



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

**INTELIGENCIA EMOCIONAL. CONSTRUCTO EPISTEMOLÓGICO DEL SER Y HACER DE LOS
DOCENTES DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Autora: Beatriz Magalys López Navas
Tutor: Yimber Galíndez

Barquisimeto, septiembre de 2025



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

**INTELIGENCIA EMOCIONAL. CONSTRUCTO EPISTEMOLÓGICO DEL SER Y HACER DE LOS
DOCENTES DE CIENCIAS DE LA SALUD**

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

Autora: Beatriz Magalys López Navas
Tutor: Yimber Galíndez

Barquisimeto, septiembre de 2025



U
N
E
X
P
O



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DOCTORADO EN EDUCACIÓN

Acta De Evaluación De Tesis Doctoral

PIDE-2025- II-30

El día 11 de Julio del 2025 se constituyó en la sede del Programa Interinstitucional de Doctorado en Educación -PIDE-, Convenio entre la **Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado"**, 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: **"INTELIGENCIA EMOCIONAL: CONSTRUCTO EPISTEMOLÓGICO DEL SER Y HACER DE LOS DOCENTES DE CIENCIAS DE LA SALUD "**, presentada por la ciudadana: **BEATRIZ MAGALYS LÓPEZ NAVAS**, titular de la Cédula de Identidad **Nº 17.468.472**.

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. Greymar Rea
C.I. 19.348.409

Dr. Alejandro Campos
C.I. 19.347.839



Dr. Yimber Galíndez
Tutor
C.I. 13.643.800

Dra. María Antonia Quintero
C.I. 4.380.840

Dra. Maritza Principal
C.I. 4.197.182



AUTORIZACIÓN PARA LA DEFENSA

Por la presente hago constar que he leído la tesis doctoral, presentada por la ciudadana: **Beatriz Magalys López Navas**, cédula de identidad N° **V-17.468.472** para optar al grado de: **Doctor en Educación**, cuyo título es: Inteligencia emocional. **Inteligencia emocional. Constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes 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 18 días del mes de septiembre de 2025.

Dr. Yimber Galíndez

C.I: V-13.643.800

Tutor

COMPROMISO ÉTICO-MORAL DEL INVESTIGADOR

Yo; **Beatriz Magalys López Navas**, C.I: **V-17.468.472**, responsable de la tesis doctoral titulada: **Inteligencia emocional. Constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes 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 18 días del mes de septiembre de 2025



Firma del autor

DEDICATORIA

Este logro no es solo mío, sino de todos aquellos que caminaron conmigo y me sostuvieron en los momentos más desafiantes de este recorrido.

A mi madre, pilar inquebrantable de mi vida, porque sin su apoyo, sus ánimos constantes y su ejemplo de fortaleza, este doctorado nunca habría sido posible.

A mi hermana menor, colega y compañera, que siempre estuvo detrás de mí recordándome tareas y alentándome con su cariño y compromiso.

A mi esposo y mis hijos, quienes con amor renunciaron a tantas salidas y asumieron tareas del hogar para que yo pudiera dedicarme a este sueño; su paciencia y entrega son parte esencial de este logro.

A mis hermanos, que con sus palabras de aliento me recordaron en cada paso que no estaba sola.

A los actores sociales que generosamente compartieron su perspectiva y colaboraron en las entrevistas, porque sin su voz y experiencia este trabajo no tendría vida.

Con humildad y gratitud, elevo este agradecimiento a Dios, mi bastón y soporte en cada jornada, y a mi Virgencita querida, en quién siempre encontré consuelo, fuerza y esperanza.

Este doctorado es fruto de todos ustedes, y a cada uno les pertenece un pedazo de esta meta alcanzada.

RECONOCIMIENTO

Hoy elevo un reconocimiento sincero a todas las personas que, desde su ser y su hacer, han nutrido este camino de búsqueda y reflexión. Esta tesis no es únicamente un trabajo académico, sino la huella de muchas voces, miradas y experiencias que me enseñaron que la esencia del conocimiento no se sostiene en lo abstracto, sino en la vida misma.

Reconozco profundamente a mi tutor, Yimber Galíndez, por su acompañamiento cercano, su paciencia y su orientación constante. Su guía ha sido más que académica: ha sido humana, inspiradora y decisiva en este proceso. De igual forma, expreso mi gratitud al doctor León Subero, cuya mirada amplia y enriquecedora aportó luces, claridad y profundidad a este trabajo.

Reconozco también a los docentes que, con entrega y humanidad, me mostraron que enseñar es más que transmitir saberes: es acompañar, cuidar, sostener y, sobre todo, despertar en otros la fuerza para crecer. A través de ellos comprendí que la salud en todas sus dimensiones se gesta también en el aula, en el vínculo y en la palabra compartida.

Reconozco igualmente a mis familiares y seres queridos, quienes con paciencia, afecto y confianza me recordaron que ninguna búsqueda intelectual tiene sentido si no se sostiene en el amor. A mis compañeros y amigos de camino, que con una conversación, un gesto o una sonrisa hicieron más llevadera la ruta.

Este trabajo está dedicado a todos aquellos que creen en la dignidad del ser humano, que cultivan la sensibilidad en medio de las exigencias diarias y que apuestan por una educación que sane, libere y transforme.

ÍNDICE GENERAL

LISTA DE TABLAS	9
LISTA DE FIGURAS	10
RESUMEN	12
INTRODUCCIÓN	13
MOMENTO	
I CONTEXTO EMPÍRICO	
Abordaje a la realidad.....	17
Intencionalidades de la investigación.....	28
Urgencia del ser: la inteligencia emocional como brújula epistemológica en la praxis docente.....	29
II SITUACIÓN TEÓRICA	
Saberes entrettejidos previos en la ruta del ser y hacer docente.....	32
Arquitecturas teóricas de la emocionalidad docente.....	44
Fundamentos epistemológicos de la inteligencia emocional docente.....	44
Emocionalidad como saber pedagógico.....	47
Configuraciones del ser docente en clave emocional.....	51
Habilidades emocionales y praxis en Ciencias de la Salud.....	55
Inteligencia emocional: mediación entre saber y sentir.....	57
Autoconciencia y regulación emocional en la docencia clínica.....	60
Afectividad profesional y subjetividad en el aula sanitaria.....	62
Epistemología del ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud.....	64
III ORIENTACIÓN METODOLÓGICA	
Visión paradigmática: ser y hacer docente.....	70
Consideraciones ontológicas.....	71
Consideraciones epistemológicas.....	73
Consideraciones metodológicas.....	75
Fases de la Investigación.....	78
Selectividad de los actores sociales.....	79
Fase del acopio de la información.....	80
Entrevista a Profundidad.....	80
Después de la entrevista.....	81
Fase de análisis de la información.....	82
Codificación/Categorización.....	82
Cromatización.....	85
Triangulación.....	86
Criterios de cientificidad y confianza en la investigación cualitativa.....	88

	pp.
Acerca de la construcción de la aproximación teórica.....	89
IV DEVELACIONES	
Evidencias vivas.....	91
Primera fase: codificación/categorización.....	94
Segunda fase: sistematización e interpretación de las categorías y sus Subcategorías.....	109
Tercera fase: triangulación de la información.....	160
V APROXIMACIÓN TEÓRICA EMERGENTE	
INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO CONSTRUCTO EPISTEMOLÓGICO DEL SER Y HACER DEL DOCENTE	
Horizonte inicial.....	177
Direccionalidades de la aproximación teórica.....	179
Interés contributivo de la aproximación teórica.....	187
Macroconceptos generados.....	189
Equilibrio afectivo ético-relacional.....	189
Autogestión resiliente de emociones.....	190
Praxis formativa dialógica con sensibilidad auténtica.....	191
Gestión ética-empática en la formación integral.....	192
Lenguaje reflexivo para el aprendizaje humano integral.....	193
Aprendizaje contextual de realimentación colectiva.....	195
Eje ontológico.....	198
Eje epistemológico.....	199
Eje axiológico.....	202
Eje pedagógico.....	203
Eje teleológico.....	206
VI SÍNTESIS Y APRENDIZAJES REFLEXIVOS	
Metáfora del río de aguas profundas.....	212
REFERENCIAS.....	217
ANEXOS.....	226
A1 CONVERSACIONES PRELIMINARES.....	227
A2 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PARTICIPANTES.....	230
A3 PREGUNTAS ORIENTADORAS DE LA ENTREVISTA.....	236
RESUMEN CURRICULAR.....	237

LISTA DE TABLAS

TABLA	pp.
1 Perfil profesional de los actores sociales.....	79
2 Modelo seguido para la triangulación de la información.....	88
3 Actor social A.....	94
4 Actor social B.....	98
5 Actor Social C.....	101
6 Actor Social D.....	105
7 Categoría: Aspectos de la inteligencia emocional. Subcategoría: Gestión emocional en la práctica.....	160
8 Categoría: Aspectos de la inteligencia emocional. Subcategoría: Mediador Emocional.....	163
9 Categoría: Ser y hacer del docente. Subcategoría: vínculo formativo auténtico...	165
10 Categoría: Ser y hacer del docente. Subcategoría: Evolución pedagógica.....	168
11 Categoría: Ser y hacer del docente. Subcategoría: Transformación hacia la praxis Dialógica.....	171
12 Categoría: epistemología en ciencias de la salud. Subcategoría: Sentido humano de la enseñanza.....	173

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	pp.
1 Aportes de los estudios previos.....	44
2 Emocionalidad como saber pedagógico.....	49
3 Configuraciones del ser docente en clave emocional.....	53
4 Ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud.....	66
5 Rutas orientadoras del conocimiento.....	78
6 Categorización /codificación.....	84
7 Categoría aspectos de la inteligencia emocional y sus subcategorías.....	126
8 Categorías intermedias de aspectos de la inteligencia emocional.....	128
9 Macroconceptos de aspectos de la inteligencia emocional.....	129
10 Categoría ser y hacer del docente y sus subcategorías.....	143
11 Categorías intermedias del ser y hacer del docente.....	144
12 Macroconceptos de ser y hacer del docente.....	145
13 Categoría epistemología en ciencias de la salud y sus subcategorías.....	157
14 Categorías intermedias de epistemología en ciencias de la salud.....	158
15 Macroconceptos de epistemología en ciencias de la salud.....	159
16 Triangulación de la información.....	176
17 Inteligencia emocional en el ser y hacer del docente.....	181
18 Mediación hacia el aprendizaje significativo.....	184
19 Construcción de humanidad, integralidad y praxis dialógica.....	186

	pp.
20 Macroconceptos.....	197
21 Hermenéutica de la inteligencia emocional: Constructo epistemológico del ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud.....	210



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

Línea de investigación: comportamiento organizacional y productividad

**INTELIGENCIA EMOCIONAL. CONSTRUCTO EPISTEMOLÓGICO DEL SER Y HACER DE LOS
DOCENTES DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Autora: Beatriz Magalys López Navas

Tutor: Yimber Galídez

Fecha: septiembre 2025

RESUMEN

La inteligencia emocional constituye un constructo epistemológico medular en la comprensión del ser y hacer del docente en la formación en Ciencias de la Salud. En esta investigación inscrita en el paradigma interpretativo, de naturaleza cualitativa, direccionada por el método fenomenológico hermenéutico, me propuse generar una aproximación teórica emergente sobre la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Por lo tanto, interpreté los sentidos y significados otorgados a la realidad del fenómeno de estudio desde los testimonios de cuatro (4) médicos-docentes, seleccionados intencionalmente por sus experiencias y vivencias ofrecidas de manera voluntaria, a través de la entrevista a profundidad. Esta información alcanzó los procesos de codificación/categorización y triangulación, a fin de construir los hallazgos. Desde esta perspectiva, los criterios de credibilidad interna y legitimidad concedieron confianza y verdad en el conocimiento construido. Entre los hallazgos resaltantes pude captar que la inteligencia emocional del docente en Ciencias de la Salud trasciende lo académico, configurándose como un eje relacional que humaniza la enseñanza, potencia aprendizajes significativos y fortalece la formación integral del futuro médico. Asimismo, se evidenció que la práctica docente. Además del dominio disciplinar, exige la apertura hacia la expresión de emociones, flexibilidad y empatía como recursos formativos indispensables para responder a los desafíos actuales de la educación médica. En las reflexiones, tomé provecho de la metáfora del río de aguas profundas, para significar que la realidad indagada continúa fluyendo más allá de este estudio, abriendo cauces para nuevas interpretaciones y proyecciones que nutran la formación docente en Ciencias de la Salud.

Descriptor: inteligencia emocional, ser y hacer docente, ciencias de la salud.

INTRODUCCIÓN

En el contexto contemporáneo de la educación en Ciencias de la Salud, la inteligencia emocional emerge como un Constructo epistemológico medular para asimilar la dinámica que transcurre como esencia pedagógica en el ser y hacer del médico-docente, en la dualidad de prácticas clínicas y de enseñanza, articulando la transmisión de conocimientos técnicos especializados, además de la dimensión humana en la formación profesional. En este siglo XXI caracterizado por la complejidad de los escenarios sanitarios, la hiperconectividad de la información y la diversidad de pacientes y comunidades que se despliegan frente a escenarios de desafíos e incertidumbres, domina la idea de integrar esa sensibilidad emocional con la rigurosidad académica.

En este orden de ideas, el presente estudio, se convierte en una brújula orientadora de la praxis del médico-docente que orienta el desarrollo de las actividades y procesos en su área del conocimiento médico, permitiendo que la formación de los nuevos profesionales se configure como un proceso integral que equilibra valores, habilidades clínicas, competencias interpersonales y el compromiso ético-empático con la atención centrada en la persona humana. Asimismo, la inteligencia emocional en la docencia médica posibilita la co-construcción de aprendizajes significativos, donde los profesionales inherentes al cuidado de la salud, desarrollan resiliencia, autogestión de emociones y la capacidad de respuesta frente a situaciones clínicas complejas.

La praxis educativa mediada por este Constructo epistemológico en el ser y hacer del docente, permite transformar la relación del médico-docente con sus estudiantes, en un espacio dialógico y reflexivo, donde la empatía, comunicación efectiva y la regulación emocional se convierten en elementos fundamentales para la formación de los nuevos galenos que fortalecen su dimensión afectiva y ética para la productividad en Ciencias de la Salud. De este modo, la inteligencia emocional fortalece la dimensión afectiva y ética de la enseñanza, pero, además optimiza la capacidad de los docentes para promover aprendizajes contextualizados, colaborativos y orientados a la excelencia profesional y el bienestar integral del paciente.

Desde esta perspectiva, el presente estudio inscrito en el paradigma interpretativo,

enfoque cualitativo, bajo el método fenomenológico trascendental con apoyo de la hermenéutica, dio cumplimiento a la intencionalidad general de generar una aproximación teórica emergente sobre la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. De esta manera, el estudio se adentró en la comprensión profunda en la realidad del fenómeno de estudio, abordando un recorrido reflexivo y analítico que integró la realidad empírica, la fundamentación teórica, las orientaciones metodológicas y la construcción de la aproximación teórica emergente.

La estructuración de la investigación consideró el Momento I: contexto empírico, donde se describió la realidad de la praxis docente, identificando las intencionalidades de la investigación y al reconocer la urgencia del ser y hacer desde la inteligencia emocional como ruta epistemológica que orientó la acción pedagógica. En el Momento II: situación teórica, se teje dieron los saberes previos que sustentan el ser y hacer docente, identificando las arquitecturas teóricas de la emocionalidad docente y sus implicaciones en la formación médica.

En el Momento III: orientaciones metodológicas, desarrollé la visión paradigmática del estudio, articulando las consideraciones ontológicas, epistemológicas y metodológicas, así como las fases de acopio y análisis de la información: entrevista a profundidad, codificación/categorización, cromatización, triangulación de la información y los criterios de cientificidad y confianza propio de la investigación cualitativa.

En el Momento IV: develaciones, presento las evidencias vivas del fenómeno, mediante tres fases articuladas: codificación/categorización, sistematización e interpretación de categorías y sus subcategorías, y triangulación de la información, mostrando la riqueza de los sentidos y significados otorgados por los actores sociales. Por su parte, el Momento V: aproximación teórica emergente, consolidó el horizonte inicial del estudio, definiendo las direccionalidades del Constructo y generando la comprensión de los macro conceptos fundamentales: equilibrio afectivo-ético relacional, autogestión resiliente de emociones,-praxis formativa dialógica con sensibilidad auténtica, gestión ética empática en la formación integral, lenguaje reflexivo para el aprendizaje humano integral y aprendizaje contextual de realimentación colectiva, articulados los ejes ontológico, epistemológico, axiológico, pedagógico y teleológico.

El Momento VI: síntesis y aprendizajes reflexivos, me permitió explorar la totalidad del fenómeno mediante la metáfora del río de aguas profundas, evidenciando el cumplimiento de las intencionalidades específicas y consolidando un aprendizaje integral sobre el ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud. Al cierre de este informe investigativo, presento las referencias y los anexos correspondientes.

MOMENTO I

CONTEXTO EMPÍRICO

El acto de enseñar humanizado por el docente en ciencias de la salud constituye un arte donde la inteligencia emocional habita en el saber y ser.

