del médico-docente, la pude interpretar a través de la subcategoría emergente enseñanza humanizada, según la manifestación del actor social A (ASA), en su representatividad comodatada anómala que desafía las prácticas tradicionales de transmisión rígida del conocimiento médico, develando un compromiso pedagógico centrado en la dimensión humana en las Ciencias de la Salud.

En este sentido, el médico en funciones de docente, al recurrir a casos reales, historias de pacientes y dilemas éticos, va más allá de la mera instrucción técnica para situar el aprendizaje de un escenario en el cual la empatía, reflexión moral y la vivencia clínica se entrecruzan como potencia de la motivación intrínseca del estudiante, alimentada por la pasión y el compromiso del educador, que del mismo modo genera un efecto multiplicador, en tanto, la experiencia formativa adquiere un sentido ético y humano capaz de permear la futura praxis profesional. En este orden de ideas, traigo a colación la afirmación de Chagas et al. (2025) quienes sostienen que:

(...) la humanización del cuidado puede entenderse, de manera general, como el acto de adoptar una aproximación empática y respetuosa hacia los pacientes (...) La enseñanza de un método estructurado y humanizado incrementa significativamente las actitudes de los estudiantes hacia compartir información, poder y responsabilidad con los pacientes (s/n).

Esta reflexión empírica, valorada en los términos de la reafirmación que la enseñanza humanizada no se agota en la transmisión de conocimientos clínicos, sino que estructura el cuidado en torno a una ética del encuentro, donde el médico-docente que asume este enfoque, convierte el aula y la práctica clínica un espacio dialógico, afianzando el aprendizaje del estudiante en el marco de asimilar que el acto médico se legitima por su precisión técnica y la capacidad de reconocer y honrar la dignidad, autonomía y voz del

paciente. Así, la praxis docente se convierte en una mediación formativa que proyecta una mirada futura del médico con conciencia relacional, afectiva y corresponsable.

Subcategoría: Relación cercana y profesional

(...) En medicina, por tradición, ha existido una relación jerárquica entre docente y estudiante. Sin embargo, esa jerarquía no debe traducirse en distancia ni en autoritarismo. Al contrario, debe sostenerse en el respeto mutuo. Yo creo en una relación formativa, cercana pero profesional, donde el estudiante se sienta respaldado, exigido con justicia, acompañado. Relación cercana y profesional (RELCERP, ASA, L: 92-99); Debo ser firme, pero justo. Ser capaz de corregir sin humillar, de exigir sin quebrar. El liderazgo que yo ejerzo se basa en el respeto, la escucha activa, el acompañamiento. Un buen líder sabe cuándo hablar y cuándo callar, cuándo intervenir y cuándo dejar que el otro crezca por sí mismo (RELCERP, ASA, L: 167-172); Un líder educativo debe tener, ante todo, sensibilidad humana. La escucha es una herramienta poderosa que a menudo se subestima. He aprendido que detrás de un bajo rendimiento puede haber una historia personal profunda, como me ocurrió con una estudiante brillante que empezó a decaer académicamente. En lugar de juzgarla, decidí conversar. Resultó que su padre estaba gravemente enfermo (RELCERP, ASB, L: 68-76); Por eso yo describo mis relaciones con los estudiantes como pedagógicamente éticas coherentes entre lo que enseño y lo que practico y siempre abiertas al crecimiento conjunto. Porque enseñar anatomía también es enseñar cómo nos vinculamos en el mundo profesional (RELCERP, ASB, L: 156-161); nuestra praxis pedagógica tiene que ver con la sensibilidad, la nobleza. Ser sensible no te hace débil, te hace humano. Necesitamos líderes que perciban, que comprendan, que se tomen el tiempo de mirar al otro más allá de la nota (RELCERP, ASD, L: 57-61).

La subcategoría relación cercana y profesional emerge como un significado otorgado por los actores sociales ASA, ASB y ASD a la categoría ser del médico-docente, dentro de lo cual me devela una ruptura consciente con la herencia jerárquica autoritaria, sustituyéndola por un vínculo sustentado en el respeto mutuo, acompañamiento pedagógico y escucha activa. Esta relación no diluye la exigencia académica, más bien, la enmarca en justicia y sensibilidad, reconociendo que el futuro médico es un sujeto integral, cuyas circunstancias personales influyen en su rendimiento y proceso de aprendizaje.

En este orden de ideas, el médico-docente se convierte en un líder que corrige sin humillar, exige sin quebrar y enseña tanto la técnica como la ética relacional, modelando la coherencia entre lo que se predica y lo que se practica. De modo que esta praxis pedagógica, viene atravesada por la nobleza y la capacidad de ver más allá de la calificación, transforma la relación docente-estudiante en un espacio pedagógicamente ético, orientado hacia el crecimiento conjunto, así como al desarrollo de profesionales capaces de vincularse con

sensibilidad y compromiso en el mundo de la medicina. En este marco interpretativo retomo la afirmación de Dornan et al. (2020), quienes indican que:

(...) algunos médicos invierten su poder en empoderar a los pacientes, buscando activamente reducir la brecha entre su propia posición social y la del paciente para un beneficio clínico óptimo (...) Otros se resisten, pues mantener una posición elevada es parte esencial de su identidad (s/n)

Esta afirmación dialoga con la praxis del médico-docente que opta por un liderazgo formativo basado en el respeto, sensibilidad y proximidad profesional, lo cual es un reflejo de la verdadera autoridad ejercida desde la capacidad de reconocer la asimetría inherente a la relación y transformarla en un espacio de corresponsabilidad de crecimiento. De este modo, la enseñanza se convierte en un acto político-pedagógico que modela identidades profesionales dispuestas a compartir poder, información y responsabilidad, articulando un ejercicio médico que, más que sostener un estatus, busca honrar la dignidad del otro y optimizar el beneficio clínico a través del encuentro humano.

Subcategoría: Conexión y confianza

(...) He aprendido que cuando los estudiantes sienten que hay conexión en el docente, cuando se sienten valorados y escuchados, la relación se vuelve más genuina y productiva. Se genera confianza, incluso admiración, pero también la posibilidad de dialogar. Siempre les digo que el respeto no se impone, se cultiva. Y nosotros, como docentes, debemos ser los primeros en ejercerlo. Al final, una relación saludable con el alumno también potencia el aprendizaje. Si hay miedo o rechazo, no se aprende bien (CONCONF, ASA, L: 100-109); Lo primero que siento es gratitud, porque no todos tienen el privilegio de participar en la formación de futuros médicos, esto es realmente una responsabilidad enorme, pero también una fuente constante de aprendizaje, pues en cada generación me ha dejado experiencias y enseñado algo, siento que mejor como docente cada grupo es diferente. También siento mucha responsabilidad estamos ayudando a moldear profesionales que, en el futuro, tomarán decisiones que afectarán la vida de otros (CONCONF, ASB, L: 165-174); Y es hermoso cuando, años después, te escriben para contarte que recordaron algo que dijiste en una clase, o cómo tus palabras los ayudaron a salir de un mal momento. Eso es lo que me reafirma que educar también es un acto de cuidado (CONCONF, ASD, L: 100-104); Al principio, siento que hay distancia... incluso temor. Algunos me ven como alguien estricta, seria. Pero luego, cuando entienden que mi exigencia es con propósito, aparece la confianza. Me han contado cosas personales muy profundas, han llorado conmigo. Algunos me han buscado años después para decirme: Dra., gracias por no rendirse conmigo. Y eso es invaluable. Porque me confirma que más allá del contenido, uno deja una huella emocional que perdura (CONCONF, ASD, L: 147-155).

La subcategoría conexión y confianza, me permite develar que el tejido invisible sostenido en la experiencia formativa del médico docente en ciencias de la salud, trasciende la transmisión de conocimientos para inscribirse en el ámbito de lo humano, lo sensible. Las voces de los actores sociales ASA, ASB y ASD, dan lugar a interpretar esa conexión emocional que nace de la valoración genuina del estudiante, de la escucha activa, así como del ejercicio coherente del respeto al otro, que no se impone, sino que se cultiva y fortalece en el aula.

La confianza crece en este espacio intersubjetivos, como fruto de una exigencia con sentido, que rompe el temor inicial del estudiante y posibilita la apertura al diálogo, a la condición emocional que nos comunica hacia el reconocimiento mutuo. Este vínculo potencia el aprendizaje académico dejando huellas afectivas duradera, convirtiendo la enseñanza del médico-docente en un acto de cuidado que persiste más allá del aula, y reafirma en el proceso educativo que también acompaña, cuida y transforma vidas. En el reflejo argumentativo de la subcategoría conexión de confianza en la enseñanza del médico-docente, rescato, con traducción propia, la afirmación de Houldsworth (2021), quien sostiene:

(...) la confianza en las relaciones de enseñanza-aprendizaje fomenta el respeto mutuo, potencia la colaboración y promueve el pensamiento independiente, nutrido de interacciones transparentes y amables, asegurando que la lealtad y el compromiso con los valores y objetivos garanticen el éxito del entorno educativo (s/n).

Esta perspectiva se entrelaza con las voces de los actores sociales que, en esta condición, mostraron que la confianza no es un accesorio blando del vínculo formativo, pertenece más bien al sustrato que le otorga autenticidad, apertura y seguridad al acto formativo en la praxis pedagógica del médico-docente, cultivando este tejido relacional de transparentar intenciones, sostener la integridad de generar un espacio donde la exigencia se perciba como un acto de cuidado y no de amenazas. Así, la conexión se convierte en un catalizador de aprendizaje profundo y duradero, moldeado por el profesional educativo capaz de reproducir, en sus estudiantes una práctica clínica con la misma calidad humana y ética que experimentaron en su formación.

Subcategoría: Satisfacción formativa

(...) Liderar como médico-docente implica un cúmulo de emociones complejas. Por un lado, hay una enorme satisfacción cuando uno ve que los estudiantes progresan, que logran comprender temas difíciles, que aplican lo aprendido con ética y precisión. Sentir que uno dejó una huella, que ayudó a formar a un buen médico, es una de las mayores gratificaciones (SATFOR, ASA, L: 113-120); La alegría de ver a un estudiante avanzar, el entusiasmo por innovar en el aula, la tristeza cuando vemos que alguien se queda atrás, el miedo ante los cambios... todo eso está presente. Pero por encima de todo, me sostiene la esperanza. Esa convicción profunda que la educación transforma. Y que lo que hacemos cada día, aunque no siempre tenga resultados inmediatos, está sembrando algo en los otros. La esperanza es la emoción que me mantiene firme (SATFOR, ASC, L: 130-139)

En la categoría ser del médico docente, emergió las subcategorías satisfacción formativa configurada como un territorio emocional en el cual convergen la alegría, esperanza y el sentido de propósito. Las voces de los actores sociales A y D, dan cuenta de esta satisfacción hacia el logro académico visible, así como al nutrir de impacto ético y humano la formación del futuro profesional. El médico-docente fortalece su plenitud al observar que sus estudiantes superan retos, aplican lo aprendido con integridad y se consolidan como médicos competentes y sensibles.

Sin embargo, también atraviesa emociones como la tristeza o el temor, frente a los desafíos educativos, encontrando en la esperanza la fuerza para perseverar. De este modo, la satisfacción formativa se fundamenta como motor que impulsa la innovación de la praxis pedagógica, con resiliencia frente a la adversidad y en el marco de la convicción que cada interacción docente es una siembra silenciosa que, tarde o temprano, germinara en la vida profesional y humana del estudiante. En palabras de Trainor y Richards (2021) expresan que el reconocimiento de ser médico docente exitoso y eficaz requiere una formación dedicada donde se pone de manifiesto experiencias y estrategias que mejoran los conocimientos y las habilidades de los médicos en formación. En efecto, se respaldan en lo siguiente:

(...) a pesar de recibir una formación mínima para enseñar, muchos médicos-docentes se perciben altamente competentes en su labor educativa. Esta autoconfianza, contrastada con la insuficiencia de capacitación formal, revela la persistente creencia que la enseñanza clínica es una habilidad innata y no una competencia que requiere entrenamiento riguroso (s/n).

Por lo tanto, en el marco de la satisfacción formativa, esta cita refleja una paradoja profundamente arraigada en el ser del médico-docente, en cuanto a la gratificación que produce formar a otros, lo cual convive con la escasez de entrenamiento pedagógico

especializado. La confianza que expresan no sólo es una fuente de satisfacción personal, es el motor que sostiene el compromiso con la enseñanza, a pesar de la limitada valoración institucional de esta labor. Desde una mirada cualitativa, esta autopercepción se convierte en un acto de resistencia simbólica donde se reafirma que, aunque el reconocimiento formal y los recursos sean insuficientes, el sentido y la esperanza de transformar vidas mantienen viva la vocación formativa en la práctica médica satisfactoria.

Subcategoría: Desafíos emocionales

(...) Pero también hay frustraciones. Hay momentos en los que percibes apatía, desinterés, o incluso resistencia al cambio. Eso duele, porque uno pone el corazón en lo que hace. Y hay ansiedad el saber que tienes una responsabilidad formativa y humana tan grande, que tus palabras pueden influir para bien o para mal. En muchos casos, esas emociones te desgastan, pero también te impulsan a seguir mejorando (DESEMOC, ASA, L: 121-129); he sentido muchos vínculos emocionales con mis estudiantes en la praxis pedagógica. Muchas. A veces un torbellino. Siento orgullo cuando veo que mis estudiantes logran cosas grandes, cuando superan barreras. También siento frustración, especialmente cuando el sistema no nos acompaña, cuando no tenemos recursos, cuando sentimos que damos más de lo que podemos (DOCEST, ASD, L: 108-115).

El ser médico-docente, desde la vivencia de los desafíos emocionales, se configura como un entramado de intensidades afectivas que oscilan entre la plenitud y el desgaste. En las voces de los actores sociales ASA y ASD, se evidencia que la entrega de la praxis pedagógica no se limita a la transmisión de saberes especializados en tanto involucra un compromiso afectivo profundo, donde la apatía o la resistencia al cambio de los estudiantes se manifiesta como una herida en la vocación. La conciencia que cada palabra y gesto poseen un peso formativo y ético incrementa la carga de ansiedad, develando la magnitud de la responsabilidad asumida.

En este orden de ideas, se suma el vínculo emocional que se teje con los estudiantes, capaz de generar orgullo ante sus logros y resiliencia, pero de la misma manera, frustración frente a las limitaciones estructurales y carencias institucionales que constriñen la labor del médico-docente. De esta manera, el profesional enfrenta un constante torbellino emocional que lejos de anular su praxis pedagógica, la enriquece con una fuerza interior que impulsa a perfeccionarse y a resistir, sosteniendo la convicción que cada esfuerzo, aún en la adversidad, siembra semillas de transformación.

Sobre la base de los razonamientos de Barman et al. (2023) se reafirma lo siguiente: “las experiencias emocionalmente desafiantes durante la formación práctica pueden colisionar con los ideales profesionales del estudiante, generando tensión cuando las normas y prácticas existentes difieren de sus valores (s/n). Esta colisión, en el caso del médico-docente, prueba la solidez de su identidad profesional en construcción, al develar como el desgaste, la frustración y el orgullo conviven en un mismo escenario formativo de la praxis pedagógica. De modo que la enseñanza clínica se convierte en un campo donde la gestión emocional es tan fundamental como el dominio técnico, demandando un equilibrio constante entre preservar la vocación y resistir las inercias culturales que la desafían.

Subcategoría: Integridad y coherencia profesional

(...) Ser líder también implica asumir errores, pedir disculpas cuando es necesario, y demostrar coherencia entre lo que se predica en la praxis pedagógica y lo que se hace. En medicina, como en la vida, los docentes se ganan con ejemplo, no con títulos. Por eso, para mí, ser médico-docente es una tarea permanente de mejora humana y profesional (INTCOHP, ASA, L: 175-181); Esa conversación no solo cambió su situación académica, sino que fortaleció el vínculo más allá de limitarme a solo ser un docente que se para y explica, pasé a ser un guía para que ella pudiese tener una mejor toma de decisiones en su vida que no abandonara la carrera, motivarla a seguir (INTCOHP, ASB, L: 77-82); Esa coherencia entre discurso y acción es lo que hace del liderazgo una herramienta transformadora y útil. Por eso digo que la praxis educativa nos lleva a elegir el tipo de liderazgo que ejercemos, que realmente es difícil dilucidar cual se adapte más a mí (INTCOHP, ASB, L: 115-119); Pero lo que más predomina es la gratitud. Enseñar medicina, para mí, es un privilegio. Aunque a veces me sienta cansada o sobrecargada, hay una fuerza más grande que me mueve el amor y pasión por esta profesión y por quienes la están aprendiendo. Eso me hace volver cada día con el mismo compromiso (INTCOHP, ASD, L: 116-121).

El significado otorgado por los actores sociales (ASA), (ASB) y (ASD) a la realidad del fenómeno de estudio respecto a la categoría: ser del médico-docente en la amplitud representativa de la subcategoría: integridad y coherencia profesional, emergieron como eje que sostienen la legitimidad de su liderazgo, así como la profundidad del vínculo con los estudiantes. Lo manifestado en esta narrativa da cuenta que enseñar medicina trasciende la transmisión de conocimientos en cuanto a la praxis que exige alinear palabra y acción, reconocer errores con humildad dando el ejemplo como principal argumento pedagógico.

En este ejercicio, la figura del médico-docente se transforma en guía vital, capaz de influir en decisiones trascendentales en sus estudiantes, motivándolos a perseverar incluso

frente a la adversidad. La coherencia entre el discurso y la práctica fortalece liderazgo al tiempo que lo convierte en un instrumento transformador, en el cual el compromiso y la pasión por la medicina, superan el cansancio y la sobrecarga. Dada esta situación, la integridad se manifiesta como un ideal preciso y fuerza activa que orienta cada gesto, palabra y decisión, configurando una identidad docente sustentada en la autenticidad y responsabilidad humana y profesional.

Desde esta perspectiva, retomo los elementos significativos y pertinentes de la cita de Tatto (2021) quien sostiene que “la educación docente tiene como tarea central formar profesionales comprometidos con el bienestar social, actuando con integridad y ética, al tiempo que van desarrollando comunidades profesionales sólidas” (p.20). Sin embargo, las concepciones sobre el profesionalismo y el conocimiento docente permanecen en disputa, afectando la coherencia y el estatuto profesional en la enseñanza.

De allí que, en la praxis del médico-docente, esta visión se amplifica en tanto la integridad ya no es solamente un atributo personal, se trata de un compromiso colectivo que orienta el ejercicio educativo hacia fines humanos superiores. La coherencia entre lo que se enseña y lo que se vive fortalece el vínculo formativo y convierte la enseñanza en un acto moralmente transformador.

Subcategoría: Promotor de la motivación

(...) Nuestra labor comienza precisamente allí en generar las condiciones para que se motiven. Lo extrínseco lo promovemos reconociendo sus esfuerzos, abriendo espacios para el diálogo, interesándonos por sus procesos, no solo por los resultados. Pero el verdadero desafío es activar la motivación intrínseca, esa que los lleva a estudiar sin que se lo pidan, a profundizar más allá del examen, a conectar emocionalmente con lo que aprenden (PROMOT, ASB, L: 22-30).

En la categoría sobre el ser del médico-docente, emergió la subcategoría: promotor de la motivación al develar una praxis que trasciende la instrucción formal para convertirse en una siembra consciente de sentido y propósito en el estudiante. En la voz del actor social B (ASB), se resalta una noción de acompañamiento que no es limitante al hecho de premiar el esfuerzo visible, sino que abre sendas de diálogo, reconocimiento de atención genuina a los procesos individuales.

Esta visión entiende que la verdadera conquista pedagógica no es encender fuegos de corta duración mediante estímulos externos, sino avivar la llama silenciosa de la motivación intrínseca: aquella que impulsa al aprendiz a estudiar sin imposición, a explorar más allá de la exigencia evaluativa, y a vincularse emocionalmente con el conocimiento, integrándolo a su identidad profesional en formación. En concreto, el médico-docente se reconoce como un mediador de significados, capaz de cultivar una disposición interna hacia el aprendizaje que perdura más allá del aula en tanto se proyecta en la vida profesional futura. Ahora bien, desde la perspectiva de Bahramnezhad y Keshmiri (2025), se tiene que:

La participación en la exploración y el desarrollo personal y profesional continuo contribuyó a la motivación sostenida de los docentes. Aquellos que siguieron la senda de la excelencia informaron sentir satisfacción y placer en su profesión docente, facilitados por su implicación activa en el proceso (s/n).

Este hallazgo de los precitados autores, se enlaza con la experiencia del médico docente como promotor de la motivación, al reconocer que no basta con estimular al estudiante se debe nutrir el propio educador de su motivación intrínseca a través del crecimiento constante y la implicación plena en su práctica. El camino hacia la excelencia se traduce hacia los mejores resultados académicos además de fortalecer el vínculo emocional y ético con la enseñanza, capaz de contagiar entusiasmo y compromiso a los futuros médicos. En otras palabras, la motivación deja de ser un estado transitorio para convertirse en un motor sostenido que retroalimenta tanto la identidad docente como la vocación de servicio en la praxis pedagógica.

Subcategoría: Estimulación del pensamiento activo

(...) En mi experiencia, la motivación se enciende cuando el estudiante siente que lo que aprende tiene sentido. Por eso utilizo casos clínicos complejos en clase. Les presento el caso como un enigma, les doy los datos, y les planteo el reto de descubrir la solución. Esa dinámica les despierta curiosidad, los involucra y los hace sentir parte del proceso. Ya no son receptores pasivos, sino protagonistas. Cuando sienten que su pensamiento y sus preguntas importan, se motivan. Y eso transforma la clase en un espacio vivo (ESTPA, ASB, L: 31-41).

En la realidad del fenómeno de estudio, la categoría ser del médico-docente, se develó en la voz del actor social B (ASB) como estimulación del pensamiento activo dado un

núcleo vital de su praxis formativa, evidenciando un compromiso que trasciende el desarrollo de los contenidos curriculares para adentrarse a la construcción de experiencias de aprendizaje con sentido. El médico-docente es representativo de un arquitecto que desafía intelectualmente la realidad, capaz de transformar su clase en un laboratorio de pensamiento vivo, donde la resolución de enigmas clínicos actúa como catalizador de la curiosidad y la participación genuina.

En este escenario, el estudiante abandona la pasividad para asumir el rol de protagonista, legitimado por un entorno en el cual sus preguntas y reflexiones son valoradas y reconocidas en tanto este modo de accionar enciende la motivación intrínseca y configura un espacio pedagógico donde el conocimiento se construye en interacción, integrando emoción, reto y significados como ejes de una formación médica que se ancla en la experiencia al proyectar la autonomía cognitiva. Sobre esta plataforma inteligible, retomo el estudio de Parsad y Divakara (2025) quienes afirman que:

(...) el modelo tradicional de enseñanza médica, basado en clases magistrales, está siendo reemplazado por metodologías de aprendizaje activo que priorizan enfoques interactivos centrados en el estudiante para potenciar la retención del conocimiento, el razonamiento clínico y el desarrollo profesional (s/n).

En el reflejo argumentativo de la subcategoría estimulador del pensamiento activo, lo mencionado por los precitados autores consolida la función del médico-docente como dinamizador de procesos formativos donde la interacción y la participación no son adornos, sino motores esenciales en la praxis pedagógica. El acto de enseñar se convierte en una arquitectura pedagógica viva, en la cual el desafío intelectual, la colaboración y aplicación práctica, confluyen para que el futuro médico además de memorizar información, también la integre y la utilice con autonomía y juicio crítico, respondiendo a las complejidades reales de la práctica sanitaria contemporánea.

Subcategoría: Humildad formativa

(...) Recuerdo una situación donde un docente amonestó públicamente a un estudiante por una equivocación, ese acto, aparentemente pequeño, minó la confianza del grupo. En cambio, cuando un docente reconoce un error frente a sus alumnos, lejos de perder autoridad, gana credibilidad. (HUMILF, ASB, L: 109-114).

Desde el núcleo ontológico del ser médico-docente, la humildad formativa da cabida a un gesto de significancia donde trasciende la simple corrección de un error hace una pedagogía del reconocimiento mutuo, en tanto el relato del actor social B (ASB) me devela un dato anómalo que, en su singularidad, desnuda una verdad profunda relacionada con la autoridad académica que no se erosiona al admitir la falibilidad, sino que se robustece en la transparencia. Allí, el médico-docente deja de ser un pedestal inalcanzable para convertirse en un referente humano, capaz de modelar la ética del aprendizaje continuo.

De este modo, reconocer públicamente una equivocación además de reparar el tejido de confianza con el grupo, también siembra en los estudiantes la certeza que el conocimiento médico se construye en diálogo, en revisión constante dada la valentía de aceptar los propios límites como punto de partida para el crecimiento personal y humano con mayor sensibilidad. En el entramado de los elementos, factores y condiciones que apuntan y destacan al ser del médico-docente, esta subcategoría de la humildad formativa, me hace pensar acerca del pilar imprescindible que desafía las jerarquías tradicionales y construyó una praxis pedagógica auténtica y humana.

Siguiendo las palabras de Soemantri (2025), la humildad significa reconocimiento de los propios límites y errores, además de una disposición abierta al aprendizaje continuo y a la autorreflexión crítica, que equilibra la confianza con la honestidad intelectual. Este equilibrio permite que el médico-docente transite desde la figura del experto infalible hacia la del facilitador vulnerable, capaz de modelar con su ejemplo, la aceptación de la imperfección como parte del proceso formativo. La humildad formativa se constituye en una estrategia vital al fortalecer la credibilidad y la confianza en la relación educativa, estimulando en los estudiantes una ética profesional basada en la responsabilidad, transparencia y apertura constante a mejorar. Esta subcategoría, a un comodato anómalo, me muestra que la verdadera autoridad docente no reside en el saber absoluto, va más allá, en torno a la valentía de mostrarse humano y en la capacidad de transformar errores en oportunidades para el crecimiento compartido.

Subcategoría: Vínculo pedagógico equilibrado

(...) Intento que mis relaciones con los estudiantes se basen en el equilibrio. Hay que encontrar ese punto medio entre la cercanía afectiva y la autoridad académica. No soy su amigo, pero sí alguien en quien pueden confiar. Y ese vínculo no se construye con largas materias magistrales, sino con detalles (VINPEDEQ, ASB, L: 131-136); Por eso, como docentes, debemos ser conscientes de nuestras emociones y de cómo estas se reflejan en el aula. También debemos ayudar a los estudiantes a canalizar las suyas. A veces, el estudiante no tiene un espacio donde expresar lo que siente, y el aula se convierte en ese lugar. Entonces es necesario manejar los límites con cuidado, ser empáticos, pero también responsables. Yo suelo recordar que, antes de ser médico, soy docente, y esa mirada me permite actuar con mayor claridad, con una disposición más abierta y pedagógica frente a lo emocional (VINPEDEQ, ASC, L: 151-161)

En la significación del ser del médico-docente, la subcategoría vínculo pedagógico equilibrado emergió como un delicado arte de conjugar la cercanía humana con la firmeza académica desde las voces de los actores sociales ASB) y actor social C (ASC) en términos de mostrarme que este equilibrio no se forja en la distancia jerárquica ni en las familiaridades medida, se trata de un espacio intermedio donde la confianza, empatía y responsabilidad compartida conviven en el aula.

Las implicaciones de reconocer que las emociones propias y ajenas, circulan en el aula como parte del proceso formativo, y que el docente-médico debe saber canalizar las sin perder la claridad de su rol ni diluir los límites es una garantía de aprendizaje trascendente. En este sentido, el educador como transmisor del saber clínico, es además un arquitecto de un clima pedagógico donde el cuidado del otro y el compromiso académico se entrecruzan, convirtiendo el aula en un territorio seguro para el pensamiento y desarrollo emocional. Desde esta perspectiva, retomo los razonamientos de Becher & Lefstein (2020) que traduje textualmente:

(...) concebir la enseñanza como una práctica clínica, semejante en ciertos aspectos a la medicina, implica que el médico-docente, en su dualidad de funciones, diagnostique las necesidades de sus estudiantes y ofrezca respuestas instruccionales pertinentes, ejerciendo un juicio sustentado en la experiencia (...) La conceptualización clínica de la enseñanza describe aspectos importantes del trabajo docente y, por lo tanto, constituye una heurística útil para reflexionar sobre ella" (s/n).

Esta analogía mencionada en la cita, más que un simple paralelismo, me permite comprender que el vínculo pedagógico equilibrado no se sostiene en la cercanía afectiva o la autoridad por separado, se trata de una pericia para reconocer, priorizar y responder a las demandas cognitivas y emocionales de los estudiantes, manteniendo siempre un

espacio de confianza con límites definidos. De este modo, el médico-docente actúa como clínico del aprendizaje, integrando saber técnico y sensibilidad humana para que el aula se convierte en un lugar descuidado intelectual y desarrollo personal.

Subcategoría: Coherencia y autenticidad

(...) Una imagen de coherencia y autenticidad. No buscamos proyectar perfección, porque no somos infalibles. Pero sí debemos ser congruentes entre lo que decimos y lo que hacemos. Esa congruencia es la que inspira. Los estudiantes observan constantemente cómo tratamos a los colegas, pacientes, cómo resolvemos un conflicto, cómo respondemos a la presión. Si nos ven reflexionar, pedir disculpas, mejorar, ellos también se sienten con el derecho a crecer. Esa imagen, que no busca imponerse sino inspirar, es la que verdaderamente deja huella. La autoridad del líder educativo no está en su jerarquía, sino en su integridad (COHAUT, ASB, L: 187-199); Primero, la coherencia entre lo que se dice y lo que se hace. No hay liderazgo auténtico si el discurso no va acompañado de acciones. También destaco la empatía, la capacidad de ponerse en el lugar del otro, entender sus emociones y sus silencios. La escucha activa es fundamental, porque muchas veces las necesidades del aula no se expresan en palabras, sino en gestos, en actitudes. Un líder debe ser resiliente, saber adaptarse en contextos de cambio e incertidumbre, como los que vivimos en nuestro país (COHAUT, ASC, L: 61-70); Yo no puedo hablar de inclusión y luego desatender a un estudiante que está pasándola mal. No puedo hablar de formación integral si ignoro el contexto emocional de mis alumnos (COHAUT, ASD, L: 79-82)

En el entramado que identifica al ser del médico-docente, esta subcategoría emergente asociada con la coherencia y autenticidad como una impronta ética que trasciende la técnica para convertirse en un acto pedagógico vivo, me develó en las voces de los actores sociales B (ASB), C (ASC) y D (ASD) que en su narrativa hacen mención a la verdadera autoridad, la cual no reside en la jerarquía, sino en la integridad que se manifiesta cuando palabra y acción convergen en un mismo cause.

En este orden de ideas, el médico-docente que actúa con congruencia inspira sin imponerse, cultivando un liderazgo nutrido de la empatía, escucha activa y sensibilidad al percibir lo que se dice, no obstante, se siente en el aula. Esta coherencia, anclada a la autenticidad, configura un espacio en el cual la inclusión no es discurso es una práctica; donde la resiliencia se convierte en ejemplo, y cada gesto reafirma que formar no es sólo transmitir saber, es modelar con valores lo que se desea perpetuar en quienes aprenden. A fin de argumentar lo antes dicho, tomé provecho de la investigación de Hatlevik y Hovdenak (2020), en la siguiente cita traducida:

Los estudiantes describen que vincular el conocimiento teórico con la práctica profesional, vivir situaciones auténticas con pacientes reales y reflexionar críticamente con médicos experimentados transformó su comprensión del ejercicio profesional, generando que los contenidos educativos fueran comprensibles, manejables y significativos, elementos esenciales para sentir coherencia en la formación médica (s/n).

Esta cita ilumina la coherencia en la enseñanza del médico-docente la cual no se agota en la alineación entre el discurso y la acción pedagógica, en tanto se expande hacia el entramado educativo integral de la teoría y práctica de forma vivencial y reflexiva. La autenticidad se materializa cuando se acompaña al estudiante en las experiencias reales y situadas, dotando de sentido lo aprendido al ir modelando la congruencia como una praxis transformadora que vincula el saber con el ser y el hacer profesional.

Ahora bien, en el horizonte investigativo que connota el ser del médico-docente en términos emergentes de sus significados a través de las subcategorías mencionadas, como una trama vida donde el sentir, saber y hacer convergen en un acto educativo no limitante de los contenidos especializados, que van hacia la praxis integral de liderazgo. Las subcategorías develadas en torno al ser del médico docente, son extractos significativos de interés en los nodos integrados a un entramado de significados cuya fuerza reside en su interacción cotidiana.

En este orden de ideas, los planteamientos de Assarroudi et al. (2018), dan cuenta que el proceso interpretativo aquí seguido me permitió articular de forma científica y transparente las voces de los actores sociales con referentes teóricos, integrando lo empírico y conceptual en un movimiento reflexivo continuo. Este ejercicio me aportó comprensión descriptiva además de mostrar algunos patrones relacionales y sentidos compartidos que iluminan la praxis pedagógica médica como un espacio de coherencia vivida y liderazgo inspirador. Desde allí, presento la figura 10, donde proyecto el mapa semántico y representativo visibilizado en la conectividad entre los significados develados, reflejando la cotidianidad del ser médico-docente.



Figura 10. Categoría ser del médico-docente y sus subcategorías

Fuente: elaboración propia (2025)

De este modo, por síntesis comprensiva y respetando el sentido profundo de las subcategorías enseñanza humanizada, relación cercana y profesional como la subcategoría conexión y confianza, pude integrar en la creación de una categoría intermedia que unifica el espíritu relacional, ético y pedagógico de liderazgo del médico docente. La creación de la categoría intermedia fue vínculo pedagógico humanizado.

En cuanto a la síntesis comprensiva de las subcategorías satisfacción formativa, coherencia y autenticidad e integridad y coherencia profesional, pude construir la categoría intermedia excelencia formativa con integridad. Así también, integré las subcategorías desafíos emocionales, promotor de la motivación, vínculo pedagógico que logrado para generar la categoría intermedia resiliencia motivadora en vínculo pedagógico. Además, con las subcategorías humildad formativa y estimulación del pensamiento activo, pude construir la categoría intermedia humildad estimulante del pensamiento.



Figura 11. Categorías intermedias de la categoría ser del médico-docente

Fuente: elaboración propia (2025)

A partir de la integración comprensiva de las categorías intermedias y al asumir la perspectiva epistemológica y metodológica que propone Fendt et al. (2025) consideré la emergencia como principio que me permitió trascender los significados parciales hacia patrones y conceptos de orden superior en la generación del conocimiento, en tanto pude construir dos macroconceptos que sintetizan el ser del médico-docente en la praxis pedagógica. Tal como se observa en la figura 12.



Figura 12. Macroconceptos de la categoría ser del médico-docente

Fuente: elaboración propia (2025)

Los macroconceptos sensibilidad humanizadora del ser médico-docente y el macroconcepto integridad formativa inspiradora, dan cuenta de la generación del conocimiento investigativo, como orden trascendente que recoge la disposición afectiva y ética que impregna la praxis pedagógica del médico-docente, donde el conocimiento se involucra con la empatía, el reconocimiento de la dignidad del estudiante y la capacidad de generar un entorno de aprendizaje en el cual se forma, se instruye y se asume el proceso educativo como humanidad. En este escenario, además se deja el terreno libre para que, en el análisis posterior, la noción sea representativa de la autonomía del ser médico-docente en su praxis pedagógica.

Al retomar los planteamientos de Fendt (2025) se avala el ejercicio creativo que dominó la creación de los macroconceptos a través de "la meta-análisis cualitativa, cuando se estructura en torno a la emergencia, para identificar patrones de orden superior, dinámicas relacionales y avances conceptuales que trascienden los estudios individuales" (s/n). Este enfoque, aplicado al fenómeno de estudio, posibilita preservar la riqueza interpretativa al tiempo que articula conexiones significativas entre el sentir, saber y hacer del médico-docente, derivando en constructos que actúan como referentes integradores al comprender y proyectar su liderazgo educativo en contextos complejos.

Categoría: aspectos del liderazgo

Subcategoría: Influencia formativa integral

(...) Para mí, el liderazgo educativo, especialmente en el campo de la salud, es una forma de influencia profundamente humana y transformadora. No se trata solo de dirigir o impartir contenidos; es guiar con el ejemplo, acompañar procesos formativos desde una posición de compromiso ético y emocional. En la carrera de medicina, el liderazgo se convierte en una herramienta de formación integral: modelar conductas, promover actitudes profesionales, despertar la vocación y sembrar la responsabilidad con el conocimiento (INFORI, ASA, L: 45-55); Me gusta una definición que dice que el liderazgo educativo es la capacidad de influir significativamente en el proceso de aprendizaje, transformando no solo el conocimiento, sino también la actitud, los valores y la conciencia del estudiante. Pero más allá de lo teórico, yo lo traduzco a lo cotidiano liderar en educación es enseñar a pensar con juicio crítico, a sentir con empatía, y a actuar con responsabilidad (INFORI, ASB, L: 46-54); el comportamiento de un líder ante sus seguidores, debería ser humilde, accesible y claro un líder no puede verse como una figura lejana o inaccesible. Tiene que estar dispuesto a reconocer los logros de los demás, a felicitar, a impulsar a otros sin buscar protagonismo. El verdadero líder no se luce solo, hace que otros también brillen. En los momentos difíciles,

sostiene, en los momentos de éxito, comparte y, sobre todo, está dispuesto a escuchar, a aceptar puntos de vista distintos, a generar espacios de participación real. Creo que eso es lo que más valoro la capacidad de sostener procesos sin controlarlos, de guiar sin imponer, de inspirar sin opacar. Porque el liderazgo auténtico se construye con los otros, no a costa de ellos (INFORI, ASC, L: 178-192); Yo veo el liderazgo pedagógico como un acto de presencia constante. No es solo guiar desde la autoridad, no se trata de saberlo todo, sino de acompañar. Para mí, liderar en el aula de la formación médica, es mostrar con el ejemplo cómo se enfrenta el aprendizaje, el error, la frustración, el logro. Un líder educativo es alguien que está dispuesto a enseñar, pero también a aprender junto con sus estudiantes (INFORI, ASD, L: 159-167).

Concibo el liderazgo del médico-docente como una huella que trasciende el aula en la transmisión de contenidos; es un compromiso vivo con la formación integral de quienes se preparan para ejercer la medicina, en tanto no busca imponer, si no inspirar a través del ejemplo, sostener procesos sin sofocarlos, modelar además de los conocimientos también las virtudes, actitudes, valores y conciencia profesional. La influencia ejercida en este caso se reconoce en la cotidianidad al pensar con juicio crítico, sentir con empatía, actuar con responsabilidad.

En su praxis pedagógica el médico-docente es consciente que su presencia debe ser cercana, humilde y accesible en el acto formativo, celebrando los logros de los otros, compartiendo responsabilidades y escuchando perspectivas diversas al punto de liderar entorno a la disposición de aprender mientras enseña, acompañar en la frustración y el logro, abrir espacios donde cada estudiante descubre su propia voz, porque el verdadero liderazgo no es el que brilla sólo, sino el que enciende la luz en los demás. Al reafianzar la perspectiva de los mencionados actores, sustento la idea traducida y desarrollada por Frich et al. (2014) quienes afirman que:

(...) el liderazgo médico es esencial para optimizar el rendimiento del sistema de salud, requiriendo no sólo competencias técnicas y de gestión, sino también autoconciencia, colaboración interdisciplinaria y una visión integradora que trasciendan los logros individuales para fortalecer la capacidad colectiva (s/n).

Este planteamiento lo transfirieron al ámbito de la subcategoría influencia formativa integral, en tanto reafirma que, en la praxis pedagógica del médico-docente, el liderazgo no se limita a la guía aislada de contenidos especializados o habilidades pertinentes, se trata de cultivar una presencia formativa que armoniza saberes, actitudes y valores, potenciando

al mismo tiempo, el desarrollo personal del estudiante, así como el fortalecimiento del tejido colaborativo que sustenta la práctica médica.

Subcategoría: Integridad y humildad docente

(...) Un buen líder educativo debe ser, antes que nada, un ser humano íntegro. Por supuesto, debe poseer conocimientos sólidos, dominio del contenido teórico y experiencia clínica que respalde su enseñanza, pero eso no basta. La pedagogía sin humanidad no transforma. La humildad es una cualidad fundamental: reconocer que no lo sabemos todo, que podemos aprender de nuestros estudiantes, y que la docencia es también un proceso formativo para el docente (INTHUMD, ASA, L: 70-79); El buen líder no siempre tiene todas las respuestas, pero sí sabe acompañar el proceso del otro. Sabe cuándo hablar y cuándo callar, cuándo guiar y cuándo dejar ser. En mi experiencia, los mejores líderes son aquellos que inspiran sin dominar, que forman sin imponer, que reconocen que enseñar también es aprender. Liderar en educación, sobre todo en medicina, es un acto de humildad, de entrega, y de profunda vocación (INTHUMD, ASB, L: 212-220); Una imagen auténtica, no necesitamos docentes perfectos, sino cónsonos con nuestros actos, el liderazgo se refleja en cómo actuamos, en la forma en que resolvemos conflictos, en cómo nos relacionamos con los otros, la imagen del líder debe transmitir confianza, compromiso, cercanía y ética. Un líder no necesita gritar para hacerse escuchar, su presencia habla por sí sola. La responsabilidad, el respeto y la capacidad de diálogo construyen esa imagen. Además, un líder debe estar dispuesto a aprender siempre. No podemos pedir transformación si nosotros mismos no estamos dispuestos al cambio (INTHUMD, ASC, L: 164-175); Muchas veces, el liderazgo se ejerce desde lo básico, una simple conversación en un pasillo, un gesto de aprobación, incluso el tono con el que corriges a un estudiante. Todo comunica. El verdadero liderazgo, en mi opinión, se basa en tres cosas, la presencia, la ética y la comunicación. No hay necesidad de gritar para ser escuchado. Un buen líder deja huella sin imponerla (INTHUMD, ASD, L: 46-54); la imagen del líder educativo, debe reflejar humanidad, sin idealizaciones. Un líder no tiene que saberlo todo ni hacerlo perfecto, pero sí debe actuar con honestidad, integridad y mucha ética (INTHUMD, ASD, L: 125-127)

En el ejercicio interpretativo, entiendo que el liderazgo en el médico-docente nace de la integridad y humildad como principios rectores de todo acto formativo humano, al tiempo que se trata de ostentar un conocimiento especializado en la combinatoria del reconocimiento que cada encuentro con los estudiantes es una oportunidad mutua de aprendizaje. Es allí donde se define que el acto de liderar es acompañar con presencia genuina, escuchar con respeto, actuar con coherencia entre lo que se enseña y lo que se vive o manifiesta.

En este orden de ideas, la humildad me recuerda que la autoridad no se impone en el aula, sino que se gana a través de la ética, cercanía con el ejemplo y acompañamiento pedagógico; para hacer valer la palabra, tanto con la disposición a aprender de otros como el reconocimiento de los propios errores. En la cotidianidad, ya sea en una conversación

breve, un gesto alentador o una corrección cuidadosa, el líder se construye en la confianza que sostiene en cada etapa formativa con el otro. Ser líder, es dejar huella sin marcar territorio, es inspirar sin imponer, es transformar sin perder la esencia humana que nos une como médicos y docentes. La traducción del pensamiento de Wadhwa y Mahant (2022) destaca que:

(...) la humildad en la medicina es un Constructo rico y multifacético que fue percibido como un motor para la excelencia en la práctica médica por parte de clínicos destacados nominados por sus pares. La humildad fue vista como una fuerza activa en la formulación de calibración de la perspectiva que un clínico tiene de sí mismo y de los demás, incluyendo de manera positiva en la práctica clínica (s/n).

En virtud del liderazgo médico-docente, esta cita me devela que la humildad no es una mera cualidad moral, sino una fuerza activa que configura la manera en la cual el líder se percibe a sí mismo y a quienes acompaña en su proceso formativo. Su valor reside en la capacidad de mantener una mirada autocrítica y empática, favoreciendo un liderazgo íntegro que enseña, pero además aprende, se adapta y constituye confianza. De esta manera, la integridad se traduce en coherencia y humildad, en apertura al otro, elementos esenciales para transformar la praxis pedagógica en un acto de servicio y crecimiento mutuo.

Subcategoría: Comunicación empática

(...) También debe saber comunicar, conectar con diferentes formas de aprender, ser empático con los ritmos y realidades de los estudiantes. El respeto por las diferencias, la paciencia, la apertura a la crítica, son esenciales. Además, un líder debe tener claridad en los objetivos formativos: saber a dónde va y qué quiere sembrar en sus estudiantes. No puede improvisar su misión. Finalmente, el discernimiento ético, la sensibilidad ante las injusticias, y la capacidad de inspirar con el ejemplo (COMEMO, ASA, L: 80-89); Yo he sentido ese vínculo con muchos de mis estudiantes, que incluso después de egresar me buscan para agradecerme o pedirme orientación. Esos son vínculos que marcan. Pero también hay momentos de tensión, especialmente si el estudiante se siente sobrecargado o malinterpretado. Por eso es clave mantener una comunicación abierta, transparente y empática. La dimensión emocional de la docencia es muy profunda (COMEMO, ASA, L: 140-148); La clave está en mirar a cada uno como sujeto único, con historias, contextos y modos de aprender distintos. Por eso me parece vital adaptar los contenidos a sus realidades, usar ejemplos cercanos, crear escenarios en los que puedan verse reflejados. Mostrar interés genuino por su proceso académico y personal hace la diferencia. Cuando el estudiante se siente escuchado y respetado, cuando nota que su opinión importa, la motivación surge naturalmente. Y eso no se logra con fórmulas, sino con empatía, compromiso y presencia auténtica en el aula (COMEMO, ASC, L: 20-30); Un estudiante se siente impulsado cuando

nota que tú le hablas con honestidad, cuando le dices confío en ti, en tu proceso, y no lo juzgas por equivocarse. Yo siempre les recalco que el compromiso es más importante que la perfección, y que cada error es una oportunidad de aprendizaje, no una sentencia (COMEMO, ASD, L: 26-34); Un líder debe ser firme, sí, pero con empatía. Debe corregir sin herir, guiar sin subyugar, y formar con humanismo. Porque la medicina sin humanidad, como he dicho muchas veces... no es medicina (COMEMO, ASD, L: 141-144).

La experiencia narrada por los actores sociales A (ASA), C (ASC) y D (ASD) en esta subcategoría de la comunicación empática, la reconozco porque he aprendido que el liderazgo no se ejerce sólo desde el conocimiento, sino desde la palabra que escucha y el gesto que acompaña, con lo cual comparto con los actores sociales sus experiencias, en tanto al comunicar con empatía es reconocer la singularidad de cada estudiante, su historia y su ritmo, para entretejer un vínculo que motive y transforme. Es hablar con honestidad, corregir sin humillar y mostrar que la confianza en el otro, es tan poderosa como la exigencia académica.

Desde esta perspectiva, tener la valentía de adaptar la enseñanza a realidades diversas es también abrir la puerta a la crítica constructiva e inspirar con el ejemplo, porque la medicina, sin el humanismo que la sostiene, pierde su sentido más profundo. En este sentido, expongo el argumento afirmativo dentro de las expresiones de Wang et al. (2022), quienes hacen referencia lo siguiente:

(...) la comunicación del médico es un elemento central en la construcción de la relación médico-paciente. Un requisito previo para una buena comunicación es que el paciente comprenda lo que el médico transmite. Esta comunicación posibilita la toma de decisiones compartidas y mejora la satisfacción del paciente y los resultados del tratamiento (s/n).

Lo mencionado en esta cita, del mismo modo lo traslado en lo que significa la comunicación empática en el aula como un elemento central en la construcción de la relación médico estudiante, lo cual trasciende los escenarios del mero acto de presentar información, en tanto se convierte en un puente significativo que conecta saberes y emociones. De esta manera, cuando el otro comprende, recibe además de los datos, también la emoción de sentirse reconocido y participe; allí nace la confianza que transforma la práctica y la formación médica.

Subcategoría: Dimensión emocional

(...) Al inicio de la carrera, muchos estudiantes sienten temor o inseguridad. No solo por la exigencia académica, sino por lo intimidante que puede resultar enfrentarse a un docente con experiencia. Con el tiempo, si se construye una buena relación, surgen otras emociones: admiración, confianza, respeto, incluso gratitud (DIMEMOC, ASA, L: 133-139); Muchas emociones, demasiadas, diría yo, liderar implica un vaivén emocional constante, hay días en los que una clase sale tan bien que uno se siente realizado, orgulloso, motivado a seguir, pero hay otros días en los que todo parece ir mal y surgen la frustración, la duda, el cansancio. Pero esas emociones también forman parte del camino. No hay liderazgo sin emoción (DIMEMOC, ASC, L: 122-129).

Comparto con las voces de los actores sociales A (ASA) y C (ASC) el despliegue de sus narrativas como en mi propia experiencia al develar que el liderazgo se asimila más allá del ejercicio de estrategias de decisiones, hacia el tejido vivencial de emociones que nos atraviesan y transforma. Recuerdo cómo, al inicio de la carrera del mismo modo, los estudiantes llegaban con miradas cargadas de temor e inseguridad, intimidados por la distancia que marcaba la experiencia con el médico-docente. Sin embargo, con el tiempo, la relación se humanizada: el respeto crecía, la confianza se asentaba y la gratitud aparecía como un puente invisible en el sistema de relaciones con los estudiantes.

En este vaivén, yo también transitaba mis propios altibajos emocionales: cargados de orgullo y satisfacción al ver una clase fluir con armonía, en equilibrio, en la construcción del conocimiento, aunque otros, quizás estaban frustrados, con dudas, y el cansancio hacia ver mi propia vulnerabilidad. Hoy sé que esas emociones, lejos de ser un obstáculo, son la savia que nutre el liderazgo auténtico; por qué no hay condición humana genuina sin la huella profunda de la emoción. Ahora bien, desde la perspectiva de Loue (2022) apunta a lo siguiente:

(...) se han planteado preocupaciones acerca de la deshumanización en la medicina, tanto de los pacientes como de los proveedores, y sobre la necesidad de incluir, en el currículo de la escuela de medicina, componentes que fomenten el desarrollo de la empatía y la práctica humanista (...) Se requiere atención no sólo a los aspectos cognitivos y afectivos-emocionales del humanismo, sino también al cultivo de la intersubjetividad entre el proveedor y el paciente mediante estrategias diseñadas para promover la conciencia colectiva (s/n).

Este planteamiento me invita a comprender que la empatía es un constructo emocional o cognitivo integral, representativo en el entramado vivencial del médico-docente bajo una interconexión dinámica que surge de la relación profunda con los otros. - La comunicación empática, en el liderazgo médico docente, debe trascender la simple

transferencia de información para convertirse en un proceso vivo de intersubjetividad, donde el cuerpo y la conciencia se vuelven puentes indispensables para humanizar el acto clínico y formativo. De este modo, la enseñanza no sólo instruye saberes técnicos, sino que despierta la sensibilidad a través de herramientas innovadoras que permitan al futuro médico internalizar y expresar esa misma humanidad que es fundamental. Este enfoque transforma el liderazgo del médico-docente en la praxis pedagógica que con un lenguaje afectivo y cognitivo, nutre un encuentro genuino y significativo, capaz de contrarrestar la fría despersonalización que amenaza la medicina contemporánea.

Subcategoría: Liderazgo ejemplar

(...) Un líder en educación médica debe proyectar seguridad, dominio clínico, ética y, sobre todo, humanidad. El estudiante está observando todo el tiempo, no solo lo que decimos, sino cómo lo decimos, cómo reaccionamos ante situaciones adversas, cómo tratamos al paciente y al personal. La imagen del líder no se construye con frases bonitas, sino con actos cotidianos. Debemos reflejar templanza, capacidad de análisis, equilibrio emocional, firmeza cuando hace falta, pero también sensibilidad y compasión. El liderazgo, en este contexto, es un modelo de referencia: somos ejemplos vivos de lo que ellos podrían llegar a ser (LIDEJEM, ASA, L: 152-164); En medicina, esto cobra un valor aún más profundo. Estamos formando personas que deberán tomar decisiones en contextos de sufrimiento humano. Por eso el liderazgo que ejercemos debe ser ético, humano y comprometido. No se puede liderar desde la distancia emocional ni desde la indiferencia. Liderar aquí es también cuidar al estudiante, cuidar el vínculo pedagógico, y cuidar el sentido de la formación. Es una forma de acompañamiento que transforma, no de dirección autoritaria (LIDEJEM, ASB, L: 55-64); El liderazgo no se trata de brillar, sino de iluminar el camino de otros sin apagar su luz. Con respeto profundo. Con la voluntad de formar, no de controlar. Un verdadero líder no busca ser indispensable, sino formar otros que también puedan liderar. Debe tener la humildad de reconocer que el aprendizaje es mutuo y que el poder, si no se pone al servicio de los demás, se vuelve autoritarismo (LIDEJEM, ASD, L: 133-139)

Los aspectos significativos manifestados en el entramado complejo de liderazgo en educación médica, los pude captar en la subcategoría de liderazgo ejemplar, donde se me devela como un acto cotidiano que trasciende la mera retórica para convertirse en una práctica ética, humana y profundamente relacional. De este modo, los actores sociales articularon con fuerza la idea que un líder debe irradiar seguridad y dominio clínico, al mismo tiempo, debe ser portador de humildad palpable, evidenciada en la templanza, equilibrio emocional y sensibilidad ante el sufrimiento humano. No es la distancia en el autoritarismo lo que define al líder, sino su capacidad para acompañar y cuidar tanto al

estudiante como al vínculo de la praxis pedagógica, transformando el proceso formativo desde la cercanía y el compromiso.

En este orden de ideas, el liderazgo, manifestado más allá del poder, que se despoja de su peso jerárquico para servir como herramienta iluminada en el camino sin utilizar la luz de los otros, es un liderazgo humilde que reconoce la naturaleza dialógica y mutua del aprendizaje y a su vez, se proyecta no para ser indispensable, sino para formar multiplicadores capaces de liderar en sus espacios clínicos. Vale la pena destacar que esta subcategoría es significativa en la educación médica al configurarse como un faro vivo que guía con ética, respeto y vocación transformadora, reflejando en cada gesto y decisión, la humildad que se espera despertar en quienes se forman en Ciencias de la Salud. Al respecto, Yau et al. (2022) hacen ver que:

(...) una parte integral de la práctica médica incluye ser un líder, especialmente debido a la fuerte necesidad de liderar con una capacidad que pueda abogar y manejar resultados centrados en el paciente y en la organización. Los nefrólogos por ejemplo, asumen múltiples roles de liderazgo, pero la formación dedicada en liderazgo es insuficiente en la educación médica y de posgrado. Ante la creciente demanda de líderes médico, los profesionales en esta rama y más allá, deben estar mejor preparados para comprender el papel de las habilidades de liderazgo en la práctica médica (s/n).

Este fragmento de la investigación anterior, hace énfasis en el hecho que el liderazgo no es una dimensión secundaria o periférica del ejercicio médico, sino un componente esencial que requiere formación específica y deliberada al punto que en la praxis pedagógica del médico-docente, éste reconocimiento toma relevancia y apropiación en cuanto a que ser líder implica dirigir, gestionar pero también integrar habilidades que promuevan resultados centrados en el paciente y en la organización, aspectos que sólo se desarrolla con un entrenamiento intencionado y sistemático.

De la misma manera, se hace énfasis en la carencia de formación formal en liderazgo donde se subraya una brecha que debe ser abordada desde el currículo para preparar a los futuros médicos como técnicos clínicos líderes éticos y comprometidos para influir positivamente en sus contextos. La propuesta de modelos cognitivos para aplicar la teoría del liderazgo en la práctica connota la necesidad que el médico-docente sea ese líder ejemplar, que se convierte en un modelo vivo para sus estudiantes, mostrando integridad

entre la teoría y la acción en contextos reales. En suma, lo mencionado por los precitados autores, articula la significancia del liderazgo ejemplar como una praxis pedagógica intencional, estratégica y formativa, indispensable para transformar la educación médica y la práctica clínica en espacios humanizados y efectivos.

Subcategoría: Liderazgo humilde formativo

(...) Puedo decir desde mi visión, que la praxis educativa es el tejido conectivo entre lo que pensamos y lo que hacemos. En anatomía, donde el rigor técnico es esencial, es fácil caer en el autoritarismo disfrazado de precisión. Pero el verdadero liderazgo surge cuando el conocimiento se transmite con humildad, cuando el error se convierte en oportunidad de aprendizaje (LIHUF, ASB, L: 120-127); (...) Además, debe tener creatividad e innovación para resolver problemas con los recursos que tenemos a mano. La humildad también es clave saber reconocer errores y aprender de ellos sin sentir que se pierde autoridad. Y algo que a veces olvidamos el sentido del humor. En momentos de tensión, una sonrisa o una broma puede suavizar el ambiente y acercarnos más a los estudiantes. El carisma también construye liderazgo (LIHUF, ASC, L: 71-79); A veces basta con contar una historia real, una caída, un error, una vez en que también estuve a punto de rendirme, contarles eso, hace que ellos se conectan con eso. No se trata de suavizar la carrera, sino de mostrarles que es posible avanzar incluso con miedo. El líder que motiva ha de estar ahí, realmente presente (LIHUF, ASD, L: 21-25).

En la significancia vital del liderazgo humilde formativo, surge la concepción que amalgama la rigurosidad técnica con la humildad palpable del médico-docente configurando un espacio pedagógico donde el saber se trasmite desde la autenticidad y la vulnerabilidad. Los relatos de los actores sociales B (ASB), C (ASC) y D (ASD) dan cuenta de una visión en la cual el liderazgo ejemplar se despoja del autoritarismo para dar paso a la humildad como fundamento para el aprendizaje, reconociendo el error no como un fracaso, sino como una puerta abierta hacia la construcción del conocimiento.

En este ejercicio reflexivo, la creatividad e innovación se convierten en herramientas para afrontar retos con los recursos disponibles, mientras que el sentido del humor y el carisma, operan como puentes afectivos que suavizan la atención al acercar al líder a sus estudiantes. La narración de experiencias personales, con caídas y temores incluidos, humaniza al líder y fortalece el vínculo emocional, mostrando que avanzar es posible incluso en la fragilidad. Dados estos acontecimientos, el liderazgo humilde formativo lo comprendo como una praxis comprometida, donde la presencia genuina y el acompañamiento pedagógico son la fuerza que impulsa y transforma la formación médica en un acto de

inspiración y crecimiento compartido. Al respecto, Vo et al. (2023), al traducir sus señalamientos destacan que:

El liderazgo es una competencia esencial para los médicos que ejercen la práctica clínica, y se manifiesta en liderar equipos clínicos de manera efectiva, educar a los médicos en formación, interactuar con pacientes y sus familiares y participar en iniciativas de mejora de la salud (...) La importancia del liderazgo médico al reemplazar en 2015 el rol de gestor del médico CANMEDS por el nuevo rol del líder, hace ver la necesidad que los médicos demuestren liderazgo, por lo que es imperativo que el liderazgo tenga un énfasis similar a la educación médica (s/n).

Esta cita me hace ver que el liderazgo es una competencia transversal e indispensable para el médico-docente, como figura técnica o administrativa pero además como agente formador que influye directamente en el desarrollo profesional y humano de sus estudiantes. El cambio conceptual desde el rol de gestor al rol de líder, refleja un reconocimiento institucional y curricular en tanto el liderazgo va más allá de la gestión y se traduce en una praxis pedagógica que requiere humildad, compromiso y cercanía.

En el ejercicio de la praxis pedagógica del médico-docente, el liderazgo humilde formativo, con nota entonces el hecho de educar desde la autenticidad y presencia activa, guiando con empatía, acompañando errores y aprendizajes al tiempo que se va estimulando la participación en procesos colectivos de mejora clínica y educativa. Por lo tanto, la formación médica se enriquece con líderes que imparten sus conocimientos con inspiración, motivación al construir comunidades profesionales basadas en confianza y el respeto mutuo, cimentando una educación médica que es a la vez, técnica y profundamente humana.

Subcategoría: Liderazgo inspirador

(...) Para mí, el liderazgo educativo es la capacidad de influir positivamente en los procesos formativos, no desde la imposición, sino desde la inspiración. Un verdadero líder educativo guía, pero también escucha, orienta, pero también aprende del otro. Es una construcción compartida. Se lidera cuando se promueve la reflexión en el aula, cuando se estimula la autonomía del estudiante para que no dependa solo del docente, sino que sea un proceso constructivista, que el estudiante construya saberes desde su propia experiencia (LIDINS, ASB, L: 35-45)

En el relato sorprendente del actor social B (ASB), el liderazgo inspirador me devela una fuerza transformadora que trasciende la autoridad tradicional para consolidarse en la

capacidad de influir desde la motivación y el respeto mutuo hacia los otros, lo que significa que este liderazgo no se ejerce por imposición, sino que constituye una invitación a la reflexión y el diálogo, donde el médico-docente orientador es un puente abierto al aprendizaje junto a sus estudiantes, configurando un proceso formativo dialógico y bidireccional.

De esta manera, el líder inspirador cultiva la autonomía del aprendiz, al tiempo que promueve que esa construcción genere conocimiento desde la experiencia vivida, constituyendo una praxis pedagógica auténtica y liberadora. Dados estos acontecimientos, el liderazgo inspirador es un acto significativo que no se construye en solitario, sino que representa la dinámica fortalecedora de la confianza, el crecimiento y la responsabilidad compartida en el camino del aprendizaje la formación médica. Tal como lo expresan Munna et al. (2021) en la traducción de sus hallazgos:

El liderazgo juega un papel importante en una institución educativa, en tanto ayuda a gestionar las actividades diarias. El liderazgo instruccional siempre ha tenido un rol distintivo en la educación superior, pues su función es influir en proceso efectivo de enseñanza y aprendizaje. (...) Los resultados sugieren que el liderazgo instruccional permite a los líderes de programa/módulo establecer una creencia compartida en torno al aprendizaje y puede mejorar el logro de los estudiantes (s/n).

Esta cita ilumina la significancia del liderazgo inspirador en la praxis pedagógica del médico-docente, destacando su papel como catalizador de procesos educativos efectivos, al reconocer que esta condición que administra, a su vez, inspira una visión compartida que cohesiona al equipo docente a los estudiantes en un propósito común inherente al aprendizaje auténtico y significativo. En la formación médica, este liderazgo instruccional-inspirador trasciende la simple gestión para promover un compromiso colectivo que potencia el desarrollo integral del estudiante, fomentando la responsabilidad, y la autonomía en su aprendizaje. De esta manera, el médico-docente, como líder ejemplar inspirador y transformador, crea un ambiente en el cual la enseñanza se convierte en un proceso dinámico y colaborativo, donde la inspiración mutua refuerza la construcción conjunta del conocimiento especializado y la mejora continua del desempeño académico y profesional.

Subcategoría: Liderazgo reflexivo

Están profundamente vinculados. La praxis educativa no es una acción mecánica, es una práctica consciente, reflexiva y crítica. Es el lugar donde convergen la teoría y la experiencia del aula. Un líder educativo no puede ejercer su rol sin revisar constantemente su práctica preguntarse qué está haciendo, cómo lo está haciendo y para qué. Liderar es estar en constante transformación, no solo en lo pedagógico, sino también en lo humano. Porque cuando un docente se autoevalúa, reconoce sus aciertos y también sus equivocaciones, está dando un paso hacia la mejora continua. Y ese ejercicio de reflexión es justamente praxis. Además, si queremos educar para la transformación, debemos ser los primeros en transformarnos. La praxis y el liderazgo caminan juntos porque ambos exigen compromiso, crítica y acción (LIDREF, ASC, L: 82-98)

El discurso anómalo del actor social C (ASC) en la categoría aspectos del liderazgo, me muestra un eje vital que articula teoría y experiencia en una praxis pedagógica consciente, crítica y en constante evolución. En este tipo de liderazgo reflexivo, se rompe con la automatización de la enseñanza para instaurar un ejercicio intencional de autoevaluación y transformación continua, donde el médico-docentes se interroga sobre el que, el cómo y para qué de su accionar, reconociendo tanto sus logros como sus limitaciones.

En esta dinámica, liderar es un proceso vivo experiencial inmutable que integra el crecimiento pedagógico con el desarrollo humano, sustentando una formación que se propone transmitir los saberes especializados, así como fomentar el cambio profundo en quienes aprenden y enseña. Entiendo en consecuencia que el liderazgo reflexivo emerge como una práctica comprometida que asume la responsabilidad ética de mejorar desde adentro del ser médico-docente para guiar con autenticidad y coherencia, comprendiendo un vínculo inseparable entre praxis y liderazgo, indispensables para la formación médica transformadora y humanizadora. En este sentido, los hallazgos en la investigación de Ní Mhurchú y Cantillon (2023) destacan que:

(...) se identificaron tres temas principales: divergencia epistemológica, miedo a mostrar vulnerabilidad y un giro en la reflexión. Los desafíos para involucrarse en práctica epistemológica mente diferentes a los discursos predominantes en medicina se vieron agravados por el miedo a la vulnerabilidad y una antipatía como un hacia la reflexión. Todos desarrollaron perspectivas más abiertas hacia la reflexión tras compartir experiencias en un programa que incorporaba la práctica reflexiva (s/n).

El pensamiento de estos autores pone en relieve la complejidad y los obstáculos que enfrenta el médico-docente al incorporar el liderazgo reflexivo en su praxis pedagógica, en un entorno en el cual predominan discursos rígidos y una cultura donde rechazar la vulnerabilidad y la autoexploración crítica es lo correspondiente en el hacer de la praxis pedagógica. El liderazgo reflexivo, entonces, emerge como un acto de conciencia individual, así como el desafío epistemológico que invita a cuestionar paradigmas establecidos para dar apertura a la transformación personal y profesional.

De este modo, la vulnerabilidad que conlleva reconocer limitaciones y emociones propias constituye una puerta significativa hacia la autenticidad y sistema de mejoras continuas, vital para un liderazgo genuino y humanizado, lo que significa que la experiencia compartida en programas que fomenten la reflexión activa demuestra que, aunque inicialmente resistida, esta práctica puede evolucionar hacia una aceptación enriquecedora que fortalece la capacidad del médico-docente para liderar con integridad, sensibilidad y apertura, consolidando así la praxis pedagógica transformadora y comprometida con el aprendizaje profundo en las Ciencias de la Salud.

Subcategoría: Liderazgo humano y ético

(...) Un líder educativo debe tener presencia, no solo física sino simbólica. Debe hacerse sentir como figura de referencia, pero no desde la imposición, sino desde la coherencia. Es alguien que forma no solo médicos, sino personas capaces de asumir con ética, sensibilidad y juicio crítico los desafíos que les esperan. El liderazgo educativo también implica tomar decisiones difíciles, guiar sin imponer, y, sobre todo, escuchar. El liderazgo que yo practico y valoro es aquel que se construye con humanidad y conciencia (LIHUME, ASA, L: 56-66); Con un profundo respeto, con firmeza ética, con principios y valores, que sea comunicativo. Un líder no debe moldear copias de sí mismo, sino formar personas autónomas, con pensamiento propio, con capacidad crítica. Esa es, en esencia, la misión del educador (LIHUME, ASB, L: 203-208); el liderazgo pedagógico se muestra a través de la motivación en medicina, sobre todo en las primeras etapas, no siempre es natural. Muchos estudiantes llegan con miedo, otros están agotados antes de empezar. En lo personal, trato de motivarlos bajando la barrera. Les digo “yo también estuve ahí”, con ese mismo miedo a reprobación, a no dar la talla, a sentir que no eras lo suficientemente bueno para estar en una carrera tan exigente (LIHUME, ASD, L: 12-20); el liderazgo pedagógico para mí, en educación médica es acompañar sin asfixiar. Es guiar sin quitarle al otro su autonomía. Yo no creo en un liderazgo autoritario, ni en esos modelos donde el profesor es una figura inalcanzable. Liderar también es tener la audacia de decir “no sé”, y aprender junto al estudiante (LIHUME, ASD, L: 39-45); Debe ser alguien que inspire, pero también alguien a quien se pueda acercar sin miedo. Porque por sí solos somos figuras de admiración, y no de confianza, estamos fallando como educadores (LIHUME, ASD, L: 129-131).

La convergencia de las voces de los actores sociales A (ASA), B (ASB) y D (ASD) en el significado otorgado a la categoría aspectos del liderazgo respecto a la subcategoría liderazgo humano y ético, se instaura en la coherencia, sensibilidad y autenticidad de la praxis pedagógica del médico-docente que va más allá de la simple autoridad. Por lo tanto, este liderazgo no se ejerce desde la imposición, nuevamente se destaca la presencia simbólica y cercana que invita a la reflexión, autonomía y pensamiento crítico, respetando la individualidad y el proceso único de cada estudiante. Es un liderazgo que reconoce la vulnerabilidad propia y ajena, que acompaña sin asfixiar, motivando desde la empatía y compartiendo experiencias personales para bajar barreras de miedo y desconfianza.

Es de reconocer que el líder ético no busca moldear copias, su fin es formar seres humanos íntegros, capaces de tomar decisiones con juicio crítico y sensibilidad a ética frente a los desafíos clínicos y humanos que enfrentarán. Sólo así, el liderazgo pedagógico se convierte en un espacio seguro, inspirador y transformador, donde la admiración se traduce en confianza y el aprendizaje se enriquece con la humildad de reconocer que educar es también aprender junto al otro. El apoyo argumentativo, se interpreta a partir de los razonamientos de Downing (2025) quien plantea que:

(...) la mayor parte de lo que los médicos aprenden esa formación en ética se centra en los principios relacionados con la relación médico-paciente: beneficencia, no maleficencia y autonomía. A nivel sistémico, esto se traduce en la obligación de los médicos de abogar por sus pacientes basándose en estos principios. Sin embargo, la defensa de los pacientes no siempre tiene respuestas claras cuando los recursos son escasos, y como resultado, los médicos a menudo descubren que no están en la mesa cuando se toman decisiones importantes a nivel organizacional (s/n).