Beatriz López

En este primer momento de la investigación, me detengo a situar el estudio en el terreno vivo de los actores sociales que los nutren, con sus vivencias y experiencias, reconociendo que la realidad no se impone, sino que se interpreta desde la experiencia compartida y la palabra sentida. Explorar la inteligencia emocional como constructo epistemológico del ser y hacer docente en Ciencias de la Salud, exige sumergirme en las voces, prácticas y tensiones que configuran el cotidiano académico en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Este contexto se vuelve clave para comprender la génesis del fenómeno investigados.

Abordaje a la realidad

La realidad educativa trascendente contemporánea, más allá de la noción tradicional de inteligencia, fundada en parámetros esencialmente lógicos, racionales y cuantificables, ha dejado de ocupar el centro del discurso formativo frente a los giros paradigmáticos hacia modos de hacer formativos sustentados en teorías humanizantes que han provocado un desplazamiento desde enfoques conductistas o meramente cognitivo vistas hacia la comprensión más integradora del ser humano. En esos términos, la mirada cambiante privilegia la dimensión emocional, social y experiencial del sujeto, al reconocer que los procesos de enseñar y aprender, constituyen actos profundamente sensibles, anclados en la historia personal del docente y del estudiante, al tiempo que abren paso a escenarios pedagógicos que combinan saberes previos con vivencias situadas en el aula, hacia la búsqueda constante de una construcción significativa, ética y transformadora del conocimiento.

Esta orientación en el amplio margen de la construcción activa del conocimiento ha

impregnado, de manera decisiva, procesos de desarrollo curricular durante las últimas tres décadas y media. Es así como en los años 80, según refiere López (2022), emergieron con fuerza algunos conceptos medulares inherentes a la zona de desarrollo próximo, el andamiaje cognitivo y la valorización de las experiencias previas como núcleos estructurantes del aprendizaje. Desde esta perspectiva, el sujeto que aprende deja de ser un receptor pasivo de contenidos para devenir en un protagonista consciente de su propio proceso formativo, de tal manera que, la mediación pedagógica del docente, lejos de imponer saberes, se convierte en un catalizador de significados, que acompaña, estimula y potencia al estudiantado en la construcción personal y contextualizada del conocimiento y de su propia comprensión del mundo.

Así, el acto de enseñar se transforma en un encuentro dialógico, donde la inteligencia emocional del docente adquiere un rol significativo en la configuración de entornos académicos sensibles, reflexivos y profundamente humano. En esta concepción, se torna imperativo indagar acerca de dicho constructo relacionado con la inteligencia emocional, que se entrelaza con el ser y el hacer del docente de Ciencias de la Salud, en una praxis que va más allá de lo técnico para alcanzar lo verdaderamente formativo.

Todo esto trajo como consecuencia, cambios en el rol del docente el cual se ha transformado de ese transmisor de información a un ser humanizado facilitador y mediador de experiencias que tiene que poner en juego para desarrollar su labor no sólo sus conocimientos ni sus habilidades sino también sus emociones, sus actitudes, su ser. Como bien lo expresan Mayer y Salovey (1997) "la inteligencia emocional se define como la capacidad para percibir con precisión, valorar y expresar emociones, acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento; comprender las emociones y regular las promoviendo el crecimiento emocional e intelectual" (citado en Valente et al., 2022, p.20).

Esta cita me permite comprender que la inteligencia emocional es un entramado complejo de habilidades que trascienden la simple gestión afectiva, configurándose como eje estructurante del proceso formativo, en tanto, en el ámbito de la docencia en Ciencias de la Salud, esta capacidad adquiere un carácter epistemológico, implicándose con el conocer y transmitir saberes científicos además de reconocer, canalizar y emplear las emociones como catalizadores del pensamiento y del aprendizaje significativo. De este modo, el ser y hacer del

docente pudiera interpretarse desde una praxis que integra emoción y razón, favoreciendo vínculos empáticos, entornos afectivos regulados y experiencias pedagógicas que informan, pero también transforma, al significar que la inteligencia emocional no es un complemento, es una condición fundante del acto educativo.

Con base a lo planteado comprendo la necesidad de contar con un docente que tenga un desarrollo integral en todas sus dimensiones, las cuales según Cásares (2011) incluyen: el yo personal: relación con uno mismo, capacidad de conocerse, aceptarse y amarse. Es un compromiso con la propia unicidad y destino, en este “yo” se generan las visiones positivas de sí mismo y del mundo, se construye la forma de interpretar la realidad, las respuestas a escoger, el destino a elegir.

En el mismo orden de ideas, respecto al desarrollo integral del docente ha de disponerse al servicio del estudiante e implicará que él mismo, en su propia formación pueda de acuerdo con Day (2016) aprender a hacer, por cuanto el trabajo se ha convertido en oportunidad de desarrollo y superación personal, es una fuente de supervivencia, seguridad personal y autoestima. Sin embargo, saber hacer es dominar con maestría un oficio, arte, profesión, habilidad y continuar perfeccionándolos y enriqueciéndolos a la par de los cambios que experimentamos continuamente. El autor precitado destaca que “El arma indispensable para conservar la vida y la salud es el trabajo, es la oportunidad de conseguir un lugar en la comunidad, estatus, la construcción de un patrimonio económico que ofrezca mejores oportunidades de salud, educación, recreación, calidad de vida” (p. 51).

Ahora bien, en la reflexión contemporánea sobre el fundamento de la educación, resulta ineludible hace referencia al pensamiento de Delors (1994) quien proponía el "aprender a aprender" como eje transformador, superando una pedagogía centrada en la memorización mecánica para dar paso a una praxis promotora de la reflexión crítica, creatividad y crecimiento interior, cuestión que, en el ámbito de la docencia en Ciencias de la Salud, esta visión implica que el docente transmite los contenidos y encarna un modo de hacer concebido bajo el pensamiento sensible y autónomo, capaz de cultivar en el estudiante el conocimiento técnico, así como la apertura ética y emocional hacia la vida misma. Aquí, la inteligencia emocional comienza a perfilarse como una condición sustantiva del acto educativo, en tanto, configura las disposiciones

afectivas que permiten al docente conectar con sus estudiantes desde una humanidad compartida.

En este mismo sentido, Cásares (2011) introduce el concepto de dominio personal como núcleo del crecimiento docente que se implica con el conocimiento asimismo, la autogestión de las emociones y la orientación consentido de vocación profesional que constituyen elementos vitales en una pedagogía donde el maestro se presenta como guía emocional y espiritual, experto disciplinar que califica en la formación en Ciencias de la Salud, donde el sufrimiento humano y la incertidumbre son parte de la cotidianidad de su hacer, que ha cultivado con inteligencia emocional al estar preparado para acompañar procesos formativos con empatía, claridad ética y presencia activa.

En esta misma línea de razonamientos, Day (2016) sostiene que el propósito último de la educación debe centrarse en fortalecer las competencias integrales en los estudiantes tales como el pensamiento crítico, autoconocimiento, autorregulación, sensibilidad estética y búsqueda de la verdad. En este marco de reflexiones, el docente de Ciencias de la Salud asume la responsabilidad de facilitar experiencias de gozo, asombro y conciencia, que den lugar a la integración del conocimiento y las vivencias de manera profunda, adaptándose a la etapa de desarrollo del estudiante. En otras palabras, la inteligencia emocional se manifiesta como algo más que un accesorio, representa una vía de acceso al conocimiento con sentido, donde la emoción no interfiere con la razón, sino que la enriquece.

El docente como cada persona, busca solucionar sus problemas de conocimiento, se puede ir reforzando y mantenerse estable de acuerdo a la efectividad de las operaciones que realiza en resolver la problemática que se le presenta. Cada representación se configura de acuerdo a cierto orden que se convierte en un patrón, que va más allá de los contenidos de información que posee la persona de manera individual. De esta manera, el ser y hacer de los docentes conlleva a este perfil cognitivo y se basa en la relativa estabilidad de la secuencia estratégica que se sigue preferentemente de acuerdo a la decisión del sujeto o a su eficiencia en la utilización de la misma. Por lo tanto, constituye una relación que vincula los elementos que constituyen el proceso de producción y validación de los conocimientos.

A partir de esta definición se conciben entonces, tres modos de enfrentar la solución de

problemas que se denominan intuitivo, concreto y abstracto, el intuitivo, orientado sobre las capacidades de conciencia y la vida afectivo-emocional, el concreto se corresponde con las capacidades de los sentidos y la percepción biofisiológica y finalmente, el formal o abstracto que se orienta a las capacidades de la razón y del pensamiento.

Al tener en cuenta lo destacado en los párrafos precedentes y extrapolando esa realidad al ámbito educativo se podría decir que el educador en el contexto universitario debe hacer y actuar de acuerdo a una pauta curricular y una política educativa, que busca el desarrollo integral del estudiante, su identificación con el medio, el desarrollo de su ser y de su convivir, el manejo de las emociones así como de su pensar y aprender, sin embargo, el docente sigue estando situado en el aprender dogmático, sin participación activa, sin cuestionamiento, sin emotividad y por ende sin capacidad de analizar el mundo desde su propia perspectiva y respetando la percepción del otro ante la misma realidad.

El estudio de esta realidad es la que lleva al planteamiento de esta investigación por cuanto se evidencia en el medio profesional que es la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana y específicamente en el Decanato de Ciencias de la Salud, donde se manifiesta una desvinculación entre el modo de enseñar, de concebir la realidad para ser comprendida por el estudiante y el ser del docente desde la perspectiva afectiva, su yo personal, espiritual y social si se asumen las palabras de Cásares (2011).

En este entorno, tal como se establece en el Pacto Nacional para la Reforma Educativa en la República Dominicana (2014-2030) se considera que la pertinencia de la educación, en todos sus niveles, descansa en aquellos contenidos curriculares capaces de dotar a las personas de las competencias necesarias para enfrentar los desafíos del mundo actual, de construir ciudadanía plena para convivir en sociedad y de atender las necesidades del desarrollo social, económico, científico, tecnológico y cultural del país, en consonancia con la Estrategia Nacional de Desarrollo.

Esta realidad reflejada en el documento del pacto antes mencionado conduce a reconocer que, entre otros factores, la calidad profesional, la fortaleza moral, la dignificación y la entrega de los educadores juegan un rol clave en la calidad de la educación. Por tanto, la formación profesional y pedagógica, inicial y continuada de los docentes es fundamental para transformar el desempeño y la calidad de la educación dominicana, en la que no se deja de lado el enfoque

de la construcción del propio conocimiento a través de los espacios de aprendizaje, del compartir de experiencias y del diálogo de saberes como estrategia para que tal construcción se dé; continúa siendo evidente una desvinculación del ser del docente en su ser y hacer pedagógico.

Asimismo, se han incluido en su propuesta formativa los avances en las teorías sobre la inteligencia y en el desarrollo del pensamiento, en los cuales se incorporan temáticas como inteligencia emocional y múltiple, creatividad, desarrollo cognitivo. Sin embargo, esto no ha bastado para que el docente cambie, haga uso de su potencial emocional, asuma la afectividad en el aula y, por ende, transforme su quehacer.

Muchas experiencias que deberían ser vivenciales los docentes las convierten en teóricas, no refuerzan las habilidades particulares de cada estudiante, sino que buscan que todos sean iguales, que hagan las mismas actividades, los mismos mapas conceptuales, hasta los mismos trabajos computarizados, se mantienen distantes del estudiante física y emocionalmente, pocos son afectivos, no facilitan un conocimiento que le permita interactuar con el estudiante: qué sabe, qué habilidades tiene, cuáles debe reforzar, también tienen que tomar en cuenta qué quieren aprender, qué valores promueven, saber quién es y qué quiere ser y cómo la universidad los puede ayudar a lograrlo. Al acercarme a esta realidad, pude escuchar de los propios docentes sus opiniones a través de diálogos informales. Entre ellos, se tengo el testimonio de uno de los doctores de Anatomía de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, expresado en los siguientes términos:

El docente debe ser persona, muy humana, estamos en una época difícil, donde los valores se han distorsionados, donde la gente no vive, sobrevive, y el docente puede ser un vehículo para que los estudiantes tengan un sentido de vida más positivo, pero para ello el docente tiene que cambiar su forma de pensar dejar de centrarse en los contenidos y permitir más la creatividad del estudiante, la expresión de sus sentimientos, demostrar flexibilidad. (Conversación informal, doctor UN, marzo 23, 2024).

Tal como se desprende de este testimonio preliminar, el docente UN, en su conversación informal plantea una inquietud sustantiva que evidencia uno de los nudos críticos que atraviesa el ejercicio docente en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña relacionado con la deshumanización del vínculo pedagógico en contextos marcados por crisis sociales, desgaste emocional y pérdida de sentido, lo que significa que emerge una necesidad de reconfigurar el rol del educador en Ciencias de la Salud, no sólo como transmisor de contenidos científicos, es más

bien, desde su condición de guía vital, emocional y existencial.

De modo que, este planteamiento interpela de forma directa, el modelo educativo vigente centrando insistentemente en lo técnico-instrumental; sugiere al mismo tiempo que, para propiciar procesos formativos significativos, el docente debe implicarse desde su ser emocional, permitiendo al estudiante expresarse, crear, sentir y resignificar su experiencia educativa. En este sentido, el docente mismo debe trascender esquemas rígidos, redimensionarse como sujeto sensible, empático y abierto al encuentro con el otro, lo que plantea el desafío epistemológico de integrar la inteligencia emocional como componente constitutivo y no accesorio de su praxis.

El trasfondo de este testimonio me hace pensar acerca de la problemática profunda en cuanto a la escisión entre el saber y el ser, entre la técnica y la emoción, una brecha que urge ser abordada desde nuevas claves formativas que dignifiquen tanto al estudiante, como al educador en el escenario universitario actual. De allí, surge mi primera pregunta de interpretación formulada como: ¿Cuáles son los sentidos y significados que le otorgan los docentes a la inteligencia emocional como constructo epistemológico del ser y hacer en el escenario de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña?

Ahora bien, los hallazgos de Karantzas et al (2023) me orientan a trasladar este referente al campo educativo como un fenómeno observado desde relaciones íntimas inherentes a la deshumanización sutil y que se manifiesta mediante comportamientos de desdén, indiferencia o negación de la autonomía del otro. En esos términos, en el aula universitaria, particularmente en escenarios tan exigentes como la formación en Ciencias de la Salud, estos patrones pueden traducirse en prácticas pedagógicas que invisible y al estudiante como sujeto integral, reduciéndola a un receptor de información técnica, para la expresión emocional, singularidad ni la construcción dialógica del conocimiento.

Tales dinámicas, cuando se sostienen en el tiempo, configuran un vínculo pedagógico despojado de cuidado, donde la negación del sentir, pensar y del ser del estudiante, alimenta la pérdida de sentido formativo. Así, el docente al centrarse exclusivamente en lo operativo y desatender la dimensión humana del encuentro, pudiera reproducir formas de relación que, aunque no intencionadas, resultan deshumanizante sí contradictorias con el propósito formativo

de la educación universitaria en salud. Este fenómeno, se constituye, por tanto, en un nudo crítico necesario de abordar en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, donde el docente está llamado reconfigurar su ser y hacer desde la inteligencia emocional una vía para restaurar el tejido humano del acto educativo. De igual manera, escuché la opinión del Dr. de Cirugía I, actor social CI, docente de profesión médico con experiencia en el campo del conocimiento de la inteligencia emocional, quien expresó:

Yo creo que el docente debe tender menos hacia el saber y más hacia el ser porque los estudiantes de ahora son criados con otra mentalidad sin importar de qué estatus económico sean, se crían aislados encerrados en su mundo tecnológico, sin afecto, ¿se ocupan puro de satisfacer las necesidades materiales y no las afectivas y si el docente también se va a centrar sólo en que aprendan y no los va a dejar expresarse entonces ¿Qué tipo de personas van a ser esos estudiantes? (Conversación informal, doctor CI, marzo 29, 2024).

Considero que, en la actualidad, el docente no puede seguir orientando su praxis exclusivamente hacia el saber; hoy más que nunca, está llamado a habitar el territorio del ser. Lo que escuché de este actor social CI en su carácter informal, en relación con el hecho que los estudiantes de ahora vienen "criados con otra mentalidad", aislados, atrapados en su modo tecnológico, carente de afecto, me hizo confrontar una realidad que ya no puede ser ignorada porque nuestros estudiantes no encuentran en el aula, un espacio de resonancia emocional, sino un escenario frío, centrado en contenidos que, aunque necesarios para la formación especializada, no les dicen nada a su historia vital.

Si como docentes no le damos oportunidad para expresarse, si no les leemos el alma más allá del desempeño académico, bien pudiera reflexionarse sobre el tipo de personas que estamos formando. Este planteamiento me devela un aspecto medular necesario de abordar en el escenario de la deshumanización del vínculo pedagógico en contextos donde la crisis afectiva y existencial es tan profunda como silenciosa.

En esta realidad, sostengo que nuestras habilidades y destrezas no deben servir exclusivamente para enseñar información, cumplir con objetivos curriculares en áreas específicas del saber, sino para construir junto a los estudiantes, un conocimiento situado, emocionalmente significativa. Dada esta connotación, entiendo que no puede darse si no nos abrigamos al diálogo de saberes, donde el educador renuncia a su trono de autoridad para convertirse en co-aprendiente y en acompañante emocional. Aquí, la inteligencia emocional adquiere una

dimensión epistemológica en tanto deja de ser un rasgo accesorio del carácter para convertirse en fundamento del ser docente. Esta capacidad, asumida como el arte de reconocer y regular los propios afectos, y al mismo tiempo, comprender al otro, nos permite habitar el aula desde la humanidad.