Esta reflexión me muestra la necesidad crítica de un liderazgo humano y ético que trascienda la relación individual médico-paciente para insertarse activamente en las estructuras organizacionales y sociales donde se definen las condiciones reales del cuidado. En la praxis pedagógica del médico-docente, esto implica formar líderes que no sólo internalicen los principios clásicos de la ética médica, sino que también comprendan y apliquen el principio de justicia, especialmente en contextos de escasez y desigualdad. El liderazgo ético humanizado, entonces requiere preparar médicos capaces de defender a sus pacientes con equidad, dialogar en espacios de decisión complejos y confrontar realidades

diversas con sensibilidad social y responsabilidad crítica. Entiendo que, el médico docente asume un papel formativo transformador que impulsa a sus estudiantes a ser agentes activos de cambio, comprometido con la justicia social y el bienestar colectivo, consolidando liderazgo que integra humanidad, ética y acción contextualizada en la praxis médica contemporánea.

Con base a la riqueza significativa en cada uno de los extractos de la información aportada por los actores sociales respecto a la categoría aspectos del liderazgo, en cada una de las subcategorías emergentes, se puede representar la integración que connota la complementariedad semántica entre ellas, al configurar en un todo integrado la praxis pedagógica del liderazgo en medicina que emerge como un proceso de constante autoexamen crítico, donde el médico-docente y el estudiante, no solamente actúan en la realidad de los procesos académicos, sino que se detienen para revisar cómo sus pensamientos, emociones y valores impactan en la toma de decisiones, el razonamiento clínico y la profesionalidad.

En este ejercicio reflexivo, fundamentado en la tradición teórica de Dewey, Schon, Kolb, Boud y Mezirow citados en Lim et al. (2023) se toma provecho de las connotaciones sobre el liderazgo como un rol dinámico en plena construcción que conecta la identidad profesional con el sistema de creencias personales, anexando y enriqueciendo la experiencia formativa. En este sentido, la incorporación de prácticas reflexivas, como la escritura reflexiva, en el currículo médico favorece el desarrollo de una autorregulación crítica y el autoconocimiento, herramienta indispensable para un liderazgo que inspira a ser ejemplar, humano, ético, sensible en la formación del otro. En conjunto, estas subcategorías convergen en un liderazgo transformador al sustentar en la conciencia, la humildad y la ética, elementos que se complementan en la figura 13, representativa de los nodos esenciales para la formación integral del médico en Ciencias de la Salud.



Figura 13. Categoría aspectos del liderazgo y sus subcategorías

Fuente: elaboración propia (2025)

Como se puede resaltar en la figura 13, la complementariedad semántica en el acercamiento interpretativo correspondiente entre los significados otorgados por los actores sociales en sus respectivas subcategorías emergentes, me permitió construir las categorías intermedias. Así, el significado de la subcategoría comunicación empática representó un puente comunicativo e interactivo con el significado de la subcategoría liderazgo humano y ético y esta a su vez, con el significado de la subcategoría dimensión emocional, para generar de este modo, la categoría intermedia: conexión ética y emocional en el liderazgo.

De la misma manera, procedí a integrar los significados de las subcategorías: integridad y humildad docente con la subcategoría influencia formativa integral, para dar cuenta de la categoría intermedia Integridad humilde en la influencia formativa. Por su parte, integré los significados de las subcategorías emergentes liderazgo reflexivo y liderazgo inspirador para dar cuenta de la construcción de la categoría intermedia: Liderazgo reflexivo con inspiración transformadora. Del mismo modo, activé la integración significativa entre las subcategorías liderazgo ejemplar y liderazgo humilde formativo para construir la categoría intermedia: liderazgo ejemplar con humildad formativa, frente a lo cual fue necesario presentar la siguiente figura 14.



Figura 14. Categorías intermedias de la categoría aspectos del liderazgo

Fuente: elaboración propia (2025)

Asimismo, convoqué a la comprensión en el nivel superior del conocimiento generado a través de los macroconceptos, como producto del pensamiento abductivo en la realidad del fenómeno de estudio. La figura 15, presenta los macroconceptos: liderazgo ético-humanista y liderazgo humilde-reflexivo, la mayor densidad teórica, comprendidos desde la síntesis abductiva que permite elevar el nivel de abstracción, creatividad y dominio del fenómeno de estudio en la representatividad que connota los nodos interpretativos de la praxis pedagógica del médico-docente desde el liderazgo. Para afianzar el análisis argumentativo, incorporo la cita de Grodal et al. (2019) quienes señalan que:

(...) incorporar la teoría de la categorización al debate sobre cómo los investigadores cualitativos alcanzan rigor, nos permite reflexionar sobre el papel activo que desempeñamos en la construcción de las categorías críticas para la generación de teoría. Tal reflexividad me permite articular exactamente lo que hicimos para que otros puedan comprender mejor cómo pasamos de los datos a la teoría (p.4).

Tales expresiones resaltan en el presente análisis, que este principio se materializó al reconocer que las categorías intermedias no son productos pasivos de la codificación sino construcciones activas que responden a un movimiento abductivo de integración semántica de teórica para consolidar la investigación en torno a los macroconceptos construidos, representativos de la condensación de significados derivados de las voces de los actores sociales y la trascendencia del fenómeno de estudio desde la propia vivencia y experiencia de la investigadora, en tanto, proyecta un marco conceptual de mayor alcance que conecta el liderazgo ético, el humanismo reflexivo y la capacidad transformadora en la formación médica, lo cual constituye una parte medular de la estructura de la teoría emergente con mayor transparencia, defendible y frente a un claro anclaje en la praxis pedagógica en Ciencias de la Salud.



Figura 15. Macroconceptos de la categoría aspectos del liderazgo

Fuente: elaboración propia (2025)

Tercera fase: triangulación de la información

En esta tercera fase del proceso de análisis e interpretación de la información presentada por los actores sociales en la realidad del fenómeno de estudio, la atención se concentra en la triangulación de la información como estrategia metódica que fortalece la solidez comprensiva y credibilidad de los hallazgos, la cual en este caso, se puede visualizar a través de las tablas 8 al 13, donde presento de forma sistemática las coincidencias y divergencias identificadas en las subcategorías recurrentes, en estrecha correspondencia con las categorías que les dieron origen.

En este orden de ideas, el proceso no se limita a constatar similitudes semánticas o contrastes, sino que busca profundizar en el significado que tales patrones de la realidad me ofrecen para comprender la complejidad del fenómeno indagado sobre la praxis pedagógica desde el liderazgo del docente en Ciencias de la Salud. Desde esta perspectiva, tomo provecho de los razonamientos de Meydan y Akkas (2024) cuando afirman que:

(...) la triangulación es un enfoque metodológico que implica el uso de múltiples métodos o fuentes de datos para aumentar la credibilidad y validez de los hallazgos de investigación. Al adoptar diversas perspectivas, métodos y fuentes de datos, los investigadores pueden verificar y validar sus hallazgos, lo que conduce a conclusiones más completas y fiables (p.101).

En este sentido, el proceso alcanzado en la triangulación de la información que aquí se despliega, se convirtió en un puente sólido para la comprensión de la realidad que no busca verdades absolutas, sino representaciones densas y culturalmente sensibles en el abordaje del fenómeno, permitiendo que las voces de los actores sociales dialoguen con una comprensión más amplia y articulada del contexto indagado. De esta manera, seleccioné las categorías y subcategorías que presento a continuación, desde la tabla 8.

Tabla 8

Categoría elementos de la praxis pedagógica. Subcategoría conexión emocional

Actor social	Fragmento narrativo	Fragmento narrativo	Actor social
ASA	(...) la verdad que motivar y educar en el área médica, especialmente a los estudiantes que están apenas comenzando, representa un desafío constante. He aprendido, a lo largo de los años, que la motivación no surge únicamente de las palabras o del contenido teórico, sino de la conexión emocional y práctica que el estudiante logra establecer con lo que se le enseña (CONEMOC, ASA, L: 11-18)	No capté esta subcategoría en el proceso de categorización/codificación respecto a la voz del actor social B	ASB
ASC	Creo que un docente logra motivar al estudiante cuando consigue ir más allá del contenido y conectar emocionalmente con él. La motivación no se impone desde la autoridad, se contagia desde la pasión. Cuando el docente cree realmente en lo que enseña y	Mi praxis, lo que hago cada día, es mi mayor acto de liderazgo. Y cuando cometo errores porque claro que los cometo también enseño, enseño cómo pedir perdón, cómo reconocer una equivocación y cómo seguir creciendo desde la humildad (CONEMOC, ASD, L: 83-87); las emociones son humanas. A	ASD

	<p>transmite esa energía, el estudiante lo percibe. Y más aún, cuando el profesor cree en el potencial de cada alumno, incluso en aquellos que se sienten inseguros o que no destacan de inmediato (CONEMOC, ASC, L: 11-19); Una amplia gama, porque el aula es un escenario emocional muy rico, hay vínculos de admiración, de afecto, pero también puede haber resistencia, desacuerdo, incluso desmotivación. Lo importante es reconocer que esas emociones existen y que tienen un impacto directo en el proceso de aprendizaje. La afectividad bien gestionada potencia el conocimiento (CONEMOC, ASC, L: 143-150)</p>	<p>veces no puedo darles todo el tiempo que me gustaría, pero siempre trato que sientan que estoy ahí, aunque sea con un mensaje, una palabra oportuna (CONEMOC, ASD, L: 91-94).</p>	
--	---	--	--

Fuente: elaboración propia (2025)

Interpretación de: elementos de la praxis pedagógica. Subcategoría: Conexión emocional

Mi comprensión de la triangulación, cuando me involucro con la categoría elementos de la praxis pedagógica y dentro de ella, la recurrencia del sentido significado otorgado por los actores sociales en la realidad del fenómeno respecto a la conexión emocional, descubro que coincido con ellos al describir emociones en nuestro ser y hacer cotidiano en Ciencias de la Salud, además de considerar los hilos invisibles que se entretajan a los aprendizajes con sentido.

Las similitudes de perspectivas reconocidas en las narrativas presentadas respecto a la conexión emocional, me permiten entrelazar matices provenientes de contextos y experiencias diversas, haciendo visible que la significancia de esta subcategoría no es un accesorio didáctico, se trata de un fundamento para construir confianza y comunidad en entornos formativos. Tal como lo señalan Sukhera et al. (2024), en el marco de los hallazgos encontrados en tres profesiones sobre las emociones:

(...) las tres profesiones consideraron que las emociones son pertinentes y esenciales para el aprendizaje relacionado con la equidad. La medicina y la enfermería procuraron hacer que las emociones fueran accesibles y explícitas, al mismo tiempo que destacaban la

necesidad que los estudiantes desarrollaran habilidades para comprender y abordar las emociones, tales como la reflexión crítica y el diálogo (s/n).

Este el foco de razonamientos que explican los precitados autores, me refuerza la mirada interpretativa acerca de los hechos que se suscitan como elementos de la praxis pedagógica en ciencias de la salud, cuando tomamos en cuenta la parte emocional del ámbito educativo, lo cual cobra densidad cuando integra, con plena intencionalidad, ese vínculo con nuestros estudiantes como motor y mediador de los aprendizajes. A continuación, la tabla 9.

Tabla 9

Categoría elementos de la praxis pedagógica. Subcategoría didáctica con sentido clínico-formativo

Actor social	Fragmento narrativo	Fragmento narrativo	Actor social
ASA	La mejor forma que he encontrado es mostrar, de manera clara, la relevancia clínica de cada tema, entonces cuando un estudiante comprende que lo que aprende en anatomía no es solo un conjunto de estructuras, sino herramientas que le permitirán salvar vidas, su forma de mirar la carrera cambia por completo. (DIDSCF, ASA, L: 19-25)	He tenido estudiantes que han llegado a mi consultorio no por razones académicas, sino personales. Algunos han compartido conmigo crisis vocacionales, otros simplemente necesitaban ser escuchados. Para mí, esas son las oportunidades más valiosas, porque implican un nivel de confianza que va más allá del rol formal. Me esfuerzo por generar un ambiente seguro, donde puedan expresarse sin temor. A veces, una conversación de pasillo puede ser más transformadora que toda una clase. Eso también es docencia. DIDSCF, ASB, L: 137-148)	ASB
ASC	No capté esta subcategoría en el proceso de categorización/codificación respecto a la voz del actor social C	Asimismo, la praxis pedagógica se debe llevar con firmeza. No todo es flexibilidad, en la cotidianidad de mi praxis pedagógica yo soy exigente, porque sé la responsabilidad que tienen mis estudiantes una vez que salgan al hospital. Pero esa exigencia debe tener sentido, debe nacer del cuidado, no del ego; e igualmente, quizás la más olvidada, es la coherencia. No puedes hablar de respeto si gritas en clase. No puedes hablar de vocación si llegas con apatía todos los días. El liderazgo se enseña con el ejemplo. (DIDSCF, ASD, L: 62-71).	ASD

Fuente: elaboración propia (2025)

Interpretación de la categoría: elementos de la praxis pedagógica. Subcategoría: didáctica con sentido clínico-formativo

El análisis e interpretación en la triangulación de la información vinculada a la categoría elementos de la praxis pedagógica, respecto a la subcategoría didáctica con sentido clínico-formativo, con nota un espacio significativo que entreteje la técnica, el propósito y humanidad en un mismo acto pedagógico, en el cual no se limita la transmisión de contenidos clínicos del ser y hacer del médico docente, más bien, se incorpora la construcción de un contexto de aprendizaje seguro, intencional y alineado con los propósitos formativos globales.

En mi lectura y codificación, descubro que los actores sociales no sólo describen técnicas en la apropiación de la enseñanza y aprendizaje, también develan un compromiso profundo con el cuidado integral del estudiante, reconociendo que cada acontecimiento, metodología y evaluación, forman un todo coherente que sostiene el desarrollo profesional y ético del futuro médico. Sobre esta misma realidad, señala Somerville (2025), lo siguiente “el entorno significa mucho más que el espacio físico e incluye también la seguridad psicológica del estudiante y como el educador puede fomentar una cultura que lo acomode” (s/n).

En esos términos, tal afirmación, que traduje y asumo en mi propio análisis, refuerza que la didáctica con sentido clínico-formativo exige un diseño consciente de experiencias que atienden al estudiante de manera integral, en tanto reconoce como se siente y desarrolla dentro de este proceso. Esta perspectiva otorga a la enseñanza clínica un carácter formador integral, donde la estructura, el ambiente y la evaluación sea línea para fortalecer la praxis pedagógica en su dimensión más humana y transformadora. A continuación, la tabla 10.

Tabla 10

Categoría ser del médico-docente. Subcategoría conexión y confianza

Actor social	Fragmento narrativo	Fragmento narrativo	Actor social
ASA	(...) He aprendido que cuando los estudiantes sienten que hay conexión en el docente, cuando se sienten valorados y escuchados, la relación se vuelve más genuina y productiva. Se genera confianza, incluso admiración, pero también la posibilidad de dialogar. Siempre les digo que el respeto no se impone, se cultiva. Y nosotros, como docentes, debemos ser los primeros en ejercerlo. Al final, una relación saludable con el alumno también potencia el aprendizaje. Si hay miedo o rechazo, no se aprende bien (CONCONF, ASA, L: 100-109)	Lo primero que siento es gratitud, porque no todos tienen el privilegio de participar en la formación de futuros médicos, esto es realmente una responsabilidad enorme, pero también una fuente constante de aprendizaje, pues en cada generación me ha dejado experiencias y enseñado algo, siento que mejoro como docente cada grupo es diferente. También siento mucha responsabilidad estamos ayudando a moldear profesionales que, en el futuro, tomarán decisiones que afectarán la vida de otros (CONCONF, ASB, L: 165-174)	ASB
ASC	No capté esta subcategoría en el proceso de categorización/codificación respecto a la voz del actor social C	Y es hermoso cuando, años después, te escriben para contarte que recordaron algo que dijiste en una clase, o cómo tus palabras los ayudaron a salir de un mal momento. Eso es lo que me reafirma que educar también es un acto de cuidado (CONCONF, ASD, L: 100-104); Al principio, siento que hay distancia... incluso temor. Algunos me ven como alguien estricta, seria. Pero luego, cuando entienden que mi exigencia es con propósito, aparece la confianza. Me han contado cosas personales muy profundas, han llorado conmigo. Algunos me han buscado años después para decirme: Dra., gracias por no rendirse conmigo. Y eso es invaluable. Porque me confirma que más allá del contenido, uno deja una huella emocional que perdura (CONCONF, ASD, L: 147-155).	ASD

Fuente: elaboración propia (2025)

Interpretación de la categoría: ser del médico-docente. Subcategoría: conexión y confianza

En mi ejercicio reflexivo entiendo que la triangulación entrelaza diversas voces, experiencias y matices en torno al ser médico-docente, reconociendo que la conexión y confianza como sentido y significado emergente no es un atributo aislado, considero que

se trata de vínculos construido se la interacción pedagógica cotidiana en Ciencias de la Salud. De esta manera, al integrar testimonios de los colegas y en función de mi propia praxis pedagógica, identifiqué que la confianza en el ser del médico-docente se nutre de la coherencia ética, la escucha genuina y la capacidad de generar un espacio seguro para la vulnerabilidad académica.

Esta significación confirma que en la esencia del médico-docente, la conexión es un puente emocional y cognitivo que posibilita aprendizajes significativos y relaciones profesionales sostenibles. Tal como lo expresa Hektoen (2025) en una cita traducida sobre un referente de su investigación "(...) Algunos participantes manifestaron inquietudes sobre la utilidad del programa y cómo su compromiso sería valorado en la universidad, lo que generó preguntas en torno a la confianza en el sistema de relaciones entre co-participantes y desarrolladores educativos" (s/n).

Esta reflexión resulta pertinente con el sentido otorgado por los actores sociales a la subcategoría de este análisis en cuanto que reafirma que la confianza, tanto en la formación clínica, los procesos pedagógicos, no se decreta; se construye mediante el reconocimiento mutuo, la transparencia y la reciprocidad en los intercambios formativos como ámbito de compromiso y corresponsabilidad en el acto pedagógico. A continuación, la tabla 11.

Tabla 11

Categoría ser del médico-docente. Subcategoría Relación cercana y profesional

Actor social	Fragmento narrativo	Fragmento narrativo	Actor social
ASA	En medicina, por tradición, ha existido una relación jerárquica entre docente y estudiante. Sin embargo, esa jerarquía no debe traducirse en distancia ni en autoritarismo. Al contrario, debe sostenerse en el respeto mutuo. Yo creo en una relación formativa, cercana pero profesional, donde el estudiante se sienta respaldado, exigido con justicia, acompañado. Relación cercana y profesional (RELCERP, ASA, L: 92-99); Debo ser firme, pero justo. Ser capaz de corregir sin humillar, de exigir sin quebrar. El liderazgo que yo	Un líder educativo debe tener, ante todo, sensibilidad humana. La escucha es una herramienta poderosa que a menudo se subestima. He aprendido que detrás de un bajo rendimiento puede haber una historia personal profunda, como me ocurrió con una estudiante brillante que empezó a decaer académicamente. En lugar de juzgarla, decidí conversar. Resultó que su padre estaba gravemente enfermo (RELCERP, ASB, L: 68-76); Por eso yo describo mis relaciones con los estudiantes como pedagógicamente éticas coherentes entre lo que enseñó	ASB

	ejerzo se basa en el respeto, la escucha activa, el acompañamiento. Un buen líder sabe cuándo hablar y cuándo callar, cuándo intervenir y cuándo dejar que el otro crezca por sí mismo (RELCERP, ASA, L: 167-172).	y lo que practico y siempre abiertas al crecimiento conjunto. Porque enseñar anatomía también es enseñar cómo nos vinculamos en el mundo profesional (RELCERP, ASB, L: 156-161)	
ASC	No capté esta subcategoría en el proceso de categorización/codificación respecto a la voz del actor social C	(...) nuestra praxis pedagógica tiene que ver con la sensibilidad, la nobleza. Ser sensible no te hace débil, te hace humano. Necesitamos líderes que perciban, que comprendan, que se tomen el tiempo de mirar al otro más allá de la nota (RELCERP, ASD, L: 57-61).	ASD

Fuente: elaboración propia (2025)

Interpretación de la categoría: ser del médico-docente. Subcategoría: Relación cercana y profesional

La significancia de esta triangulación me permitió comprender que el ser del médico-docente, cuando se ancla en un sistema de relaciones cercano y de carácter profesional con sus estudiantes, manifiesta un orden de equilibrio fino entre la calidez humana y la firmeza académica, lo cual al contrastar observaciones en la realidad del fenómeno de estudio, descubrí que esta dualidad no es contradictoria, sino complementaria, en tanto la cercanía humana fomenta la confianza y la apertura para el aprendizaje, mientras que la profesionalidad asegura el rigor, la claridad de expectativas y el respeto mutuo, lo que da cabida a un acto pedagógico que se convierte en un espacio en el cual la interacción se nutre tanto de la empatía como de la corresponsabilidad. En este orden de ideas, Ottenhoff-de Jonge et al. (2021), afirman que:

(...) las creencias que los educadores médicos sostienen sobre la enseñanza, el aprendizaje y el conocimiento, determinan en gran medida, sus enfoques de enseñanza. Debido a que las creencias educativas personales guían el comportamiento de los educadores mientras enseñan, estas creencias deben considerarse un punto de partida para mejorar la calidad de la educación médica" (s/n).

Dadas estas consideraciones, estimo pertinente significar que la relación cercana y profesional, no solamente considerada como técnica de valor para asumir el ejercicio del cambio en un clima de confianza profesional, también es un sistema de creencias pedagógica que, al impregnar la práctica en su accionar cotidiano, configuran la forma en

la cual el médico-docente interactúa, escucha y acompaña a sus estudiantes en la formación integral. A continuación, la tabla 12.

Tabla 12

Categoría aspectos del liderazgo. Subcategoría Influencia formativa integral

Actor social	Fragmento narrativo	Fragmento narrativo	Actor social
ASA	(...) Para mí, el liderazgo educativo, especialmente en el campo de la salud, es una forma de influencia profundamente humana y transformadora. No se trata solo de dirigir o impartir contenidos; es guiar con el ejemplo, acompañar procesos formativos desde una posición de compromiso ético y emocional. En la carrera de medicina, el liderazgo se convierte en una herramienta de formación integral: modelar conductas, promover actitudes profesionales, despertar la vocación y sembrar la responsabilidad con el conocimiento (INFORI, ASA, L: 45-55)	Me gusta una definición que dice que el liderazgo educativo es la capacidad de influir significativamente en el proceso de aprendizaje, transformando no solo el conocimiento, sino también la actitud, los valores y la conciencia del estudiante. Pero más allá de lo teórico, yo lo traduzco a lo cotidiano liderar en educación es enseñar a pensar con juicio crítico, a sentir con empatía, y a actuar con responsabilidad (INFORI, ASB, L: 46-54)	ASB
ASC	el comportamiento de un líder ante sus seguidores, debería ser humilde, accesible y claro un líder no puede verse como una figura lejana o inaccesible. Tiene que estar dispuesto a reconocer los logros de los demás, a felicitar, a impulsar a otros sin buscar protagonismo. El verdadero líder no se luce solo, hace que otros también brillen. En los momentos difíciles, sostiene, en los momentos de éxito, comparte y, sobre todo, está dispuesto a escuchar, a aceptar puntos de vista distintos, a generar espacios de participación real. Creo que eso es lo que más valoro la capacidad de sostener procesos sin controlarlos, de guiar sin imponer, de inspirar sin opacar. Porque el liderazgo auténtico se construye con los otros, no a costa de ellos (INFORI, ASC, L: 178-192)	Yo veo el liderazgo pedagógico como un acto de presencia constante. No es solo guiar desde la autoridad, no se trata de saberlo todo, sino de acompañar. Para mí, liderar en el aula de la formación médica, es mostrar con el ejemplo cómo se enfrenta el aprendizaje, el error, la frustración, el logro. Un líder educativo es alguien que está dispuesto a enseñar, pero también a aprender junto con sus estudiantes (INFORI, ASD, L: 159-167).	ASD

Fuente: elaboración propia (2025)

Interpretación de la categoría: aspectos del liderazgo. Subcategoría: Influencia formativa integral

Las voces de todos los actores sociales coincidieron en esta triangulación que resultó latente en la fuerza potencial que le concede el médico-docente en su influencia selectiva a los futuros médicos, como uno de los aspectos más significativos del liderazgo, lo cual al integrar esta información en la realidad del fenómeno de estudio y en mis propias reflexiones como docente de las Ciencias de la Salud, connoto que esta influencia no se limita a la transmisión de conocimientos clínicos especializados en el área del conocimiento disciplinar, se trata de modelar actitudes, valores y formas de pensar más allá del aula.

En este sentido, la evidencia cruzada me develó un liderazgo que siembra competencias técnicas, así como la ética del cuidado, el pensamiento reflexivo y la responsabilidad profesional, conformando un impacto que permanece en la práctica médica futura del médico que se forma. Desde esta perspectiva, retomo los razonamientos de Constantinou y Wijnen-Meijer (2022), en la traducción de los aspectos metodológicos aplicados en su investigación, desde el siguiente ángulo:

(...) mediante la recolección y triangulación de datos de múltiples fuentes, incluyendo estudiantes, colegas, administradores y la propia autoevaluación, fue posible desarrollar un sistema de evaluación integral que presenta una medida efectiva de la enseñanza, apoyo al desarrollo profesional de los docentes médicos y mejora del sistema de calidad de la enseñanza (s/n).

Dados estos acontecimientos, la idea expresada en el transcurso de la investigación de los precitados autores, me respalda la influencia formativa integral que no puede comprenderse desde un único punto de vista, en tanto, es el entramado de percepciones y evidencias, lo que realmente permite dimensionar el verdadero alcance de liderazgo docente sobre sus estudiantes a través de los métodos y procedimientos que canalizan su acción efectiva en la praxis pedagógica. A continuación, la tabla 13.

Tabla 13

Categoría aspectos del liderazgo. Subcategoría Integridad y humildad docente

Actor social	Fragmento narrativo	Fragmento narrativo	Actor social
ASA	(...) Un buen líder educativo debe ser, antes que nada, un ser humano íntegro. Por supuesto, debe poseer conocimientos sólidos, dominio del contenido teórico y experiencia clínica que respalde su enseñanza, pero eso no basta. La pedagogía sin humanidad no transforma. La humildad es una cualidad fundamental: reconocer que no lo sabemos todo, que podemos aprender de nuestros estudiantes, y que la docencia es también un proceso formativo para el docente (INTHUMD, ASA, L: 70-79)	El buen líder no siempre tiene todas las respuestas, pero sí sabe acompañar el proceso del otro. Sabe cuándo hablar y cuándo callar, cuándo guiar y cuándo dejar ser. En mi experiencia, los mejores líderes son aquellos que inspiran sin dominar, que forman sin imponer, que reconocen que enseñar también es aprender. Liderar en educación, sobre todo en medicina, es un acto de humildad, de entrega, y de profunda vocación (INTHUMD, ASB, L: 212-220)	ASB
ASC	Una imagen auténtica, no necesitamos docentes perfectos, sino cónsonos con nuestros actos, el liderazgo se refleja en cómo actuamos, en la forma en que resolvemos conflictos, en cómo nos relacionamos con los otros, la imagen del líder debe transmitir confianza, compromiso, cercanía y ética. Un líder no necesita gritar para hacerse escuchar, su presencia habla por sí sola. La responsabilidad, el respeto y la capacidad de diálogo construyen esa imagen. Además, un líder debe estar dispuesto a aprender siempre. No podemos pedir transformación si nosotros mismos no estamos dispuestos al cambio (INTHUMD, ASC, L: 164-175)	Muchas veces, el liderazgo se ejerce desde lo básico, una simple conversación en un pasillo, un gesto de aprobación, incluso el tono con el que corriges a un estudiante. Todo comunica. El verdadero liderazgo, en mi opinión, se basa en tres cosas, la presencia, la ética y la comunicación. No hay necesidad de gritar para ser escuchado. Un buen líder deja huella sin imponerla (INTHUMD, ASD, L: 46-54); la imagen del líder educativo, debe reflejar humanidad, sin idealizaciones. Un líder no tiene que saberlo todo ni hacerlo perfecto, pero sí debe actuar con honestidad, integridad y mucha ética (INTHUMD, ASD, L: 125-127)	ASD

Fuente: elaboración propia (2025)

Interpretación de la categoría: aspectos del liderazgo. Subcategoría: Integridad y humildad docente

En la confluencia significativa de las voces de los actores sociales en esta subcategoría sobre la integridad y humildad docente, comprendo aspectos valorados en el liderazgo en la docencia médica que se nutren profundamente de la realidad del fenómeno de estudio, donde concuerdan estas dos virtudes ancladas a la regulación del tono moral y

humano de la praxis pedagógica, permitiendo que el acto de enseñar se ha también un amplio margen coherente vital y de compromiso con el otro. Tal como señalan Erwin et al. (2023), en una cita traducida de su investigación, concuerdan en el hecho que:

(...) el plan de estudios médico ha incorporado valores humanos nobles, que suelen incluir en la honestidad, integridad, transparencia, rendición de cuentas, confidencialidad, respeto y humildad, entre otros, a lo largo de su formación médica. Sin embargo, la práctica constante de la humildad puede mejorar las relaciones con la comunidad y contribuir a una atención equitativa (p.2).

Esta afirmación subraya la centralidad de la integridad y la humildad en la formación médica, como requisitos impostergables que confirman el ejercicio médico como pilar que potencia la conexión humana con el otro, reduce las brechas sociales y transforma la relación médico-paciente en un vínculo de mutuo reconocimiento y respeto. Todo ello, da cabida a que los estudiantes de medicina, mantenga la conducta de dominio/competencia y perseverancia, incluso después de sufrir fracasos o contratiempos, en tanto la humildad, que acentúa la reflexión, curiosidad y el dominio propio de sus realidades se ha de considerar un factor de interés para la congruencia entre la atención médica y los servicios en Ciencias de la Salud.

En síntesis, la triangulación de la información en las diferentes categorías: elementos de la praxis pedagógica, ser del médico-docente y aspectos del liderazgo, fueron complementadas en su significancia otorgada por los actores sociales a través de las subcategorías emergentes que articulan la fuerza comprensiva en la legitimidad de las voces de lo manifestado en cuanto a la conexión emocional, didáctica clínico-formativa develadas como ejes fundamentales que facilitan la interacción auténtica y el aprendizaje efectivo en Ciencias de la Salud.

Por su parte, el referente de patrones que se comprendieron en cuanto al ser del médico-docente, en el ámbito trascendente de la relación cercana y profesional, así como la construcción de confianza, que emergieron como pilares fundamentales para el desarrollo de un vínculo pedagógico consolidado en la práctica médica. Asimismo, los aspectos del liderazgo interconectados en términos de la integridad y humildad docente reflejan la influencia formativa que potencia la calidad educativa, así también la formación

ética y humana de los futuros profesionales. Estos hallazgos, representados de forma visual en la figura 16, ilustran cómo la convergencia de las categorías y sus significados, permite una mirada holística y dinámica que sustenta la práctica educativa médica, desde múltiples dimensiones, enriqueciendo así la formación y el ejercicio profesional.



Figura 16. Triangulación de la información

Fuente: elaboración propia (2025)

MOMENTO V

APROXIMACIÓN TEÓRICA EMERGENTE

La praxis pedagógica emerge como acto ético, reflexivo y sensible cargado de sabiduría en la práctica vinculada al conocimiento y al ser.

Adriana Indira López Navas

Praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente

En este momento constructivo del estudio, arribo a la fase de generación teórica, instancia en la cual los hallazgos obtenidos a través del proceso fenomenológico con apoyo de la hermenéutica, se integran y proyectan en un constructo conceptual coherente con lo indagado, en una síntesis reflexiva más allá de las categorías y subcategorías emergentes, en torno a los elementos significativos de la praxis pedagógica, el ser médico-docente y los aspectos del liderazgo trascendidos en la dinámica comprensiva que se configura en la visión holística del fenómeno indagado. La trascendencia descriptiva de realidades singulares, permite la expresión sensible de las interrelaciones, tensiones y posibilidades reflexivas que apuntan hacia lo sustantivo en el campo de las ciencias de la salud, con las implicaciones epistemológicas y formativas.

Horizontes conceptuales introductorios

En el umbral de la generación teórica en torno a la praxis pedagógica desde el liderazgo del docente en Ciencias de la Salud, cobran vigencia los elementos significativos inherentes a la pedagogía y humanidad, que se entrelazan de manera indisoluble al motivar y educar en este campo, en tanto, traspasa la mera transmisión de contenidos especializados con las implicaciones de un ejercicio en conexión emocional con el otro, de una didáctica que abraza el sentido clínico-formativo y de construcción de un clima participativo en el aula que posibilita el sistema de mejoras en la realidad educativa.

No obstante, no es suficiente reconocer estas dimensiones propias del ser médico-docente, es necesario asumir que el liderazgo educativo en sus diversas modalidades de humildad, ética, sensible al otro, ejemplarizante, exige una mirada formativa integral, articulada a la firmeza ética que extienda nuevas manifestaciones al interpretar los errores como oportunidades legítimas para el aprendizaje. En este horizonte, la autoridad se reinventa como cercanía orientadora de la misma acción pedagógica redefinida en el acto transformador del docente que deja huella en el desarrollo personal y profesional de sus estudiantes.

Aunado a lo anterior, esta aproximación teórica generada, no puede obviar que el liderazgo pedagógico en medicina, se enfrenta a un terreno fértil donde la motivación inicial no siempre germina de manera espontánea en la realidad del proceso pedagógico en tanto, algunos estudiantes llegan con inseguridades, fatiga o el peso de expectativas desmedidas, por lo que el médico-docente que ejerce su liderazgo humano y ético, deberá saber derribar barreras, narrar sus propias vulnerabilidades, reconocer errores pasados y mostrar que el aprendizaje es un camino de co-construcción.

En este accionar contextual, el gesto de autenticidad rompe la distancia jerárquica tradicional y convierte la figura del médico-docente en un referente sensible pero alcanzable, capaz de inspirar sin imponer al tiempo que forma sin asfixiar. En este ejercicio interrelacional, la humildad, lejos de ser debilidad, se reconoce en el transitar académico como un catalizador de confianza y compromiso.

Por tanto, esta generación teórica reconoce que el liderazgo no se ejerce únicamente en el aula formal, sino en los intersticios de vida universitaria, por ejemplo, en una conversación de pasillo, en el tono con el cual se corrige, en la mirada que la un esfuerzo. El verdadero liderazgo, como develan los mismos médicos-docentes, se sostiene sobre los pilares de la presencia, ética y comunicación empática. Un líder pedagógico que asume esta triada no puede ser indispensable, sino formar a otros que puedan también liderar, guiando con respecto, firmeza y humanidad.