Tal como lo refieren Mayer y Salovey (1987), una persona emocionalmente inteligente es aquella capaz de aceptar, comprender y regular sus emociones, al tiempo que debe ponerse en el lugar del otro. En mi experiencia docente, estabilidad no brota espontáneamente, se forma, se cultiva, se reflexiona. Sin embargo, no todo lo docentes han transitado este camino. Muchos siguen anclados en un modelo transmisible, técnico, que descuida el mundo interno del estudiante. No obstante, esto no ocurre porque sean insensibles, sino porque su constructo epistemológico del ser y hacer, ha sido forjado bajo lógicas que separan la emocionalidad del conocimiento, el vínculo del contenido, el sentir del enseñar.

Este ideal, como forma singular de comprender la docencia, se convierte en un aspecto de interés en la personalidad epistémica que filtra las experiencias de enseñanza-aprendizaje, dependiendo de cómo se manifiesta y se reconfigura, entonces el docente podrá o no desarrollar competencias para la autorregulación, la empatía, la apertura emocional. Allí emerge mi segunda pregunta de investigación formulada para saber ¿Qué sentidos y elementos significativos emergen de la vivencia de la inteligencia emocional como constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña?

En este punto, emergen tres grandes enfoques epistemológicos que caracterizan las maneras de comprender el mundo, el empirista-inductivo, centrado en lo observable y mensurable, el racionalismo deductivo, orientado a la lógica formal y la norma; y el introspectivo-vivencial, que reconoce la experiencia, el sentir y la subjetividad como fuente válida de conocimiento. Desde esta última perspectiva, que es la que asumí en esta investigación, donde sostengo que la inteligencia emocional debe posicionarse como un eje articulador del currículo oculto, del vínculo pedagógico y del desarrollo profesional docente.

Como bien lo señalaba Piaget (1978), la inteligencia no se limita a lo cognitivo; involucra el proceso de adaptabilidad, de equilibrio entre lo interno y lo externo, entre lo que se piensa y lo que se vive. Por ello, un docente emocionalmente inteligente no sólo enseña mejor, sino que

humaniza su enseñanza, resignifica el aprendizaje y se convierte en un referente ético y emocional para sus estudiantes. En concreto, hablar de inteligencia emocional como constructo epistemológico no es una moda conceptual, es una urgencia formativa que nos invita a revisar nuestras formas de enseñar, de vincularnos, de existir como docentes en un mundo herido. Eso llamado a recuperar la sensibilidad perdida, a escuchar el silencio emocional de nuestros estudiantes, a ser, antes que enseñar. Al respecto, otro de los actores sociales preliminares, la Dra. de Microbiología en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, con quien conversé informalmente, me señaló:

(...) al hablar del docente en la actualidad, entiendo que tiene que ser hábil para interactuar con el estudiante, expresar sentimientos y emociones y comprender los de ellos, tiene que permitirles ser para que ellos puedan de verdad sentirse motivados para aprender y construyan su propio conocimiento. Sin embargo, en muchos contextos de formación en Ciencias de la Salud, como ocurre en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, esta dimensión emocional ha sido relegada por una enseñanza tecnificada, rígida y despersonalizada, lo cual pudiera entenderse como una disociación entre la formación profesional y el desarrollo humano integral, constituyéndose en un serio obstáculo epistemológico y ético para el docente actual. (Conversación informal, doctora MB, abril 18, 2024).

La manifestación de la Dra. MB, docente de Microbiología en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, interpela de manera aguda y honesta, una de las fisuras más sensibles del escenario educativo actual inherente a la desconexión entre el rigor profesional y la dimensión humana en la formación de los futuros profesionales de la salud, al tiempo que cuando escuché este testimonio, confirmé una intuición que vengo gestando desde hace tiempo, en cuanto a que el aula se ha convertido, muchas veces, en un espacio donde se enseña desde la técnica, pero se olvida la ternura; donde se instruye con precisión, pero se acompaña con distancia.

Cuando la Dra, de manera informal, señala que el docente debe permitir al estudiante "ser" para que logre aprender, está defendiendo una postura pedagógica de interés, al tiempo que esboza una visión ética del acto educativo, donde emerge el nudo crítico de esta investigación en cuanto a la relegación de la inteligencia emocional como dimensión específica del vínculo pedagógico y del proceso formativo en contextos de alta exigencia como las Ciencias de la Salud. Desde esta perspectiva, el rol docente no se agota en la transmisión del saber disciplinar, es más bien un espacio expandible en el horizonte del acompañamiento humano que

moviliza afectos, motivaciones y sentido. Así, mi tercera interrogante de investigación surge como: ¿Cómo se configura el significado de la inteligencia emocional como constructo epistemológico del ser y hacer docente, a partir de la voz de los actores sociales en el contexto de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña?

Este desafío se acentúa más si, como advierte Bisquerra (2018), el docente no ha transitado por un proceso personal de autoconocimiento y apertura a la transformación. No obstante, en muchos espacios formativos sigue manifestándose como el perfil docente tradicional, desvinculado de su dimensión emocional, atrapado en lógica reproductiva que genera la vitalidad del proceso educativo; lo que significa que asumir la inteligencia emocional como constructo epistemológico exige que el educador viva en constante diálogo consigo mismo, que mantenga una disposición permanente al aprendizaje, que investigue, se reinvente y se involucre afectiva y éticamente en el acto de enseñar.

Desde esta perspectiva, el nuevo modelo de inteligencia emocional, según el precitado autor, implica la capacidad de sentir, comprender y regular emociones propias y ajenas. Este conjunto de habilidades afecta de forma directa la toma de decisiones, comunicación, liderazgo y las relaciones interpersonales haciendo que el docente de Ciencias de la Salud, se involucre en la posibilidad de construir entornos de aprendizaje humanos, resilientes, transformadores. En cada encuentro con sus estudiantes, el docente deviene ser testigo de la emergencia del conocimiento como experiencia vivida, donde lo emocional se integra con lo racional y lo ético.

Por tanto, considerar la inteligencia emocional como constructo epistemológico del ser y hacer docente en el ámbito de la salud, viene asociado con el reconocimiento de procesos formativos que no son neutros ni mecánicos, exigen una intersubjetividad abierta, identidad profesional crítica y un pensamiento situado. Aun cuando el conocimiento se reorganiza y se transforma, como bien lo señala la epistemología del sujeto, cada individuo mantiene patrones cognitivos regularmente estables, que dan forma a sus procesamientos e interpretación de realidades.

Por ello, el estilo educativo, la respuesta emocional y la manera en la cual el docente concibe la enseñanza, están profundamente imbricados con su estructura emocional. Negar esta realidad es desconocer que, en el aula, también se aprende a ser. De allí surge mi cuarta pregunta

de investigación: ¿Cómo se derivan aspectos conceptuales significativos acerca de la inteligencia emocional como constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña?

Ahora bien, desde mi experiencia como docente, no puedo dejar de reconocer que este tipo de profesional sensible, cercano, emocionalmente disponible, se exige con urgencia, al tiempo que es escaso en esta realidad. Aún persisten figuras ancladas en el cumplimiento del programa, en la rigidez del contenido, en la repetición de prácticas que ignoran la complejidad emocional es subjetiva del estudiante. Muchos enseñan sin conocer a quienes tienen frente así; valoran únicamente el pensamiento lógico y verbal, minimizando la creatividad, expresión emocional o la divergencia en el pensar. El lugar de co-crear significados, replican esquemas año tras año, sin ajustar ni siquiera las estrategias curriculares conforme a las necesidades reales del contexto, ni a la biografía emocional de sus estudiantes.

Esta realidad plantea una atención epistemológica de fondo: o seguimos formando técnicos distantes, que reproducen conocimientos sin alma, o nos atrevemos a repensar la docencia desde un paradigma más humano, donde la inteligencia emocional no sea un accesorio, sino el corazón mismo de la praxis educativa. En este dilema se inscribe la presente investigación, con la firme convicción que el docente de Ciencias de la Salud del siglo XXI, no puede seguir escindiendo su saber de su ser. De allí que, tomando en consideración los testimonios informales de los docentes referenciados aunados a mi propia percepción, planteo las siguientes intencionalidades de la investigación:

Intencionalidades de la investigación

Intencionalidad general

Generar una aproximación teórica emergente sobre la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Intencionalidades específicas

Develar los sentidos y significados que le otorgan los docentes a la inteligencia emocional

como Constructo epistemológico del ser y hacer en el escenario de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Comprender los elementos significativos emergentes de experiencias vivida en torno a la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer del docente de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Interpretar la configuración hermeneútica del significado de la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer docente, a partir de las narrativas del docente en el contexto de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Resignificar los aspectos conceptuales emergentes sobre la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes en Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Urgencia del ser: la inteligencia emocional como brújula epistemológica en la praxis docente

Desde la voz del ser, este estudio se convierte en un llamado emergente a reconstruir los lazos fragmentados entre el conocimiento y la vida misma que atrae una enseñanza en la existencia, al punto que, en tiempo de transformaciones sociales, donde la deshumanización se infiltra en las aulas y la tecnología sustituye el gesto, el tono, la mirada, la inteligencia emocional se desplaza como una forma de resistencia, dando lugar al requerimiento de cuidar al otro en su integridad. Así, la figura del docente en Ciencias de la Salud, donde se enseña a cuidar cuerpos, debe volver a recordar que también se cuida a los demás. Esta investigación reconoce desde su misión contributiva al tejido social que fortalece la mirada cuando los formadores comprenden que educar no es sólo instruir, sino humanizar, y que esta tarea se vuelve vital en contexto donde los estudiantes sobreviven más que viven.

En términos de la contribución educativa universitaria, particularmente en la formación de Ciencias de la Salud, ha privilegiado durante décadas una pedagogía basada en la técnica, la evidencia y el rigor biomédico. Sin embargo, esta investigación en el marco de *sui generis* propone desplazar esa mirada parcial para construir una pedagogía emocionalmente situada, donde el docente no sea únicamente transmisor de conocimientos clínico, sino un artesano del vínculo y facilitador del sentido. Así, se ha de poner en evidencia que, sin un componente

emocional en la relación pedagógica, el aprendizaje se vuelve mecánico y el conocimiento huérfano de ética. Por tanto, la inteligencia emocional aparece como un pilar fundamental y significativo en el nuevo modo de enseñar: uno que conjuga razón y afecto, saber y sensibilidad

En el referente de contribución epistemológica, este estudio no se limita a considerar la inteligencia emocional como una habilidad, sino que la reubica como constructo epistemológico que reconfigura el ser y hacer del docente, lo que significa que el conocer no se reduce al intelecto, se trata más bien de expandir el horizonte hacia una comprensión holística del sujeto docente, donde las emociones no son residuos del pensamiento, son más bien, una forma legítima de comprender al mundo. En este sentido, se plantea una ruptura con la epistemología racionalista dominante, invitando a considerar que la emocionalidad también construye conocimiento, sentido, juicio ético y visión crítica de modo que, la praxis docente se convierte así en un campo donde el saber y el sentir se entrecruzan como ejes fundadores del acto educativo sostenible.

Respecto a la contribución metodológica, el hecho de asumir una perspectiva fenomenológica con apoyo hermenéutico, implica reconocer que la realidad educativa se vive antes de teorizarse y que la comprensión de los sentidos atribuidos por los docentes a su emocionalidad, no puede hacerse desde categorías rígidas, sino en torno a una escucha activa profunda y abierta. Esta investigación, por tanto, se ofrece como una búsqueda de voces, de vivencias y de huellas afectivas en el hacer cotidiano del docente en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Metodológicamente, el enfoque adoptado se convierte en espejo de lo que se investiga. Así como se estudia la emocionalidad del ser, también se la interpreta desde el encuentro humano, lo que da cabida a pensar que no se busca explicar, sino comprender con hondura y respeto el modo como el docente habita su praxis.

Asimismo, la contribución en la línea de Investigación: gestión docente calidad del desempeño profesional, del programa interinstitucional: Doctorado en Educación del Convenio entre la Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Instituto Pedagógico de Barquisimeto Luis Beltrán Prieto Figueroa, Universidad Experimental Politécnica Antonio José de Sucre y Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (PIDE), contribuye a una reflexión crítica y renovadora, al evidenciar que la calidad no puede seguir siendo medida exclusivamente por

resultados académicos, publicaciones rendimientos.

Esta categoría en el desempeño profesional del docente, exige una nueva óptica articulada a la calidad del vínculo humano que permea las relaciones con sus estudiantes. La inteligencia emocional, comprendida como brújula epistemológica, se posiciona desde un criterio transversal para la gestión de la docencia universitaria, ampliando la noción de desempeño en torno a dimensiones éticas, afectivas y relacionales, en concreto, este estudio contribuye con una nueva comprensión de la calidad docente inherente a aquella que se cultiva desde la autenticidad del ser y no desde la acumulación del saber.

MOMENTO II

SITUACIÓN TEÓRICA

Comprender el docente es explorar la hondura de su ser; su hacer no es mera acción técnica, sino expresión encarnada de su emocionalidad pensante y de su humanidad en acto formativo.

Beatriz López

En este momento, me dispongo a describir teóricamente la investigación, con el fin de articularla hacia los aportes ya construidos en el campo educativo en torno a la inteligencia emocional en el referido epistemológico del ser y hacer del docente universitario bajo los diversos estilos de pensamiento y enfoques que han abordado esta temática. Todo ello, para comprender de manera profunda, el abordaje del fenómeno de estudio en su complejidad contextual. En esta línea argumentativa, desarrollo los aspectos que seguidamente se presentan.

Saberes entrelazados previos en la ruta del ser y hacer docente

Diversidad de estudios doctorales han abordado el fenómeno relacionado con la inteligencia artificial en el ser y hacer del docente, que presento en el orden ascendente de sus disertaciones, tanto en el ámbito internacional como nacional. En este orden de ideas, ubiqué la investigación de Packard (2021), titulada: *Managing Teachers Use of Emotional Intelligence*, presentada en Northeastern University, Massachusetts, Estados Unidos, cuyo objetivo fue explorar cómo los docentes utilizan la inteligencia emocional (IE) en sus prácticas cotidianas de enseñanza, y cómo la IE incide en la construcción y mantenimiento de relaciones con sus estudiantes.

Se trató de un estudio cualitativo, inscrito en el paradigma interpretativo, desarrollado como estudio de caso único con carácter inductivo. Se aplicó la teoría del rasgo de inteligencia emocional como marco teórico. Participaron cuatro docentes de secundaria en una escuela independientes del noreste de Estados Unidos, seleccionados mediante muestreo intencional, sin formación previa en inteligencia emocional (IE). La recolección de la información se realizó a

través del instrumento TEIQue-SF, entrevista semi estructuradas y notas de campo. El proceso analítico incluyó codificación en vivo en primera ronda y codificación axial en segunda instancia, utilizando el software MAXQDA.

Entre los hallazgos significativos se develó que los docentes aplican la IE como recurso medular en sus interacciones pedagógicas, especialmente en la construcción de vínculos afectivos con sus estudiantes. Emergieron doce (12) temas clave, entre los que se destacan: empatía, conocimiento del estudiante, control emocional, expresión emocional, resiliencia, gestión de crisis y positividad. Cinco (5) hallazgos centrales comprendieron que la IE permite la docente conocer profundamente a sus estudiantes; la sociabilidad se manifiesta en estrategias específicas de gestión emocional; expresar emociones ayuda a los docentes a regular las propias; la IE especialmente en cuanto a la emocionalidad y el autocontrol, es fundamental para afrontar crisis; los docentes construyen relaciones satisfactorias con sus estudiantes incluso sin entrenamiento formal en inteligencia emocional.

Entre las conclusiones se especifica que la IE es un componente sustancial en la práctica docente, más allá del dominio disciplinar. Su manifestación no requiere una formación académica previa, sino sensibilidad, autoconocimiento y disposición para comprender al otro. Se recomienda a las instituciones educativas implementar espacio de formación y reflexión sobre el este fenómeno, promoviendo relaciones pedagógicas más humanas, flexibles y sensibles a las emociones del estudiantado. Asimismo, se sugiere explorar la IE como eje formativo en tiempos de crisis, como lo fue la pandemia del COVID-19, para optimizar la capacidad docente de respuesta emocional ante escenarios desafiantes.

En cuanto a los aportes significativos al estudio actual, este producto doctoral representa una referencia puntual para el ser y hacer docente, independientemente del contexto educativo donde se desenvuelve, su abordaje del fenómeno desde las vivencias docentes y el uso de la IE no es un aditamento decorativo del acto pedagógico, sino un eje constitutivo del saber ser y del saber hacer. A su vez, justifica la emergencia de reconfigurar la comprensión epistemológica del rol docente desde una perspectiva integral, humanista y afectiva, coherente con las exigencias del ámbito de las Ciencias de la Salud.

Igualmente, Atwater (2021), disertó acerca de Online instructors' use of emotional

intelligence in higher education distance learning, presentada en Walden University, Minnesota, Estados Unidos. El estudio se orientó a explorar las percepciones de los instructores universitarios sobre su uso de la inteligencia emocional (IE) en entornos de educación a distancia, tanto en niveles de pregrado como posgrado, con la intención de identificar las buenas prácticas para la enseñanza en línea, tanto en niveles de pregrado como posgrado, con la intención de identificar buenas prácticas para la enseñanza en línea.