De este modo, la praxis pedagógica en Ciencias de la Salud se proyecta como un espacio en el cual la autoridad se legitima en la coherencia y la cercanía humana, donde la

formación médica se convierte en una experiencia transformadora que integra ciencia, técnica y la sensibilidad del ser. Dadas estas consideraciones, la aproximación teórica generada se estructura, en estos horizontes contextuales introductorios, tres propósitos orientadores de acción proyectiva del comportamiento organizacional, raíces y proyección del saber contributivo, macroconceptos, núcleo ontológico, epistemológico, axiológico, pedagógico y teleológico.

Propósitos orientadores de acción proyectiva del comportamiento organizacional

Fomentar el liderazgo pedagógico con ética humanizada

El hecho de poder fomentar el liderazgo pedagógico con ética humanizada, cobra relevancia en el entramado vivo de la praxis pedagógica del ser médico-docente, en tanto, se han de ajustar las actividades y procesos en la realidad educativa, como un compromiso profundo y coherente de la universidad con la dignidad humana y la integridad formativa. En el aprovechamiento de estos senderos abiertos a la construcción organizacional, retomo el pensamiento de Berges-Puyó (2022) quien advierte sobre "la implementación de liderazgo ético para conducir a una mayor satisfacción laboral, fortalecer el compromiso emocional y prevenir el agotamiento" (p.140).

Dadas estas consideraciones, la afirmación da cabida para situarse en el campo universitario, donde se adquiere una resonancia ideal en el ejercicio del médico-docente en Ciencias de la Salud, que coadyuva al escenario constructivo y transformativo, con la puesta en práctica de un liderazgo nutrido por la ética del cuidado, la justicia y la crítica, que reclama una presencia auténtica del docente como líder, al escuchar de manera genuina, en el acompañamiento pedagógico, las actividades y procesos que permiten promover la equidad, acoger la reflexión y transformar el aula en un espacio donde la autoridad se legitima dada la coherencia entre la palabra y la acción.

En este sentido, la ética humanizada más allá de limitaciones estructurales no se limita a regular conductas, se trata de una orientación que perciben la esencialidad del ser médico-docente en la misma formación, convirtiendo cada interacción humana en una

oportunidad para educar con el corazón y para forjar médicos íntegros, capaces de liderar con el ejemplo, en contextos de alta complejidad. La representatividad visual de este propósito orientador con dominio proyectivo en la realidad del comportamiento organizacional, se deja ver en la figura 17.



Figura 17. Primer propósito orientador con dominio del comportamiento organizacional

Fuente: elaboración propia (2025)

En la figura 17, podemos distinguir tres escenarios activos en la idea propositiva del comportamiento organizacional en el marco de la praxis pedagógica desde el liderazgo del docente en Ciencias de la Salud, al punto que, la ética humanizada, al considerar el contexto

universitario de la UCLA, toma provecho como un faro orientador en el liderazgo pedagógico del médico-docente, reclamando el dominio técnico y científico, además de la construcción de una identidad profesional arraigada en la dignidad humana y el compromiso social. Desde esta perspectiva, advierten Zhi et al. (2024) que:

(...) debido a la particularidad de los servicios que presta la industria médica, el personal sanitario no sólo debe ser competente en sus habilidades profesionales, sino también prestar atención a la formación de cualidades éticas; sin embargo, los sistemas de gestión orientados al rendimiento y la competencia interna pueden inducir conductas poco éticas en favor de la organización (s/n).

Esta advertencia me devela la atención que se produce entre una cultura institucional centrada en resultados cuantitativos y la necesaria atención del personal docente a los valores que sostienen la confianza social y educativa. En el ámbito pedagógico universitario, tal reflexión me invita a generar entornos de formación donde el liderazgo ético no sea un ideal exclusivo, sino un principio estructural del comportamiento organizacional que articule el quehacer docente con la misión de formar médicos íntegros, capaces de resistir presiones de mercado y priorizar la justicia, el cuidado y la responsabilidad pública.

Igualmente, la figura 17, destaca un punto medular referido al liderazgo auténtico en la praxis pedagógica universitaria como núcleo representativo del comportamiento organizacional, lo cual en esta aproximación teórica con orientación propositiva en la UCLA, se configura como un elemento estratégico para la transformación y el cambio esperado, especialmente en entornos formativos en Ciencias de la Salud, donde las tensiones entre la excelencia técnica especializada y la sensibilidad humana son constantes. En este ámbito de configuraciones, resalta la postura de Frizell (2025) cuando indica, de acuerdo con la traducción de la cita, que:

(...) el liderazgo auténtico del médico docente en la práctica pedagógica requiere un compromiso con la transparencia, la autoconciencia y la integridad relacional, fomentando una confianza que permita a los estudiantes participar plenamente sin temor a ser juzgados o excluidos, incluso en entornos de educación clínica de alta exigencia y presión (p.1).

Este planteamiento ofrece una ruta significativa que connota el refuerzo de la cultura organizacional universitaria, al colocar en el centro de la relación formativa en

Ciencias de la Salud, basada en la confianza y la coherencia ética del médico-docente, en el marco de la praxis pedagógica, lo cual significa que el docente en sus funciones integrales no solamente ha de transmitir estos conocimientos disciplinares, sino que avanza en la formación del respeto, la dignidad humana, la equidad, la justicia, entre otras desactivando barreras psicológicas y culturales, para crear espacios en los cuales el aprendizaje se convierte en un acto seguro, inclusivo y motivador.

En este orden de ideas, para la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA) como contexto organizacional, esta perspectiva avanza más allá de una simple propuesta metodológica, en la referencia sustantiva del ser médico-docente más allá de un componente estructural que articula liderazgo académico, calidad educativa y humanismo médico en un mismo horizonte de acción.

Igualmente, la representatividad visual de la figura 17, da cabida al ámbito del comportamiento organizacional en cuanto al cuidado formativo que se constituye como un aspecto fundamental el cual da sentido a la praxis pedagógica desde el liderazgo del médico-docente en Ciencias de la Salud, toda vez que, se interpreta más allá de una formación basada únicamente en la adquisición técnica de competencias, por cuanto el cuidado formativo da a entender una responsabilidad ética y relacional que subyace en las orientaciones del desarrollo integral del futuro profesional de la salud.

En esos términos, el escenario activo de la UCLA, frente a una dimensión compleja de sus escenarios transformativos hacia la mejora continua en el desarrollo del comportamiento organizacional, lo reconozco y fundamento al articular la preparación clínica de los nuevos médicos bajo una mirada humanista, que fortalece la calidad educativa y el compromiso profesional, mediante la construcción de ambientes de aprendizaje empáticos, críticos y participativos. Tal como lo expresan Diamond y Bulfin (2022), al traducir que textualmente sus razonamientos, en tanto:

(...) el aprendizaje profesional es vital para sostener carreras generativas. Muchas de las actividades de compromiso profesional descritas por los docentes en el proyecto involucraron actos de mayordomía o cuidado hacia la profesión docente misma (...) Las prácticas que constituyen el cuidado de la profesión son espacios para la participación democrática de la profesión docente y son elementos esenciales de un profesionalismo críticamente comprometido y agente (s/n).

Al trasladar estos razonamientos a la realidad del núcleo entendido en el cuidado formativo que practica el médico-docente en la UCLA, lo comprendo como parte de su liderazgo auténtico esencial, dado el espacio que sostiene la identidad profesional y el compromiso ético, al promover un ejercicio pedagógico humanizado y contextualizado que contribuye a la formación de los profesionales competentes, conscientes y responsables con la salud y la sociedad. En esta aproximación crítica, invito a superar las limitaciones que dan cuenta del comportamiento organizacional para poder superar las lógicas reduccionistas hiper formativas imperantes, al revalorizar el protagonismo del médico docente como agente de cambio y guardián de la calidad y sentido del ser profundo que fundamenta el accionar de la educación en Ciencias de la Salud.

Promover la motivación intrínseca mediante conexión empática

El núcleo representativo de este segundo propósito orientador del comportamiento organizacional en términos de la empatía como competencia esencial en el liderazgo del docente en Ciencias de la Salud en la UCLA, cobra relevancia en la promoción del aprendizaje técnico desde la motivación intrínseca y al mismo tiempo, al incorporar el desarrollo emocional y relacional con los estudiantes. En esta perspectiva, el escenario específico de la universidad, crea espacios emergentes significados para consolidar la empatía que se convierte en un pilar medular hacia la consolidación de una praxis pedagógica más humana, conectada a la formación académica con las necesidades sociales y éticas inherentes al ejercicio profesional en salud.

Vale la pena destacar que, el liderazgo docente que cultiva la empatía fortalece la cohesión grupal, al tiempo que mejora la comunicación clínica y fomenta la motivación de los estudiantes para generar situaciones de satisfacción en un ambiente educativo inclusivo y respetuoso. Desde este punto de vista señalan Kotler et al. (2021) que: "(...) se demostró que las puntuaciones de empatía se mantuvieron relativamente estables durante la formación médica, con tendencia al aumento" (s/n). Para los efectos, presento la figura 18.



Figura 18. Segundo propósito de la motivación intrínseca mediante conexión empática

Fuente: elaboración propia (2025)

Las dimensiones que se observan en la figura 18, se implican con la motivación intrínseca mediante la conexión empática. He allí donde se destaca que la empatía, como competencia emocional y cognitiva, se mantiene y se activa a lo largo de la formación médica, resaltando demás diferencias según género y orientación vocacional. El hallazgo de los precitados autores, hace ver que el liderazgo del médico-docente debe ser consciente

de la importancia de cultivar y potenciar la empatía en el proceso formativo, así como la motivación adaptando estrategias pedagógicas que promuevan su desarrollo constante. En un contexto como la UCLA, estas implicaciones exigen una aproximación didáctica del médico-docente que integre prácticas reflexivas, interacciones sociales y vínculos de sensibilidad hacia la diversidad humana y profesional, elementos vitales para la excelencia en la atención clínica y el bienestar del paciente.

En suma, el liderazgo docente basado en la empatía representa una vía de fortalecimiento de la praxis pedagógica desde una dimensión ética y humana, que complementa y enriquece los conocimientos técnicos, incluso más allá del aula. Este enfoque, contribuye a formar profesionales de la salud competentes, sensibles y dinámicos, en términos de poder responder a los retos complejo del sistema sanitario y social, reafirmando así un comportamiento organizacional definido dentro de la misión formativa de la UCLA. Por su parte, Tokumasu et al. (2022) encontraron que:

(...) los estímulos externos (un enfoque de autogestión y un modelo a seguir cercano a sus pares) impulsaron el proceso cognitivo de los residentes (reconocimiento de deficiencias, conciencia e internalización) hacia la motivación intrínseca. La conciencia de autonomía, responsabilidad e independencia de los residentes fue fundamental en este proceso. Además, un sentimiento psicológico de competencia también reforzó su motivación intrínseca (s/n).

Estos autores enfatizan que la motivación intrínseca en contextos formativos, como en el caso de la educación médica, se nutre de un entorno que combina estímulos externos significativo con un liderazgo empático y cercano, lo que significa que al trasladar estos hechos en el médico-docente en Ciencias de la Salud, esta proximidad hermenéutica implica actuar como un referente humano y profesional que facilita al estudiantado el reconocimiento de áreas de mejoras, para que internalice y las transforme en compromiso personal.

La conexión empática es clave en la praxis pedagógica, en tanto, permite comprender las necesidades y aspiraciones del estudiante, generando un clima de confianza favorable hacia términos de la autonomía, responsabilidad e independencia. Estos elementos, unidos a un sentimiento de competencia validado por el médico-docente, fortalecen la motivación intrínseca y promueven al mismo tiempo, un aprendizaje

significativo. En el contexto de la UCLA, y al hacer referencia al comportamiento organizacional, esta dinámica puede traducirse hacia una praxis pedagógica integral de acompañamiento personalizado, con un modelaje profesional y espacios para la autorreflexión, alineando la formación clínica con el desarrollo humano y ético del futuro médico.

Impulsar la reflexión transformadora en la praxis docente

Los elementos que conforman este tercer propósito en el hecho de impulsar la reflexión transformadora en la praxis docente, lo abordé desde una perspectiva hermenéutica al articular su sentido en tres elementos significativos que lo definen desde el ser del médico-docente de la UCLA. De este modo, la reflexión transformadora en la praxis docente representa un ejercicio sinérgico y dinámico como acto consciente al autodescubrirse desde adentro como nos miramos nosotros mismos como sujetos en permanente construcción con los otros y en el contexto educativo.

En este sentido, el liderazgo pedagógico se convierte en un puente ideal que fortalece el conocimiento técnico científico y la dimensión ética y humana como pilares fundamentales en la realidad de la praxis pedagógica, en tanto, la interpretación hermenéutica me recuerda que no se trata sólo de hacer mejor, sino de ser sensible que propicia cambios trascendentes en el aula al proyectar el cuidado de la formación del futuro médico. Este proceso, desde el ser, se articula con tres ejes esenciales, los cuales están visualizados en la figura 19.

La autoconciencia crítica, dada la capacidad de reconocer las propias creencias, sesgos y prácticas, al tiempo que nos interrogamos sobre su pertenencia frente a los retos cambiantes de la educación en Ciencias de la Salud. Por lo tanto, la autoconciencia crítica da cabida a las consideraciones dialógicas de carácter interno y permanente, donde el médico-docente se confronta con sus propias prácticas al renovar sus estrategias didácticas, evitando la inercia pedagógica.

En este sentido, esta conceptualización aplicada al ser del médico-docente ha de reconocer y comprender de forma reflexiva sus pensamientos, emociones y acciones para

fortalecer su praxis pedagógica y profesional. Como advierte Ouliaris (2019), se trata del hacer de las prácticas como la meditación mindfulness y la escritura reflexiva reflejándose este tipo de estrategias sencillas y efectivas para cultivarlas en la formación médica.

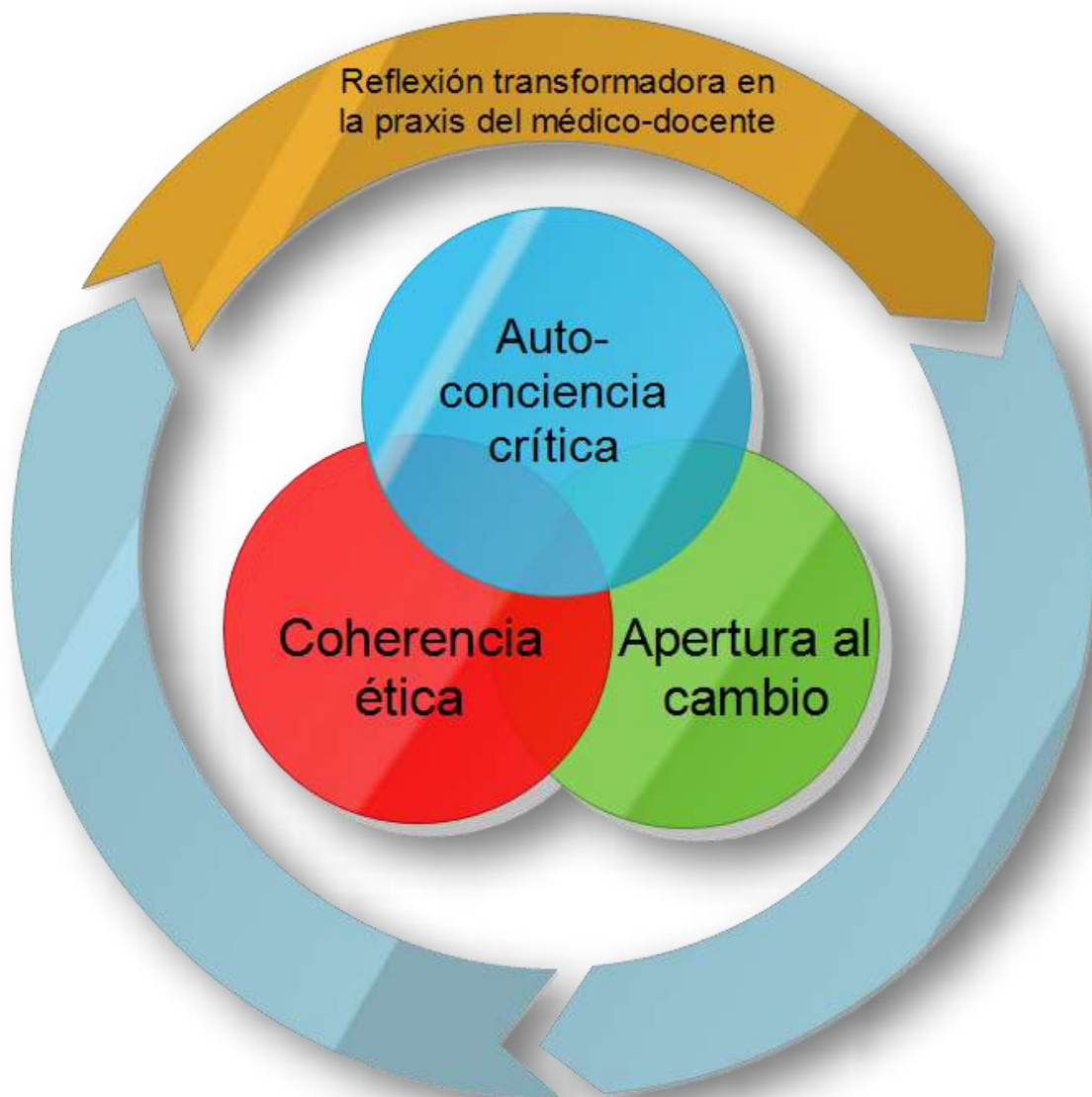


Figura 19. Tercer propósito de la reflexión transformadora

Fuente: elaboración propia (2025)

Asimismo, en la figura 19, presento un elemento medular que es la coherencia ética, la cual supone alinear el discurso con la acción, manteniendo una integridad que inspira

confianza y respeto en el estudiantado, legitimando, además el liderazgo al entender que éste imprime sentido y dirección a la práctica docente, en el devenir de las nuevas realidades a fin de dotar de una fuerza innovadora formativa que modela conducta, valores y comportamiento organizacional. De acuerdo con Jameel et al. (2022), hacen ver que:

(...) un buen médico no se define únicamente por sus habilidades técnicas y conocimientos, sino también por el cuidado, la compasión, empatía y confiabilidad. Los valores profesionales (honestidad, integridad, respeto y responsabilidad) son esenciales, en tanto la confianza es vital en la íntima relación médico-paciente, donde la vida y su calidad dependen de un juicio sólido y éticamente orientado (p.7).

Al trasladar estos razonamientos, me apropio de la significación del ser médico-docente, cuando esta afirmación trasciende el ejercicio clínico para proyectarse en la praxis pedagógica, donde el ejemplo y la coherencia ética se convierten en pilares formativos de calidad y trascendencia. Entiendo que el liderazgo educativo en Ciencias de la Salud no se sostiene exclusivamente en la transmisión de saberes especializados. Se trata de asumir la empatía, honestidad e integridad, vividas y enseñadas, generando vínculos de confianza con los estudiantes, similar al que se establece con los pacientes. De este modo, el médico-docente actúa como mediador entre la ciencia y la humanidad, recordando que la verdadera excelencia profesional se fundamenta, tanto en la competencia técnica como en la profundidad a ética de su ser.

En cuanto a la apertura al cambio, lo asocio con la disposición pertinente en el ejercicio de aprender nuevas rutas pedagógicas incorporadas al hacer cotidiano frente a la complejidad de los factores, elementos y significados que dan cabida a la innovación y legitiman sus propios métodos en el avance y uso de las tecnologías aplicadas a la medicina. Por ello, la apertura al cambio es, en el fondo, una expresión de humildad profesional, donde reconocemos que la excelencia docente se alcanza en el movimiento, en la búsqueda de nuevos caminos constructivos para fortalecer la capacidad pedagógica, no en la rigidez.

Así, al impulsar la reflexión transformadora desde el liderazgo del médico-docente asumo la idea de cultivar un ser que se piensa, se cuida y transforma, para luego inspirar y guiar a otros en la misma senda de la construcción del conocimiento en Ciencias de la Salud. En este orden de ideas, una de las propuestas relacionadas con la apertura al cambio tanto

en la praxis docente como en el comportamiento organizacional, se refleja en los razonamientos de Ma et al. (2023) quienes destacan que:

(...) los estudiantes, como participantes y colaboradores en la evaluación formativa, aportan retroalimentación válida para mejorar la evaluación centrada en el estudiante en términos de cognición, participación empoderada y humanismo. Sugerimos que los educadores médicos eviten tomar la satisfacción estudiantil como único indicador y, en su lugar, construyen un sistema de índices que destaque las ventajas de la evaluación formativa en los planes de estudio médicos (s/n).

Esta cita traducida otorgar significativa vida al abrir la puerta a un cambio formativo trascendente en el ser del médico-docente de la UCLA, toda vez que posiciona al estudiante como agente activo en la con-construcción de su aprendizaje, lo cual supone un desplazamiento del modelo tradicional hacia un comportamiento organizacional que privilegia la escucha activa, el empoderamiento académico y la humanización de la enseñanza.

Dadas estas significaciones, la evaluación deja de ser un instrumento unidireccional para convertirse en un proceso dialógico, donde el feedback no sólo mide resultados, también impulsa el crecimiento integral del estudiante y de los médicos-docentes. Además, la recomendación de no limitarse a la satisfacción estudiantil como único parámetro, da cabida a asimilar un proceso de madurez institucional y pedagógica, donde se reconoce que la calidad formativa se sostiene en indicadores amplios que integren competencias, actitudes y valores, lo cual refuerza la coherencia ética y el compromiso del médico-docente con la mejora continua en la praxis pedagógica.

Perspectivas que fortalecen la aproximación teórica

El sentido contributivo de esta aproximación teórica en el orden educativo y pedagógico, se sustenta en el hecho de develar el requerimiento de concebir la praxis del médico-docente como un eje formativo estratégico en la construcción de su identidad profesional, en tanto, connota que enseñar es inherente a la práctica médica, la mayoría de los galenos no reciben formalmente el conocimiento pedagógico, lo cual limita de cierta manera, la calidad de la transmisión de conocimientos, habilidades y actitudes clínicas.

Por lo tanto, reconozco igualmente la contribución de esta aproximación teórica al significar que el liderazgo del médico-docente ha de implicar ese modelaje de comportamientos y estrategias de enseñanza fundamentadas en teorías del aprendizaje adulto y marcos educativos que integran dimensiones como la humildad cultural, la retroalimentación constructiva, lamentaría y el acompañamiento pedagógico. La formación, en esta visión contribuye a generar conocimiento articulado desde la experiencia clínica con la ciencia de la enseñanza, fomentando un liderazgo sensible y transformador de la praxis pedagógica en Ciencias de la Salud, garantizando entornos seguros y culturalmente sensibles que optimizan el aprendizaje al fortalecer el perfil integral del profesional médico.

La contribución social de esta aproximación teórica siento que se refleja cuando situamos al médico-docente como un agente clave en la continuidad y mejora del sistema de salud, al transmitir conocimientos clínicos, así como en el hecho de formar el capital humano con un alto impacto comunitario. Al comprender las experiencias que los médicos-docente valoran como formativas, nos visualizamos en la optimización de los entornos y métodos de enseñanza, fortaleciendo la calidad de la atención médica futura, lo que significa que desde la perspectiva de la teoría social cognitiva de la carrera y las comunidades de práctica, esta aproximación teórica impacta el aprendizaje y la autorregulación del médico-docente incidiendo directamente en su capacidad para formar profesionales competentes y socialmente responsables, contribuyendo a cerrar brechas en la preparación docente formal, e ir favoreciendo prácticas estructuradas que multiplican el alcance social del liderazgo educativo en salud, mejorando la equidad, seguridad y bienestar de la población.

En el mismo esquema de significatividades, entiendo que esta aproximación teórica proyecta aportes interpretativos al connotar un nuevo liderazgo de carácter emergente en la praxis pedagógica del médico-docente, el cual trasciende las estructuras jerárquicas tradicionales en la educación en Ciencias de la Salud, imprimiendo la efectividad configurada como elemento indispensable hacia la garantía de estándares elevados en la formación, la investigación y la práctica clínica.

Desde esta perspectiva, el nuevo modelo integrador del liderazgo se orienta hacia un equilibrio dinámico entre autonomía y responsabilidad, significando que la colaboración interdisciplinaria y la orientación hacia resultados centrados en el paciente debe ser asumido en este marco formativo que no se define por un cargo formal, sino por su capacidad de inspirar, modelar valores a través del ejemplo e ir fomentando entorno de aprendizaje donde prime el trabajo en equipo y la responsabilidad compartida. Una visión que forja al profesional médico del futuro capaz de afrontar los retos sanitarios contemporáneos desde un liderazgo inclusivo, adaptativo y éticamente comprometido.

De forma similar, la contribución efectiva de esta aproximación teórica al integrar los elementos relevantes de la investigación que mantiene el mismo sentido hacia el comportamiento organizacional, y en términos de la praxis pedagógica desde el liderazgo del médico-docente de la UCLA, resalto su potencial para fortalecer el desarrollo organizacional como una vía estratégica de innovación educativa y sostenibilidad institucional, al tiempo que los escenarios del liderazgo académico, ejercidos de forma auténtica y colaborativa, constituye un catalizador para la construcción de capacidades individuales y colectivas, facilitando que los docentes-médicos, afronten con éxito las exigencias laborales y los cambios en el entorno académico sanitario.

Igualmente, debo reconocer que la contribución de esta aproximación teórica en el marco de la implementación de los procesos sistemáticos de desarrollo del médico-docente al optimizar conocimientos, habilidades y actitudes, también genera un efecto multiplicador a nivel organizacional, en tanto la praxis pedagógica liderada de este modo en la UCLA, es un factor significativo para la intervención de alto impacto que, además de promover la excelencia educativa y la calidad asistencial, incrementa la participación activa, el compromiso institucional y la capacidad de respuesta frente a los retos del sistema de salud.

Este enfoque trasciende la formación individual para consolidar un tejido organizacional creíente, innovador y orientado a resultados sostenibles, alineándose con los principios de mejora continua que rigen los senderos iluminados de la educación en Ciencias de la Salud reafirmando la relevancia de liderazgo educativo emergente en la praxis pedagógica como motor de cambio organizacional.

Macroconceptos generados que estructuran la edificación cognitiva

En el proceso de análisis y comprensión de la información en torno a la trascendencia del fenómeno sobre la praxis pedagógica desde el liderazgo del médico-docente en Ciencias de la Salud, genere los macroconceptos como orden superior del conocimiento con la mayor densidad teórica, significados en cada una de las categorías, dando cabida a la complejidad inherente a las interacciones humanas, profesionales y educativas que se despliegan en el escenario formativo. De esta manera, los macroconceptos condensan la esencia del fenómeno indagado, al vislumbrar la dinámica dialéctica entre el ser y el hacer del médico-docente.

En este ejercicio constructivo, develé cómo el liderazgo pedagógico se circunscribe a un entramado de relaciones sociales, éticas y cognitivas que potencian la formación integral del futuro profesional de la salud al tiempo que, asumí en esta aproximación teórica, un mapa interpretativo articulado con las dimensiones afectivas, reflexivas y estratégicas del liderazgo, evidenciando que la praxis docente es transformadora, donde el compromiso ético, la empatía y motivación intrínseca configuran un horizonte de sentido abierto a nuevas realidades de acción educativa y comportamiento organizacional, particularmente significado en la UCLA. A continuación, se interpretan cada uno de los macroconceptos.

Praxis pedagógica integral como experiencia formativa reflexiva

La generación del conocimiento que sustenta esta aproximación teórica respecto al macroconcepto sobre la praxis pedagógica integral como experiencia formativa reflexiva, emergió como un aporte esencial al profundizar la comprensión en torno a la formación del médico desde una visión holística, que conjuga teoría, práctica y desarrollo ético-personal en un ciclo constante de enseñanza y aprendizaje. Las nuevas realidades paradigmáticas que puedo asociar en este macroconcepto, hacen énfasis en la integración de saberes técnicos y científicos, así como hacia una reflexión crítica situada en torno al eje transformador de la experiencia formativa, donde el médico-docente se configura como un

sujeto activo y consciente de su proceso generado en la praxis pedagógica. Sobre esta misma realidad afirman Heydari y Beigzadeh (2024) en la siguiente cita traducida, que:

(...) la reflexión es un componente crítico del aprendizaje que desempeña un papel significativo en la mejora del conocimiento y habilidades. Es un proceso meta cognitivo que busca crear una comprensión más profunda de la situación (...). los estudiantes señalan que el impacto innegable de la reflexión en el aprendizaje individual y autodirigido es parte del compromiso profesional adquirido (...) Las prácticas reflexivas pueden convertirse en una oportunidad para mejorar la calidad de la educación. (s/n).

Este planteamiento me sustenta y corrobora que la reflexión va más allá de una simple revisión retrospectiva; se trata de un ejercicio profundo y meta cognitivo que permite al médico-docente y al estudiante, interpretar sus vivencias, emociones y aprendizajes dentro del contexto formativo, conectando la experiencia práctica con el conocimiento teórico y los valores éticos inherentes a la profesión médica. La praxis pedagógica integral, por ende, la entiendo como un proceso formativo donde la reflexión promueve la autoconciencia, identificación profesional y responsabilidad ética, que constituyen aspectos fundamentales para reforzar un liderazgo docente pertinente y transformador.

Del mismo modo, este enfoque del macroconcepto en su dimensión comprensiva, me invita a dismantelar barreras organizacionales y culturales que pueden estar limitando la creación de un ambiente educativo positivo en Ciencias de la Salud, en tanto no puede desvincularse de un ejercicio constante de introspección crítica que dignifica y humanice la praxis pedagógica. Así, en la complementariedad de los argumentos esgrimidos acerca de este macroconcepto, pude ir más allá de las voces de los actores sociales, que en el caso del actor social C (ASC) me dejó ver una circunstancia significativa inherente a la conexión emocional que se establece entre el médico-docente y sus estudiantes, su testimonio precisó que:

(...) una amplia gama, porque el aula es un escenario emocional muy rico, hay vínculos de admiración, de afecto, pero también puede haber resistencia, desacuerdos, incluso desmotivación. Lo importante es reconocer que esas emociones existen y que tienen un impacto directo en el proceso de aprendizaje. La efectividad bien gestionada potencial conocimiento (CONEMOC, ASC, L: 143-150).

Este fragmento de la información me permitió visibilizar que la praxis pedagógica integral involucra la gestión consciente de las emociones, transformando el aula en un espacio donde la efectividad es reconocida y debe ser aprovechada en el enriquecimiento del proceso cognitivo y formativo de las Ciencias de la Salud. Al mismo tiempo, encontré coherencia ética en el marco del liderazgo con sentido formativo en el siguiente trozo discursivo presentado por el actor social D, en los siguientes términos:

(...) la praxis pedagógica se debe llevar con firmeza. No todo es flexibilidad, en la cotidianidad de mi praxis pedagógica yo soy exigente, porque se la responsabilidad que tienen mis estudiantes una vez que salgan al hospital. Pero esa exigencia debe tener sentido, deben hacer del cuidado, no delego; e igualmente, quizás la más olvidada, en la coherencia. No puedes hablar de respeto si gritas en clase. No puede hablar de votación si llegas con apatía todos los días. El liderazgo se enseña con el ejemplo (DIDSCF, ASD, L: 62-71).

En esta voz del actor social D, pude significar que el equilibrio es indispensable y debe ir alineada a la exigencia, coherencia ética y liderazgo ejemplar, escenarios constructivos que configuran la praxis pedagógica integral como un ejercicio formativo trascendente más allá de la técnica al reconocer y realimentar los valores humanos esenciales. En el mismo escenario, encontré congruencia de este macroconcepto sobre el liderazgo reflexivo y la humildad como motor formativo, en la voz del actor social D, cuando expresó lo siguiente:

(...) he aprendido en mi praxis pedagógica que liderar es ser guía, no juez. Cuando un estudiante comete un error, lo fácil es señalarlo. Lo difícil, y lo valioso, es preguntarse qué parte de mi enseñanza falló ahí. Muchas veces es uno quien no explico bien o quien no tacto la forma en que ese alumno aprende. Liderar es también tener la humildad de reconocer eso (VIFORI, ASD, L: 168-175).

Este testimonio que trascendí en la realidad del fenómeno de estudio, me reflejó una dimensión reflexiva y humanizador que ha caracterizar el hacer y ser del liderazgo del médico-docente, en el cual el error se convierte en una oportunidad para mejora continua, tanto del estudiante como del propio educador, reafirmando que la praxis pedagógica integral es un proceso dialógico y formativo en permanente desarrollo.

Integridad formativa inspiradora

Este macroconcepto en la realidad del fenómeno de estudio, es significativo al desarrollar en profundidad la generación del conocimiento alrededor de la integridad formativa inspiradora, frente a lo cual, argumento su connotación, en correspondencia con la investigación de Natesan (2023), quienes destacan que:

(...) dentro de la educación médica, la retroalimentación es una herramienta invaluable para facilitar el aprendizaje y crecimiento a lo largo de la formación de un médico y más allá. A pesar de la importancia de la misma, existen diversidad de situaciones que limitan esta oportunidad (s/n).

Este pensamiento condensa dos ideas nucleares, una de ellas tiene que ver con la retroalimentación como motor formativo, en tanto representa un instrumento que acelera el aprendizaje y maduración profesional y, por otra parte, la variabilidad en su práctica, da a entender que se dejan algunos vacíos y ambigüedades en los procesos formativos. Tal como lo explican los precitados autores, aún con evidencia y directrices emergentes, contextos concretos (por ejemplo, la sala de emergencia) introduce limitaciones, representativas en el ritmo acelerado, privacidad reducida, cambios constantes de tareas, que tensionan la praxis del feedback. Desde allí, doy a entender que la urgencia es construir conocimiento aplicado y riguroso sobre la base de la integración en cuanto a la retroalimentación en escenarios complejos, sin sacrificar la ética, especificidad ni la reflexividad del futuro médico.

Todos estos escenarios encajan con la integridad formativa inspiradora dada la semejanza de disposición sistémica y relacional en los procesos educativos que articula la coherencia ética y pedagógica (e integridad), prácticas de enseñanza que motivan, orientan y convocan al sentido del ser médico-docente en calidad de la inspiración, además de rutinas de evaluación y retroalimentación que generan aprendizaje transformador y autorreflexión crítica. Es, en suma, la confluencia de ser profesional (valores), hacer pedagógico (estrategias) y el fomento de crecimiento en el otro (inspiración).

Ahora bien, desde el punto de vista ontológico, la integridad formativa se extiende como fenómeno relacional y emergente; no es un atributo estático del ser médico-docente

ni tampoco es un conjunto de normas institucionales, sino que se comprende como una práctica intersubjetiva realizada en momentos concretos de la interacción formativa. Desde el punto de vista epistemológico, predominan paradigma interpretativo-construccionistas que se implican en la realidad dinámica del conocimiento médico generado a través de la interpretación de experiencias, narrativas y prácticas situadas, y a la vez, puede orientarse a la transformación desde adentro de cada actor social, lo que admite complementariedad con enfoques pragmáticos para producir recomendaciones aplicables. Frente a esta realidad, traigo a colación algunos fragmentos de los testimonios presentados por los actores sociales en la realidad del fenómeno de estudio. Así, el actor social A, expuso que:

(...) he aprendido que cuando los estudiantes sienten que hay conexión con el docente, cuando se sienten valorados y escuchados, la relación se vuelve más genuina y productiva. Se genera confianza, incluso admiración, pero también la posibilidad de dialogar. Siempre les digo que el respeto no se impone, se cultiva. Y nosotros, como docentes, debemos ser los primeros en ejercerlo. Al final, una relación saludable con el alumno también potencia el aprendizaje. Si hay miedo o rechazo, no se aprende bien (CONCONF, ASA, L: 100-109).

Este decir y hacer del actor social A, lo significo en torno a la integridad formativas que se manifiesta a través de vínculos pedagógicos basados en la conexión emocional con el otro, la confianza y el respeto mutuo, en tanto, el médico-docente no ha de limitarse a la transmisión de contenidos especializados, sino que se debe concentrar en una relación humanizada que potencia el aprendizaje significativo. Por lo tanto, este testimonio avanza en el significado del macroconcepto sobre la integridad formativa inspiradora, cuando se demuestra que la enseñanza ética y empática, fomenta un clima de seguridad y apertura, habilitando proceso de aprendizaje más profundos y significativos. De la misma manera, puedo afianzar lo precedente, desde la perspectiva narrada por el actor social A, en el siguiente trozo discursivo:

(...) ser líder también implica asumir errores, pedir disculpas cuando es necesario, y demostrar coherencia entre lo que se predicen la praxis pedagógica y lo que se hace. En medicina, como en la vida, los docentes se ganan con ejemplo, no con títulos. Por eso, para mí, ser médico docente es una tarea permanente de mejora humana y profesional (INTCOHP, ASA, L: 175-181).

Puedo comprender a la luz del testimonio antes mencionado que el liderazgo pedagógico se sustenta en la congruencia representativa entre el discurso y la acción. La

capacidad de reconocer errores y actuar con humildad, proyecta el ser del médico-docente con la mayor sensibilidad que domina un modelo formativo inspirador, ejemplarizante y fundamentado en los valores de credibilidad y respeto. De la misma manera, presento la voz del actor social B, en los siguientes términos:

(...) un líder educativo debe tener, ante todo, sensibilidad humana. La escucha activa es una herramienta poderosa que a menudo se subestima. He aprendido que detrás de un bajo rendimiento puede haber una historia personal profunda, como me ocurrió con estudiante brillante que empezó a decaer académicamente. En lugar de juzgar la, decidí conversar. Resultó que su padre estaba gravemente enfermo (RELCERP, ASB, L: 68-76).

El despliegue argumentativo en el discurso del actor social B, me hace pensar sobre el reconocimiento del médico-docente como líder que asume escenario de aprendizaje entrelazados con la vida personal del estudiante al punto que, se deja ver el dominio de la empatía y la escucha activa, que facilitan el rendimiento académico, además de contribuir al bienestar integral del estudiante. En este ser y hacer del médico-docente, encuentro correspondencia con el marco concepto construido que refleja la integridad formativa inspiradora, en su dimensión más humana: el compromiso con el estudiante como personas, valorando su contexto y ofreciendo apoyo que trasciende lo estrictamente académico.

Sensibilidad humanizadora del ser médico-docente

Este macroconcepto de la sensibilidad humanizador del ser médico-docente, cobra vigencia como una expresión de alta densidad teórica en la realidad del fenómeno de estudio inherente a la praxis pedagógica, al configurar un horizonte formativo que trasciende el sentido del dominio técnico y clínico para situar la esencia del acto médico en la comprensión empática y el respeto profundo hacia el otro. De modo que esta sensibilidad no se construye como un accesorio opcional, se trata de un núcleo que identifica y define la coherencia ética y el campo social de la enseñanza médica. En este orden de ideas, la cita de Chagas et al. (2025), refuerza este parecer de manera esclarecedora, desde los siguientes términos:

(...) la humanización del cuidado puede definirse, de forma genérica, como el acto de realizar un abordaje empático respetuoso hacia los pacientes. Este estudio propuso evaluar la percepción de las actitudes de estudiantes de medicina respecto a la relación médico-paciente, tras implementar la enseñanza de un método de atención humanizada y estructurada, los hallazgos mostraron que la capacidad en el uso del método estructurado condujo a un aumento significativo en las puntuaciones relacionadas con la humanización del cuidado, con énfasis en el dominio de compartir información, poder y responsabilidad con los otros (s/n).

Al trasladar estos escenarios con las implicaciones de la praxis pedagógica en el liderazgo del ser médico-docente en la UCLA, me apropio de estos razonamientos que implican que la labor educativa no se limita a la transmisión de saberes clínicos especializados, se trata de modelar un ethos de cuidado centrado en el otro, como sujeto autónomo, portador de derechos y expectativas legítimas.

De manera que, al entender la sensibilidad humanizadora, también comprendo que es un eje vertebral de la formación, capaz de integrar en el médico-docente la capacidad de orientar a sus estudiantes hacia una medicina que articule ciencia, ética y humanismo. El acto de compartir información, poder y responsabilidad con el otro, tal como lo subraya el estudio precitado, no solamente transforma la relación médico-paciente y en este caso médico-docente con el estudiante, también hace mención a una alianza terapéutica, donde la formación dentro de este contexto, refuerza en el estudiante la percepción que la medicina es un ejercicio de reciprocidad y dignidad humana.

En este contexto igualmente, la generación del conocimiento investigativo a través de la construcción de este macro concepto sobre la sensibilidad humanizada del ser médico-docente, me hace reflexionar en torno a la incorporación de metodologías estructuradas de atención humanizada como parte de las competencias curriculares, asegurando que las futuras generaciones de profesionales de la salud, respondan a los desafíos de las nuevas realidades paradigmáticas, no sólo desde el conocimiento técnico sino desde la profundidad a ética que demanda el contexto social contemporáneo, donde la vulnerabilidad del paciente se convierte en un llamado constante a la responsabilidad solidaria del médico.

Ahora bien, traigo para el refuerzo comprensivo en la realidad trascendida del fenómeno de estudio, particularmente condensada en este macroconcepto sobre la sensibilidad humanizador a del ser médico-docente, la postura del actor social B, cuando

desde sus experiencias y vivencias en el sendero abierto de la praxis pedagógica, hizo hincapié en la conexión y confianza que se imprime en su carácter intersubjetivo con el estudiante, al punto que: “(...) lo primero que siento es gratitud, porque no todos tienen el privilegio de participar en la formación de futuros médicos (...) Estamos ayudando a moldear profesionales que, en el futuro, tomarán decisiones que afectarán la vida de otros” (CONCONF, ASB, L: 165-174).

De esta manera, comprendo que este testimonio me refleja una conciencia plena de la responsabilidad y del privilegio que implica la formación del futuro profesional de la salud, al tiempo que la relación docente-estudiante, se nutre de una confianza mutua conformadora desde el reconocimiento que cada interacción es del mismo modo, un aprendizaje para el docente. Esta realidad en la correspondencia con la comprensión integral del macroconcepto, me permite fundamentar que la sensibilidad humanizadora se expresa en la gratitud, en la apertura al aprendizaje recíproco en una praxis pedagógica trascendente dado el reconocimiento de su impacto ético y vital que tendrá en la formación ofrecida sobre la vida misma de los futuros pacientes.

También resalto la voz del actor social B, cuando señaló en el siguiente trozo discursivo, lo siguiente: “no buscamos proyectar perfección, porque no somos infalibles. Pero si debemos ser congruentes entre lo que decimos y lo que hacemos (...) La autoridad del líder educativo no está en su jerarquía, si no en su integridad” (COHAUT, ASB, L: 187-199). Dados estos acontecimientos, aquí fue develado la centralidad de la integridad y la coherencia como fundamento de una docencia inspiradora que, en su manifestación del liderazgo, da cabida a reflexionar en la relación pedagógica de un líder que no se impone, sino que se gana a través de la autenticidad, mostrando al estudiante que el error, la reflexión y la mejora continua, son parte de la formación profesional y humana.

En este sentido, la sensibilidad humanizadora se nutre de la coherencia como forma de respeto hacia el otro y de la autenticidad como puentes para inspirar, humanizar y educar desde el ejemplo vivo del ser médico-docente. En los mismos términos, traigo el trozo discursivo mencionado por el actor social D, de la siguiente manera: “(...) ser sensible

no te hace débil, te hace humano. Necesitamos líderes que perciban, que comprendan, que se tomen el tiempo de mirar al otro más allá de la nota “(RELCERP, ASD, L: 57-61).

Este fragmento de la información me coloca-en la comprensión de la sensibilidad como competencia central del liderazgo del médico docente, no como una vulnerabilidad, sino como una fortaleza ética que posibilita ver al estudiante en su totalidad, y priorizando un vínculo educativo trascendente para el mejor resultado académico. Asimismo, encuentro correspondencia con el macro concepto de la sensibilidad humanizador a, cuando se destaca la capacidad de percibir y valorar al otro en su dimensión integral, reconociendo su dignidad, contexto, humanidad al tiempo que se prioriza un vínculo educativo trascendente hacia el resultado académico

Liderazgo ético-humanista

Dentro de este ámbito de trascendencia, asumo algunos razonamientos presentados por Doukas (2024) cuando afirma que, en las últimas dos décadas, los centros médico-académicos han enfrentado un desafío creciente relacionado con las transgresiones al profesionalismo médico entre su personal, residentes y estudiantes. Aunque tradicionalmente se ha respondido de manera reactiva ante conductas negativas, este autor propone un cambio transformador, en el cual también se reconozca y promueva públicamente a quienes muestren un comportamiento profesional ejemplar, generando un impacto cultural positivo en sus instituciones.

En este orden de ideas, el precitado autor sostiene que el profesionalismo médico debe integrarse de forma proactiva en la cultura educativa, comprometiendo a todos los actores con el conocimiento ético humanista, el pensamiento crítico y el modelaje de virtudes, para así nutrir y promover dicho profesionalismo desde la formación hasta la práctica clínica. Esta mirada proyectada en el sustento de un lenguaje común que lo define como un concepto fundacional basado en conocimiento científico y humanístico, orienta en términos de beneficio del paciente, ajeno al interés propio, con excelencia en el comportamiento, así como en la fidelidad a un pacto de confianza con la sociedad.

Por lo tanto, encuentro-congruencia en este planteamiento con el macro concepto del liderazgo ético humanista, del ser médico docente, que se configura como un eje generador de conocimiento investigativo, donde la formación, así como la praxis pedagógica se orientan hacia un ejercicio profesional fundamentado en los valores universales, en la integridad e inspiración moral. La construcción de este macro concepto implica reconocer que el médico-docente en su ser integral, trasmite ciencia, pero además modela un estilo de vida profesional y ético que impacta en la cultura institucional de la universidad y en la misma sociedad.

En este sentido, investigar su esencia desde el ser supone articular marcos teóricos que integren ética de la virtud, ética del cuidado y fundamentos humanísticos de la medicina, permitiendo desarrollar instrumentos, programas y estrategias que fortalezcan su rol formativo. De este modo, entiendo la consolidación del liderazgo ético-humanista en la trascendencia de la corrección de comportamientos organizacionales que pudieran presentarse de manera desviada al convertirse en un motor transformador que cultiva la excelencia moral, la compasión y la responsabilidad social como pilares inseparables del ser y hacer del médico-docente. En esta perspectiva, resalto parte del testimonio del actor social A, como foco contributivo a la densidad teórica de este macroconcepto sobre el liderazgo ético humanista, dentro de lo cual mencionó que:

(...) no se trata sólo de dirigir o impartir contenidos; es guiar con el ejemplo, acompañar procesos formativos desde una posición de compromiso ético y emocional. En la carrera de medicina, el liderazgo se convierte en una herramienta de formación integral en tanto modela conductas y comportamientos, promueve actitudes profesionales al despertar de la vocación para la siembra de la responsabilidad con el conocimiento (INFORI, ASA, L: 45-55).

Dados estos escenarios, comprendo que este fragmento me da a entender que el liderazgo médico-docente trasciende la mera transmisión de información en Ciencias de la Salud para convertirse en una experiencia transformadora que integra la ética, la emoción y el ejemplo como ejes de acción. No es un liderazgo jerárquico, sino una práctica de influencia positiva que moldea el carácter profesional y humano del estudiante. De esta manera encuentro correspondencia con el macroconcepto sobre el liderazgo ético-humanista, manifestado aquí como una praxis pedagógica que promueve valores, fomenta

la vocación y orienta hacia un ejercicio profesional responsable, cimentado hacia las bases de un médico íntegro. También, el actor social A, describió que:

(...) el líder educativo debe ser, antes que nada, un ser humano íntegro (...) La pedagogía sin humanidad no transforma. La humildad es una cualidad fundamental al reconocer que no lo sabemos todo, que podemos aprender de nuestros estudiantes, y que la docencia es también un proceso formativo para el docente (INTHUMD, ASA, L: 70-79)

Con estos señalamientos, doy cuenta que la voz del actor social A (ASA) otorgó énfasis en el hecho que la autoridad académica no se sostiene sólo en el conocimiento técnico especializado de la medicina, sino en la capacidad de reconocerse vulnerable y abierto al aprendizaje mutuo. La humildad docente rompe la verticalidad y posibilita un liderazgo más cercano y real. En este sentido, encuentro congruencia con el macroconcepto sobre el liderazgo ético-humanista, basado en la integridad y la humildad como esencia operativa, al equilibrar el dominio clínico con la apertura a la co-construcción de saberes y al reconocimiento de la dimensión humana en el acto pedagógico. Por su parte, el actor social A (ASA) ofreció su respectiva vivencia en la realidad del macro concepto sobre el liderazgo ético-humanista:

(...) el estudiante está observando todo el tiempo, no sólo lo que decimos, sino como lo decimos, como reaccionamos ante situaciones adversas, como tratamos al paciente y al personal. La imagen del líder no se construye con frases bonitas, sino con actos cotidianos (...) Somos ejemplos vivos de lo que ellos podrían llegar a ser (LIDEJEM, ASA, L: 152-164).

Este testimonio lo comprendo como un discurso que visibiliza el liderazgo docente más allá de las declaraciones en el ser y hacer de la praxis pedagógica, es un testimonio vivo de acciones congruentes con los valores que se transmiten. La coherencia entre el decir y el hacer, se convierte en la pedagogía silenciosa que más impacta en la formación del futuro médico. Encuentro congruencia con el macroconcepto sobre el liderazgo ético-humanista, dado la ejemplaridad, en tanto es en la observación y la imitación de conductas éticas y humanitarias, donde el estudiante internaliza el modelo profesional deseable.

Liderazgo humilde-reflexivo

Este macroconcepto de liderazgo humilde-reflexivo del ser médico-docente, lo construí en el proceso investigativo que nutre desde el punto de vista epistemológico, la visión trascendente del liderazgo, para situarlo en una dimensión ontológica donde el ser precede al hacer. El médico-docente que lidera desde la humildad y la reflexión reconoce sus capacidades en el trabajo de equipo, mediante una actitud escucha activa y autocrítica constante, generando un ecosistema de confianza que facilita el aprendizaje bidireccional. Como bien lo señalan Mrayyan y Algunmeeyn (2025) “los líderes humildes reconocen los esfuerzos de su equipo, fomentan la comunicación abierta, aprenden de los errores y motivan a las personas a compartir ideas y preocupaciones, todo mientras se esfuerzan por lograr metas más ambiciosas” (s/n).

Estas consideraciones desplazan el foco de la autoridad jerárquica hacia la autoridad moral y relacional en la praxis pedagógica del médico-docente, entendiendo que el desarrollo de sus procesos formativos y asistenciales, han de dominar sobre los escenarios de la humildad, lo cual no es una debilidad, es el cimiento invisible que sostiene respeto mutuo, la cohesión y el desarrollo colectivo.

Desde esta perspectiva, la generación de conocimiento sobre este macro concepto no se limita a la descripción de los comportamientos observables, va más allá de ello en cuanto a las implicaciones de comprender que las interacciones, los silencios y las decisiones que develan la disposición ética y humanista del líder, son propias de un liderazgo humilde-reflexivo que opera en la intersección entre la praxis asistencial y la praxis pedagógica, donde la capacidad de reconocer errores se convierte en una estrategia formativa y el acto de atribuir méritos al equipo, refuerza el sentido de pertenencia.

Por tanto, evidencio que el liderazgo no sólo potencia el rendimiento del grupo, también modula positivamente la cultura organizacional en, tornos de alta presión como hospitales y facultades de medicina, lo que da cabida a considerar al médico-docente como el catalizador del cambio que, lejos de imponer, inspira; lejos de apropiarse de logros, los comparte; y lejos de tener la vulnerabilidad, la asume como recurso pedagógico para modelar la ética profesional. Del mismo modo, doy la apropiación de algunos fragmentos

testimoniales de los actores sociales para reforzar y complementar este macroconcepto.

Así, el actor social B (ASB) hizo la siguiente acotación:

Me gusta una definición que dice que el liderazgo educativo es la capacidad de influir significativamente en el proceso de aprendizaje, transformando no solo el conocimiento, sino también la actitud, los valores y la conciencia del estudiante. Pero más allá de lo teórico, yo lo traduzco a lo cotidiano liderar en educación es enseñar a pensar con juicio crítico, a sentir con empatía, y a actuar con responsabilidad. Influencia formativa integral (INFORI, ASB, L: 46-54).

Dado este fragmento informativo, me doy cuenta que el liderazgo humilde-reflexivo va más allá de la mera transmisión de saberes técnicos, da a entender más bien que sus implicaciones resaltan una transformación profunda del ser del médico-docente, que integra cognición, emoción y ética en su praxis pedagógica. La humildad en el liderazgo educativo se evidencia en la capacidad del médico-docente para influir con respeto y sensibilidad en la formación integral de sus estudiantes, promoviendo un juicio crítico y empatía genuina. Esta visión reflexiva se sostiene en el ámbito del liderazgo que no sólo dirige, sino que también acompaña y despierta la conciencia moral, además de lo emocional en los estudiantes, como pilares fundamentales de la práctica médica humanizada. Del mismo modo, el actor social B (ASB) hizo hincapié en lo siguiente:

Puedo decir desde mi visión, que la praxis educativa es el tejido conectivo entre lo que pensamos y lo que hacemos. En anatomía, donde el rigor técnico es esencial, es fácil caer en el autoritarismo disfrazado de precisión. Pero el verdadero liderazgo surge cuando el conocimiento se transmite con humildad, cuando el error se convierte en oportunidad de aprendizaje. (LIHUF, ASB, L: 120-127)

Al comprender y significar esta evidencia, en cuanto a la esencia de liderazgo humilde reflexivo en la praxis pedagógica cotidiana del médico- docente en la UCLA, asumo la fragilidad humana al aceptar el error como parte del proceso formativo en tanto, la humildad, me permite romper con la rigidez autoritaria, favoreciendo un ambiente en el cual el aprendizaje se fundamenta en la confianza y la apertura. Este fragmento de la información aportada por el actor social B (ASB) me hace ver además su vinculación directa en la reflexión con la acción pedagógica, destacando que la verdadera autoridad no emana del poder, sino del ejemplo constante de vulnerabilidad y crecimiento compartido. De forma similar, pude captar en este mismo actor social B (ASB) lo siguiente:

El buen líder no siempre tiene todas las respuestas, pero sí sabe acompañar el proceso del otro. Sabe cuándo hablar y cuándo callar, cuándo guiar y cuándo dejar ser. En mi experiencia, los mejores líderes son aquellos que inspiran sin dominar, que forman sin imponer, que reconocen que enseñar también es aprender. Liderar en educación, sobre todo en medicina, es un acto de humildad, de entrega, y de profunda vocación. (INTHUMD, ASB, L: 212-220).

Este fragmento de la vivencia y experiencia del mencionado actor social, encapsula la dimensión ética-y humana del liderazgo humilde reflexivo, destacando la disposición del ser-en el médico docente para acompañar en el ejercicio de la praxis pedagógica sin ejercer control autoritario. La humildad se manifiesta en la aceptación de la propia incertidumbre y en el reconocimiento de la enseñanza como un proceso bidireccional. Además, el liderazgo es concebido como una vocación que exige entrega y apertura al aprendizaje constante, lo cual fortalece la relación en la praxis pedagógica al fomentar la autonomía además del crecimiento de los estudiantes. Ahora bien, la visualización integral de los macroconceptos construidos en este proceso investigativo, se representan en la figura 20.

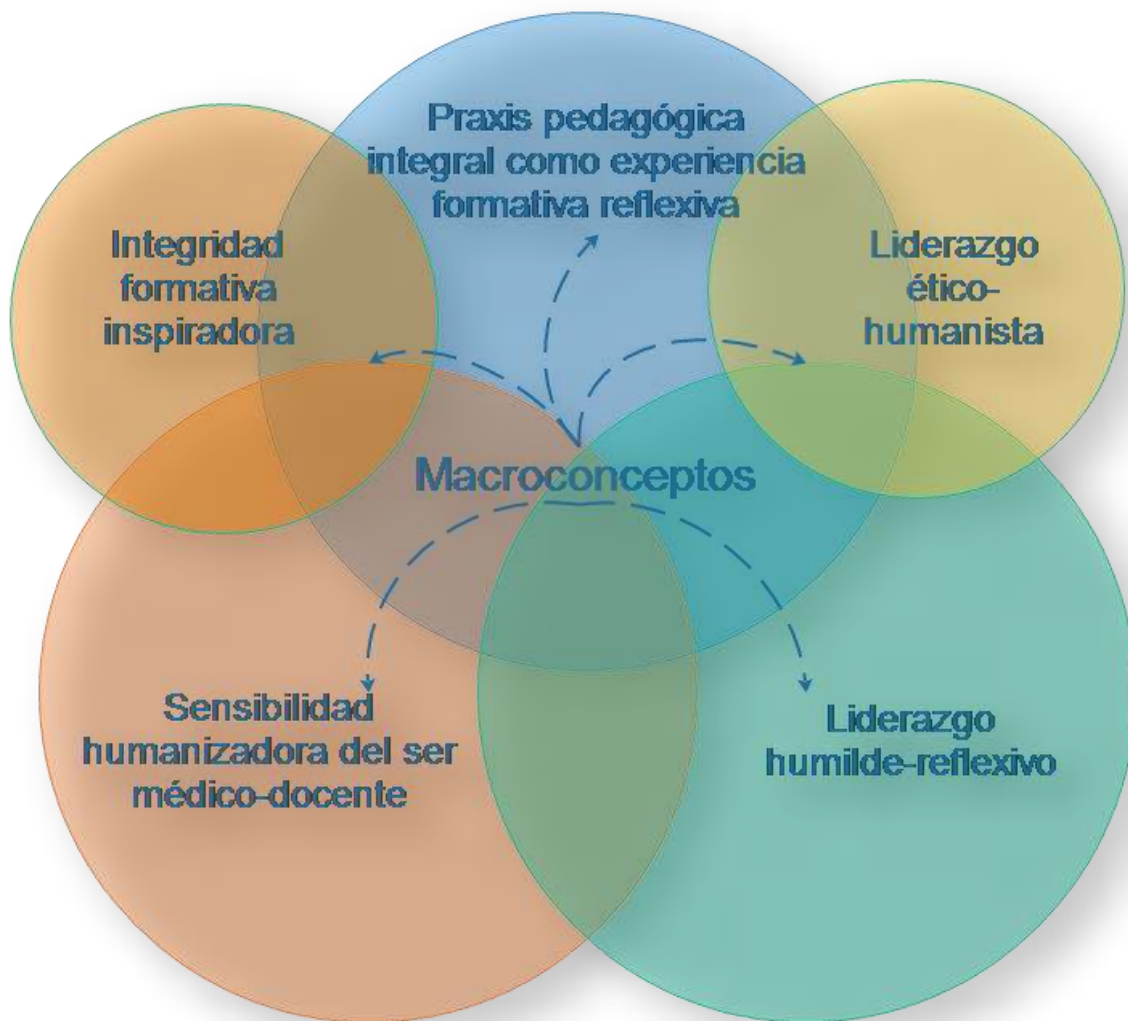


Figura 20. Macroconceptos

Fuente: elaboración propia (2025)

Núcleo ontológico del ser-médico en el “estar ahí” universitario

La ontología del ser médico-docente en Ciencias de la Salud en su permanencia en el "estar ahí" en la universidad viene a significar un ancla en su doble pertenencia, tanto a la clínica como a la educación, situaciones que coexisten como planos inseparables de su estar connotando la praxis pedagógica, en el sentido de un liderazgo humano y sensible que da cabida a su hacer no sólo porque habita en la universidad como lugar físico en la

cotidianidad de su ser, sino como territorio simbólico en el cual confluyen el saber científico y el humanismo aplicado a la formación de los futuros profesionales.

Desde esta perspectiva, se asume una vida existencial, donde el liderazgo que ejerce de carácter humilde y reflexivo, consciente que su función trasciende la transferencia de contenidos porque es constructor de un cuerpo de conocimientos que integra ciencia, ética y pedagogía lo que, a su vez, renueva los espacios de diálogo entre teoría y práctica. Tal como señala Islam (2017), se trata de comprender la raíz y estructura del conocimiento, que es condición para ejercerlo con autenticidad; en el médico-docente, esto se traduce en la articulación de lo ontológico con lo experiencial, manteniendo una apertura sensible y reflexiva hacia la realidad del cuidado humano desde adentro de su ser. Asimismo, Islam (2017) expone que:

(...) la ontología se entiende aquí como la base misma de una disciplina académica. Extiende el alcance de los aprendices para exponerse a las raíces y a la formación del cuerpo de conocimiento, permitiéndoles desarrollar la capacidad intelectual para desvelar las interrelaciones internas y externas de sus elementos constitutivos, y examinar si el conocimiento revela la realidad tal como es (p.171).

El planteamiento del precitado autor me otorga base para significar que la ontología tiene un carácter fundacional en la comprensión y estructuración de cualquier disciplina académica, perspectiva que se encuentra dentro de una interpretación pertinente y particular en la praxis pedagógica desde el liderazgo del médico-docente en la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA). Así, en el contexto de la formación en el Departamento de Ciencias de la Salud, el médico-docente además de transmitir su enseñanza disciplinar, representa un guía para los estudiantes hacia la comprensión de la naturaleza misma del conocimiento médico, reconociendo sus orígenes, fundamentos y límites.

Este tono ontológico, centrado en "comprender si el conocimiento devela la realidad tal como es", adquiere un valor estratégico en un entorno académico donde la práctica clínica y la investigación se entrelazan para dar cuenta de un liderazgo inspirador, desde esta óptica no se limita a la gestión del aprendizaje, sino que impulsan pensamiento reflexivo capaz de interrogar la correspondencia entre teoría y realidad situada,

fomentando la capacidad de los futuros profesionales para identificar las conexiones internas (conceptuales, ontológicas, implicadas en el ser) y externas (sociales, comunitarias, del sistema sanitario, de carácter éticas) del saber médico.

En la UCLA, como contexto de la realidad académica que trasciende los linderos formativos para dar paso a la congruencia del ser y hacer conjunto con los otros, en un contexto circundante, esta aproximación teórica se traduce en un ejercicio próximo de la praxis pedagógica que no concibe la enseñanza como una simple transferencia de información disciplinar, sino que el currículo se abre como una experiencia de descubrimiento que permite al estudiante situarse en el núcleo ontológico de su especialidad, para luego proyectar ese entendimiento hacia prácticas clínicas coherentes con la verdad que la realidad sanitaria demanda.

Núcleo epistemológico del saber-médico en la praxis pedagógica construida socialmente

La praxis pedagógica desde el liderazgo del médico-docente en Ciencias de la Salud de la UCLA, lo asimilo en una comprensión integradora del hacer educativo-clínico como un fenómeno socio culturalmente mediado, donde la enseñanza no se reduce al saber transmitido desde cualquier área del conocimiento, sino que se vive como una construcción compartida, situada y dialógica. En este orden de ideas, el liderazgo no se ejerce de manera unidireccional, sino que se despliega junto a los otros, convocando criterios comunes, intereses compartidos y dinámicas educativas que se articulan en la formación académica con la práctica asistencial, dando lugar al reconocimiento que el acto de enseñar y liderar en entornos clínicos, se hace sentir con implicaciones sostenibles de la tensión entre dos dimensiones complementarias: la acción pedagógica (lo que se hace) y la dimensión discursiva (por qué y para que se hace), bajo la influencia de factores estructurales de la propia institucionalidad, escenarios culturales y políticos que permean la acción pedagógica. Tal como se describe en la noción de pedagogía como práctica, desde los razonamientos de Nicholson et al. (2023) cuando hace referencia a lo siguiente, según traducción propia:

(...) el marco, denominado pedagogía -como praxis, consta de dos elementos centrales que extraen, combinan y adaptan diversas perspectivas teóricas diferentes pero complementarias. En primer lugar, se integran el marco de acción de Alexander (el qué) y componentes de la teoría de Bernstein sobre la transmisión educativa (el cómo) para describir, de manera minuciosa y sensible, la ejecución de la enseñanza. En segundo lugar, al situar la ejecución de la enseñanza como el elemento herramienta dentro de un sistema de actividad adaptado y ampliado, se aplican los elementos restantes de la teoría de la actividad (sujeto, objeto, reglas, comunidad y división del trabajo) para comprender el discurso que produce, estructura e influye en su modalidad (el por qué) (s/n).

Dadas estas consideraciones, el médico-docente se constituye en un agente de praxis reflexiva, capaz de alinear el saber hacer clínico con principios éticos, necesidades formativas y la construcción dinámica y colectiva del conocimiento, promoviendo el hecho de reconocer que la experiencia académica en salud sea al mismo tiempo, un espacio de formación técnica y de cultivo de conciencia profesional.

De la misma manera, retomo los elementos, principios y escenarios propios del construccionismo social planteado por Gergen (2001), donde el conocimiento no se entiende como una verdad aislada y objetiva, sino como una construcción dinámica y situada, resultando de las interacciones humanas, de los contextos socio históricos y culturales y en conformidad con los acuerdos implícitos y explícitos que las comunidades comparten. Este marco epistemológico permite comprender que la praxis pedagógica del médico-docente de la UCLA, se configura en su dominio técnico científico, así como en la capacidad de entretelar significados compartidos con estudiantes, colegas y comunidades de práctica.

En este sentido, la acción constructiva del conocimiento situado implica que el aprendizaje y la enseñanza se desarrollan en escenarios concretos, como la universidad y los espacios clínicos, donde se comparten sistemas de creencias, una cultura del saber médico y un lenguaje especializado que no sólo trasmite información, se trata de una estructura que forma la realidad al interpretar sus eventos en la actuación dentro de ella. La epistemología construccionista, aplicada aquí, lo reconozco en esos elementos que no son estáticos; se redefinen constantemente en la interacción con el otro, en un sentir y hacer dentro del proceso dialógico que integra experiencias previas, nuevas evidencias y valores profesionales.

De esta manera, el liderazgo de la acción conjunta del médico-docente se convierte en un dispositivo generador de consensos epistemológicos que guía, orienta y co-construye visiones colectivas sobre lo que significa "ser médico" y "formar médicos" en un contexto universitario. De este modo, al considerar este tipo de liderazgo sensible, humano, ejemplarizante, reflexivo, no se ejerce únicamente desde la autoridad formal, sino desde la autoridad relacional, cimentado en la confianza, apertura al intercambio y validación de múltiples voces en la construcción de un saber común. En concreto, el núcleo epistemológico de la aproximación teórica, sustentado en el construccionismo social, articula la praxis pedagógica con una visión colaborativa del conocimiento, donde el acto de enseñar se convierte en un espacio de negociación de significados que fortalece tanto la identidad profesional como la pertinencia social de la formación médica.

Núcleo axiológico de la aproximación teórica en la praxis pedagógica del médico-docente

En el contexto del liderazgo pedagógico del médico-docente, la axiología se traduce en la práctica cotidiana como la encarnación de valores humanos en términos de humildad, sensibilidad, reflexión, justicia, respeto al otro, tolerancia, equidad, entre otros, que orientan la construcción del conocimiento médico en la interacción con estudiantes y colegas en la realidad del Departamento de Ciencias de la Salud de la UCLA. En este marco de reconocimiento, extraje la cita de Groothuizen (2024):

(...) Los textos de diversas partes del mundo destacan la importancia de valores morales como la compasión y la integridad en la atención sanitaria. Tales valores se consideran altamente valiosos por las organizaciones de salud y se enseñan activamente dentro de la educación ética en enfermería para garantizar su presencia en la futura fuerza laboral. Sin embargo, no son los únicos valores que poseen las personas; el comportamiento moral depende de cómo se integren dentro del sistema más amplio de valores del individuo (s/n).

Esta cita me refuerza el núcleo axiológico de la aproximación teórica, al destacar que el liderazgo del médico-docente no se limita al hacer cotidiano de su especialidad para transmitir ese conocimiento técnico, ha de considerar, además, la transmisión de valores éticos fundamentales como la compasión, integridad, el respeto y la sensibilidad. La praxis pedagógica se convierte de este modo, en un espacio en el cual la formación académica y clínica se entrelazan con la construcción de un sistema de valores compartidos, donde se

orienta el comportamiento organizacional y la conducta profesional que guía la toma de decisiones en contextos complejos de cuidado y enseñanza.

Dadas estas consideraciones, el liderazgo humano y humilde del médico-docente se manifiesta en acciones concretas de acompañamiento, mentoría y modelamiento ético, reforzando al mismo tiempo la excelencia académica y clínica que están inseparablemente vinculadas a la integridad moral y coherencia personal. Además, al reconocer la coexistencia de valores personales y morales dentro de cada individuo, se hace hincapié en el requerimiento de reflexión axiológica como herramienta formativa en el desarrollo del discernimiento ético hacia la resiliencia moral en los futuros galenos.

Asimismo, el núcleo axiológico de la aproximación teórica, articula el que y el como del liderazgo pedagógico del médico-docente en funciones duales de formación y clínica, toda vez que promueve un aprendizaje significativo que permanece en el futuro médico, al concentrar la búsqueda de competencias técnicas, así como la formación de profesionales íntegros, conscientes y responsable frente a las acciones educativas en el sistema de salud.