Metodológicamente el estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico y elementos narrativos, incorporó a trece (13) docentes universitarios de educación a distancia, seleccionados mediante muestreo intencional. Para el acopio de la información utilizó un cuestionario de interés en la selección de los participantes, entrevistas semi estructuradas realizadas por Zoom, verificación de validez interna mediante comprobación por parte de los participantes y contraste con pares académicos donde se discutió los hallazgos con otros investigadores cualitativos para la realimentación crítica al asegurar la coherencia metodológica, interpretativa y ética. Además, se cumplió la codificación ad hoc (primera ronda) y codificación con NVivo (segunda ronda), en un análisis temático inductivo.

Se identificaron tres temas emergentes como hallazgos significativos inherentes a la gestión emocional, donde los docentes reconocieron la necesidad de identificar, comprender y regular sus emociones para favorecer ambientes de aprendizajes productivos; influencia positiva, asociada con el hecho que los instructores empleen habilidades de IE para generar confianza, empatía y apertura emocional en los estudiantes e interés de la relación docente-estudiante destacando la conexión emocional como elemento fundamental para el éxito académico en entornos virtuales.

Concluyó que los docentes universitarios que modelan comportamientos emocionalmente inteligentes promueven una mayor consciencia emocional, tanto en ellos mismos como en sus estudiantes; la IE facilita la autorregulación, fortalece la comunicación efectiva y mejora del ambiente educativo, incluso en entornos virtuales; el desarrollo de la IE es percibido como una habilidad experiencial, acumulativa y transformadora en el ejercicio pedagógico. Entre las recomendaciones señaló fomentar programas de desarrollo profesional centrados en IE para docentes de educación a distancia; diseñar estrategias de acompañamiento

emocional para favorecer el vínculo afectivo en la virtualidad; establecer políticas institucionales que promuevan el cuidado emocional del docente como parte del currículo formativo.

En relación con la contribución de este estudio a la investigación actual, se comprende del punto de vista del cuerpo teórico al evidenciar que los docentes activan competencias emocionales en la configuración de sus prácticas pedagógicas. Aunque se centra en el ámbito virtual, permite comprender que la IE trasciende el medio (presencial o a distancia) y se sitúa como un pilar epistemológico del quehacer docente, en sintonía con la línea investigativa que se desarrolla en el contexto de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, al aportar una mirada experiencial, narrativa y vivencial, coherente con el enfoque fenomenológico del estudio actual, de modo que enriqueció la comprensión del ser docente desde la dimensión emocional.

De forma similar, De Los Santos (2023), tituló su tesis doctoral: *Emotional intelligence of leaders in higher education and its impact on employees*, presentada en Christian University, Dallas Campus, Texas, Estados Unidos, cuyo propósito fue comprender mejor la relación entre la inteligencia emocional (IE) de líderes en asuntos académicos universitarios, particularmente aquellos que pasaron de ser docentes a ocupar cargos administrativos, y los líderes que no provenían del ámbito docente, a fin de explorar cómo estas habilidades afectan a los empleados en la educación universitaria.

El tipo de estudio fue una investigación cuantitativa de diseño descriptivo, con relacional y comparativo, implementando el instrumento de Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT™). Consideró una población de líderes académicos de instituciones públicas de educación superior en Texas, de la cual se extrajo una muestra de cincuenta y cuatro (54) encuestas completas de un total de cuatrocientos ochenta y nueve (489) correos enviados. Se cumplió la estadística descriptiva, para calcular el coeficiente de correlación, ANOVA, prueba t, regresión.

Los hallazgos muestran que el puntaje promedio de IE fue de 91.5, ligeramente por encima del nivel considerado competente; un total de veinte (20) de cincuenta y cuatro (54) líderes mostraron niveles de IE por debajo del nivel competente, lo que significa que hubo necesidad de desarrollo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre

líderes proveniente del cuerpo docente y aquellos sin dicha trayectoria; los líderes no docentes mostraron una media ligeramente superior ($M=92$) que los docentes($M=91.9$), sin diferencia significativa.

Se concluye que la IE en líderes académicos universitarios varía considerablemente, siendo insuficiente en una proporción relevante de participantes; la formación previa en gestión emocional no está garantizada en los procesos de promoción a roles de liderazgo; existe una brecha importante en el desarrollo emocional de líderes que puede afectar la interacción y gestión del talento humano en entornos universitarios. Recomendó implementar programas sistemáticos de formación en inteligencia emocional para líderes académicos; integrar evaluaciones de IE en los procesos de selección y promoción interna dentro de las instituciones universitarias; fomentar una cultura institucional donde las habilidades emocionales sean valoradas y fortalecidas, promoviendo así un liderazgo más humano, empático y efectivo.

La relación con el estudio actual, da cuenta de un referente clave para el estudio sobre el constructo epistemológico de la inteligencia emocional en docentes en Ciencias de la Salud, al evidenciar empíricamente la importancia de la IE en contextos formativos y de liderazgo académico; aporta indicadores que muestran que una parte significativa del personal en cargos educativos no posee un nivel competente de IE, lo cual es extrapolable a los docentes de Ciencias de la Salud que ejercen funciones formativas e incluso administrativas.

Así, se justifica desde un plano práctico y teórico, la necesidad de comprender cómo se estructura y ejerce la IE en el ser (identidad profesional) y hacer (práctica pedagógica y relacional) de los docentes, especialmente en contextos exigentes como los de la educación en salud. Refuerza el abordaje del fenómeno desde un enfoque hermenéutico-epistemológico, destacando la necesidad de interpretar vivencias, percepciones y construcciones de sentido sobre la IE en contextos complejo de formación profesional en salud.

Asimismo, se distingue la tesis doctoral de Lalomia (2024), titulada: La Inteligencia Emocional en el Contexto Educativo: Prácticas Innovadoras en Aulas de Educación Primaria, presentada en la Universidad de Murcia, España, cuyo propósito fue ofrecer a los docentes estrategias prácticas, viables y operativas para implementar la educación emocional en el aula, a través de la observación, experimentación y reflexión compartida.

Desde el punto de vista metodológico, el enfoque fue cualitativo, con una estrategia de observación directa y sistemática, desarrollada mediante la inmersión experiencial en escuelas de Dinamarca y Finlandia, priorizando el análisis de prácticas escolares enfocadas en el desarrollo de habilidades socio emocionales en niños de seis a 11 años, especialmente a través de una actividad curricular obligatoria llamada *Klassen Tid*, en la cual los docentes y estudiantes conversaban en un entorno íntimo y reflexivo.

Entre los hallazgos significativos evidencia un incremento en el desarrollo de habilidades blandas como la autoestima y motivación, tanto en los discentes como en los docentes. Las estrategias activas implementadas favorecieron un perfil socio emocional más consciente y reflexivo en los estudiantes; la experiencia práctica promovió en los docentes una autoevaluación crítica de sus propias prácticas, con apertura hacia la innovación educativa y el pensamiento creativo.

Concluyó que la implementación estructurada de la educación socio-emocional transforma positivamente la dinámica del aula y la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje. Por tanto, recomendó promover intercambios internacionales entre centros educativos europeos para documentar, sistematizar y difundir las buenas prácticas en educación emocional, lo cual ampliaría el impacto formativo en el desarrollo integral de los estudiantes.

Este estudio previo guarda una conexión epistemológica directa con el enfoque de la presente investigación sobre el ser y hacer docente en Ciencias de la Salud, en tanto resalta que la inteligencia emocional se constituye en una dimensión crítica de la formación y práctica pedagógica. No obstante, aunque este estudio previo enfocó su desarrollo en el nivel de primaria, su abordaje cualitativo e inmersas y el énfasis en el *teacher development* mediante la autorreflexión crítica y su integración del modelo de Goleman proporcionan insumos teóricos y metodológicos transferibles al campo de la docencia universitaria en Ciencias de la Salud. Esto refuerza la necesidad de abordar la inteligencia emocional como una competencia transversal, además de una categoría fundante del ser profesional-docente en contexto de alta carga emocional y de cuidado humano.

Por otra parte, Alcaraz (2023), presentó su tesis doctoral sobre Competencias emocionales de futuros docentes de Educación Secundaria Obligatoria, en la Universidad de

Murcia, Escuela Internacional de Doctorado, con el propósito de identificar el nivel de inteligencia emocional rasgo (IE rasgo) y empatía en estudiantes del Máster de formación del profesorado la Universidad de Murcia, clasificados en cuatro ramas del conocimiento (artes y humanidades, ciencias, Ciencias de la Salud, y ciencias sociales y jurídicas). Asimismo, se planteó investigar la relación entre IE, rasgo y emociones de logro construyendo un perfil emocional de estos futuros docentes.

El estudio siguió un diseño mixto predominantemente cuantitativo, estructurado en dos partes: teórica y empírica. La parte teórica consistió en una revisión documental sobre IE rasgo, empatía y emociones de logro. La parte empírica se concretó a través de dos estudios con relacionales, mediante la aplicación de cuestionarios de auto informe a dos muestras independientes (Estudio 1: n = 329; Estudio 2: n = 266). Se realizó análisis estadístico mediante pruebas de análisis de la alianza (ANOVA) para detectar diferencias significativas en función del sexo, edad, especialidad académica.

Entre los hallazgos significativos encontró diferencias en los perfiles emocionales según sexo y área de conocimiento; las mujeres presentaron mayor empatía efectiva, mientras que los hombres destacaron en autorregulación emocional; los estudiantes de Ciencias de la Salud manifestaron alto nivel de IE, rasgo mayor sensibilidad emocional, así como puntuaciones elevadas tanto en emociones agradables (disfrute, orgullo) como en emociones negativas (vergüenza, aburrimiento). Sorprendentemente, los estudiantes que no habían recibido formación emocional previa mostraron niveles más altos de IE rasgo, emociones positivas y capacidad de automotivación. Los perfiles emocionales más competentes se relacionaron con mayor bienestar subjetivo, empatía y autorregulación emocional.

En términos conclusivos se evidenció la necesidad de incluir formación emocional en los planes de estudio del profesorado, especialmente en contextos universitarios; se destaca una brecha formativa en inteligencia emocional en la formación inicial docente; los futuros docentes emocionalmente competentes están mejor preparados para enfrentar las dinámicas del aula y promover un clima de convivencia sano. Entre las recomendaciones formuladas están la incorporación de programas específicos de formación en IE y empatía en los másteres de formación del profesorado; personalizar la formación emocional según el área de especialización

de los futuros docentes; , fomentar la reflexión crítica sobre las emociones vividas en contextos educativos integrando herramientas prácticas para su regulación.

La relación de este estudio previo con el actual, se vincula de forma directa y enriquecedora en cuanto a la inteligencia emocional como constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud al ofrecer evidencias empíricas del perfil emocional de docentes en formación, en especial en su área circunscrita de la salud, foco del presente estudio. Un abordaje que resalta la relevancia de la IE rasgo en la configuración del quehacer docente, aportando un referencial teórico y útil para fundamentar la construcción epistemológica del ser docente emocionalmente competentes; un enfoque diferencial por ramas del conocimiento, que legitima la necesidad de explorar la IE en los docentes del ámbito sanitario como una categoría interpretativa singular; y una base para el diseño de estrategias formativas específicas, con potencial de ser adaptadas en contextos formativos de profesionales de la salud.

De la misma manera, encontré el estudio de Peñuela (2024) titulado: Fundamentación teórica sobre la inteligencia emocional (IE) en la formación de los estudiantes de secundaria, presentado en la Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Instituto Pedagógico Rural Gervasio Rubio (Venezuela), con el propósito de generar una fundamentación teórica sobre la inteligencia emocional en la formación de los estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Cornejo del municipio San Cayetano, Norte de Santander, desde las voces de docentes y estudiantes.

Los aspectos metodológicos distinguen al paradigma interpretativo, enfoque cualitativo, método fenomenológico, al permitir acceder a la experiencia vivida desde los testimonios de los participantes. Se desarrollaron cinco fases, siguiendo la necesidad de comprender desde la clarificación de presupuestos hasta el análisis e interpretación reflexiva de la información. El instrumento principal fue la entrevista semi estructurada, aplicada a docentes y estudiantes de los grados décimo y onceavo. El análisis siguió la lógica de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin con la codificación abierta, axial y selectiva.

Entre los hallazgos significativos se develó que la inteligencia emocional es una competencia esencial para el desarrollo integral del ser humano, el docente en su rol mediador, tiene un papel central en la formación emocional desde edades tempranas; se constata que la

inteligencia emocional potencia tanto al rendimiento académico como la autorregulación social y afectiva. La escuela debe convertirse en un espacio ético, emocional y pedagógicamente liberador, en el cual los estudiantes se desarrollen como sujetos únicos, críticos y empáticos la incorporación de actividades curriculares orientadas a la educación emocional es impostergable, sobre todo, ante los retos digitales contemporáneos y el aislamiento social.

Se concluye que la inteligencia emocional debe ser fortalecida desde el hogar, pero con protagonismo en el quehacer del docente como facilitador de experiencias que permitan al estudiante comprender, expresar y regular sus emociones en contextos diversos. Se recomienda implementar programas de formación docente centrado en el desarrollo de competencias emocionales; diseñar estrategias curriculares que integren transversalmente la educación emocional; fomentar espacios de reflexión y diálogo sobre las emociones como parte estructural de la vida escolar y cotidianidad.

Este estudio previo constituye un insumo teórico y metodológico esencial para el actual trabajo sobre la inteligencia emocional como constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud, en tanto; refuerza la comprensión de la IE como competencia relacional y formativa, desde el estudiante hasta el profesional docente; aportan una perspectiva situada en el ámbito educativo y humano, aplicable y transferible al contexto de la educación universitaria en Ciencias de la Salud, donde el manejo emocional es significativo; metodológicamente, ofrece un referente para la construcción de categorías, el uso de entrevista semi estructuradas y el análisis fenomenológico con base en la teoría fundamentada, aspectos que pueden ser retomados y adaptados. La consideración de la experiencia vivida y mediada desde la práctica docente, coincide con el eje central del estudio actual, que busca interpretar el sentido de la IE en el ser profesional del docente de Ciencias de la Salud.

Igualmente, ubiqué la tesis doctoral de Rodríguez (2024), titulada Constructo teórico sobre la inteligencia emocional y estrés laboral desde la perspectiva de los docentes, presentada en la Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Instituto Pedagógico Rural “Gervasio Rubio”, República Bolivariana de Venezuela, cuyo propósito fue generar un Constructo teórico que relacione la inteligencia emocional y el estrés laboral desde la perspectiva de docentes vinculados y no vinculados en educación preescolar, en Bucaramanga, Colombia.

Asumió el paradigma interpretativo, enfoque cualitativo, método fenomenológico, utilizando la entrevista en profundidad a docentes activas (vinculadas) y retiradas (no vinculadas), donde participaron 10 docentes de instituciones educativas del. Ámbito de estudio el análisis se realizó a través de la codificación abierta, axial y selectiva, generando unidades temáticas naturales, temas centrales, categorías fenomenológicas y una esencia de la experiencia que dio lugar al constructo.

Entre los hallazgos significativos se identificó que el estrés laboral en docentes se vincula estrechamente a factores como el bajo salario, la escasez de personal de apoyo y la falta de cohesión en el trabajo en equipo. Los docentes destacaron la falta de reconocimiento emocional en sus labores, lo que las lleva a desarrollar recursos emocionales propios para afrontar la tensión laboral. Los informantes utilizaron la inteligencia emocional como estrategia para autorregularse ante situaciones de desmotivación, presión institucional y abandono organizacional.

Entre las conclusiones se construyó el Constructo teórico sobre la inteligencia emocional como herramienta de afrontamiento del estrés laboral docente, desde la experiencia vivida. Se reconoció que la inteligencia emocional no sólo es deseable, sino necesaria como competencia en la práctica docente, especialmente en contextos complejos y precarios. Se propuso seguir profundizando en la relación entre emocionalidad, bienestar docente y resiliencia institucional, como ejes de futuras investigaciones. Entre las recomendaciones mencionó la incorporación de programas de formación emocional docente; fomentar el trabajo colaborativo entre docentes para mitigar factores estrés sobre su, reconocer institucionalmente las cargas emocionales del trabajo educativo, promoviendo espacios de apoyo y reflexión emocional.

Este estudio previo establece una base epistemológica y experiencial altamente pertinente para la investigación sobre el Constructo epistemológico de la inteligencia emocional en el ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud al evidenciar que la inteligencia emocional es un mediador fundamental en el afrontamiento de condiciones adversas del entorno educativo, por lo tanto, reconocer el valor del testimonio fenomenológico como fuente válida es significativo al construir teoría sobre el comportamiento emocional docente. De esta manera reforzar la necesidad de formación emocional sistemática y aplicada en el contexto educativo, como en el caso del campo de la salud, es significativo donde las emociones influyen en el trato

humano, la ética profesional y la toma de decisiones en situaciones críticas.

En este orden de ideas, Horne (2025) en su tesis doctoral, abordó *The Differences in Emotional Intelligence Within Schools That Have Adopted Glasser's Choice Theory: A Causal-Comparative Analysis*, presentada en Liberty University, Virginia, Estados Unidos, planteando el objetivo general de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la inteligencia emocional (IE) de estudiantes en escuelas que han adoptado la Teoría de la Elección de Glasser (CT) frente a escuelas que no lo han hecho (NCT).