Núcleo pedagógico de la aproximación teórica

El liderazgo pedagógico del médico docente se expresa como la capacidad de orientar sin imponer, promoviendo la autonomía crítica de los estudiantes al facilitar la integración de experiencias significativas reales de prácticas clínicas, en el proceso de aprendizaje en el marco representativo de la calidad académica. Este enfoque pedagógico respeta la dualidad educativa-clínica, en tanto la adquisición de competencias técnicas se entrecruza con el desarrollo de pensamiento reflexivo, sensibilidad a ética y habilidades de colaboración. En este ejercicio reflexivo, tome en cuenta los razonamientos de Egitim y Boyce (2023), cuando describen lo siguiente:

(...) Lo que esto parece ser en la dinámica del aula es bastante diferente de la conducta social tradicional de arriba hacia abajo. En cambio, a través de la reflexión persistente mutua, los estudiantes se vuelven receptivos a los desafíos de su propio pensamiento, dispuestos a perturbar los mismos puntos de vista en beneficio de una comprensión colectiva. Entre las prácticas reflexivas que se pueden introducir se incluyen probar los conocimientos disponibles, desafiar suposiciones e inferencias, explorar diferencias intersubjetivas y alterar significados familiares seguidos de un replanteamiento. El aprendizaje de los estudiantes surge así no de escenarios preparados y controlados por los instructores del

aula, sino del trabajo a través de las preguntas implícitas, complejas y reales de la práctica (p.3).

Esta praxis pedagógica en la construcción del saber médico, es propio de un liderazgo pedagógico que expresa la incorporación de estrategias adaptativas y evolutivas, donde el médico-docente ajusta sus intervenciones, en correspondencia con las necesidades emergentes de los estudiantes y de los contextos clínicos-académicos, consolidando un liderazgo humilde, reflexivo y participativo que orienta hacia el bien común, de manera que se construya el aprendizaje emergente en el eje axiológico en Ciencias de la Salud.

Ahora bien, el núcleo pedagógico de esta aproximación teórica se sustenta en la cotidianidad del hacer del liderazgo educativo, en el cual-los procesos de enseñanza aprendizaje trascienden y se constituyen como espacios de interacción emocional, ética y reflexiva. La praxis pedagógica implica entonces, una profunda conexión afectiva y emocional con los estudiantes, donde la gratitud y el orgullo emergen al observar sus logros y superación de barreras, a la vez que, se enfrenta la frustración por limitaciones del mismo sistema universitario o de recursos disponibles. Esta dimensión afectiva configura la enseñanza como un privilegio, que se moviliza por el amor y la pasión por la profesión médica, garantizando que el compromiso pedagógico de calidad se mantenga constante a pesar del cansancio o de la sobrecarga laboral.

Debo asimilar en esta aproximación teórica, que el núcleo pedagógico combinado con el liderazgo docente se ejerce con integridad y coherencia profesional, con lo cual nos muestra la congruencia entre el discurso y la acción pedagógica, lo cual es evidencia de la capacidad-del médico docente para reconocer errores frente a los estudiantes, lo cual fortalece la credibilidad, la confianza, y la disposición para orientar a los estudiantes en la toma de decisiones más allá del contenido académico, generando un impacto duradero en su desarrollo personal y profesional. De esta manera, la praxis pedagógica contempla también la humildad formativa, donde el reconocimiento de la propia limitación se transforma en un recurso para el aprendizaje colectivo en Ciencias de la Salud.

Aunado a ello calma observo que la construcción permanente de un vínculo pedagógico equilibrado, que combina la cercanía afectiva con la autoridad académica, viene significando un sistema de relaciones de confianza sin sacrificar la exigencia profesional, en tanto este equilibrio da cabida para que la enseñanza no se limite a la transmisión de conocimientos disciplinares propios de cada programa curricular, se trata también de una configuración del espacio de relaciones éticas, cercanas, de acompañamiento pedagógico abierto al crecimiento conjunto, donde los estudiantes aprenden tanto la disciplina médica como las formas de vincularse profesionalmente en el mundo de la salud.

En síntesis, el núcleo pedagógico de la aproximación teórica resalta la interrelación entre liderazgo, emocionalidad, ética y reflexión extendiendo un ser sensible en la praxis docente como un acto transformador que integra la dimensión humana y profesional, asegurando que la enseñanza sea significativa, contextualizada y orientada al desarrollo integral de los futuros galenos.

Núcleo teleológico como fin último

El núcleo teleológico de la aproximación teórica desde la praxis pedagógica del liderazgo del médico-docente en Ciencias de la Salud de la UCLA, viene a representar el fin último de la educación universitaria extendidas en torno a la formación integral de profesionales competentes, reflexivos y éticamente responsables, que dominan su campo de acción reconocido en la fortaleza de la tarea de liderazgo participativo tanto en organismos externos como en partes interesadas de la academia, demostrando ser líderes en el marco de actividades y procesos fundamentales de la enseñanza y la investigación en su carácter reflexivo de acciones vinculadas a la contribución efectiva en su campo. Una cita pertinente de Antao et al. (2017) me hace visualizar que:

(...) a menudo se asume que los clínicos hábiles son automáticamente docentes hábiles. De igual manera, se cree comúnmente que los docentes hábiles serán líderes efectivos. Estas oposiciones no son necesariamente ciertas. Sobresalir el liderazgo requiere desarrollar habilidades específicas que la mayoría no aprendimos durante nuestra formación médica. Reconocer el liderazgo inherente en tu rol es un primer paso necesario para la autoidentificación como líder. Luego sigue la comprensión de las tareas de liderazgo dentro de tu rol, lo que requerirá pasos hacia el desarrollo profesional (s/n).

La postura de los precitados autores, da cabida al fundamento del núcleo teleológico de la praxis pedagógica, en tanto destaca que la educación universitaria, desde el liderazgo del médico-docente, mantiene la orientación de transmitir conocimiento clínico, además de formar líderes educativos capaces de auto conocerse y desarrollarse profesionalmente. El fin último se centra en el hecho que los médicos-docentes puedan reconocer y potenciar sus capacidades de liderazgo, estructura en su labor pedagógica con reflexión, planificación y acción en el ámbito de contribuir a la formación de equipos educativos competentes.

Dadas estas manifestaciones, lo mencionado refleja una orientación teleológica donde la praxis pedagógica se dirige hacia la excelencia académica, la formación ética y la efectividad organizacional, integrando el desarrollo del docente y del estudiante en un proceso permanente de aprendizaje situado y transformador que pueda contribuir a un mapa conceptual de praxis pedagógica integral donde se articulan todas las actividades y procesos hacia el propósito del liderazgo del médico-docente.

En este orden de ideas, en el Decanato de Ciencias de la Salud de la UCLA, -la praxis pedagógica del médico docente se focaliza en su fin último de construcción de un comportamiento organizacional orientado al aprendizaje significativo, humano y ético, donde la enseñanza se transforma en un proceso intencional de formación integral, articulado a los eventos de humanización, relación cercana y profesional con los estudiantes para un acompañamiento pedagógico que conecta lo emocional y ético al potenciar la motivación y el aprendizaje.

Considero que la enseñanza humanizada, como fin último del ser médico-docente, basado en ejemplos clínicos, dilemas éticos y experiencias reales, han de permitir que los estudiantes comprendan la dimensión profundamente humana de la medicina, favoreciendo su compromiso y sentido de corresponsabilidad profesional, bajo la premisa de la generación de actividades y procesos como efectos multiplicadores de la pasión, compromiso y motivación percibidos y replicados en los estudiantes, al tiempo que se favorece la cultura de la excelencia académica y ética profesional.

Asimismo, en esta relación cercana con el otro de manera profesional, se ha de mantener sustentado el respeto mutuo y la confianza, lo que me da a entender que se

propicia un ambiente educativo donde el diálogo y la participación activa son posibles, sobre todo cuando los estudiantes se sienten escuchados, valorados y respaldados, de manera que puedan construir una confianza productiva, que no sólo potencia el aprendizaje cognitivo y especializado, sino también en el ámbito de la formación de actitudes y comportamientos coherentes con los valores institucionales.

Igualmente, la praxis teleológica del liderazgo médico docente se ve reflejado en esta aproximación teórica, en virtud de la satisfacción formativa, entendida como la gratificación que emerge al observar el progreso y la aplicabilidad ética del conocimiento médico por parte de los estudiantes, consolidando la meta organizacional de formar profesionales competentes, humanizados y comprometidos con las comunidades.

Así, al considerar la praxis pedagógica como un escenario donde se conjuga conocimiento, valores, motivación y competencias, se establece una base sólida que para mí, es de carácter de formación continua para el desarrollo de los futuros líderes médico, capaces de asumir tanto posiciones formales como informales de liderazgo, contribuyendo así a la mejora de la calidad, seguridad y eficiencia en la atención sanitaria. Esta estructura conceptual se visualiza en la figura 21, donde los macro conceptos emergentes reflejaron la interrelación de los núcleos en la edificación del conocimiento investigativo.

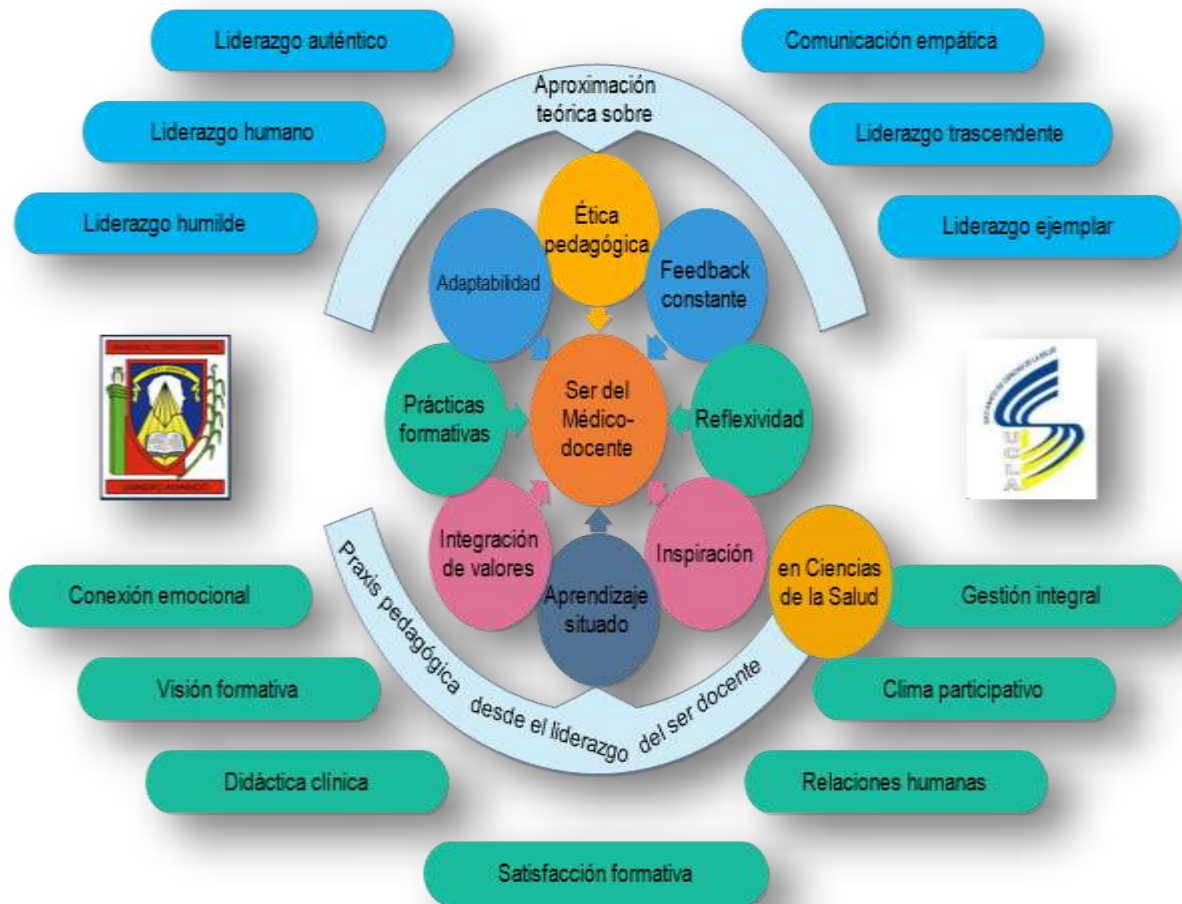


Figura 21. Aproximación teórica emergente acerca de la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA)

Fuente: elaboración propia (2025)

La aproximación teórica generada en esta investigación integra de manera coherente y articulada los cinco núcleos fundamentales inherentes a lo ontológico, epistemológico, pedagógico, axiológico y teleológico, como pilares estructurales de la praxis pedagógica desde el liderazgo del médico-docente en Ciencias de la Salud, dando paso en las consideraciones reflexivas en torno al sostenimiento comprensivo del ser-médico en su estar ahí universitario, mientras que en lo epistemológico, apoyado en el construccionismo social, se otorga hincapié en la co-construcción del conocimiento situado dentro de una

cultura compartida del saber médico. Por su parte, el núcleo axiológico, resalta la centralidad de valores como la integridad, humildad, coherencia profesional y gratitud que orientan la interacción pedagógica al fortalecer la formación ética del futuro galeno.

Asimismo, el núcleo pedagógico evidencia cómo la praxis docente se materializa en relaciones de acompañamiento pedagógico cercanas, éticas y equilibradas, donde la motivación, conexión emocional y enseñanza humanizada, potencian la participación activa del estudiante. Asimismo, el núcleo teleológico orienta la praxis hacia la consecución de los fines últimos de la educación universitaria, promoviendo un comportamiento organizacional que permite formar médico competentes, humanizados y capaces de asumir roles de liderazgo dentro de los entornos de salud en su carácter dinámico y complejo.

Este marco integral representativo de la evidencia coherente entre los núcleos, así también se alinea con la necesidad creciente de desarrollar competencias de liderazgo desde los primeros años de formación médica, aunque los graduados se sientan parcialmente preparados para roles de liderazgo, la integración de la educación en este campo, dentro del currículo médico longitudinal, puede fortalecer la confianza y la capacidad del futuro médico en la orientación de cambios en el sistema de salud.

MOMENTO VI

REFLEXIONES

Ser médico-docente compaginado en el doble llamado de curar y enseñar, se asocia con un escenario donde cada gesto clínico y palabra forman, simultáneamente, cuerpos sanos y con ciencias reflexivas, uniendo ciencia y humanidad.

Adriana Indira López Navas

Entre el bisturí y la palabra: metáfora de la praxis pedagógica en el liderazgo del médico-docente

En esta etapa de la investigación, dedicada al sustrato reflexivo, recorro a la metáfora entre el bisturí y la palabra como vía para significar las convergencias entre el acto quirúrgico (hacer clínico) y el acto pedagógico (hacer educativo) en el médico-docente como líder, con el propósito de acercarme intelectivamente hacia prácticas que me permitan reconocer, los procesos llevados a cabo en la dualidad de las funciones, que como el manejo del bisturí exige precisión, cuidado y conocimiento para intervenir sobre el cuerpo, la palabra (en su dimensión pedagógica, en tanto se requiere sensibilidad, ética y claridad para incidir en la mente y el espíritu del otro.

Esta reflexión metafórica, busca resaltar el liderazgo médico al tiempo que se manifiesta ejercido desde la humildad, humanidad, sensibilidad hacia el otro y participación activa en sus propias realidades, trascendiendo incluso, la mera transmisión de saberes al convertirse en una praxis pedagógica integral, donde la técnica y el conocimiento dialogan profundamente con la empatía, así como el compromiso humano y social.

En esta perspectiva reflexiva, la metáfora entre el bisturí y la palabra cobra vigencia como recurso interpretativo que permite ensamblar, de manera comprensiva, las intencionalidades planteadas en el estudio con un conjunto de analogías que demuestran su coherencia profunda. Dados los momentos del estudio, logré descubrir la precisión

técnica y claridad conceptual al evocar el acto de develar los sentidos y significados que construyen los médicos-docentes sobre su praxis pedagógica.

De este modo, evocar el acto de develar los sentidos y significados que construyen los médicos docentes sobre su praxis pedagógica implicó adentrarse en las narrativas vivas de su experiencia profesional, donde el liderazgo en la enseñanza se entrelazan en un ensamble-educativo clínico que resalta a través de espacios auténticos de diálogo y reflexión (similares a aquellos en los cuales los estudiantes y docentes comparten ejemplos positivos de profesionalismo), en tanto se devela una práctica con sentido de lo que se enseña, así como el ser manifestado en esa acción educativa integral.

Este proceso, nutrido por el modelaje explícito, el aprendizaje situado y la indagación apreciativa, me permitió reconocer en las narrativas de los actores sociales, sus experiencias y la vida misma del médico-docente que se transmite bajo principios como el humanismo, la responsabilidad, el altruismo y la excelencia, los cuales, al ser interpretados de manera reflexiva, refuerzan el compromiso pedagógico y la identidad profesional en las Ciencias de la Salud.

En cuanto a la analogía sobre el cuidado integral y la visión holística que dialogan con la tarea de interpretar el acompañamiento pedagógico más allá del hacer técnico, que no se trata exclusivamente de un ejercicio de diagnóstico y tratamiento, el valor de esta visión holística es la co-construcción de un acto interpretativo desde adentro del médico-docente que reconoce en el otro, bien sea en el paciente o en el estudiante, una totalidad indivisible de cuerpo, mente, emociones, cultura y espiritualidad. De eso se trata el cuidado holístico, un enfoque que proporciona el reconocimiento de las necesidades del otro, como principio que trasciende el espacio clínico y educativo y se proyecta en el aula, donde el médico-docente, en su liderazgo formativo, se convierte en intérprete sensible de las realidades y potencialidades de los futuros galenos.

De esta manera, en la metáfora entre el bisturí y la palabra, el bisturí me da la idea de una precisión del conocimiento especializado, y a su vez, se valora en la capacidad de intervenir con exactitud sobre aquello que necesita ser transformado; la palabra por su parte, hace referencia a la fuerza interpretativa y humanizador a del acompañamiento

pedagógico, lo que significa que integrar la visión holística en este binomio del médico-docente, significa comprender que enseñar no es sólo transmitir la información especializada, en la semejanza que se distingue al curar al paciente que no es sólo reparar órganos: la idea es que en ambos casos, se trata de restaurar equilibrios, despertar capacidades y acompañar procesos de autonomía.

Es por ello que, la intencionalidad investigativa de interpretar el acompañamiento pedagógico más allá del hacer técnico, se cumple en esta metáfora al entender que el verdadero liderazgo del médico-docente radica en cuidar integralmente la experiencia formativa, leyendo sus matices y cultivando un espacio de cercanía y conexión donde la ciencia y la humanidad convergen para transformar vidas.

Igualmente, puedo asimilar reflexivamente en esta metáfora que la humildad en la intervención se enlaza simbólicamente con el propósito de comprender la configuración del liderazgo en medio de las tensiones formativas. Así como los expertos, pese a su conocimiento, pudieran verse atrapados por la rigidez cognitiva y la orientación hacia el rendimiento, el médico-docente en frente al desafío de no permitir que su experiencia se convierta en un obstáculo para adaptarse a los nuevos requerimientos de la educación universitaria en la formación del médico. La humildad, en este sentido, se fundamenta como un puente que permite reconocer limitaciones, abrirse a nuevas estrategias pedagógicas y aceptar que el error no es un fracaso, sino un catalizador del aprendizaje.

En esta metáfora del bisturí la palabra, este abierto se traduce en la capacidad de intervenir con fundamento y conocimiento en el marco de la ética, sin imponer, sino guiando con sensibilidad, escuchando, ajustando el ritmo y el enfoque de la enseñanza según las particularidades de cada estudiante. De esta manera, la praxis pedagógica desde el liderazgo del médico-docente no se reduce a su área disciplinar del conocimiento y la experiencia o quizás en la ejecución de procedimientos, sino que se transforma en un acto flexible, reflexivo y profundamente humano, donde la palabra acompaña al bisturí y ambos convergen en la construcción de nuevas realidades educativas profesionales, de confianza y autonomía.

Asimismo, en términos de la sensibilidad ante la vulnerabilidad junto con la participación en un proceso compartido, proyecté la generación de una aproximación teórica emergente que rescata la mirada del ser docente, en tanto la confluencia de semejanzas entre el bisturí y la palabra no es de carácter fortuita. Ambas herramientas, una en la cirugía del cuerpo y otra en la construcción del pensamiento, demandan un liderazgo sensible, capaz de intervenir con rigor, cuidado y respeto por la integridad de quienes son parte de este proceso formativo.

Desde la perspectiva, que adquiere interés en la vulnerabilidad, reconozco que este valor no es un atributo estático de ciertos individuos, es más bien, una condición situacional y contextual, fluctuante y diversa, que exige un abordaje sensible del ser médico-docente en condiciones de adaptabilidad, lo que da lugar al hecho de asumir una praxis pedagógica que se convierte en un intérprete del contexto y de las necesidades particulares de cada estudiante, entendiendo que la vulnerabilidad puede manifestarse en múltiples dimensiones como la cognitiva, emocional, social o ética. La participación en un proceso compartido ha de asimilar la construcción de espacios donde los estudiantes se sientan seguros para explorar, en confianza con el otro, saber que equivocarse es de humanos, reflexionar y aprender valorando sus ritmos, historias y particularidades.

En este sentido, la praxis pedagógica desde el liderazgo del médico-docente logra trascender la administración curricular de un programa para configurarse como un acto de humanización del saber, donde la sensibilidad ante la vulnerabilidad y la participación activa de todos los actores, devienen en principios orientadores. El seguimiento de la metáfora sobre la palabra que acompaña al bisturí, y ambos convergen en la creación de una experiencia educativa integra, trasciende los contextos formativos, significando la ética que refleja la intencionalidad de la investigación de interpretar, comprender y construir la dimensión humana del liderazgo docente en el Decanato de Ciencias de la Salud de la UCLA.

De forma similar, en la metáfora que atraviesa esta reflexión de cierre investigativo, en cuanto a que el bisturí y la palabra convergen como símbolos de la praxis pedagógica del médico-docente, al visibilizar que mientras la precisión quirúrgica del bisturí exige concentración, rigor científico y cuidado meticuloso, la palabra del médico-docente

despliega su potencia en la construcción de nuevas ideas llevadas a la práctica, donde la motivación y la sensibilidad emocional del estudiante cobra relevancia para el hacer educativo integral.

La singularidad de la praxis-del médico docente, se devela cómo un acto de liderazgo humano, ejemplarizante y ético, en el cual la conexión emocional se convierte en puente comunicativo al trascender el contenido de generar aprendizaje significativo; en tanto, su acción pedagógica logra motivar cuando su pasión se contagia, percibe el potencial de cada estudiante, e incluso de aquellos inseguros o en momentos de vulnerabilidad, y cuando adapta su enseñanza a los contextos, requerimientos particulares, personalizando cada interacción como se afina una incisión quirúrgica, con cuidado, respeto y coherencia.

En concreto, liderar desde esta praxis pedagógica viene asociado al reconocimiento de la complejidad experiencial estudiantil que asume cada escenario educativo como oportunidad para co-construir el aprendizaje médico. La participación es un proceso compartido que requiere humanizar la enseñanza, acompañar desde la cercanía y sostener al estudiante en sus momentos de incertidumbre o crisis, mientras se enseña a través del ejemplo: aceptar errores propios, ofrecer guía sin juicio, cultivar resiliencia vocacional y mantener firmeza en la exigencia consentido profesional. La palabra, como el bisturí, debe intervenir con sensibilidad y conciencia, configurando liderazgo emergente que no sólo instruye, sino que transforma, dejando una huella profunda en la formación de los futuros profesionales de la salud, con sentido humano y excelencia que convergen en un mismo acto pedagógico.

Referencias

- Abdul Rahman, M. A. (2023). *Clinical reasoning teaching and learning in undergraduate primary care medical education* (Tesis doctoral inédita). University College London. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10172158/>
- Adil, M., Nagu, N. N., Rustam, A., & Wahyuni. (2022). Interpretive paradigm on development of science and accounting research. *International Journal of Humanities Education and Social Sciences (IJHESS)*, 1(4), 297- 302. <https://doi.org/10.55227/ijhess.v1i4.87>
- Ahmed, S. K. (2024). The pillars of trustworthiness in qualitative research. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 2, 100051. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100051>
- Aldrup, K., Carstensen, B., & Klusmann, U. (2022). Is empathy the key to effective teaching? A systematic review of its association with teacher-student interactions and student outcomes. *Educational Psychology Review*, 34(1), 1–40. <https://doi.org/10.1007/s10648-021-09649-y>
- AlMahmoud, T., Hashim, M. J., Elzubeir, M. A., & Branicki, F. (2017). Ethics teaching in a medical education environment: Preferences for diversity of learning and assessment methods. *Medical Education Online*, 22(1), 1328257. <https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1328257>
- Antao, V., Cavett, T., Walsh, A., Bethune, C., Cameron, S., Clavet, D., Dove, M., & Koppula, S. (2017). Leading from where you teach: Educational leader role within the Fundamental Teaching Activities Framework. *Canadian Family Physician*, 63(10), 808-812. <https://doi.org/PMC5638481>
- Arnold, J. K., & Mundy, B. (2020). Praxis pedagogy in teacher education. *Smart Learning Environments*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40561-020-0116-z>
- Assarroudi, A., Heshmati Nabavi, F., Armat, M. R., Ebadi, A., & Vaismoradi, M. (2018). Directed qualitative content analysis: The description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *Journal of Research in Nursing*, 23(1), 42–55. <https://doi.org/10.1177/1744987117741667>
- Aspers, P., & Corte, U. (2019). What is qualitative in qualitative research. *Qualitative Sociology*, 42(2), 139-160. <https://doi.org/10.1007/s11133-019-9413-7>
- Bahramnezhad, F., & Keshmiri, F. (2025). Establishing pathways to excellence in the teaching profession: An exploration of teachers' experiences on sustaining motivation in medical sciences universities. *BMC Medical Education*, 25, 279. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06844-1>
- Bans-Akutey, A., & Tiimub, B. M. (2021, agosto). Triangulación en la investigación. *Letras de la Academia*, (Artículo 3392), 1-6. <https://doi.org/10.20935/AL3392>

- Barman, L., Weurlander, M., Lindqvist, H., Price, L., & Christensson, S. (2023). Hardness or resignation: How emotional challenges during work-based education influence the professional becoming of medical students and student teachers. *Vocations and Learning*, 16(3), 421-441. <https://doi.org/10.1007/s12186-023-09323-0>
- Barrett-Maitland, N., Williams-Shakespeare, E., Allen, D., & Edwards-Braham, S. (2024). From tradition to innovation: Proposing agile leadership as the new paradigm for a higher education institution in a developing country. *Power and Education*, 17(2), 255-278. <https://doi.org/10.1177/17577438241307310>
- Becher, A., & Lefstein, A. (2020). Teaching as a Clinical Profession: Adapting the Medical Model. *Journal of Teacher Education*, 72(4), 477-488. <https://doi.org/10.1177/0022487120972633>
- Berges-Puyó, J. G. (2022). Ethical leadership in education: A uniting view through ethics of care, justice, critique, and heartfelt education. *Journal of Culture and Values in Education*, 5(2), 140-151.
- Biruny, D. H., & Salsabila, I. (2021). Application of a humanistic approach to health care and education. *AMCA Journal of Community Development*, 1(1), 9-12. <https://doi.org/10.51773/ajcd.v1i1.22>
- Briceño, C. E. (2024). Aprendizaje situado: Sinergia pedagógica efectiva en la praxis pedagógica universitaria. *Cuestiones Pedagógicas*, 1(33), 111-130. <https://doi.org/10.12795/CP.2024.i33.v1.06>
- Bustos Jaimes, M. A. (2024). *Fundamentos teóricos sobre el liderazgo docente desde el posicionamiento de las tendencias innovadoras para la transformación de los ambientes de aprendizaje* [Tesis doctoral, Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Instituto Pedagógico Rural "Gervasio Rubio"]. Repositorio Científico UPEL. <https://repositorio.uptmpr.edu.ve/xmlui/handle/123456789/1052>
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), 545-547. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>
- Chafe, R. (2024). Different Paradigm Conceptions and Their Implications for Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 23. <https://doi.org/10.1177/16094069241282871>
- Chagas, H., Pereira, E. R. S., Soares, V., & Rabahi, M. F. (2025). Influence of teaching a structured and humanized method of care on the perception of medical student attitudes in the doctor-patient relationship. *PLoS One*, 20(2), e0314317. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314317>
- Chávez Salas, M. M. (2024). *Liderazgo pedagógico y desempeño docente en los estudiantes del I ciclo en la Universidad de Ciencias y Humanidades* [Tesis de doctorado], Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle. Repositorio institucional de la UNE. <https://repositorio.une.edu.pe/handle/UNE/6447>

- Christou, P. A. (2023). How to use thematic analysis in qualitative research. *Journal of Qualitative Research in Tourism*, 1, 1–17. <https://doi.org/10.4337/jqrt.2023.0006>
- Chubaci, E. F., Costa, C. D., Santos Neto, M. F., dos Santos, E. R., Engel, A. M., Costa, A. C., Silva, T. M., Cristóvão, H. L., Quitério, A. B., Lima, A. R., Brienze, V. M., Fácio Jr, F. N., & André, J. C. (2024). Development of leadership skills in medical education: Protocol for a scoping review. *JMIR Research Protocols*, 13, e62810. <https://doi.org/10.2196/62810>
- Colomer, J., Serra, T., Cañabate, D., & Bubnys, R. (2020). Reflective learning in higher education: Active methodologies for transformative practices. *Sustainability*, 12(9), 3827. <https://doi.org/10.3390/su12093827>
- Collins, C. S., & Stockton, C. M. (2018). The Central Role of Theory in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1). <https://doi.org/10.1177/1609406918797475>
- Constantinou, C., & Wijnen-Meijer, M. (2022). Student evaluations of teaching and the development of a comprehensive measure of teaching effectiveness for medical schools. *BMC Medical Education*, 22, 113. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03148-6>
- Cordero, M. Á. (2021). La Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado y la cooperación: una acción primordial. *Compendium*, 24(47).
- Dahal, N., Neupane, B. P., Pant, B. P., Dhakal, R. K., Giri, D. R., Ghimire, P. R., & Bhandari, L. P. (2024). Participant selection procedures in qualitative research: Experiences and some points for consideration. *Frontiers in Research Metrics and Analytics*, 9, 1512747. <https://doi.org/10.3389/frma.2024.1512747>
- Dandan, X., Qiumei, W., & Dongdong, W. (2025). A study on the relationships among teacher leadership and medical students' professional commitment and academic burnout. *BMC Medical Education*, 25, 241. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06689-8>
- Dewey, J. (1933). *How We Think: A Restatement of the Relation of Reflective Thinking to the Educative Process*. Boston, MA: D.C. Heath & Co Publishers
- Diamond, F., & Bulfin, S. (2023). Care of the profession: teacher professionalism and learning beyond performance and compliance. *Pedagogy, Culture & Society*, 33(2), 503-521. <https://doi.org/10.1080/14681366.2023.2239820>
- Dornan, T., Roy Bentley, S., & Kelly, M. (2020). Medical teachers' discursive positioning of doctors in relation to patients. *Medical Education*, 54(7), 628–636. <https://doi.org/10.1111/medu.14074>
- Doukas, D. J., Ozar, D. T., Darragh, M., de Groot, J. M., Carter, B. S., & Stout, N. (2022). Virtue and care ethics & humanism in medical education: A scoping review. *BMC Medical Education*, 22(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03051-6>

- Doukas, D. J. (2024). Promoting professionalism through humanities-based transformation. *Annals of Medicine*, 56(1), 2386039. <https://doi.org/10.1080/07853890.2024.2386039>
- Downing, M. (2025). Producing more effective physician leaders through medical training: Expanding the focus beyond the doctor-patient relationship. *Healthcare Management Forum*, 38(4), 301-304. <https://doi.org/10.1177/08404704251327091>
- Dull, A. (2025). *It's complex: Teacher praxis and critical pedagogies* (Tesis doctoral, Saint John's University). St. John's Scholar. https://scholar.stjohns.edu/theses_dissertations/2025
- Dunwoodie, K., Macaulay, L., & Newman, A. (2023). Qualitative interviewing in the field of work and organisational psychology: Benefits, challenges and guidelines for researchers and reviewers. *Applied Psychology*, 72(2), 863-889. <https://doi.org/10.1111/apps.12414>
- Durán, D. (2024). *Liderazgo educativo de Luis Beltrán Prieto Figueroa en la perspectiva discursiva de docentes universitarios* [Tesis doctoral, Programa Interinstitucional de Doctorado en Educación UCLA–UNEXPO–UPEL]. Instituto Pedagógico de Barquisimeto.
- Eastwood, J. L., Koppelman-White, E., Mi, M., Wasserman, J. A., Krug III, E. F., & Joyce, B. (2017). Epistemic cognition in medical education: A literature review. *International Journal of Medical Education*, 8, 1-12. <https://doi.org/10.5116/ijme.5849.bfce>
- Efremov, L., Dimitrievska, V., Kallach, L., & Nakhil, S. (2025, February). The role of organizational culture in healthcare: A rapid review. In *Digitalization and Management Innovation III*. <https://doi.org/10.3233/FAIA250035>
- Egitim, S., & Boyce, M. C. (2023). Incorporating leadership education into undergraduate courses: Utilizing a duoethnographic perspective. In S. Egitim & Y. Umemiya (Eds.), *Leaderful classroom pedagogy through an interdisciplinary lens: Merging theory with practice* (pp. 3–18). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-981-99-6655-4>
- Erwin, F., Suryowati, T., Sunarti, L. S., & Diani, Y. H. (2023). Practicing humility to medical students: Sharing experience during community service to specific lay church congregation. *Journal of Complementary and Alternative Medical Research*, 22(4), 1-10. <https://doi.org/10.9734/JOCAMR/2023/v22i4462>
- Faihs, L., Neumann-Opitz, C., Kainberger, F., & Druml, C. (2024). Ethics teaching in medical school: The perception of medical students. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 136(5–6), 129-136. <https://doi.org/10.1007/s00508-022-02127-7>
- Fendt, J. (2025). Embracing emergence in qualitative meta-analysis: A guide to higher-order synthesis. *Methodological Innovations*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/20597991251352414>