Metodológicamente esta investigación se situó en el paradigma cuantitativo, empleando un diseño no experimental, de tipo causal-comparativo, en una muestra por conveniencia compuesta por cincuenta y nueve (59) estudiantes de escuelas primarias públicas y privadas. El instrumento de medición fue el Schutte Self Report Emotional Intelligence Test (SSEIT), basado en un enfoque factorial de la IE. Para el análisis estadístico, se aplicaron tres pruebas t independientes y una prueba U de Mann-Whitney, con la finalidad de comparar los promedios entre los grupos CT y NCT en cuatro sus escalas: percepción emocional, utilización de emociones, manejo de emociones auto referidas, manejo de emociones de otros.

Entre los hallazgos significativos encontró que el grupo de estudiantes pertenecientes a entornos escolares que aplican la teoría de la elección (CT) mostró puntajes más altos en la sub escala manejo de emociones auto referidas, en comparación con el grupo NCT. Sin embargo, esta diferencia fue marginalmente significativa después de aplicar la corrección de Bonferroni ($p = .012$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las otras tres sus escalas. Esto sugiere que la incorporación de prácticas asociadas con la CT puede tener efectos positivos parciales y específicos sobre el desarrollo de la IE, particularmente en lo que respecta al autocontrol emocional y la autogestión emocional.

Entre las conclusiones se tiene que, aunque no se hallaron diferencias generalizadas en todos los componentes de la IE, si emergieron indicios relevantes sobre la influencia positiva de Marcos pedagógicos con énfasis en la autonomía, responsabilidad y toma de decisiones emotivas en el desarrollo emocional de los estudiantes. Se recomienda expandir el tamaño muestral y utilizar instrumentos de evaluación más integrales para captar la profundidad de las dimensiones emocionales implicadas. Además, se plantea el requerimiento de continuar investigando la

eficacia de programas como CT en contextos educativos diversos.

Desde el punto de vista de la contribución al estudio actual, a pesar de las diferencias metodológicas y poblacionales, el estudio previo aporta un precedente significativo para comprender cómo ciertos modelos transforman la vivencia emocional dentro del espacio educativo. Este hallazgo dialoga con nuestra búsqueda de develar los sentidos y significados que los docentes atribuyen a la inteligencia emocional como parte constitutiva de su ser y hacer. Especialmente, el hecho que los entornos educativos centrados en la elección, autonomía emocional y la autorregulación influyen en dimensiones específicas de la IE, abre interrogantes cualitativas más profundas para configurar la capacidad de autocontrol emocional en los docentes y saber de qué forma el contexto pedagógico favorece o inhibe este desarrollo emocional.

Desde una perspectiva epistemológica profunda, las investigaciones previas aquí sistematizadas constituyeron un entramado teórico y metodológico que otorgan densidad y direccionalidad al estudio actual sobre la inteligencia emocional como Constructo del ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud. Así, la convergencia de enfoques fenomenológicos, paradigmas interpretativos y técnicas cualitativas permitieron iluminar la experiencia docente desde la interioridad emocional, el tejido vivencial y la praxis situada.

De esta manera, los estudios previos, visibilizaron el escenario de la inteligencia emocional más allá de un atributo funcional, interpretado más bien, como una categoría ontológica que configura el modo en el cual el docente habita, comprende y transforma su entorno educativo. De modo que, se afianza el camino hacia una comprensión más integral del rol docente, sustentada en la racionalidad sensible que articula conocimiento, emoción y acción en contextos complejos, éticos y profundamente humanos. A continuación, presento el árbol constitutivo de las ramas asociadas con los estudios previos y su referente contributivo.



Figura 1. Aportes de los estudios previos

Fuente: elaboración propia (2025)

Arquitecturas teóricas de la emocionalidad docente

Fundamentos epistemológicos de la inteligencia emocional docente

Al sumergirme en la urdimbre epistemológica que sostiene la inteligencia emocional del docente universitario, concretamente en el contexto de las Ciencias de la Salud, en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana, el horizonte abierto en la confluencia entre el ser y el hacer del educador, se expande en términos de emocionalidad

para asumir el fenómeno, no como un mero adorno educativo, se trata de una plataforma que pertenece a la arquitectura invisible sostenida sobre la base de la praxis y resignificación de sentido de la enseñanza universitaria.

En este orden de ideas, la epistemología es el punto de partida ineludible, al asimilarla como la reflexión crítica sobre los fundamentos, métodos y validez del conocimiento que se desarrolla como pilar principal medular en el abordaje de la inteligencia emocional docente, lo cual asumo como premisa, al entender que la emocionalidad no es un epifenómeno, se proyecta más bien, hacia una dimensión constitutiva del conocimiento y la acción pedagógica. En este sentido, tomo provecho de los razonamientos de Puertas-Flores (2024) en sus afirmaciones acerca de la idea y razón de la inteligencia emocional como constructo multidimensional, cuya significatividad exige el transitar integrado que trasciende la dicotomía entre la razón-emoción. A ello se añaden los planteamientos de D'Amico y Geraci (2023) quienes destacan que:

La inteligencia metaemocional es un constructo multidimensional desarrollado recientemente que, partiendo del modelo original de habilidades de la inteligencia emocional, se centra en los aspectos cognitivos de las capacidades emocionales y en los procesos metacognitivos y metaemocionales que influyen en nuestra vida emocional. Por lo tanto, la inteligencia metaemocional es la combinación de capacidades emocionales y dimensiones metaemocionales, como las creencias sobre las emociones, el autoconcepto sobre las propias capacidades emocionales y la autoevaluación del desempeño. (s/n)

Desde este perfil de escenarios, el giro emocional en la epistemología educativa en la última década, cobra relevancia en la literatura indexada acerca de este fenómeno que documenta diversidad de realidades como un giro emocional en la investigación educativa al punto que, se reconoce en las emociones una singularidad de mediación de la cognición, en términos que configuran el modo en el cual los docentes interpretan, significan y transforman su práctica. Así, traigo a colación los estudios de Abramowski (2024), cuando refiere que la emocionalidad docente se constituye en un saber situado, relacional y dinámico, al desafiar modelos tradicionales de objetividad y neutralidad. Así, la inteligencia emocional se convierte en un prisma epistemológico desde el cual se exige el repensamiento formativo en el desempeño docente universitario. Sus señalamientos exhiben lo siguiente:

(...) mientras que los enfoques socio-antropológicos enfatizan las reglas, las normatividades y las gramáticas emocionales inscriptas en contextos específicos, las teorías del afecto subrayan el carácter excesivo y difícilmente capturable del afecto. Esto es, mientras que los primeros invitan a

mirar las determinaciones y los modos en que las emociones se reproducen contribuyen a reproducir el orden existente, las segundas ponen el acento en la indeterminación y sugieren que los afectos son propulsores de la subversión del orden existente. (p.40).

Así, mi mirada inquisitiva centrada en la comprensión del constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes en Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, considero que la incorporación de la emocionalidad en el saber pedagógico no sólo es pertinente, sino fundacional. En tal sentido, la propuesta de Abramowski (2024) resulta de veladora al situar la emocionalidad docente como un saber situado, relacional y dinámico, que interpela los marcos tradicionales de neutralidad en la práctica universitaria.

Esta óptica no contradice, sino que complementa y profundiza el fenómeno de estudio, al resaltar las emociones en el amplio espectro de no considerar las como aspectos periféricos, sino como ejes vertebradores de la cognición, ética y la construcción de sentido pedagógico. Así, las teorías del afecto, al subrayar la indeterminación y fuerza destructiva de las emociones, amplían la comprensión del ejercicio docente en la Ciencia de la Salud, como una praxis sensible, que activa el giro emocional en la epistemología educativa, lejos de fragmentar, más bien cohesiona el entramado simbólico desde el cual los docentes significan su labor, reforzando la necesidad de pensar la inteligencia emocional como una dimensión formativa, profundamente humanizadora.

En este orden de ideas, la arquitectura teórica me permite orientarme a través del mapa cognitivo para comprender la emocionalidad que se edifica sobre tres grandes fundamentos: el construccionismo social, donde la inteligencia emocional se entiende como una construcción social y cultural que implica la acción de un docente que negocia significados y regula emociones en interacción con los otros actores educativos, a fin de conseguir intereses comunes. Tal como lo expresa Barrera (2020) subyace allí la interpretación sobre el interés de los contextos y las narrativas personales de quienes se mueven en la cotidianidad de la acción docente para confluír desde sus sentires y haceres en la configuración de la competencia emocional exigida.

De la misma manera, asumir en este mapa comprensivo de la emocionalidad en términos del paradigma socio-emocional, trae a colación el enfoque representativo de los postulados y principios de Mayer et al. (2000) quienes afinan la conceptualización que la inteligencia emocional implica la capacidad de percibir, comprender y gestionar emociones propias y ajenas,

integrando saberes cognitivos y afectivos en la toma de decisiones pedagógicas.

Asimismo, una de las rutas de este mapa intelectual que orienta la comprensión de la emocionalidad, se distingue en la perspectiva reflexiva para dar a entender que la emocionalidad docente se problematiza como un espacio de poder, resistencia y agencia, tal como lo presentan López y Bisquerra (2024) cuando describen la gestión de las emociones del docente cuando es capaz de cuestionar estructuras institucionales y promover prácticas emancipadoras desde su ser y hacer. Precisamente, en esta rama orientadora en la ruta efectiva para comprender la emocionalidad que surge en el ámbito de las Ciencias de la Salud, en tanto, esta condición dual es significada al caracterizar al docente.

Por ello, la inteligencia emocional adquiere una centralidad ineludible donde el docente no sólo transmite saberes técnicos, también modela actitudes, valores y formas de habitar el mundo emocional. Situación que en la literatura reciente otorga hincapié para desarrollar la competencia emocional que incide directamente en la calidad del vínculo pedagógico, la gestión del aula y el bienestar del propio educador, lo que significa que el constructo epistemológico de la inteligencia emocional se convierte en clave para comprender el ser (identidad, autoconciencia, ética) y el hacer (práctica, intervención, acompañamiento) del docente en escenarios complejos y cambiantes.

Dada esta perspectiva, puedo asumir que los fundamentos epistemológicos de la inteligencia emocional docente se implican en el foco de luz que permite interpretar el fenómeno de estudio, abriendo las posibilidades para su abordaje fenomenológico, reconociendo la emocionalidad como arquitectura teórica-práctica que es a su vez, un acto de justicia epistémica pedagógica que invoca el ser y hacer del docente en tiempo de transformaciones sociales.

Emocionalidad como saber pedagógico

La profundidad del fenómeno de estudio sobre la inteligencia emocional, cobra relevancia en este contexto de la emocionalidad como saber pedagógico significado que connota el ser y hacer en el ejercicio docente como tejido vivo que avanza hacia niveles superiores de comprensión en Ciencias de la Salud. De este modo, se entiende que habitar la docencia en torno a la emocionalidad se ha de implicar con los aspectos cognoscentes y cognoscitivos para una

experiencia sensible en el aula y la clínica, desde la razón y la emoción. En este recorrido, me apoyo en Bisquerra (2005), al mencionar que:

Los objetivos generales de la educación emocional pueden resumirse en los siguientes términos: adquirir un mejor conocimiento de las propias emociones; identificar las emociones de los demás; desarrollar la habilidad para regular las propias emociones; prevenir los efectos nocivos de las emociones negativas; desarrollar la habilidad para generar emociones positivas; desarrollar la habilidad de automotivarse; adoptar una actitud positiva ante la vida; aprender a fluir, etc. (p.97)

Tal como lo anuncia el precitado autor el mandato ontológico inherente a la educabilidad emocional subyace en la configuración del sujeto pedagógico en entornos complejos, vulnerables y caracterizado por el ser docente profundamente humano, el cual ha de reconocer, regular y resignificar la emocionalidad más allá del entrenamiento afectivo como célula vital en el ejercicio formativo que en el caso de las Ciencias de la Salud, da lugar a una praxis entrecruzada con historias de dolor, fragilidad y esperanza.

Por tanto, el dominio de su mundo emocional no es adorno pasajero, sino verdad constitutiva del hacer educativo, lo que da cabida a caracterizaciones del hacer del docente desde la autorregulación, empatía, automotivación y actitud vital positiva que se trasmuta en competencias esenciales para sostener vínculos terapéuticos, decisiones clínicas y acompañamientos ético-humanísticos. Así, la inteligencia emocional deviene en Constructo epistemológico profundo, que interpela lo que sabe el docente además de quienes y como se situó emocionalmente en la escena formativa de la salud. En este orden de ideas, la emocionalidad se manifiesta en la presencia, escucha activa y empatía, dimensiones que han sido exploradas en profundidad por Benoit (2022) en las diversas interrelaciones humanas que suponen habilidades comunicativas en el buen desempeño social del profesorado. A tal efecto, destaca lo siguiente:

(...) El trabajo con otros fomenta vínculos afectivos que permiten no solamente la socialización y un desempeño eficiente, sino principalmente la toma de decisiones compartidas, que van en beneficio de los estudiantes y de toda la comunidad educativa. Desde este punto de vista, los resultados subrayan que este factor se vuelve determinante en los procesos formativos (...) La afectividad también juega un rol crucial en las relaciones entre docentes, pues posibilita la reflexión sobre los procesos de enseñanza-aprendizaje y propicia importantes relaciones interpersonales que impulsan el trabajo colaborativo docente. (p.175).

En el marco del estudio sobre la inteligencia emocional como Constructo gemológico del

ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud, este planteamiento da cabida a comprender una dimensión crítica relacionada con la afectividad como motor sustancial del desempeño docente, en tanto la afirmación que el trabajo colaborativo fomenta vínculos afectivos puede trasladarse a la necesidad de una práctica educativa humanizada, donde las emociones no son accesorias, sino estructurantes de las decisiones pedagógicas. En la siguiente figura 2, presento algunos elementos interrelacionados al asumir la emocionalidad como saber pedagógico.



Figura 2. Emocionalidad como saber pedagógico

Fuente: elaboración propia (2025)

En contextos universitarios sanitarios, donde la presión, la responsabilidad ética y la incertidumbre clínica son la cotidianidad del esfuerzo, se abre paso en el andar y entender de la inteligencia emocional que se convierte en una competencia clave. Así, el trabajo con otros, no solo fortalece el tejido profesional, en línea con el quehacer docente como un horizonte ético-emocional que dignifica tanto al educador como al educando.

En la figura 2, presento los tres núcleos representativos de la emocionalidad como saber pedagógico del docente de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, sensibles a la profundidad sistémica del fenómeno indagado sobre la inteligencia emocional como constructo del ser y hacer docente. En este orden de ideas, el núcleo representativo de la razón y emoción en unidad dialógica del saber docente, lo asumo incluso desde mi experiencia como docente en Ciencias de la Salud, donde he aprendido que pensar y sentir no son mundos opuestos, por el contrario, cuando enseño, descubro que la razón y la emoción se entrelazan en una danza pedagógica que da sentido a mi práctica al punto que la emocionalidad no debilita mi juicio científico; lo enriquece, lo humaniza.

Esta unidad dialógica me permite reconocer que el conocimiento técnico, por sí solo, no transforma; sólo cuando se trasmite con sensibilidad, se convierte en verdadero acto pedagógico. En esta convergencia descubro que enseñar no es solo explicar conceptos, es también tocar la fibra emocional del otro, abriendo paso a un aprendizaje significativo, situado y éticamente comprometido.

En cuanto al núcleo relacionado con la autorregulación, empatía y automotivación, semblantes de la triada de inteligencia emocional, reconozco en mi vivencia docente que el aula me extiende un escenario constante de gestión de mis emociones donde la autorregulación se vuelve mi ancla en medio de escenarios cargados de tensión, incertidumbre o fatiga emocional. Sin embargo, no basta con contenerme; necesito también abrirme al otro; es allí donde la empatía se convierte en brújula ética, permitiéndome leer con sensibilidad los silencios, gestos y emociones de mis estudiantes, aún en los días difíciles, he allí donde la automotivación de sostiene como fuerza interna que me recuerda porque elegí esta profesión, esta triada inherente a la autorregulación, empatía y automotivación, no sólo sostiene mi práctica docente, también la eleva a un plano de humanidad crítica, donde el conocimiento se comparte desde el respeto,

comprensión y pasión por formar.

Asumo los entornos vulnerables y profundamente humanos como espacios donde se devela el sentido, donde he compartido que enseñar en el campo de la salud nos ocurre en contextos neutros nosotros en nos desenvolvemos en escenarios marcados por el dolor, la fragilidad y la vulnerabilidad humana, lo que significa que se trata de un terreno complejo, ambiguo, profundamente real, donde se devela con mayor claridad la necesidad de una emocionalidad que trasciende el discurso técnico. Enfrentarme a los estudiantes que asisten a hospitales, que acompañan a pacientes, que viven el sufrimiento como parte del aprendizaje, me ha obligado a repensar la pedagogía desde un enfoque más compasivo y auténtico. En entornos vulnerables, la emocionalidad se transforma en el saber pedagógico porque es ella la que permite acompañar con respeto, enseñar con paciencia y formar con sentido, lo que da cabida a ser docente aquí, es sin duda, un acto de presencia ética y efectiva.

Configuraciones del ser docente en clave emocional

Asumir el rol de docente en el ámbito de las Ciencias de la Salud no se limita a la transmisión de conocimientos clínicos o técnicos, experiencias o demostraciones del campo especializado únicamente, más allá de ello, se ha de hacer hincapié en una práctica situada en la convergencia entre el saber, hacer y sentir para dar a entender el reconocimiento que la emocionalidad del docente se practica no como un complemento, sino como el núcleo configurador del ethos profesional. En este orden de ideas, comparto el planteamiento de McNulty y Politis (2023), cuando afirman:

Empatía, inteligencia emocional y habilidades interprofesionales trascienden las competencias específicas de cada disciplina y, por ello, es importante que todos los educadores consideren la mejor manera de fomentarlas. También deben hacerse esfuerzos adicionales para integrar estas habilidades profesionales dentro de los planes de estudio, con el fin de formar profesionales de la salud con un enfoque fortalecido en la atención centrada en la persona. (Traducción propia, s/p)

Al relacionar estos razonamientos con mi estudio, asumo que el constructo epistemológico de la inteligencia emocional es inseparable de la praxis educativa en Ciencias de la Salud, en tanto, atraviesa las formas en las cuales el docente se representa a sí mismo, media con sus pares y con sus estudiantes al moldear una ética del cuidado. En esta clave, la

emocionalidad no es una dimensión paralela al conocimiento, es una arquitectura vital que sostiene la competencia profesional, comunicación afectiva y humanización del acto pedagógico, lo que significa que al explorar el ser docente en clave emocional, es abrir la posibilidad de reconfigurar los dispositivos formativos desde una pedagogía sensible, intersubjetiva y profesionalmente comprometida con la integridad del otro.

En este ámbito de razonamiento, reconozco que no basta con descubrir el oficio y la actitud profesional del docente desde lo técnico o lo pedagógico-instrumental, que en el caso particular que atañe al desempeño en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, siento la necesidad de explorar su identidad emocional como una consideración dinámica, situada y en constante redefinición en la cotidianidad educativa, lo que da cabida a pensar que el fenómeno de la inteligencia emocional es un atributo sinérgico, que cobra fuerza en la arquitectura vivencial, donde se esculpe entre las demandas contextuales, precisiones institucionales y resonancias subjetivas del ser docente. En este aspecto, me resulta iluminadora la propuesta de Irgin (2025) cuando sostiene que:

Los hallazgos del estudio aportaron evidencia que respalda las trayectorias y variables dinámicamente cambiantes en el bienestar emocional de los docentes de idiomas y su desarrollo profesional autodirigido, relacionadas con factores individuales y contextuales, como sentirse emocionalmente agotados y en tensión en un mundo volátil, el empleo precario, los horarios inestables y la presión de los padres que eclipsa el rol del docente. (Traducción propia, s/n).

Esta perspectiva, al extrapolarla con sentido reflexivo a mi fenómeno de investigación, devela un paralelismo irrefutable con el escenario que enfrentan los docentes en Ciencias de la Salud, en tanto las trayectorias emocionales de estos profesionales están igualmente moduladas por realidades complejas: turnos clínicos inestables, exigencias académicas crecientes, entornos sanitarios cargados de incertidumbre y una vocación que, aunque profundamente arraigada, suele desbordarse por tensiones invisibles que erosionan su bienestar.

En tal sentido, configurar el ser docente en clave emocional implica comprender que su desarrollo profesional no puede desligarse de las vivencias afectivas, que actúan como núcleo de autorregulación, resistencia y sentido ético en su hacer formativo. La inteligencia emocional, en este marco de referencia, deviene en una capacidad para habilitar el aula con autenticidad, conectar desde la empatía y sostener la enseñanza como un acto vivencial, sensible y

transformador, lo que interpela al docente como sujeto formador, y a su vez, lo caracteriza como sujeto emocional que construye comunidad, salud y humanidad desde su propia vulnerabilidad activa. Así, construí la figura 3, representativa de los elementos integrados a este perfil en las configuraciones del ser docente en clave emocional.



Figura 3. Configuraciones del ser docente en clave emocional

Fuente: elaboración propia (2025)

Tal como se observa en la figura 3, representativa de las configuraciones del ser docente en clave emocional, lo comprendo en el marco de este estudio sobre inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, que el primer ámbito de la convergencia entre el saber, hacer y sentir, es un núcleo simbólico de la articulación esencial que configura el desempeño integral del docente de este campo, integrado al saber que ya no se concibe como acumulación de contenidos disciplinares, va más allá de ello en la comprensión situada, que dialoga con el hacer técnico y ético en el ejercicio formativo. No obstante, el eje transformador emerge cuando el sentir se entrelaza con estas dos dimensiones, generando un espacio de coherencia emocional donde la práctica educativa adquiere profundidad humana. Así, la inteligencia emocional, no es un accesorio, nuevamente se menciona como una fuerza integradora que permite que el conocimiento se ha transmitido con empatía, el hacerse despliegue con sensibilidad y el ser se manifieste con autenticidad, de manera que, el docente deja de ser transmisor y se vuelve mediador afectivo del conocimiento y del cuidado.

En cuanto al segundo núcleo representativo de la pedagogía sensible, intersubjetiva y comprometida, aludo a la configuración de una pedagogía que se fundamenta en la sensibilidad como acto ético y político. De allí que lo sensible se manifiesta como la capacidad de resonar con las experiencias del otro, de leer entre líneas el estado emocional del estudiante, al ofrecer presencia auténtica en cada encuentro pedagógico. De este modo, la intersubjetividad se convierte en el tejido invisible que conecta las vivencias de quienes habitan el aula, haciendo posible el reconocimiento mutuo, al concretar el compromiso más allá de la formalidad profesional hacia la disposición ética de acompañar al estudiante en su proceso de formación del punto de vista científico, humano y emocional. En este espacio, el docente se presenta como figura que siente, piensa y actúa con y desde el otro, configurando así una práctica formativa que dignifica al sujeto.

En términos del núcleo representativo que destaca al aula como espacio físico, además de escenario existencial donde se despliegan experiencias encarnadas, se refuerza su habitabilidad con autenticidad implicándose de este modo, asumir la docencia como acto de presencia plena, en la cual el docente no se esconde detrás de roles estandarizados, sino que se

permite ser con otros desde su verdad emocional, de manera que el acto vivencial se traduce en una pedagogía de la cercanía, donde cada interacción es oportunidad para el reconocimiento, humanización del conocimiento y transformación personal. En este sentido, la inteligencia emocional emerge como un campo vivencial desde el cual el docente gestiona su emocionalidad, acoge la del otro, y modela habilidades relacionales que trascienden la enseñanza para convertirse en testimonio formativo trascendente.

Habilidades emocionales y praxis en Ciencias de la Salud

Este apartado connota un entramado significativo que este sentido de igual modo como docente en Ciencias de la Salud que me permite reorientar de manera reflexiva los términos vinculados a una enseñanza que ya no se observa solamente en la transferencia de saberes técnicos, sino que en el hacer como docente y ser humano capaz de ejercer su profesión desde la sensibilidad ética y la comprensión, me acerco a la experiencia del otro. En este orden de ideas, traigo a colación el pensamiento de Hsu et al. (2024), cuando aciertan en mencionar que:

(...) El desarrollo del aprendizaje socioemocional (SEL) amplió el ámbito de aplicación de la teoría del aprendizaje social, ya que, además de centrarse en cómo los estudiantes aprenden comportamientos sociales, considera cómo los educadores pueden cultivar la inteligencia y las habilidades emocionales en sus estudiantes. Este cultivo puede ayudar a los estudiantes a reconocer, comprender y gestionar eficazmente sus propias emociones, lo que puede conducir a su crecimiento y bienestar personal (s/n).

Este referido teórico me apoya en la idea especial de la fuerza que conlleva mi labor educativa, cuando se manifiesta la necesidad de incorporar explícitamente el aprendizaje socioemocional en la formación de profesionales sanitarios, al punto que, la empatía y la resiliencia, emergentes en esta dinámica como destrezas emocionales medulares, no son habilidades periféricas, sino ejes estructurantes que definen la calidad humana y profesional del futuro médico, enfermero, radiólogo o terapeuta.

Cuando formo a mis estudiantes, les invito a pensar como científicos, pero también hace sentir como seres humanos comprometidos con el cuidado, situación que reconozco en términos del aprendizaje socio emocional, para asimilarlo como recurso fundamental en la arquitectura formativa indispensable al modelar el ser y hacer de un profesional integro, capaz de conjugar técnica y ternura, ciencia y conciencia. Asimismo, tomo provecho de los planteamientos de Stalin

(2024) cuando da cabida a resaltar lo siguiente:

Las habilidades de la inteligencia emocional se despliegan en cinco dominios: autoconciencia, autorregulación, automotivación, empatía y habilidades sociales. El personal sanitario debe ser consciente de sus emociones, reconocer sus fortalezas y limitaciones, y tener confianza en sus capacidades. Tras reconocer sus emociones e impulsos, debe ser capaz de gestionarlos, lo que se denomina autorregulación. La autorregulación también incluye mantener la honestidad y la integridad con escrupulosidad. Es recomendable ser flexible en lugar de rígido al aceptar los cambios. El personal sanitario debe sentirse cómodo con las nuevas ideas y enfoques. (s/n).

A raíz de la descripción anterior, puedo entender que las habilidades de la inteligencia emocional se despliegan en dominios de la autoconciencia, autorregulación, automotivación, empatía y habilidades sociales de modo que, el personal sanitario dedicado a la formación de los otros, debe ser consciente de sus emociones, reconocer sus fortalezas además de limitaciones, al tener confianza en sus capacidades. Se ha de reconocer las emociones e impulsos, a fin de ser capaz de gestionarlos, lo cual se denomina autorregulación, que también incluye mantener la honestidad, así como la integridad con escrupulosidad. De allí la recomendación de ser flexibles en lugar de rígidos al aceptar los cambios, lo que recae en el hecho de hacer del docente sanitario al sentirse cómodo con las nuevas ideas y enfoques.

Todo ello, es parte de la trascendencia desde lo técnico en ese hacer del docente que se instituye como un constructo epistemológico del ser docente en escenarios formativos altamente sensibles y humanos, donde el educador deja de ser un transmisor biomédico en la parte cognitiva para consolidarse como el mediador sensible entre el modo de saber y la comprensión del otro en su integridad socio emocional, de modo que las habilidades emocionales, lejos de ser ornamentales, configuran la matriz viva desde la cual se gestan vínculos intersubjetivos éticos, efectivos y afectivos de carácter humano. Al integrar la emocionalidad, resiliencia, empatía y regulación en la práctica pedagógica de las Ciencias de la Salud, se fortalece el bienestar profesional del docente al tiempo que, transforma la educación médica en un proceso integrador, capaz de formar profesionales íntegros, competentes y comprometido con el cuidado de la vida en toda su complejidad.

Ahora bien, en mi condición situada como investigadora, reconozco que la praxis educativa en el ámbito de las Ciencia de la Salud no se restringe a la reproducción de los saberes especializados, sino que emerge como vivencia integral donde el saber, hacer y sentir confluyen

en la configuración del ser docente, lo que significa que la formación en habilidades emocionales se constituye como una dimensión significativa y no periférica del quehacer pedagógico, especialmente cuando se trata de acompañar procesos formativos en escenarios simulados y reales de atención sanitaria. Al respecto, Contreras et al. (2024) destacan con agudeza que:

(...) Las instituciones educativas son responsables de incluir experiencias de aprendizaje en entornos controlados, como la simulación de media y alta fidelidad, para garantizar la adquisición de capacidades técnicas y habilidades socioemocionales adicionales. Reconocer y gestionar las emociones es necesario para brindar una atención adecuada a los usuarios de los servicios de salud y para una mayor eficacia de los profesionales (s/n).

Esta afirmación permite visibilizar la emocionalidad más allá de un complemento, en tanto representa el núcleo fundamental del aprendizaje profesional en salud avalado desde la institucionalidad. Dadas estas consideraciones, las simulaciones clínicas de media y de alta fidelidad, cuando están mediadas por un docente consciente de su rol emocional, trascienden el entrenamiento técnico para convertirse en espacios de autorregulación, empatía operativa y autoconfianza. Situación que, como investigadora, sostengo que los ambientes simulados, en tanto metáforas controladas de la complejidad real, permiten desplegar una pedagogía del vínculo donde el docente modela, acompaña y regula los saberes clínicos y los afectos que estos activan.

El despliegue de habilidades socioemocionales como la comunicación asertiva, el manejo del estrés y la toma de decisiones bajo presión, se constituyen en praxis formativa, en tanto no basta con enseñar procedimientos, es imprescindible cultivar subjetividades profesionales capaces de responder humanamente al dolor, al miedo, a la incertidumbre de los usuarios del sistema de salud. Por tanto, integrar emocionalidad en la praxis pedagógica implica un giro epistemológico que reconstituye al ser docente como formador de competencias técnicas, éticas y afectivas inseparables en su modo de hacer.

Inteligencia emocional: mediación entre saber y sentir

En el entramado complejo del acto docente en Ciencias de la Salud, la inteligencia emocional no se asume como complemento al conocimiento especializado, se trata de un sustento, a veces imperceptible a simple vista, que media entre el saber racional y el sentir

humano. De allí la reafirmación que resuena profundamente en la realidad pedagógica desde los docentes de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, donde cada interacción educativa cuenta especialmente en los escenarios clínicos tensionados por la presión asistencial y las demandas éticas, exigentes de un elevado de percepción emocional por parte del docente para codificar los estados activos de los estudiantes y canalizarlos hacia un aprendizaje experiencial significativo, sobre todo cuando devienen situaciones polémicas en las relaciones y decisiones. A tal efecto, destacan Kalter et al. (2021), lo siguiente:

(...) las emociones juegan un papel central en el proceso de conflicto y resolución. Para un mediador, es importante reconocer correctamente las emociones y actuar en consecuencia. Si las intervenciones son apropiadas o no, depende en gran medida de la capacidad del mediador para percibir con precisión las emociones de las partes en conflicto (s/n).

Tal como lo perciben los precitados autores, en esta praxis, el docente al transmitir conocimientos técnicos curriculares, ha de construir hacia la mediación entre el conocimiento biomédico y la realidad emocional del entorno educativo-clínico, donde el reconocimiento y manejo de emociones, propias y ajenas, se constituye en el centro medular de habilidades epistémica mente indispensables al sostener un proceso formativo humanizado, particularmente en contextos jerárquicos donde las emociones pueden ser silenciadas o sobre actuadas, según los roles de poder. De este modo, la inteligencia emocional se convierte en un recurso hermenéutico que permite interpretar lo no dicho, leer lo oculto, y actuar desde una ética sensible que vincula el saber disciplinar con el sentir humano del otro.

Ahora bien, en el tejido complejo de la praxis docentes universitaria, particularmente en el campo de las Ciencias de la Salud, la inteligencia emocional emerge como una competencia deseable y además en el sentido de un puente epistemológico entre el saber científico y el sentir humano, articulado a la racionalidad técnica con la sensibilidad relacional, al punto que esta dualidad exige del educador una mirada integradora conformada hacia un escenario de equilibrio entre el dominio del conocimiento disciplinar y la gestión lúcida de los aspectos que atraviesan los espacios pedagógicos. De este modo, el ser y el hacer del docente se configuran desde una dimensión emocional que no es periférica, sino estructurales formativa.

En este orden de ideas, Khassawneh et al. (2022) señalan que, si bien el papel de las emociones en el aula ha sido abordado con creciente atención e insistencia, persiste aún una

brecha crítica en la comprensión de las capacidades del educador para reconocer, regular y manejar sus propias emociones. En el contexto universitario, donde la presión institucional, las demandas administrativas y las expectativas estudiantiles convergen en espacios de alta complejidad emocional, el profesor de Ciencias de la Salud, se encuentra en una posición de vulnerabilidad emocional que, si no es gestionada con inteligencia, puede derivar en desgaste profesional, insatisfacción y desconexión pedagógica.

Las evidencias que los precitados investigadores mostraron se refieren a que las competencias emocionales no son cualidades accesorias, sino potentes indicadores de eficacia docente, directamente relacionadas con el desempeño académico de los estudiantes, la calidad del clima del aula y la construcción de vínculos pedagógico significativos. Desde esta perspectiva, la inteligencia emocional se devela como un dispositivo de mediación entre el conocimiento y la experiencia emocional que permite al docente interpretar sus emociones, además de emplearlas como recurso estratégico para la toma de decisiones pedagógicas, la resolución de conflictos y la promoción del aprendizaje significativo.

Igualmente, los aportes de los precitados autores destacan la necesidad de incluir la inteligencia emocional en los estándares profesionales de la docencia, promoviendo procesos de formación que capaciten en contenidos disciplinares al tiempo que fortalezcan la dimensión emocional del quehacer docente. En el caso del profesor de Ciencias de la Salud, cuya labor está asociada con una constante exposición a experiencias humanas intensas (dolor, enfermedad, vulnerabilidad, incertidumbre), el desarrollo de competencias emocionales es un imperativo ético y profesional.

En síntesis, la inteligencia emocional no debe extenderse como una cualidad espontánea o innata, sino como una construcción compleja y situada que demanda del docente una praxis auto reflexiva permanente. Desde el horizonte epistemológico de esta investigación, se propone concebir la inteligencia emocional como un eje articulador entre el saber disciplinar y el sentir humano y en consecuencia, como un constructo fundamental en la formación, el desempeño y la identidad del docente universitario en Ciencias de la Salud.