- Frich, J. C., Brewster, A. L., Cherlin, E. J., & Bradley, E. H. (2015). Leadership development programs for physicians: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 30(5), 656–674. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3141-1>
- Frizell, C. (2025). Authentic leadership in clinical education: A neurodivergent educator's call for change. *Clinical Teacher*, 1–4. <https://doi.org/10.1111/tct.70088>
- Fyfe, L., Heinrich, B., Kanar, A. M., & D'Intino, K. (2024). Competency articulation at the intersection of happenstance and experiential learning. *Industry and Higher Education*, 38(6), 534–546. <https://doi.org/10.1177/09504222241249404>
- Galea, S., & Rousell, D. (2022). Rethinking teaching: Alternative ontologies of educational praxis and thought. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, 43(5), 659–665. <https://doi.org/10.1080/01596306.2022.2117096>
- Geertz, C. (2017). *The Interpretation of Cultures: Selected Essays* (3ra ed., prólogo de R. Darnton). Basic Books.
- Gergen, K. J. (2001). *Social construction in context*. SAGE.
- Gohal, G. (2021). Models of teaching medical errors. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 37(7), 2020-2025. <https://doi.org/10.12669/pjms.37.7.4506>
- González, P., & Romero, M. A. (2025). Motivations for a career in teaching: Medical students' projections towards their future role. *BMC Medical Education*, 25, 117. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06536-2>
- Grodal, S., Anteby, M., & Holm, A. L. (2019). Problematizing categories in qualitative analysis: Implications for theory building. *Academy of Management Proceedings*, 2019(1), 12126. <https://doi.org/10.5465/AMBPP.2019.12126>
- Groothuizen, J. E. (2024). Axiological reflection for nursing ethics education: The missing link in understanding value conflicts. *Nursing Ethics*, 32(4), 1230-1239. <https://doi.org/10.1177/09697330241295369>
- Guo, K., Luo, T., Zhou, L. H., & et al. (2020). Cultivation of humanistic values in medical education through anatomy pedagogy and gratitude ceremony for body donors. *BMC Medical Education*, 20, 440. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02292-1>
- Habermas, J. (1981). *Teoría de la acción comunicativa* (Vols. I-II). Taurus.
- Haj, A. (2022). *Concepts of leadership and the value of leadership for health care professionals: Perspectives from doctor of physical therapy students* (Doctoral dissertation, St. Catherine University). ProQuest Dissertations Publishing. AAT 30500465.
- Hatlevik, I. K. R., & Hovdenak, S. S. (2020). Promoting students' sense of coherence in medical education using transformative learning activities. *Advances in Medical Education and Practice*, 11, 807-816. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S266960>

- Heydari, S., & Beigzadeh, A. (2024). Medical students' perspectives of reflection for their professional development. *BMC Medical Education*, 24, 1399. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06401-2>
- Heidegger, M. (2005). *Ser y tiempo* (J. E. Rivera, Trad.). Trotta. (Obra original publicada en 1927).
- Hektoen, E. (2025). Trust and trustworthiness in pedagogical competence development programs: tensions between systemic contexts and interpersonal relationships. *International Journal for Academic Development*, 30(1), 95–105. <https://doi.org/10.1080/1360144X.2024.2447332>
- Hernández, G. M. (2024). Pedagogical practice: From the teacher training of the medical professor. *Horizon Interdisciplinary Journal*, 2(2), 13-29. <https://doi.org/10.56935/hijv2i2.30>
- Houldsworth, A. (2021). Trust me I'm a doctor; The importance of trust in promoting high performance learning in medical education. *MedEdPublish*, 9, 184. <https://doi.org/10.15694/mep.2020.000184.2>
- Husserl, E. (2013). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Libro primero: Introducción general a la fenomenología pura* (A. Ziri6n Quijano, Ed. y trad.). Universidad Nacional Aut6noma de M6xico / Fondo de Cultura Econ6mica. (Obra original publicada en 1913).
- Isea, J., Romero Fern6ndez, A. J., & Molina Guti6rrez, T. D. J. (2024). Ontology of the university teacher: A transformational leader in lifelong learning. *Health Leadership and Quality of Life*, 3. <https://doi.org/10.56294/hl2024.483>
- Jameel, S., Peterson, A., & Arthur, J. (2022). *Ethics and the good doctor: Character in the professional domain*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003137887>
- Jaramillo-Restrepo, V., Losee, J. E., Bump, G. M., Bison-Huckaby, M., Merriam, S. (2024). Educating our future medical leaders: An innovative longitudinal course across surgical and medical specialties in graduate education. *Journal of Healthcare Leadership*, 16, 255-262. <https://doi.org/10.2147/JHL.S468061>
- Keong, Y. W., Md Husin, M., & Kamarudin, S. (2023). Understanding research paradigms: A scientific guide. *Journal of Contemporary Issues in Business and Government*, 27(2), 2021. <https://doi.org/10.47750/cibg.2021.27.02.588>
- Khalajinia, Z., Alipour, Z., & Safaeipour, R. (2020). Exploring medical teachers' and interns' experiences regarding professional ethics. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 131. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_706_19
- Kotter, T., Kiehn, L., Obst, K. U., & Voltmer, E. (2021). The Development of Empathy and Associated Factors during Medical Education: A Longitudinal Study. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 8. <https://doi.org/10.1177/23821205211030176>

- Lim, J. Y., Ong, S. Y. K., Ng, C. Y. H., Chan, K. L. E., Wu, S. Y. E. A., So, W. Z., Tey, G. J. C., Lam, Y. X., Gao, N. L. X., Lim, Y. X., Tay, R. Y. K., Leong, I. T. Y., Rahman, N. D. A., Chiam, M., Lim, C., Phua, G. L. G., Murugam, V., Ong, E. K., & Krishna, L. K. R. (2023). A systematic scoping review of reflective writing in medical education. *BMC Medical Education*, 23(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03924-4>
- Loue, S. (2022). Teaching and practicing humanism and empathy through embodied engagement. *Medicina (Kaunas)*, 58(3), 330. <https://doi.org/10.3390/medicina58030330>
- Ma, T., Li, Y., Yuan, H., He, W., & Chen, C. (2023). Reflection on the teaching of student-centred formative assessment in medical curricula: An investigation from the perspective of medical students. *BMC Medical Education*, 23, 141. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04110-w>
- Matthes, E., & Rotthoff, T. (2024). The pedagogical relationship in medical education and training: A critical analysis. *GMS Journal for Medical Education*, 41(4), Doc49. <https://doi.org/10.3205/zma001704>
- Mendhe, H. G., Petkar, P. B., & Choudhari, S. G. (2023). Scope of leadership among medical teachers. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(7), 1470-1471. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_796_23
- Meydan, C. H., & Akkas, H. (2024). The role of triangulation in qualitative research: Converging perspectives. En *Principles of conducting qualitative research in multicultural settings* (pp. 98-129). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-3306-8.ch006>
- Misra, G., Prakash, A., & Kenneth, J. G. (2012). Kenneth J. Gergen and social constructionism. *Psychological Studies*, 57(2), 121-125. <https://doi.org/10.1007/s12646-012-0151-0>
- Moerer-Urdahl, T., & Creswell, J. W. (2004). Using Transcendental Phenomenology to Explore the “Ripple Effect” in a Leadership Mentoring Program. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(2), 19-35. <https://doi.org/10.1177/160940690400300202>
- Molina Wills, W. (2023). Coding and categorization of qualitative data in the area of health. *International Journal of Research*, 10(5), 134–142. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7911145>
- Moreira, T. S. (2024). *Liderazgo pedagógico, desarrollo profesional docente y complejidad de la gestión escolar: un estudio de casos múltiples en escuelas de São Paulo, Brasil* [Tesis de doctorado, Universidad Alberto Hurtado & Universidad Diego Portales]. Repositorio UAH. <https://repositorio.uahurtado.cl/handle/11242/3443>
- Moustakas C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mrayyan, M. T., & Algunmeeyn, A. (2025). An Online Transverse Study of Humble Leadership and Team Performance. *SAGE Open*, 15(3). <https://doi.org/10.1177/21582440251357239>

- Munna, A. S. (2021). Instructional Leadership and Role of Module Leaders. *International Journal of Educational Reform*, 32(1), 38-54. <https://doi.org/10.1177/10567879211042321> (Original work published 2023)
- Natesan, S., Jordan, J., Sheng, A., Carmelli, G., Barbas, B., King, A., Gore, K., Estes, M., & Gottlieb, M. (2023). Feedback in medical education: An evidence-based guide to best practices from the Council of Residency Directors in Emergency Medicine. *Western Journal of Emergency Medicine*, 24(3), 479-494. <https://doi.org/10.5811/westjem.56544>
- Ní Mhurchú, M., & Cantillon, P. (2023). Reflective practice in medicine: The hidden curriculum challenge. *The Clinical Teacher*, 21(2). <https://doi.org/10.1111/tct.13682>
- Nicholson, P. M. (2023). Pedagogy-as-praxis: A sociocultural framework for researching pedagogy as performance and discourse. *International Journal of Research & Method in Education*. <https://doi.org/10.1080/1743727X.2023.2167977>
- Nicmanis, M. (2024). Reflexive Content Analysis: An Approach to Qualitative Data Analysis, Reduction, and Description. *International Journal of Qualitative Methods*, 23. <https://doi.org/10.1177/16094069241236603>
- Ottenhoff-de Jonge, M. W., van der Hoeven, I., Gesundheit, N., & al. (2021). Medical educators' beliefs about teaching, learning, and knowledge: Development of a new framework. *BMC Medical Education*, 21, 176. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02587-x>
- Ouliaris C. (2019). The importance of self-awareness: musings of a medical student. *Australasian Psychiatry*, 27(3), 267-269. doi:10.1177/1039856219839479.
- Parsad, V., & Divakaran, J. (2025). Active learning in medical education: A brief overview of its benefits. *MAR Pathology and Clinical Research*, 2(4). <https://doi.org/10.5281/zenodo.14709388>
- Rafi'i, M. R., Hanif, S. A. M., & Bin Daud, F. (2025). Exploring the link between healthcare organizational culture and provider work satisfaction: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 25, 904. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12973-6>
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la Investigación*. México: McGrawHill.
- Ryan, J., & Goldingay, S. (2022). University leadership as engaged pedagogy: A call for governance reform. *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 19(1), 122-139. <https://doi.org/10.53761/1.19.1.08>
- Schon, D. A. (1992). *The reflective practitioner: How professionals think in action* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315237473>
- Schydlo, F., Sterz, J., Stefanescu, M. C., Kadmon, M., König, S., Rüsseler, M., Walcher, F., & Adili, F. (2024). Influence of medical didactic training on the self-efficacy and

- motivation of clinical teachers. *Innovative Surgical Sciences*, 9(2), 99-108. <https://doi.org/10.1515/iss-2023-0073>
- Shorbagi, A. I. (2024, octubre 18). Promoting resilience among medical students using the Wadi framework: A clinical teacher's perspective. *Frontiers in Medicine*, 11, 1488635. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1488635>
- Soemantri, D. (2025). Humility and confidence in medical education: Can they co-exist? *The Clinical Teacher*, 22(3), e70086. <https://doi.org/10.1111/tct.70086>
- Somerville, J. (2025). A Personal Perspective on Philosophy of Teaching: The Clinical Learning Environment, Teaching Session and Assessment. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 12. <https://doi.org/10.1177/23821205241312824>
- Southworth, J. (2022). Bridging critical thinking and transformative learning: The role of perspective-taking. *Theory and Research in Education*, 20(1), 44-63. <https://doi.org/10.1177/14778785221090853>
- Steinert, Y., Naismith, L., & Mann, K. (2012). Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education: A BEME systematic review. BEME Guide No. 19. *Medical Teacher*, 34(6), 483-503. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.680937>
- Sternszus, R., Steinert, Y., Razack, S., Boudreau, J. D., Snell, L., Cruess, R. L. (2024). Being, becoming, and belonging: Reconceptualizing professional identity formation in medicine. *Frontiers in Medicine (Lausanne)*, 11, 1438082. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1438082>
- Sukhera, J., Atkinson, T., Hendriks, S., Kennedy, E., Panza, M., Rodger, S., & Watling, C. (2025). Pedagogies of discomfort and disruption: A meta-narrative review of emotions and equity-related pedagogy. *Medical Education*, 59(6), 581-588. <https://doi.org/10.1111/medu.15603>
- Sutton, J., & Austin, Z. (2015). Qualitative research: Data collection, analysis, and management. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 68(3), 226-231. <https://doi.org/10.4212/cjhp.v68i3.1456>
- Tatto, M. T. (2021). Professionalism in teaching and the role of teacher education. *European Journal of Teacher Education*, 44(2), 1-25. <https://doi.org/10.1080/02619768.2020.1849130>
- Tokumasu, K., Obika, M., Obara, H., Kikukawa, M., Nishimura, Y., & Otsuka, F. (2022). Processes of increasing medical residents' intrinsic motivation: A qualitative study. *International Journal of Medical Education*, 13, 115-123. <https://doi.org/10.5116/ijme.6250.1017>
- Torres, C. (1998). *Estrategias y técnicas de la investigación cualitativa*. Bogotá: UNAD.

- Trainor, A., & Richards, J. B. (2021). Training medical educators to teach: Bridging the gap between perception and reality. *Israel Journal of Health Policy Research*, 10, 75. <https://doi.org/10.1186/s13584-021-00509-2>
- Traviezo, L. E. (2022). El Decanato de Ciencias de la Salud y la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado: sesenta años avanzando juntos. *Revista Gestión y Gerencia*, 16(2), 10-30. <https://revistas.uclave.org/index.php/gyg>
- Viinikainen, S., Rostila, I., Green, P., Asikainen, P., Helminen, M., & Suominen, T. (2020). The organizational social context in public healthcare as viewed by first-line nursing managers: A cross-sectional study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(2), 89–96. <https://doi.org/10.1177/2057158519878342>
- Vilagra, S., Vilagra, M., Giaxa, R., & et al. (2024). Professional values at the beginning of medical school: A quasi-experimental study. *BMC Medical Education*, 24, 259. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05186-8>
- Wadhwa, A., & Mahant, S. (2022). Humility in medical practice: A qualitative study of peer-nominated excellent clinicians. *BMC Medical Education*, 22(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03146-8>
- Wang, Y., Wu, Q., Wang, Y., & Wang, P. (2022). The effects of physicians' communication and empathy ability on physician-patient relationship from physicians' and patients' perspectives. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(4), 849-860. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09844-1>
- Yau, A. A., Cortez, P., & August, B. (2022). The physician leader: Teaching leadership in medicine. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 29(6), 539-545. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2022.08.002>
- Yuni, J., y Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar y formular proyectos de investigación 1. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Buenos Aires: Brujas.
- Zakaria, Z. (2020). Teachers who reflect, teach better: Reflective practice at the heart of teachers' professional development programs. *Ideology Journal*, 5(2), 215–227. <https://doi.org/10.24191/idealogy.v5i2.243>
- Zhi, Z., Yijuan, H., Jiahuan, Z., Xiaohan, J., Zhanjie, L., Dandan, C., & Xin, Y. (2024). An empirical study on the relationship between organisational support and unethical pro-organisational behaviour of medical staff: The mediation of organisational identification. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 2083-2097. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S457284>

ANEXOS

ANEXO A1
CONVERSACIONES PRELIMINARES E INFORMALES

Actor social AX

En su experiencia como médico que ejerce docencia en Ciencias de la Salud, ¿cómo vive y siente el ejercicio del liderazgo en su práctica pedagógica?

Las prácticas de los colegas deberían centrarse en el acompañamiento formativo de los estudiantes; sin embargo, paradójicamente, descuidan el fortalecimiento de su propia praxis pedagógica, restándole sentido al liderazgo que se espera observar. Al asumirse líder, resalta su autonomía, dominio disciplinar y capacidad de conducción académica, no obstante, entrelíneas se devela una visión centrada en el hacer técnico, más que en una construcción dialógica del ser docente-líder comprometido con el aprendizaje significativo y la mejora colectiva de la praxis. (Conversación informal con el docente de Anatomía Macroscópica I, en la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado)

Cuando usted acompaña a sus estudiantes en el proceso de aprendizaje de la anatomía macroscópica I, ¿Cuáles aspectos considera más sensibles para que esa formación tenga impacto profesional?

Yo creo que lo más determinante es que el estudiante sienta lo que aprende, no se trata de pasar un examen, si no considerar este proceso para su vida profesional y personal. En anatomía macroscópica I trabajamos con material y prácticas que exigen precisión y respeto, así que trato de transmitirles no sólo las técnicas, también me enfoco en una actitud ética y humana. Cuando logro que se interesen, observo que su compromiso crece, porque comprenden que cada conocimiento que adquieren será la base para salvar vidas y tomar decisiones clínicas responsables en el futuro. Es entendimiento, para mí, es liderazgo y también enseñanza.

Actor social RS

Cuando piensa en su papel como docente en el área de ciencias de la salud, ¿cómo describe la manera en la cual asume la conducción de los procesos de enseñanza y aprendizaje con sus estudiantes?

Considero como docente en el área médica, que ejerzo un liderazgo basado en la autonomía y en el dominio profundo de mi asignatura. Soy quien estructura, organiza y dirige cada uno de los componentes académico que conforman la experiencia de aprendizaje de mis estudiantes, desde la planificación hasta la evaluación. No obstante, observo que muchas de las prácticas desarrolladas por mis colegas, carecen de un enfoque claro en el acompañamiento pedagógico necesario al fortalecer los procesos formativos. Aunque el propósito debería ser mejorar sostenidamente tanto el desempeño estudiantil como el del propio docente, persiste una desconexión entre lo que se espera del rol formador y lo que realmente se hace para garantizar la mejora continua del quehacer educativo.

Dr. le pregunto, ¿cómo siente que conduce sus clases con sus estudiantes?

Bueno, yo trato que las clases tengan un orden claro, que todos sepan que vamos a hacer y en qué momento. Siempre preparó el material con tiempo y trato de explicarlo de forma que sea fácil de seguir. Me apoyo en las guías y en algunos ejemplos prácticos para que no se pierdan, y si hay dudas, las vamos aclarando sobre la marcha. No siempre sencillo porque el grupo es variado, pero la idea es que todos puedan comprender los temas sin sentirse presionados.

Actor social MP

Dr., hablando claro y como usted lo ve en el día a día... ¿por qué cree que todavía cuesta tanto que el médico-docente asuma un liderazgo pedagógico completo, con esa combinación de saber, hacer y actitud, tanto en el aula como en la comunidad?"

Desde mi experiencia como docente en el área de salud comunitaria, considero que el médico docente, en su rol de líder, aún está muy lejos de lo que realmente debería representar, entiendo que, para ejercer un liderazgo pedagógico genuino, se requieren ciertas competencias integrales que permitan articular los conocimientos técnicos, así como las habilidades prácticas y, sobre todo, actitudes coherentes con las actividades formativas. Lo que observo con preocupación en nuestra universidad es la ausencia de esa triada formativa esencial reconocida en el saber conceptual, el saber hacer procedimental y el saber hacer actitudinal que, en muchos casos, el ejercicio docente se reduce solamente a transmitir contenidos sin reflexión, sin compromiso transformador, y sin alguna fortaleza ética y humana hacia los estudiantes y la comunidad. Esta carencia limita el impacto de liderazgo en la praxis pedagógica al generar una desconexión entre lo que se espera del educador en salud y lo que realmente se divide en las aulas y en los espacios comunitarios.

Y dígame, Dr... en esas clases de salud comunitaria, ¿usted cómo hace para mantener la atención de los estudiantes cuando el tema es más teórico y no tan de campo?

Bueno, realmente no tengo una estrategia fija, pero a veces, trato de usar ejemplos cotidianos o casos reales que hemos visto en las comunidades. Eso ayuda un poco a que no se duerman en la clase (risas). Aunque, le soy sincero, actualmente en los días tan complicados que tenemos los docentes, porque no todos los estudiantes están motivados, y ahí uno simplemente sigue el programa como está establecido.

ANEXO A2

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS ACTORES SOCIALES



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

Instituto: UPEL-IPB

COMITÉ DE ÉTICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ACTOR SOCIAL A

1. Título tentativo de la investigación: PRAXIS PEDAGÓGICA DESDE EL LIDERAZGO: UNA MIRADA DEL SER DOCENTE EN EL DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
2. Propósito de la investigación: generar una aproximación teórica emergente acerca de la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA).
3. Responsable de la investigación: Adriana Indira López Navas
4. Lugar y fecha de la aplicación de la investigación: UPEL-IPB. septiembre, 2025
5. Duración de la investigación: Catorce meses
6. Descripción de la participación (opcional): La participación del actor social A, consistió en compartir, de manera voluntaria, sus vivencias, percepciones y experiencias relacionadas con el contexto de su praxis pedagógica y escenarios de liderazgos que contribuyeron a fortalecer la información obtenida a través de la entrevista en profundidad. Este aporte permitió ampliar la comprensión del fenómeno de estudio indagado desde su perspectiva personal y profesional.
7. Condiciones de la participación: La participación del actor social A, en el abordaje intencional fue de carácter intersubjetivos, en el contexto de su experiencia profesional como médico-docente en ciencias de la salud de la UCLA, aportando perspectivas y reflexiones vinculadas a la praxis pedagógica y al liderazgo desde su ser.
8. Consentimiento del participante: Habiendo recibido información clara sobre el propósito, características, condiciones y situaciones de riesgos/beneficios en este estudio, manifiesto mi decisión de contribuir, reconociendo que puedo retirarme en cualquier momento sin que ello genere perjuicio alguno. Comprendo que durante el desarrollo del estudio puedo plantear dudas o inquietudes al investigador responsable o al Comité de ética de la institución. Asimismo, aceptó contribuir como informante clave, ofreciendo información contextual, significativa y experiencial, bajo los principios de confidencialidad y respeto establecidos en el protocolo de la investigación. Por tanto, otorga mi consentimiento informado para responder voluntariamente a las interrogantes formuladas, consciente de mi derechos y responsabilidades dentro del proceso investigativo.

Firma del responsable de la investigación _____

C.I: V-20.235.301, Correo electrónico: _____

Contacto celular/teléfono: _____

lugar y fecha: Barquisimeto, 18 septiembre 2025

C.C: participante y Comité de ética

Actor social A
Seudónimo o huella dactilar del
participante consistente



COMITÉ DE ÉTICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

1. Título tentativo de la investigación: PRAXIS PEDAGÓGICA DESDE EL LIDERAZGO: UNA MIRADA DEL SER DOCENTE EN EL DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
2. Propósito de la investigación: generar una aproximación teórica emergente acerca de la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA).
3. Responsable de la investigación: Adriana Indira López Navas
4. Lugar y fecha de la aplicación de la investigación: UPEL-IPB. septiembre, 2025
5. Duración de la investigación: Catorce meses
6. Descripción de la participación (opcional): La participación del actor social B consistió en ofrecer, voluntariamente, sus experiencias y vivencias en la situación que mantiene en relación con la praxis pedagógica y su ejercicio de liderazgo en contextos de ciencias de la salud. Su aporte, enriqueció la información recolectada mediante la entrevista en profundidad, generando una comprensión significativa y matizada del fenómeno de estudio desde la perspectiva profesional y personal, contribuyendo así a la integración sentida del ser en las prácticas asociadas al liderazgo del médico-docente
7. Condiciones de la participación: Mi participación-en esta investigación se desarrolló de manera intersubjetiva, en el marco de mi experiencia profesional como médico docente en Ciencias de la Salud en la UCLA. Durante el proceso, pude compartir perspectivas y algunas realidades reflexionadas que vinculan mi actuación en la praxis pedagógica y en relación con la forma en la cual ejerzo liderazgo desde mi ser, contribuyendo así a profundizar en la comprensión del fenómeno de estudio en términos significativos.
8. Consentimiento del participante: Habiendo recibido y comprendido la información relativa al propósito, características, condiciones y posibles riesgos y beneficios de este estudio, manifiesto mi disposición a participar de manera voluntaria, reconociendo que puedo retirarme en cualquier momento, sin que ello implique perjuicio alguno. Entiendo que durante el desarrollo de la investigación puedo aclarar dudas con el investigador responsable o el Comité de ética de la institución. Acepto contribuir como actor social versión ante de la realidad, compartiendo experiencias y reflexiones acerca de mi praxis pedagógica y el enfoque de liderazgo que mantengo, bajo los principios de confidencialidad, respeto y fidelidad al protocolo.

firma del responsable de la investigación _____

C.I: V-20.235.301, Correo electrónico: Actor social B

Contacto celular/teléfono: _____

lugar y fecha: Barquisimeto, 18 septiembre 2025

C.C: participante y Comité de ética

Seudónimo o huella dactilar del
participante consistente



COMITÉ DE ÉTICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

1. Título tentativo de la investigación: PRAXIS PEDAGÓGICA DESDE EL LIDERAZGO: UNA MIRADA DEL SER DOCENTE EN EL DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
2. Propósito de la investigación: generar una aproximación teórica emergente acerca de la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA).
3. Responsable de la investigación: Adriana Indira López Navas
4. Lugar y fecha de la aplicación de la investigación: UPEL-IPB. septiembre, 2025
5. Duración de la investigación: Catorce meses
6. Descripción de la participación (opcional): La participación del actor social C consistió en compartir desde sus propias vivencias y experiencias, los contextos que se circunscribe a la praxis pedagógica y a los diversos escenarios de liderazgo que ha ejercido como médico-docente. Sus narrativas, expresadas desde la propia trayectoria personal y profesional, contribuyeron significativamente a la construcción de un panorama que connota profundidad para la interpretación del fenómeno de estudio, fortaleciendo la riqueza en el conocimiento generado, más allá de lo mencionado en la entrevista en profundidad.
7. Condiciones de la participación: La intervención sensible del médico-docente en el marco del abordaje intencional de la investigación, tuvo un carácter eminentemente intersubjetivo, arraigado a la experiencia profesional que este actor social describió en su involucramiento en la praxis pedagógica en Ciencias de la Salud de la UCLA. Su perfil profesional y el enfoque participativo aportó perspectivas reflexivas sustanciales en el ser del médico docente, expresadas desde la autenticidad y correspondencia con la naturaleza ética y profesional del liderazgo ejercido.
8. Consentimiento del participante: Declaro haber recibido información clara y comprensible acerca del propósito, objetivos, características, condiciones y posibles riesgos o beneficios derivados de mi participación en este estudio. Con pleno conocimiento de mis derechos, manifiesto mi decisión libre y voluntaria de colaborar como actor social, aportando mis vivencias significativas en el marco de los principios de respeto y confidencialidad establecidos en el protocolo de investigación. Reconozco que puedo formular preguntas o expresar inquietudes en cualquier momento al investigador responsable o al Comité de Ética, así como retirarme, sin que ello implique perjuicio alguno. En consecuencia, otorgo mi consentimiento informado para responder las interrogantes planteadas, asumiendo de manera consciente mi derecho y responsabilidades en este proceso investigativo.

firma del responsable de la investigación _____

C.I: V-20.235.301, Correo electrónico: _____

Contacto celular/teléfono: _____

lugar y fecha: Barquisimeto, 18 septiembre 2025

C.C: participante y Comité de ética

Actor social C
Seudónimo o huella dactilar del
participante consistente



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

Instituto: UPEL-IPB

COMITÉ DE ÉTICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

1. Título tentativo de la investigación: PRAXIS PEDAGÓGICA DESDE EL LIDERAZGO: UNA MIRADA DEL SER DOCENTE EN EL DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
2. Propósito de la investigación: generar una aproximación teórica emergente acerca de la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA).
3. Responsable de la investigación: Adriana Indira López Navas
4. Lugar y fecha de la aplicación de la investigación: UPEL-IPB. septiembre, 2025
5. Duración de la investigación: Catorce meses
6. Descripción de la participación (opcional): La colaboración del actor social D, se desarrolló de forma voluntaria y comprometida, compartiendo relatos, percepciones y situaciones propias de su praxis pedagógica ante los diversos escenarios del liderazgo en los que ha participado. Su aporte, plasmado durante la entrevista en profundidad, enriqueció la información recolectada al ofrecer matices interpretativos que facilitaron la comprensión contextualizada del objeto de estudio. Estas narrativas, permitieron identificar conexiones entre la vivencia personal y la práctica profesional, fortaleciendo el análisis hermenéutico del estudio.
7. Condiciones de la participación: La participación estuvo enmarcada en un abordaje intencional e intersubjetiva, desarrollado a partir de la experiencia profesional como médico-docente. Su testimonio integró reflexiones profundas y perspectivas del ser involucradas en la praxis pedagógica y el ejercicio de liderazgo desde su identidad profesional y humana. Los aportes resultaron fundamentales al explorar las dimensiones éticas, formativas y relacionadas con el acompañamiento pedagógico que subyace a su desempeño, otorgando valor interpretativo y coherencia al proceso investigativo.
8. Consentimiento del participante: Tras recibir información detallada y comprensible sobre el propósito, alcance, características, condiciones y posibles riesgos y beneficios de este estudio, declaro de forma libre y voluntaria, mi disposición a participar. Reconozco que en este tránsito no implica obligación permanente y que puedo retirarme en cualquier momento, sin que ello acarrea de perjuicio alguno o afecte mi relación con la institución. Entiendo que, durante el desarrollo de la investigación, puedo formular inquietudes, solicitar aclaraciones o expresar sugerencias al investigador responsable o al Comité de ética correspondiente. Acepto aportar como actor social, compartiendo información contextual, vivencial y significativa, la cual será manejada bajo estrictos principios de confidencialidad, respeto y resguardo ético establecidos en el protocolo. Asimismo, asumo que mi contribución será utilizada exclusivamente con fines académico y científico, comprendiendo plenamente mi derecho y responsabilidades en el proceso investigativo.

firma del responsable de la investigación _____

C.I: V-20.235.301, Correo electrónico: _____

Contacto celular/teléfono: _____

lugar y fecha: Barquisimeto, 18 septiembre 2025

C.C: participante y Comité de ética

Actor social D
Seudónimo o huella dactilar del
participante consistente

ANEXO A3
PREGUNTAS ORIENTADORAS DE LA ENTREVISTA

Número	Inquietud de la investigadora
1	¿De qué manera se manifiesta su liderazgo pedagógico en la generación de experiencias de aprendizaje que conecten emocionalmente al estudiante de medicina con los contenidos clínicos y humanos de su formación?
2	Investigadora: ¿Cómo se expresa su liderazgo pedagógico en la formación ética y humanizada de los futuros médicos dentro del proceso educativo que usted acompaña?
3	¿Cuáles cualidades considera esenciales en su rol como líder pedagógico para la formación de sus estudiantes en medicina?
4	¿Cómo concibe usted la relación pedagógica entre el médico-docente y el estudiante?
5	¿Qué emociones predominan en su experiencia al ejercer el liderazgo pedagógico como médico-docente?
6	¿Qué aspectos considera fundamentales en la construcción de su imagen como líder educativo dentro del ámbito médico?
7	¿Cómo concibe el liderazgo docente en su praxis pedagógica dentro del ámbito médico?
8	¿Quiere agregar algo más a esta entrevista?