Autoconciencia y regulación emocional en la docencia clínica

En la praxis docente clínica, el educador no sólo actúa como transmisor de saberes científicos, es el mediador emocional en entornos cargados de extensiones cognitivas, relacionales y efectivas, lo que significa que la autoconciencia emerge como un eje articulador entre el sentir y el actuar profesional. Esta habilidad permite al docente gestionar sus propias emociones, interpretar con mayor empatía las necesidades del estudiante al responder de manera coherente, ante situaciones complejas del entorno formativo. Acorde con ello, destacan Abdel-Hadi y Gharaibeh (2023), lo siguiente:

La autoconciencia ayuda a los miembros del profesorado a identificar conductas que contribuyen a su desarrollo profesional y personal, así como a reconocer aquellas que obstaculizan su progreso y crecimiento. [...] Dicha competencia se manifiesta a través de la capacidad del docente para percibir sus emociones, con la necesidad de tener el deseo de ser consciente de los sentimientos y conocerlos, así como de comprender con precisión las emociones cuando aparecen, regular la ira y gestionar el estado emocional (p. 1275).

Dadas estas consideraciones, la cita articula un elemento central del constructo teórico de la inteligencia emocional en el ser y hacer docente en cuanto a la autoconciencia que no es solo introspección, es capacidad funcional, lo que exige en el contexto clínico universitario, enfrentar situaciones de vulnerabilidad humana (dolor, angustia, incertidumbre diagnóstica), en tanto la autoconciencia permite modelar sus respuestas emocionales en función del bienestar del estudiante y del paciente simulado o real. Se configura, así como una forma de epistemología afectiva, donde el conocimiento técnico y la sensibilidad emocional se entrecruzan, dando lugar a una ética pedagógica que entiende que enseñar también es contener.

En esos términos, el estudio que se propone en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, asume que la regulación emocional eficaz del docente clínico, cimentada en su autoconocimiento, además de optimizar el desempeño, también modela competencias afectivas en sus estudiantes construyendo una cultura de cuidado con implicaciones tanto pedagógica como humana. La inteligencia emocional, por ende, deja de ser una herramienta periférica para convertirse en un principio epistémico central en la formación en Ciencias de la Salud.

En el mismo hilo discursivo, siguiendo los elementos teóricos y metodológicos presentados por Baghdadadi y Haghghat (2024), puedo trasladar estos planteamientos en términos

de la autoconciencia y regulación emocional en la docencia clínica, en tanto constituyen Constructos interdependientes y vertebradores en el quehacer formativo del docente de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Así, la autoconciencia, entendida como la capacidad de introspección reflexiva, reconocimiento de emociones, fortalezas, debilidades, valores y patrones de comportamiento, constituye un punto de partida epistemológico desde el cual se posibilita una docencia auténtica, situada y adaptativa que en el contexto clínico, donde se interceptan emociones de alta carga simbólica como la angustia del estudiante ante un procedimiento, la incertidumbre diagnóstica o el sufrimiento del paciente, el docente debe ser capaz de detectar sus propias reacciones emocionales y gestionar las funcionalmente en el acto pedagógico mismo, involucrando un puente humano en la praxis clínica.

En este sentido, Baghdadi y Haghghat (2024) demostraron empíricamente que el entrenamiento en regulación emocional incide significativamente en el desarrollo de la autoconciencia, destacando que ambas dimensiones no son estáticas, sino susceptibles de ser fortalecidas mediante procesos educativos estructurados, lo cual evidencia un dato significativo para la docencia en Ciencias de la Salud, en tanto permite replantear la formación del profesorado desde la experticia técnica y la dimensión emocional como fundamentos de la comunicación empática, la toma de decisiones ética y la humanización de la enseñanza.

Asimismo, al considerar las clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), donde la autoconciencia se reconoce como una habilidad vital, se justifica su inclusión como pilar transversal del desarrollo profesional docente tal como lo refuerzan en sus pensamientos Blakemore y Agllias (2018), al indicar que el conocimiento profundo de uno mismo permite responder de manera coherente ante eventos emocionales, lo que es significativo en escenarios clínicos impredecibles. De este modo, se afianza la necesidad de una pedagogía emocional que forme al docente en el reconocimiento, procesamiento y expresión adecuada de las emociones, así como en el acompañamiento emocional del estudiante en formación.

Por lo tanto, se propone que la formación del docente clínico universitario ha de contemplar la autoconciencia y la regulación emocional como competencias esenciales que afectan el desempeño pedagógico, así como el bienestar psicológico, su calidad relacional con el

alumnado y su capacidad de liderazgo transformacional en los equipos de salud. En consecuencia, este enfoque reconfigura el espacio entendido del docente como un ser emocionalmente inteligente, consciente de sí, éticamente situado y resiliencia de ante los desafíos propios de la práctica educativa en salud.

Afectividad profesional y subjetividad en el aula sanitaria

En el espacio formativo del aula sanitaria, el educador construye conocimiento técnico-científico, y aprovecha los espacios interactivos como modulador de la afectividad profesional, un componente subjetivo esencial para el desarrollo integral del estudiante de Ciencias de la Salud. Tal como lo expresan Jurgensen et al. (2024, existe una correlación directa entre la salud subjetiva del estudiante y su futura capacidad de incidir en la salud de otros. En este sentido estos autores destacan que:

(...) los estudiantes de profesiones de la salud deben ser considerados un grupo objetivo relevante para la promoción de la salud y de las competencias en la misma desde el inicio de sus estudios. Los campos de acción identificados deben abordarse en el contexto de la promoción de la salud. Esto es particularmente importante, ya que no sólo busca mejorar el bienestar de los estudiantes, sino que, posteriormente, trabajarán directamente con pacientes y por lo tanto, tendrán una influencia directa en la salud de otras personas. (p.2).

En los términos mencionados, se interpela el rol del docente desde una ética del cuidado donde el aula se convierte, en un territorio simbólico donde el docente actúa como facilitador de recursos emocionales, cognitivos y relacionales. Por tanto, a través de su presencia afectiva, modela formas de autorregulación emocional, de empatía activa y autoconocimiento, habilidades que los futuros profesionales de la salud replicar han en sus prácticas clínicas. Es así como la subjetividad del docente, como sujeto emocional que siente, interpreta y transforma, se proyecta sobre el entramado de vínculos que configuran la experiencia educativa. Así, el reconocimiento y gestión consciente de la propia emocionalidad es una habilidad instrumental que se identifica desde la responsabilidad epistémica humanizada en el acto pedagógico contribuyendo a la formación de profesionales sensibles dadas las complejidades del cuidado en contextos sanitarios.

Ahora bien, al sentirme inmersa en la indagación profunda del constructo epistemológico de la inteligencia emocional en el hacer y ser del docente universitario de Ciencias de la Salud en

la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, afirmo que la afectividad profesional en el aula sanitaria es un componente significativo y núcleo vertebrador del acto pedagógico en contextos de vulnerabilidad, donde la subjetividad del docente se manifiesta como un territorio fluido y complejo, convergente de la ética del cuidado, la inteligencia emocional y la pedagogía de la presencia plena, al articular una respuesta educativa que trasciende la técnica y se ancla en el reconocimiento del otro como ser doliente y singular. En este sentido, retomo, por su alto valor argumentativo, lo señalado por Contreras y Romero (2020):

(...) el trabajo del profesor de estas modalidades educativas adquiere un carácter eminentemente relacional, afectivo y emocional, lo que lleva a que el discurso se organice en torno a la formación de vínculos y a una pedagogía desde los afectos (...) basada en una real implicación (s/n).

Estas consideraciones me llevan a pensar acerca de los principios de la inteligencia emocional, a propósito de la dimensión afectiva como una clave de lectura fundamental para interpretar, comprender y transformar el aula sanitaria en un espacio humanizado, donde el dolor no paraliza, sino que convoca a un encuentro ético, afectivo y pedagógico. Desde mi perspectiva, la afectividad profesional implica la capacidad de contener emocionalmente el estudiante que habita una realidad hospitalaria, al tiempo que se destaca la necesidad que el docente se reconozca asimismo como sujeto afectado y afectantes, ello exige una praxis docente fundamentada en la autoconciencia, autorregulación emocional y la empatía profunda, elementos cardinales del modelo de inteligencia emocional de Goleman (2003) y vitales en el escenario activo del sufrimiento físico y psíquico que se convierte en parte del paisaje cotidiano del aprendizaje.

Al respecto, Goleman (2003) afirma que: “las personas con una alta capacidad de autoconciencia reconocen sus emociones cuando estas aparecen. Son personas más seguras de sí misma, pues comprenden sus sentimientos más profundos y sus fortalezas, así como sus limitaciones” (p.56). En este entorno de ideas, la subjetividad, se configura aquí como un proceso dinámico en el cual el docente reconfigura su identidad profesional en el cruce entre la racionalidad académica y la emocionalidad ética. En el aula sanitaria, enseñar es también sostener, escuchar, acompañar y estar presente sin esquivar la fragilidad el otro, pero también sin negarse a la propia. De esta manera, la afectividad no es reducida a gestos de simpatía o compasión puntual, se trata de una arquitectura emocional que sostiene el sentido profundo de

la tarea docente en contextos adversos. De modo que propongo entenderla como una competencia compleja, situada y equivalente con los requerimientos de la formación intencionada, reflexión crítica y un fuerte compromiso ontológico con el ser docente.

En concreto, la inteligencia emocional se convierte en un instrumento epistemológico imprescindible, en tanto permite integrar las dimensiones cognitivas, emocionales y éticas del trabajo educativo en escenarios sanitarios al punto que la enseñanza en hospitales no puede reducirse a la continuidad curricular debe ir más allá hacia la esencia, un ejercicio de producto humano, donde la subjetividad del docente se compromete en un proceso de co-construcción afectiva que transforma tanto al educador como al educando. Por tanto, sostengo que el docente de Ciencias de la Salud, en su tránsito por las aulas sanitarias, debe cultivar una afectividad profesional madura, intencionada y reflexiva, como base para un desempeño ético que articule la razón pedagógica con la resonancia emocional. En este entrecruce de categorías, se afirma su competencia, además la condición de ser humano sensible y comprometido con la vida misma.

Epistemología del ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud

En el ámbito de las Ciencias de la Salud, el ser docente no puede desvincularse de la profunda comprensión epistemológica del conocimiento científico, ni del desafío de traducir ese conocimiento a una práctica significativa y ética. Al respecto, Jepsen et al. (2021) señalan que "ser un profesional sanitario contemporáneo requiere competencias para buscar, comprender, validar e implementar evidencia científica" (s/n). Esta afirmación me sitúa frente a una exigencia ineludible que tiene que ver con la alfabetización epistémica como fundamento del hacer profesional y del hacer docente.

Esta alfabetización no es simplemente técnica o instrumental, va más allá puesto que implica comprender cómo se construye el conocimiento, cuáles son sus límites, supuestos, lógicas y aplicaciones. Sin embargo, muchos egresados de salud carecen de esta competencia epistemológica tal como lo plantea Heeboll-Nielsen, 2011), lo cual devela una falta estructural en los programas formativos, que frecuentemente priorizan contenidos técnicos por sustituciones de la reflexión crítica sobre los fundamentos del saber.

Uno de los desafíos señalados por Jepsen et al. (2021) es la dificultad de los estudiantes

para conectar los conceptos epistemológicos con la práctica clínica, sobre todo desde el punto de vista de los postulados de Sonne-Ragans (2012), cuando hace ver que este fenómeno no es menor: la decisión entre teoría y práctica, común en los sistemas formativos, evidencia una fragmentación epistémica que obstaculiza el desarrollo de un pensamiento complejo y reflexivo.

Al traer los principios de Roth et al. (2014) este fenómeno se explica señalando que existen formas diferenciadas de conciencia en distintos sistemas de actividad, lo cual genera una brecha entre el mundo en el que pensamos y el mundo en el que actuamos. Esta brecha epistemológica puede abordarse, como sugieren los precitados autores, mediante estrategias didácticas que integren simulación, reflexión y transposición didáctica del saber científico, lo que en el hacer docente se traduce en la capacidad de actuar como puente entre mundos complementarios.

Por lo tanto, la educación en salud, particularmente en programas como enfermería, obstetricia o medicina, han estado tradicionalmente centrados en el paradigma positivista, frente a lo cual Jepsen et al. (2021) advierte que, a pesar de los planes curriculares exigentes de competencias en investigación y práctica basados en evidencia, los estudiantes suelen encontrar árido e irrelevante el aprendizaje de epistemología. Sin embargo, Holm (2018) afirma que los futuros profesionales del conocimiento deben ser capaces de trabajar con el conocimiento, no sólo poseerlo. Este énfasis en la agencia epistémica exige al docente de Ciencias de la Salud reconfigurarse no como un transmisor de información especializada, sino como facilitador de procesos de problematización, análisis crítico y toma de decisiones éticas informadas por la evidencia. Frente a ello, la epistemología deja de ser un ejercicio filosófico abstracto para convertirse en un dispositivo vital en la toma de decisiones clínicas.

En el devenir de la contemporaneidad, signada por la centralidad del conocimiento como eje articulador del quehacer humano, el ejercicio docente se ve interpelado a una revisión constante de carácter reflexiva de su praxis. En efecto, el docente no sólo es depositario y transmisor de saberes disciplinares, sino sujeto epistémico activo, constructor de significados en interacción con otros, con la naturaleza, consigo mismo y con el entramado social. Su función trasciende el acto de enseñar para posicionarse como mediador de la producción, resignificación y divulgación del conocimiento, enmarcado en un proceso dialógico que integra razón y emoción,

ciencia y sensibilidad, técnica y ética. Los elementos representativos mencionados, se integran en la siguiente figura 4.

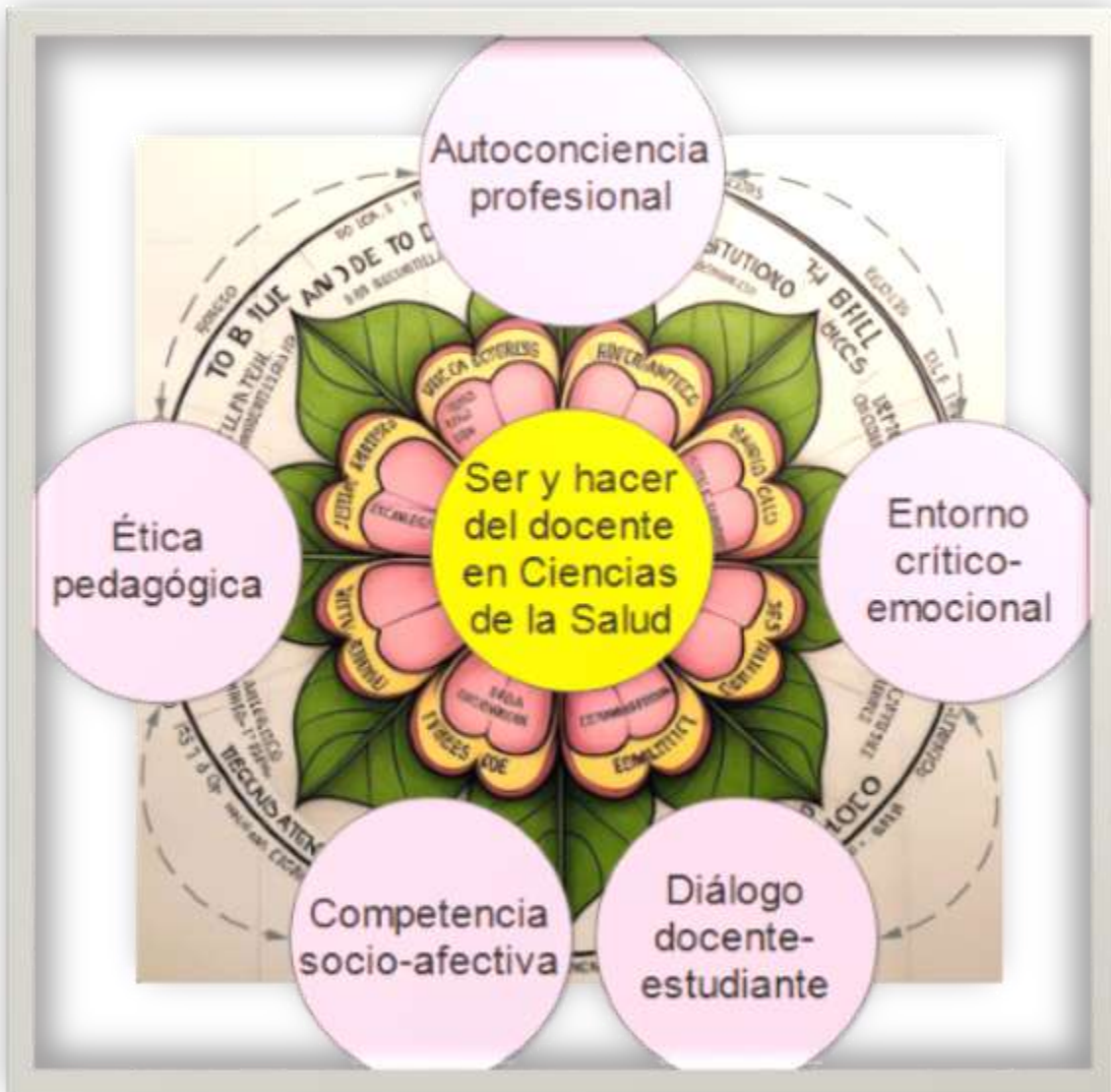


Figura 4. Ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud

Fuente: elaboración propia (2025)

En el entendido de los elementos que configuran la representatividad del ser y hacer docente en Ciencias de la Salud, se visualiza que esta singularidad del educador no es una figura neutra, sino un ser atravesado por su historia formativa, sus convicciones, emociones, valores y modos de percibir al explicar el mundo. Como bien sostiene Perrenoud (2004), el hecho de

enseñar no implica tomar decisiones complejas en contextos inciertos y esas decisiones, se nutren de las creencias y de los hábitos profesionales del educador. De allí que, su accionar pedagógico se configura como una manifestación singular de su epistemología personal, que muchas veces implica, si no es problematizada, un devenir de una epistemología ingenua asumiendo el pensamiento de Pozo (2006), con características de poca criticidad frente a las transformaciones del entorno educativo.