ANEXO A4
TRANSCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS

Actor social A

N	Descripciones
1 2 3	Buenas tardes doctor. Gracias por esta oportunidad de conocer sus vivencias y experiencias en cuanto a la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en Ciencias de la Salud. Para iniciar nuestra conversación le pregunto:
4 5 6	Investigadora: ¿De qué manera se manifiesta su liderazgo pedagógico en la generación de experiencias de aprendizaje que conecten emocionalmente el estudiante de medicina con los contenidos clínicos y humanos de su formación?
7 8 9 10 11	ASA: Bueno, la verdad que motivar y educar en el área médica, especialmente a los estudiantes que están apenas comenzando, representa un desafío constante. He aprendido, a lo largo de los años, que la motivación no surge únicamente de las palabras o del contenido teórico, sino de la conexión emocional y práctica que el estudiante logra establecer con lo que se le enseña.
12 13 14 15	La mejor forma que he encontrado es mostrar, de manera clara, la relevancia clínica de cada tema, entonces cuando un estudiante comprende que lo que aprende en anatomía no es solo un conjunto de estructuras, sino herramientas que le permitirán salvar vidas, su forma de mirar la carrera cambia por completo.
16 17 18 19 20 21 22 23	Además, la motivación nace del involucramiento, yo les doy espacio a mis alumnos para que se equivoquen, para que pregunten sin temor, para que reflexionen. Es esencial generar un ambiente donde puedan sentirse seguros de pensar y participar. También me esfuerzo por humanizar la enseñanza, mostrar casos reales, experiencias clínicas que les hagan ver que lo que estudian es profundamente humano. El ejemplo clínico, la historia de un paciente, el dilema ético... motivan mucho más que un discurso rígido. Y claro, creo que la motivación también se contagia si el docente está apasionado, comprometido, los estudiantes lo perciben y eso genera un efecto multiplicador.
24 25	Investigadora: ¿Cómo se expresa su liderazgo pedagógico en la formación ética y humanizada de los futuros médicos dentro del proceso educativo que usted acompaña?
26 27 28 29 30 31 32	ASA: Para mí, el liderazgo educativo, especialmente en el campo de la salud, es una forma de influencia profundamente humana y transformadora. No se trata solo de dirigir o impartir contenidos; es guiar con el ejemplo, acompañar procesos formativos desde una posición de compromiso ético y emocional. En la carrera de medicina, el liderazgo se convierte en una herramienta de formación integral: modelar conductas, promover actitudes profesionales, despertar la vocación y sembrar la responsabilidad con el conocimiento.
33 34 35 36 37 38	Un líder educativo debe tener presencia, no solo física sino simbólica. Debe hacerse sentir como figura de referencia, pero no desde la imposición, sino desde la coherencia. Es alguien que forma no solo médicos, sino personas capaces de asumir con ética, sensibilidad y juicio crítico los desafíos que les esperan. El liderazgo educativo también implica tomar decisiones difíciles, guiar sin imponer, y, sobre todo, escuchar. El liderazgo que yo practico y valoro es aquel que se construye con humanidad y conciencia.
39 40	Investigadora: ¿Cuáles cualidades considera esenciales en su rol como líder pedagógico para la formación de sus estudiantes en medicina?
41 42 43 44 45 46	ASA: Un buen líder educativo debe ser, antes que nada, un ser humano íntegro. Por supuesto, debe poseer conocimientos sólidos, dominio del contenido teórico y experiencia clínica que respalde su enseñanza, pero eso no basta. La pedagogía sin humanidad no transforma. La humildad es una cualidad fundamental: reconocer que no lo sabemos todo, que podemos aprender de nuestros estudiantes, y que la docencia es también un proceso formativo para el docente.
47 48 49	También debe saber comunicar, conectar con diferentes formas de aprender, ser empático con los ritmos y realidades de los estudiantes. El respeto por las diferencias, la paciencia, la apertura a la crítica, son esenciales. Además, un líder debe tener claridad en los objetivos

50	formativos: saber a dónde va y qué quiere sembrar en sus estudiantes. No puede
51	improvisar su misión. Finalmente, el discernimiento ético, la sensibilidad ante las
52	injusticias, y la capacidad de inspirar con el ejemplo.
53	Investigadora: ¿Cómo concibe usted la relación pedagógica entre el médico-docente y el
54	estudiante?
55	ASA: En medicina, por tradición, ha existido una relación jerárquica entre docente y
56	estudiante. Sin embargo, esa jerarquía no debe traducirse en distancia ni en autoritarismo.
57	Al contrario, debe sostenerse en el respeto mutuo. Yo creo en una relación formativa,
58	cercana pero profesional, donde el estudiante se sienta respaldado, exigido con justicia,
59	acompañado.
60	He aprendido que cuando los estudiantes sienten que hay conexión en el docente, cuando
61	se sienten valorados y escuchados, la relación se vuelve más genuina y productiva. Se
62	genera confianza, incluso admiración, pero también la posibilidad de dialogar. Siempre les
63	digo que el respeto no se impone, se cultiva. Y nosotros, como docentes, debemos ser los
64	primeros en ejercerlo. Al final, una relación saludable con el alumno también potencia el
65	aprendizaje. Si hay miedo o rechazo, no se aprende bien.
66	Investigadora: ¿Qué emociones predominan en su experiencia al ejercer el liderazgo
67	pedagógico como médico-docente?
68	ASA: Liderar como médico-docente implica un cúmulo de emociones complejas. Por un
69	lado, hay una enorme satisfacción cuando uno ve que los estudiantes progresan, que
70	logran comprender temas difíciles, que aplican lo aprendido con ética y precisión. Sentir
71	que uno dejó una huella, que ayudó a formar a un buen médico, es una de las mayores
72	gratificaciones.
73	Pero también hay frustraciones. Hay momentos en los que percibes apatía, desinterés, o
74	incluso resistencia al cambio. Eso duele, porque uno pone el corazón en lo que hace. Y hay
75	ansiedad el saber que tienes una responsabilidad formativa y humana tan grande, que tus
76	palabras pueden influir para bien o para mal. En muchos casos, esas emociones te
77	desgastan, pero también te impulsan a seguir mejorando.
78	Investigadora: ¿Qué tipo de vínculos emocionales se generan entre usted y sus estudiantes
79	a lo largo del proceso formativo?
80	ASA: Al inicio de la carrera, muchos estudiantes sienten temor o inseguridad. No solo por
81	la exigencia académica, sino por lo intimidante que puede resultar enfrentarse a un
82	docente con experiencia. Con el tiempo, si se construye una buena relación, surgen otras
83	emociones: admiración, confianza, respeto, incluso gratitud.
84	Yo he sentido ese vínculo con muchos de mis estudiantes, que incluso después de egresar
85	me buscan para agradecerme o pedirme orientación. Esos son vínculos que marcan. Pero
86	también hay momentos de tensión, especialmente si el estudiante se siente sobrecargado
87	o malinterpretado. Por eso es clave mantener una comunicación abierta, transparente y
88	empática. La dimensión emocional de la docencia es muy profunda.
89	Investigadora: ¿Qué aspectos considera fundamentales en la construcción de su imagen
90	como líder educativo dentro del ámbito médico?
91	ASA: Un líder en educación médica debe proyectar seguridad, dominio clínico, ética y,
92	sobre todo, humanidad. El estudiante está observando todo el tiempo, no solo lo que
93	decimos, sino cómo lo decimos, cómo reaccionamos ante situaciones adversas, cómo
94	tratamos al paciente y al personal.
95	La imagen del líder no se construye con frases bonitas, sino con actos cotidianos. Debemos
96	reflejar templanza, capacidad de análisis, equilibrio emocional, firmeza cuando hace falta,
97	pero también sensibilidad y compasión. El liderazgo, en este contexto, es un modelo de
98	referencia: somos ejemplos vivos de lo que ellos podrían llegar a ser.
99	Investigadora: ¿Cómo concibe el liderazgo docente en su praxis pedagógica dentro del
100	ámbito médico?
101	

102	ASA: Debo ser firme, pero justo. Ser capaz de corregir sin humillar, de exigir sin quebrar. El
103	liderazgo que yo ejerzo se basa en el respeto, la escucha activa, el acompañamiento. Un
104	buen líder sabe cuándo hablar y cuándo callar, cuándo intervenir y cuándo dejar que el otro
105	crezca por sí mismo.
106	Investigadora: ¿quiere agregar algo más a esta entrevista?
107	ASA: Ser líder también implica asumir errores, pedir disculpas cuando es necesario, y
108	demostrar coherencia entre lo que se predica en la praxis pedagógica y lo que se hace. En
109	medicina, como en la vida, los docentes se ganan con ejemplo, no con títulos. Por eso, para
110	mí, ser médico-docente es una tarea permanente de mejora humana y profesional.
111	Investigadora: OK, muchísimas gracias doctor.
112	
113	

Actor social B

N	Descripciones
1	Buenas tardes doctor. Gracias por esta oportunidad de conocer sus vivencias y
2	experiencias en cuanto a la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser
3	docente en Ciencias de la Salud. Para iniciar nuestra conversación le pregunto:
4	Investigadora: ¿De qué manera se manifiesta su liderazgo pedagógico en la generación
5	de experiencias de aprendizaje que conecten emocionalmente el estudiante de medicina
6	con los contenidos clínicos y humanos de su formación?
7	ASB: Esa es una pregunta muy pertinente, porque muchas veces partimos del supuesto
8	que el estudiante ya viene motivado de casa, o que la motivación es responsabilidad
9	exclusiva del alumno. Pero no siempre es así. Muchos llegan con dudas, miedos, e incluso
10	con ideas erróneas sobre lo que implica la carrera de medicina. La motivación, como bien
11	plantea la teoría, tiene una dimensión extrínseca que parte de lo que hacemos como
12	docentes y otra intrínseca que se relaciona con la historia, intereses y emociones del
13	estudiante.
14	Nuestra labor comienza precisamente allí en generar las condiciones para que se
15	motiven. Lo extrínseco lo promovemos reconociendo sus esfuerzos, abriendo espacios
16	para el diálogo, interesándonos por sus procesos, no solo por los resultados. Pero el
17	verdadero desafío es activar la motivación intrínseca, esa que los lleva a estudiar sin que
18	se lo pidan, a profundizar más allá del examen, a conectar emocionalmente con lo que
19	aprenden.
20	En mi experiencia, la motivación se enciende cuando el estudiante siente que lo que
21	aprende tiene sentido. Por eso utilizo casos clínicos complejos en clase. Les presento el
22	caso como un enigma, les doy los datos, y les planteo el reto de descubrir la solución. Esa
23	dinámica les despierta curiosidad, los involucra y los hace sentir parte del proceso. Ya no
24	son receptores pasivos, sino protagonistas. Cuando sienten que su pensamiento y sus
25	preguntas importan, se motivan. Y eso transforma la clase en un espacio vivo.
26	Investigadora: ¿Cómo se expresa su liderazgo pedagógico en la formación ética y
27	humanizada de los futuros médicos dentro del proceso educativo que usted acompaña?
28	ASB: Me gusta una definición que dice que el liderazgo educativo es la capacidad de
29	influir significativamente en el proceso de aprendizaje, transformando no solo el
30	conocimiento, sino también la actitud, los valores y la conciencia del estudiante. Pero
31	más allá de lo teórico, yo lo traduzco a lo cotidiano liderar en educación es enseñar a
32	pensar con juicio crítico, a sentir con empatía, y a actuar con responsabilidad.
33	

34	En medicina, esto cobra un valor aún más profundo. Estamos formando personas que
35	deberán tomar decisiones en contextos de sufrimiento humano. Por eso el liderazgo que
36	ejercemos debe ser ético, humano y comprometido. No se puede liderar desde la
37	distancia emocional ni desde la indiferencia. Liderar aquí es también cuidar al estudiante,
38	cuidar el vínculo pedagógico, y cuidar el sentido de la formación. Es una forma de
39	acompañamiento que transforma, no de dirección autoritaria.
40	Investigadora: ¿Cuáles cualidades considera esenciales en su rol como líder pedagógico
41	para la formación de sus estudiantes en medicina?
42	ASB: Un líder educativo debe tener, ante todo, sensibilidad humana. La escucha es una
43	herramienta poderosa que a menudo se subestima. He aprendido que detrás de un bajo
44	rendimiento puede haber una historia personal profunda, como me ocurrió con una
45	estudiante brillante que empezó a decaer académicamente. En lugar de juzgarla, decidí
46	conversar. Resultó que su padre estaba gravemente enfermo.
47	Esa conversación no solo cambió su situación académica, sino que fortaleció el vínculo
48	más allá de limitarme a solo ser un docente que se para y explica, pasé a ser un guía para
49	que ella pudiese tener una mejor toma de decisiones en su vida que no abandonara la
50	carrera, motivarla a seguir.
51	Por eso creo que el líder educativo debe tener una visión formativa, no solo instructiva,
52	sino que también debe manejar conceptos con claridad, pero también tener inteligencia
53	emocional. Debe saber cuándo intervenir y cuándo permitir el crecimiento autónomo del
54	estudiante. También debe tener firmeza, pero sin rigidez; claridad ética, pero sin
55	soberbia. En la praxis pedagógica se ha de fortalecer el ser un facilitador de procesos
56	integrales, no un simple transmisor de saberes.
57	Investigadora: ¿Cómo concibe usted la relación pedagógica entre el médico-docente y el
58	estudiante?
59	ASB: Para mí, la praxis pedagógica en el día a día en la universidad, en los anfiteatros, es
60	el espacio donde el liderazgo cobra vida, como docente de anatomía, mi rol no se limita
61	a explicar estructuras y funciones, cada sesión, cada practica en el anfiteatro, es también
62	un ejercicio ético y humano, porque enseñar anatomía es enseñar respeto por el cuerpo,
63	por el paciente, y por el otro que aprende.
64	La pedagogía reflexiva nos recuerda que teoría sin práctica es estéril, y práctica sin teoría
65	es ciega. Por eso el liderazgo se prueba en la praxis, en las decisiones diarias, en cómo
66	manejamos un conflicto, cómo damos retroalimentación, cómo respondemos ante un
67	error.
68	Recuerdo una situación donde un docente amonestó públicamente a un estudiante por
69	una equivocación, ese acto, aparentemente pequeño, minó la confianza del grupo. En
70	cambio, cuando un docente reconoce un error frente a sus alumnos, lejos de perder
71	autoridad, gana credibilidad.
72	Esa coherencia entre discurso y acción es lo que hace del liderazgo una herramienta
73	transformadora y útil. Por eso digo que la praxis educativa nos lleva a elegir el tipo de
74	liderazgo que ejercemos, que realmente es difícil dilucidar cual se adapte más a mí.
75	Puedo decir desde mi visión, que la praxis educativa es el tejido conectivo entre lo que
76	pensamos y lo que hacemos. En anatomía, donde el rigor técnico es esencial, es fácil caer
77	en el autoritarismo disfrazado de precisión. Pero el verdadero liderazgo surge cuando el
78	conocimiento se transmite con humildad, cuando el error se convierte en oportunidad
79	de aprendizaje.
80	Investigadora: ¿Qué emociones predominan en su experiencia al ejercer el liderazgo
81	pedagógico como médico-docente?
82	ASB: Intento que mis relaciones con los estudiantes se basen en el equilibrio. Hay que
83	encontrar ese punto medio entre la cercanía afectiva y la autoridad académica. No soy
84	su amigo, pero sí alguien en quien pueden confiar. Y ese vínculo no se construye con
85	largas materias magistrales, sino con detalles.

86	He tenido estudiantes que han llegado a mi consultorio no por razones académicas, sino
87	personales. Algunos han compartido conmigo crisis vocacionales, otros simplemente
88	necesitaban ser escuchados. Para mí, esas son las oportunidades más valiosas, porque
89	implican un nivel de confianza que va más allá del rol formal. Me esfuerzo por generar un
90	ambiente seguro, donde puedan expresarse sin temor. A veces, una conversación de
91	pasillo puede ser más transformadora que toda una clase. Eso también es docencia.
92	En una praxis pedagógica sobre el plexo braquial, una estudiante se equivocó al
93	identificar raíces nerviosas, en vez de corregirla frontalmente, regañarla porque no
94	estudió lo suficiente, propuse volver a repasar el tema que habíamos dado. Ella misma
95	reconstruyó el camino. Ese tipo de relación fomenta autonomía, y hace que el error sea
96	parte legítima del aprendizaje, no un motivo de juicio.
97	Por eso yo describo mis relaciones con los estudiantes como pedagógicamente éticas
98	coherentes entre lo que enseño y lo que practico y siempre abiertas al crecimiento
99	conjunto. Porque enseñar anatomía también es enseñar cómo nos vinculamos en el
100	mundo profesional.
101	Investigadora: ¿Qué tipo de vínculos emocionales se generan entre usted y sus
102	estudiantes a lo largo del proceso formativo?
103	ASB: Lo primero que siento es gratitud, porque no todos tienen el privilegio de participar
104	en la formación de futuros médicos, esto es realmente una responsabilidad enorme, pero
105	también una fuente constante de aprendizaje, pues en cada generación me ha dejado
106	experiencias y enseñado algo, siento que mejor como docente cada grupo es diferente.
107	También siento mucha responsabilidad estamos ayudando a moldear profesionales que,
108	en el futuro, tomarán decisiones que afectarán la vida de otros.
109	No puedo negar que a veces aparece la frustración. Cuando el sistema universitario pone
110	trabas, cuando los recursos escasean, cuando las decisiones institucionales no priorizan
111	lo pedagógico. Pero, por encima de todo, lo que me sostiene es la esperanza. Saber que
112	cada clase, cada conversación, puede sembrar algo, aunque no vea esos cambios
113	inmediatos. Esa posibilidad es la que me ha mantenido durante tantos años con vocación
114	intacta.
115	Investigadora: ¿Qué aspectos considera fundamentales en la construcción de su imagen
116	como líder educativo dentro del ámbito médico?
117	ASB: Una imagen de coherencia y autenticidad. No buscamos proyectar perfección,
118	porque no somos infalibles. Pero sí debemos ser congruentes entre lo que decimos y lo
119	que hacemos. Esa congruencia es la que inspira. Los estudiantes observan
120	constantemente cómo tratamos a los colegas, pacientes, cómo resolvemos un conflicto,
121	cómo respondemos a la presión. Si nos ven reflexionar, pedir disculpas, mejorar, ellos
122	también se sienten con el derecho a crecer. Esa imagen, que no busca imponerse sino
123	inspirar, es la que verdaderamente deja huella. La autoridad del líder educativo no está
124	en su jerarquía, sino en su integridad.
125	Investigadora: ¿Cómo concibe el liderazgo docente en su praxis pedagógica dentro del
126	ámbito médico?
127	ASB: Con un profundo respeto, con firmeza ética, con principios y valores, que sea
128	comunicativo. Un líder no debe moldear copias de sí mismo, sino formar personas
129	autónomas, con pensamiento propio, con capacidad crítica. Esa es, en esencia, la misión
130	del educador.
131	Investigadora: ¿quiere agregar algo más a esta entrevista?
132	ASB: El buen líder no siempre tiene todas las respuestas, pero sí sabe acompañar el
133	proceso del otro. Sabe cuándo hablar y cuándo callar, cuándo guiar y cuándo dejar ser.
134	En mi experiencia, los mejores líderes son aquellos que inspiran sin dominar, que forman
135	sin imponer, que reconocen que enseñar también es aprender. Liderar en educación,
136	sobre todo en medicina, es un acto de humildad, de entrega, y de profunda vocación.
137	Investigadora: OK, muchísimas gracias doctor.

Actor social C

N	Descripciones
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48	<p>Buenas tardes doctor. Gracias por esta oportunidad de conocer sus vivencias y experiencias en cuanto a la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser docente en Ciencias de la Salud. Para iniciar nuestra conversación le pregunto:</p> <p>Investigadora: ¿De qué manera se manifiesta su liderazgo pedagógico en la generación de experiencias de aprendizaje que conecten emocionalmente el estudiante de medicina con los contenidos clínicos y humanos de su formación?</p> <p>ASC: Creo que un docente logra motivar al estudiante cuando consigue ir más allá del contenido y conectar emocionalmente con él. La motivación no se impone desde la autoridad, se contagia desde la pasión. Cuando el docente cree realmente en lo que enseña y transmite esa energía, el estudiante lo percibe. Y más aún, cuando el profesor cree en el potencial de cada alumno, incluso en aquellos que se sienten inseguros o que no destacan de inmediato.</p> <p>La clave está en mirar a cada uno como sujeto único, con historias, contextos y modos de aprender distintos. Por eso me parece vital adaptar los contenidos a sus realidades, usar ejemplos cercanos, crear escenarios en los que puedan verse reflejados. Mostrar interés genuino por su proceso académico y personal hace la diferencia. Cuando el estudiante se siente escuchado y respetado, cuando nota que su opinión importa, la motivación surge naturalmente. Y eso no se logra con fórmulas, sino con empatía, compromiso y presencia auténtica en el aula.</p> <p>Investigadora: ¿Cómo se expresa su liderazgo pedagógico en la formación ética y humanizada de los futuros médicos dentro del proceso educativo que usted acompaña?</p> <p>ASC: Para mí, el liderazgo educativo es la capacidad de influir positivamente en los procesos formativos, no desde la imposición, sino desde la inspiración. Un verdadero líder educativo guía, pero también escucha, orienta, pero también aprende del otro. Es una construcción compartida. Se lidera cuando se promueve la reflexión en el aula, cuando se estimula la autonomía del estudiante para que no dependa solo del docente, sino que sea un proceso constructivista, que el estudiante construya saberes desde su propia experiencia.</p> <p>Además, liderar en nuestra praxis pedagógica es tener una visión clara de hacia dónde queremos ir como formadores. Es acompañar con compromiso, con sentido humano, y con la certeza de que cada clase es una oportunidad para transformar vidas. Un líder no solo enseña, también deja huella, un estudiante se siente motivado cuando percibe que lo que aprende tiene sentido y aplicación, cuando se siente escuchado y respetado. Para mí, la clave está en personalizar la enseñanza, adaptar los contenidos a sus contextos, y sobre todo, mostrar interés genuino por su proceso.</p> <p>Investigadora: ¿Cuáles cualidades considera esenciales en su rol como líder pedagógico para la formación de sus estudiantes en medicina?</p> <p>ASC: Primero, la coherencia entre lo que se dice y lo que se hace. No hay liderazgo auténtico si el discurso no va acompañado de acciones. También destaco la empatía, la capacidad de ponerse en el lugar del otro, entender sus emociones y sus silencios. La escucha activa es fundamental, porque muchas veces las necesidades del aula no se expresan en palabras, sino en gestos, en actitudes. Un líder debe ser resiliente, saber adaptarse en contextos de cambio e incertidumbre, como los que vivimos en nuestro país. Además, debe tener creatividad e innovación para resolver problemas con los recursos que tenemos a mano. La humildad también es clave saber reconocer errores y aprender de ellos sin sentir que se pierde autoridad. Y algo que a veces olvidamos el sentido del humor. En momentos de tensión, una sonrisa o una broma puede suavizar el ambiente y acercarnos más a los estudiantes. El carisma también construye liderazgo.</p>

49	Investigadora: ¿Cómo concibe usted la relación pedagógica entre el médico-docente y el
50	estudiante?
51	ASC: Están profundamente vinculados. La praxis educativa no es una acción mecánica, es
52	una práctica consciente, reflexiva y crítica. Es el lugar donde convergen la teoría y la
53	experiencia del aula. Un líder educativo no puede ejercer su rol sin revisar constantemente
54	su práctica preguntarse qué está haciendo, cómo lo está haciendo y para qué. Liderar es
55	estar en constante transformación, no solo en lo pedagógico, sino también en lo humano.
56	Porque cuando un docente se autoevalúa, reconoce sus aciertos y también sus
57	equivocaciones, está dando un paso hacia la mejora continua. Y ese ejercicio de reflexión
58	es justamente praxis. Además, si queremos educar para la transformación, debemos ser
59	los primeros en transformarnos. La praxis y el liderazgo caminan juntos porque ambos
60	exigen compromiso, crítica y acción.
61	Investigadora: ¿Qué emociones predominan en su experiencia al ejercer el liderazgo
62	pedagógico como médico-docente?
63	ASC: Creo firmemente en las relaciones horizontales, humanas y respetuosas, no hablo de
64	perder el rol docente o volverse “amigos” de los estudiantes, sino de construir vínculos
65	basados en la confianza, en el respeto mutuo, en la comunicación abierta. Un docente no
66	puede educar desde la distancia emocional.
67	La autoridad se construye desde la cercanía, desde la capacidad de poner límites sin
68	autoritarismo, debe ser un equilibrio delicado pero necesario, porque cuando un
69	estudiante se siente seguro, respetado y valorado, aprende mejor, se atreve a equivocarse,
70	a preguntar, a explorar. Las relaciones sanas en el aula favorecen la motivación, el
71	pensamiento crítico y el compromiso con el aprendizaje. Y esto también exige del docente
72	habilidades emocionales saber cuándo acercarse, cuándo contener y cuándo dar espacio.
73	Investigadora: ¿Qué tipo de vínculos emocionales se generan entre usted y sus estudiantes
74	a lo largo del proceso formativo?
75	ASC: Muchas emociones, demasiadas, diría yo, liderar implica un vaivén emocional
76	constante, hay días en los que una clase sale tan bien que uno se siente realizado, orgulloso,
77	motivado a seguir, pero hay otros días en los que todo parece ir mal y surgen la frustración,
78	la duda, el cansancio. Pero esas emociones también forman parte del camino. No hay
79	liderazgo sin emoción.
80	La alegría de ver a un estudiante avanzar, el entusiasmo por innovar en el aula, la tristeza
81	cuando vemos que alguien se queda atrás, el miedo ante los cambios... todo eso está
82	presente. Pero por encima de todo, me sostiene la esperanza. Esa convicción profunda que
83	la educación transforma. Y que lo que hacemos cada día, aunque no siempre tenga
84	resultados inmediatos, está sembrando algo en los otros. La esperanza es la emoción que
85	me mantiene firme.
86	Investigadora: ¿Qué aspectos considera fundamentales en la construcción de su imagen
87	como líder educativo dentro del ámbito médico?
88	ASC: Una amplia gama, porque el aula es un escenario emocional muy rico, hay vínculos de
89	admiración, de afecto, pero también puede haber resistencia, desacuerdo, incluso
90	desmotivación. Lo importante es reconocer que esas emociones existen y que tienen un
91	impacto directo en el proceso de aprendizaje. La afectividad bien gestionada potencia el
92	conocimiento.
93	Por eso, como docentes, debemos ser conscientes de nuestras emociones y de cómo estas
94	se reflejan en el aula. También debemos ayudar a los estudiantes a canalizar las suyas. A
95	veces, el estudiante no tiene un espacio donde expresar lo que siente, y el aula se convierte
96	en ese lugar. Entonces es necesario manejar los límites con cuidado, ser empáticos, pero
97	también responsables. Yo suelo recordar que, antes de ser médico, soy docente, y esa
98	mirada me permite actuar con mayor claridad, con una disposición más abierta y
99	pedagógica frente a lo emocional.
100	

101	Investigadora: ¿Cómo concibe el liderazgo docente en su praxis pedagógica dentro del
102	ámbito médico?
103	ASC: Una imagen auténtica, no necesitamos docentes perfectos, sino cónsonos con
104	nuestros actos, el liderazgo se refleja en cómo actuamos, en la forma en que resolvemos
105	conflictos, en cómo nos relacionamos con los otros, la imagen del líder debe transmitir
106	confianza, compromiso, cercanía y ética. Un líder no necesita gritar para hacerse escuchar,
107	su presencia habla por sí sola. La responsabilidad, el respeto y la capacidad de diálogo
108	construyen esa imagen. Además, un líder debe estar dispuesto a aprender siempre. No
109	podemos pedir transformación si nosotros mismos no estamos dispuestos al cambio.
110	Investigadora: ¿quiere agregar algo más a esta entrevista?
111	ASC: el comportamiento de un líder ante sus seguidores, debería ser humilde, accesible y
112	claro un líder no puede verse como una figura lejana o inaccesible. Tiene que estar
113	dispuesto a reconocer los logros de los demás, a felicitar, a impulsar a otros sin buscar
114	protagonismo. El verdadero líder no se luce solo, hace que otros también brillen. En los
115	momentos difíciles, sostiene, en los momentos de éxito, comparte y, sobre todo, está
116	dispuesto a escuchar, a aceptar puntos de vista distintos, a generar espacios de
117	participación real. Creo que eso es lo que más valoro la capacidad de sostener procesos sin
118	controlarlos, de guiar sin imponer, de inspirar sin opacar. Porque el liderazgo auténtico se
119	construye con los otros, no a costa de ellos.
120	Investigadora: OK, muchísimas gracias doctor.

Actor social D

N	Descripciones
1	Buenas tardes doctora. Gracias por esta oportunidad de conocer sus vivencias y
2	experiencias en cuanto a la praxis pedagógica desde el liderazgo como una mirada del ser
3	docente en Ciencias de la Salud. Para iniciar nuestra conversación le pregunto:
4	Investigadora: ¿De qué manera se manifiesta su liderazgo pedagógico en la generación de
5	experiencias de aprendizaje que conecten emocionalmente el estudiante de medicina con
6	los contenidos clínicos y humanos de su formación?
7	ASD: Gracias a ti por interesarte en lo que vivimos los docentes. Mira, el liderazgo
8	pedagógico se muestra a través de la motivación en medicina, sobre todo en las primeras
9	etapas, no siempre es natural. Muchos estudiantes llegan con miedo, otros están agotados
10	antes de empezar. En lo personal, trato de motivarlos bajando la barrera. Les digo “yo
11	también estuve ahí”, con ese mismo miedo a reprobar, a no dar la talla, a sentir que no
12	eras lo suficientemente bueno para estar en una carrera tan exigente.
13	A veces basta con contar una historia real, una caída, un error, una vez en que también
14	estuve a punto de rendirme, contarles eso, hace que ellos se conectan con eso. No se trata
15	de suavizar la carrera, sino de mostrarles que es posible avanzar incluso con miedo.
16	El líder que motiva ha de estar ahí, realmente presente. Un estudiante se siente impulsado
17	cuando nota que tú le hablas con honestidad, cuando le dices confío en ti, en tu proceso, y
18	no lo juzgas por equivocarse. Yo siempre les recalco que el compromiso es más importante
19	que la perfección, y que cada error es una oportunidad de aprendizaje, no una sentencia.
20	Investigadora: ¿Cómo se expresa su liderazgo pedagógico en la formación ética y
21	humanizada de los futuros médicos dentro del proceso educativo que usted acompaña?
22	ASD: el liderazgo pedagógico para mí, en educación médica es acompañar sin asfixiar. Es
23	guiar sin quitarle al otro su autonomía. Yo no creo en un liderazgo autoritario, ni en esos
24	modelos donde el profesor es una figura inalcanzable. Liderar también es tener la audacia
25	de decir “no sé”, y aprender junto al estudiante.

26	Muchas veces, el liderazgo se ejerce desde lo básico, una simple conversación en un pasillo,
27	un gesto de aprobación, incluso el tono con el que corriges a un estudiante. Todo comunica.
28	El verdadero liderazgo, en mi opinión, se basa en tres cosas, la presencia, la ética y la
29	comunicación. No hay necesidad de gritar para ser escuchado. Un buen líder deja huella
30	sin imponerla.
31	Investigadora: ¿Cuáles cualidades considera esenciales en su rol como líder pedagógico
32	para la formación de sus estudiantes en medicina?
33	ASD: nuestra praxis pedagógica tiene que ver con la sensibilidad, la nobleza. Ser sensible
34	no te hace débil, te hace humano. Necesitamos líderes que perciban, que comprendan,
35	que se tomen el tiempo de mirar al otro más allá de la nota.
36	Asimismo, la praxis pedagógica se debe llevar con firmeza. No todo es flexibilidad, en la
37	cotidianidad de mi praxis pedagógica yo soy exigente, porque sé la responsabilidad que
38	tienen mis estudiantes una vez que salgan al hospital. Pero esa exigencia debe tener
39	sentido, debe nacer del cuidado, no del ego; e igualmente, quizás la más olvidada, es la
40	coherencia. No puedes hablar de respeto si gritas en clase. No puedes hablar de vocación
41	si llegas con apatía todos los días. El liderazgo se enseña con el ejemplo.
42	Investigadora: ¿Cómo concibe usted la relación pedagógica entre el médico-docente y el
43	estudiante?
44	ASD: la praxis pedagógica define el liderazgo, lo que quiere decir que no puedes separar el
45	liderazgo de tu práctica diaria. Tus valores se expresan en cómo te conduces, en cómo
46	tratas a otros, en cómo enfrentas los conflictos.
47	Yo no puedo hablar de inclusión y luego desatender a un estudiante que está pasándola mal.
48	No puedo hablar de formación integral si ignoro el contexto emocional de mis
49	alumnos.
50	Mi praxis, lo que hago cada día, es mi mayor acto de liderazgo. Y cuando cometo errores
51	porque claro que los cometo también enseño, enseño cómo pedir perdón, cómo reconocer
52	una equivocación y cómo seguir creciendo desde la humildad.
53	Investigadora: ¿Qué emociones predominan en su experiencia al ejercer el liderazgo
54	pedagógico como médico-docente?
55	ASD: las emociones son humanas. A veces no puedo darles todo el tiempo que me gustaría,
56	pero siempre trato que sientan que estoy ahí, aunque sea con un mensaje, una palabra
57	oportuna.
58	Me ha tocado acompañar a estudiantes con ansiedad, con duelos familiares, con crisis
59	vocacionales. En esos momentos, una se convierte en algo más que una profesora, en un
60	referente, en una presencia que sostiene.
61	Y es hermoso cuando, años después, te escriben para contarte que recordaron algo que
62	dijiste en una clase, o cómo tus palabras los ayudaron a salir de un mal momento. Eso es
63	lo que me reafirma que educar también es un acto de cuidado.
64	Investigadora: ¿Qué tipo de vínculos emocionales se generan entre usted y sus estudiantes
65	a lo largo del proceso formativo?
66	ASD: he sentido muchos vínculos emocionales con mis estudiantes en la praxis pedagógica.
67	Muchas. A veces un torbellino. Siento orgullo cuando veo que mis estudiantes logran cosas
68	grandes, cuando superan barreras. También siento frustración, especialmente cuando el
69	sistema no nos acompaña, cuando no tenemos recursos, cuando sentimos que damos más
70	de lo que podemos.
71	Pero lo que más predomina es la gratitud. Enseñar medicina, para mí, es un privilegio.
72	Aunque a veces me sienta cansada o sobrecargada, hay una fuerza más grande que me
73	mueve el amor y pasión por esta profesión y por quienes la están aprendiendo. Eso me
74	hace volver cada día con el mismo compromiso.
75	Investigadora: ¿Qué aspectos considera fundamentales en la construcción de su imagen
76	como líder educativo dentro del ámbito médico?
77	

78	ASD: la imagen del líder educativo, debe reflejar humanidad, sin idealizaciones. Un líder no
79	tiene que saberlo todo ni hacerlo perfecto, pero sí debe actuar con honestidad, integridad
80	y mucha ética.
81	Debe ser alguien que inspire, pero también alguien a quien se pueda acercar sin miedo.
82	Porque por sí solos somos figuras de admiración, y no de confianza, estamos fallando como
83	educadores.
84	El liderazgo no se trata de brillar, sino de iluminar el camino de otros sin apagar su luz. Con
85	respeto profundo. Con la voluntad de formar, no de controlar.
86	Un verdadero líder no busca ser indispensable, sino formar otros que también puedan
87	liderar. Debe tener la humildad de reconocer que el aprendizaje es mutuo y que el poder,
88	si no se pone al servicio de los demás, se vuelve autoritarismo.
89	Un líder debe ser firme, sí, pero con empatía. Debe corregir sin herir, guiar sin subyugar, y
90	formar con humanismo. Porque la medicina sin humanidad, como he dicho muchas veces...
91	no es medicina.
92	Investigadora: ¿Cómo concibe el liderazgo docente en su praxis pedagógica dentro del
93	ámbito médico?
94	ASD: Al principio, siento que hay distancia... incluso temor. Algunos me ven como alguien
95	estricta, seria. Pero luego, cuando entienden que mi exigencia es con propósito, aparece la
96	confianza. Me han contado cosas personales muy profundas, han llorado conmigo. Algunos
97	me han buscado años después para decirme: Dra., gracias por no rendirse conmigo. Y eso
98	es invaluable. Porque me confirma que más allá del contenido, uno deja una huella
99	emocional que perdura.
100	Investigadora: ¿quiere agregar algo más a esta entrevista?
101	ASD: Yo veo el liderazgo pedagógico como un acto de presencia constante. No es solo guiar
102	desde la autoridad, no se trata de saberlo todo, sino de acompañar. Para mí, liderar en el
103	aula de la formación médica, es mostrar con el ejemplo cómo se enfrenta el aprendizaje,
104	el error, la frustración, el logro. Un líder educativo es alguien que está dispuesto a enseñar,
105	pero también a aprender junto con sus estudiantes.
106	He aprendido en mi praxis pedagógica que liderar es ser guía, no juez. Cuando un
107	estudiante comete un error, lo fácil es señalarlo. Lo difícil, y lo valioso, es preguntarse qué
108	parte de mi enseñanza falló ahí. Muchas veces es uno quien no explicó bien o quien no
109	captó la forma en que ese alumno aprende. Liderar es también tener la humildad de
110	reconocer eso.
111	Investigadora: OK, muchísimas gracias doctora.

RESUMEN CURRICULAR

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0224-8491>

DATOS PERSONALES.

Cédula de Identidad: V- 20.235.301

Fecha de Nacimiento: 03/01/1990

Lugar de nacimiento: Barquisimeto, Edo. Lara. Nacionalidad: venezolana.

Estado Civil: Soltera.

Dirección: Calle 23 entre carreras 21 y 22, Edif. La Palma, apto 4., Municipio Iribarren, Barquisimeto- Lara.

Teléfonos: 0251-2334742 / 0414-5790108.

ESTUDIOS REALIZADOS.

- Educación Diversificada: U.E Colegio “Andrés Eloy Blanco”
Título Obtenido: Bachiller en ciencias.

Educación Superior:

- Universidad Fermín Toro.
Título Obtenido: Abogada, mayo, 2012.
Título Obtenido: Especialista en Gerencia Legal Empresarial, Julio, 2016.
Título Obtenido: Maestría en Educación Superior mención docencia universitaria, diciembre, 2019.
- Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”.
Título Obtenido: Médico Cirujano. Agosto, 2023.
- Actualmente realizando primer año de la especialidad médica diagnóstico por imágenes del posgrado clínico de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”, en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda.”
- Diplomado Derecho migratorio. UCAB. febrero, 2019.
- Diplomado de Ecografía Integral en el diagnóstico médico. UCLA, abril, 2024
- Diplomado en Medicina Deportiva. ULA, marzo 2024
- Diplomado en Emergencias. UNESCO-UPEL, mayo 2024.
- Diplomado en Medicina Estética. UC, diciembre, 2024.

- Diplomado en Nutrición deportiva. ULA, abril 2025.

EXPERIENCIA LABORAL.

- Abogada en el Departamento de consultoría Jurídica de la Oficina de Recursos Humanos de la Gobernación del Estado Lara. Año 2009-2013.
- Gerente legal en Inversiones Copiakabanna c.a y Beraca Group c.a. 2012-2023.
- Médico en el Hospital Dr. Baudilio Lara, Quíbor-Lara, desde 08-2023 al 11-2024
- Médico en el Ambulatorio Rural tipo 2 San Miguel-Lara. Desde 11-2023 hasta 08-2024
- Docente Universitario en la asignatura de propedéutica clínica I, Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” (UCLA) desde marzo 2024 hasta enero 2025.
- Actualmente Médico residente en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda.”
- Actualmente abogada en libre ejercicio de la profesión en lo que respecta al campo en derecho laboral, civil y mercantil.

REFERENCIAS PERSONALES

Frank Mendoza.

Cirujano General.

Tlf: 0414-5307248

Janny Reyes

Abogada.

Tlf: 0424-5796612