Al desentrañar la urdimbre del proceso enseñanza aprendizaje, evidencio que la interacción entre docente, estudiante conocimiento no es lineal ni aséptica; por el contrario, está mediada por una subjetividad que abarca competencias profesionales y al mismo tiempo, la disposición afectiva y ética del educador. En este sentido, enseñar no se limita a transmitir contenidos curriculares del área disciplinar correspondiente, si no propiciar experiencias significativas que despiertan el deseo de aprender, el gusto por el saber y la capacidad de transformación.

En este orden de ideas, traigo a colación el pensamiento de Freire (1997), en tanto enseñar exige respeto a la autonomía del otro, implica asumir la educación como acto de libertad y compromiso social. De esta manera, el ser y hacer del docente se entreteje en el aula a partir de una constelación de creencias, saberes que interactúan con lo del estudiante, en términos de los elementos representativos en la figura 4, que distinguen la autoconciencia profesional, el entorno crítico-emocional, diálogo docente-estudiante, competencias socio-afectiva, ética pedagógica, todos estos eventos que singularizan el ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud, se interconectan en un lazo potencial de crecimiento en el aula, donde se junta una constelación de creencias, saberes y valores que interactúan con los del estudiante.

Frente a esta praxis se despliega en un espacio histórico-cultural concreto, donde el docente actúa como puente entre el legado cultural y la construcción de nuevos sentidos. De modo que, su papel, más allá de la instrucción, se convierte en una invitación al crecimiento humano, al pensamiento crítico y el compromiso con una ciudadanía consciente y activa. Como bien lo advierte Morín (2000), el docente debe asumir la doble responsabilidad de conservar y transformar la cultura, salvaguardando la herencia de la humanidad sin renunciar a su renovación crítica.

Asumir entonces esta complejidad, implica que la labor docente no se puede sostener en esquemas dogmáticos ni en la improvisación carente de sentido. Se requiere, en cambio, una actitud reflexiva y propositiva, que integre pensamiento complejo y sensibilidad pedagógica. En este punto, se hace necesario repensar la acción educativa desde fundamentos teóricos significativos que le confieren coherencia e intencionalidad. Así lo plantea Fariñas (2007), al proponer una pedagogía centrada en el estudiante, basada en el diálogo, la colaboración y la mediación crítica. Esta postura encuentra resonancia en el enfoque comunicacional de Habermas (1987), quien sitúa la educación en el corazón del proyecto emancipador de la modernidad, orientando al entendimiento intersubjetiva y la transformación social.

Este escenario, es válido para reconocer como el docente orientador de trayectorias formativas complejas, refleja la realidad exterior que se entrecruza con el mundo interior del estudiante, lo que significa que acompañar este proceso requiere habilidades pedagógicas, además de una actitud ética y una mirada comprensiva sobre el otro. El estudiante, en su devenir, necesita referentes que lo ayuden a distinguir lo esencial de lo accesorio, a cuestionar lo establecido y a imaginar nuevos horizontes posibles en la Ciencia de la Salud. Por ello, el docente además de informar sobre el contenido técnico especializado propio de su área disciplinar, también forma, no sólo explica, sino también inspira.

En este orden de ideas, la emergencia de un mundo cada vez más incierto, fragmentado y desafiante, impone al docente universitario en Ciencias de la Salud, y concretamente en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, el deber de reinventarse continuamente, de abrir su mente a nuevas lógicas y lenguajes que permitan comprender y habitar la complejidad. En palabras del Fariñas (2007), el pensamiento complejo, enriquecido por los aportes de la ciencia, el arte y la filosofía, se posiciona como un enfoque ineludible para abordar los desafíos contemporáneos de la educación universitaria. Esta perspectiva, exige avanzar hacia la interdisciplinariedad y, más aún, hacia la transdisciplinariedad, entendida y afirmada por Nicolescu (2008) como un ejercicio de articulación epistémica que permite superar la fragmentación del conocimiento y generar nuevas síntesis comprensivas.

En síntesis, el docente del presente no puede permanecer anclado en modelos reduccionista ni replicar esquemas heredados sin cuestionamientos. Su tarea, hoy más que

nunca, es la de ser un arquitecto de sentidos, cultivar la consciencia crítica de sus estudiantes en Ciencias de la Salud, ser mediador entre la tradición y la innovación. Sólo después de esta comprensión profunda del ser y hacer docente, es posible proyectar una educación verdaderamente humanizadora, transformadora y sostenida por la esperanza lúcida de un mundo más justo, complejo y solidario.

MOMENTO III

ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

Toda comprensión del ser exige una inmersión sensible en su hacer; conocer al docente no es abstraerlo, sino habitar su experiencia, allí donde la emoción se vuelve conocimiento encarnado.

Beatriz López

En este tercer momento de la investigación, me adentro con rigurosidad y sensibilidad metódica en la ruta que dio forma y sentido al abordaje cualitativo del fenómeno. Reconozco que no se trata únicamente de descubrir procedimientos, sino de entretejer con profundidad decisiones éticas, epistémicas y técnicas que me permitan interpretar con fidelidad las voces y vivencias de los docentes de Ciencias de la Salud. Este momento es medular, en tanto sostiene la coherencia con la intencionalidad planteada de generar un Constructo teórico emergentes sobre la inteligencia emocional como fundamento del ser y hacer docente en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Visión paradigmática: ser y hacer docente

Este espacio de la investigación asimilado para disertar acerca de la visión paradigmática que sustenta este estudio, me lleva a comprender que el paradigma orientador de mi mirada investigativa representa un posicionamiento filosófico, además de una forma de habitar el conocimiento. En este sentido, me apropio del razonamiento de Patton (1978), en las consideraciones que apuntan a definir el paradigma como una cosmovisión, un modo de fragmentar la complejidad de las realidades de marcos de sentidos normativos que nos orientan sin requerir reflexiones ontológicas extensas.

En esta misma línea, complementa esta postura De Miguel (1988) cuando sugiere que el paradigma es un punto de vista compartido dentro de una comunidad científica, caracterizado por valores, normas, fines y creencias que configuran los caminos generativos acerca de cómo se interpreta la educación. En mi caso, he decidido inscribirme dentro del paradigma interpretativo, también conocido como aquel que permite comprender la realidad desde los significados que los

actores sociales otorgan a sus experiencias, y complemento estos planteamientos con lo mencionado por Strmiska (1981), frente a una decisión que no es aleatoria, responde a la necesidad de acceder a las vivencias, subjetividades y construcciones simbólicas de los docentes de Ciencias de la Salud, en torno a su ser y quehacer en el ámbito universitario.

Al respecto, Sandín (2003) señala que este paradigma, también denominado Verstehen por los teóricos alemanes, privilegia lo ideográfico, lo particular, lo cualitativo, haciendo énfasis en comprender al ser humano en sus interacciones históricas, sociales y culturales. Esta perspectiva resulta coherente con mi propósito de generar un Constructo teórico emergentes sobre la inteligencia emocional como eje epistemológico del actuar docente.

En sintonía con Pervin y Mokhtar (2022) profundizan en los fundamentos filosóficos del paradigma interpretativo, destacando su anclaje ontológico y epistemológico. En esta concepción, la interpretación se asume como un acto subjetivo que emerge de la experiencia vivida y situada, siendo el punto de partida para construir sentido y no simplemente para descubrirlo. Estos autores advierten que el verdadero compromiso del investigador interpretativo radica en elegir una postura filosófica acorde al fenómeno que investiga, reconociendo que las verdades sociales son construcciones en constante negociación, donde las emociones, sistema de creencias y los contextos juegan un papel fundamental.

Así, comprendo que investigar desde lo interpretativo, implica asumir que mi mirada no es neutral, sino profundamente imbricada con los lenguajes, los mundos vividos y las intenciones de quienes participan en esta indagación. Es allí donde reside el valor de este enfoque, al reconocer que el conocimiento es siempre una co-construcción situada, entretejida desde lo humano, sostenida por la escucha activa, la apertura empática y el reconocimiento ético del otro como legítimo interlocutor en la creación de sentido.

Consideraciones ontológicas

Desde la hondura reflexiva de mi ser investigador, declaro que la consideración ontológica, en plena armonía con el paradigma interpretativo, representa la forma particular y situada con la cual contemplé el mundo que me rodea en este estudio. No se trató de una simple mirada externa, sino de una forma de aprehender la realidad como un tejido plural de la propia

existencia, creando y recreando los sentidos del vivir, desde las particularidades que configuran el ser docente y conjugan su forma de hacer posible en Ciencias de la Salud. Así, me posiciono ante una realidad no dada, de carácter emergente, construida desde el flujo de las subjetividades, donde los lenguajes, vínculos, y experiencias compartidas conforman un cosmo intersubjetivo en permanente transformación.

Desde este punto de vista coincido con De Vivas (1994, al afirmar que las realidades son múltiples, en dinámicas y socialmente construidas por los actores que las habitan, incluidos aquellos que forman parte de una indagación como la que ahora me ocupa. En esta investigación, tanto los docentes de Ciencias de la Salud como yo, representativo de un sujeto implicado en el acto de conocer, elegimos juntos una realidad que se develó en torno a la inteligencia emocional como componente del estilo de pensamiento en el ámbito universitario. Nos reconocimos mutuamente como co-creadores de sentido, dejando que nuestras voces, vivencias y percepciones se entrelazarán en un diálogo profundo y ético.

Desde esta perspectiva, asumir que la realidad a investigar no es ni unívoca ni estable, sino compleja, subjetiva y vivencial, de carácter dialógico, intersubjetivo. Siento que lo complejo se manifestó de forma fragmentada y multidimensional, exigiendo de mí una apertura para aproximarme a su totalidad sin pretensión de dominio; el carácter intersubjetivo, se implicó tanto en mí como en los otros, donde nos reconocimos como sujetos intencionados y sensibles en el mismo hacer sanitario y docente, cuyas interpretaciones configuraron el entramado de lo real. Lo vivencial, lo comprendí en la cotidianidad del hacer docente donde afloraron los significados más genuinos sobre la inteligencia emocional, develados en el decir y en el sentir de quienes compartieron su experiencia en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

En este marco de representatividad, reconocí que la comprensión de la realidad no se alcanza desde una neutralidad ilusoria, sino desde una postura ético-epistémicas que acepta el carácter situado, relacional y contextual del conocimiento. En este sentido Valore (2024) ofrece una mirada esclarecedora al abordar la relatividad ontológica como un prisma filosófico que nos permite entender la realidad a partir de las herramientas conceptuales, lingüísticas y culturales con las que la nombramos. Esta perspectiva me permite asumir que toda construcción de sentido está condicionada por los marcos que nos definen como comunidad académica, y además en

términos de la investigación cualitativa, sobre todo cuando es consciente de esta condición, de modo que se convierte en un acto emancipador frente a las injusticias epistémicas que silencian, excluyen o minimizan las voces de quienes históricamente han sido marginados del quehacer académico.

El análisis de Król y Lubacz (2023) trasciende una refutación aislada, en tanto invita a repensar cómo nos posicionamos ontológica mente frente a la ciencia, y de qué manera las estructuras formales deben corresponder, al menos en parte, con la facticidad del mundo que buscamos conocer. Desde esta reflexión, asumo que toda investigación cualitativa necesita plantearse no sólo que se conoce, sino como se constituye ontológica mente aquello que puede conocerse. Esta observación resulta medular pues demuestra que la ontología no puede ser relativizadas indiscriminadamente sin entrar en conflicto con la inteligibilidad y la consistencia epistémica del conocimiento científico.

Así, me comprometí con una mirada interpretativa que abrazó la diversidad de sentidos al reconocer que investigar, es un ejercicio ético de apertura a los mundos posibles del otro, en tanto, como sostiene la ontología de Valore (2024) la comprensión de la realidad es inseparable de los conceptos, lenguajes y prácticas sociales que la configuran y sólo cuando los deconstruimos críticamente, podemos aspirar a construir nuevos caminos de justicia epistémicas más incluyentes y transformadores.

Consideraciones epistemológicas

Asumir el desafío de esta investigación desde una conciencia epistémica que no podía enraizarse en certeras absolutas o bien en verdades inmutables; por el contrario, elegí situarme deliberadamente dentro del construccionismo social, una mirada paradigmática que se aleja de los discursos positivistas para adentrarse en las zonas intersticiales del significado compartido, donde el conocimiento no se descubre, sino que se produce intersubjetivamente. Desde esta óptica, me apego al razonamiento de Crotty (1998) donde destacó que esta perspectiva, se funda en la generación colectiva de sentidos, reconociendo que el conocimiento se teje en el entramado del lenguaje y las prácticas sociales. Así, no existe una verdad esperando ser develadas, sino un flujo dinámico de significaciones que emergen del encuentro entre sujetos en

contextos específicos e intereses compartidos.

En esta misma dirección, me apoyo en Sandín (2003) quien advierte que el construccionismo social impugna la idea de una verdad objetiva, proponiendo en su lugar que el significado nace de la interacción entre el ser humano y su mundo. No hay sentido sin una mente que lo albergue ni conocimiento sin una red simbólica que lo estructure. Fue en ese punto específico donde la lectura de Burr y Dick (2017) me permitió ampliar y tensionar aún más mi comprensión del construccionismo social. Estos autores destacan que nuestra percepción del mundo no es un espejo fiel de una realidad objetiva, sino una representatividad mediada por el lenguaje, moldeada por el tiempo y la cultura que habitamos.

En este orden de ideas, aquello que entendemos como real, está inextricablemente atravesado por las narrativas dominantes que estructuran nuestras formas de ver, decir y hacer. Desde esta perspectiva comprendí que todo conocimiento es contingente, mutable, y profundamente enredado en relaciones de poder que favorecen a ciertos grupos mientras subordinan a otros. Así, el construccionismo social me ofreció una epistemología además de una ética de la mirada, en tanto la conciencia que cada categoría analítica (como la inteligencia emocional, eje de este estudio) no es una entidad neutra, sino una construcción discursiva sujeta a intereses, valores, contextos y estructuras normativas que delimitan su campo de significación, en este caso en espacio cotidiano del hacer docente en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

En coherencia con esta postura, decidí asumir que la voz viva de los actores sociales, desde sus relatos situados y su experiencia cotidiana, es lo que reto me a partir de la emergencia de los sentidos y significados atribuidos a la inteligencia emocional como componente del estilo de pensamiento del ser y hacer docente. No se trata de verificar hipótesis universales, sino de abrirme a la polifonía del sentido, a los relatos y descripciones de la realidad del fenómeno de estudio respecto a los modos diversos que los actores sociales nombran, negocian y resignifican en su mundo emocional.

El construccionismo social me permitió entonces, desnaturalizar los conceptos, cuestionar las taxonomías heredadas y atender con radical atención al poder del discurso para producir realidades. Tal como lo sostienen Burr y Dick (2017), el lenguaje no describe el mundo,

lo crea; y es justamente allí, en esa potencia creadora, donde se ubicó la posibilidad de transformación social desde el punto reflexivo de cada uno de los actores sociales. Asumí, por tanto, que el conocimiento generado en esta investigación no aspira a ser definitivo ni universal, sino situado, reflexivo y abierto a la contingencia. Una verdad significativa en voces múltiples, construida desde la diferencia y anclada en los márgenes donde también se gesta la posibilidad de resistir y re imaginar el ser y hacer del docente en el mundo.

Consideraciones metodológicas

En cuanto a las consideraciones metodológicas, éstas remiten al modo en el cual se accede al conocimiento de la realidad social. Es decir, ¿cómo llega el investigador a conocer el objeto cognoscible? ¿De qué manera se construye dicho conocimiento desde una mirada coherente con la ontología y la epistemología asumida? Estas interrogantes no sólo guían el enfoque del estudio, sino que orientan la selección y articulación de las técnicas, procedimientos e instrumentos empleados, los cuales deben ser congruente con los fundamentos filosóficos que sustentan el estudio.

Desde esta perspectiva, asumir una investigación de enfoque cualitativo, fundamentada metodológicamente en la fenomenología trascendental, complementada con la hermenéutica como proceso interpretativo. Tal como lo señalan Pérez Serrano (1998), la investigación cualitativa constituye un proceso activo, sistemático y riguroso en el cual el investigador toma decisiones en el mismo campo de estudio, lo cual permite describir con profundidad los eventos, interacciones, comportamientos y, especialmente, las voces de los participantes, sus experiencias, actitudes, sistema de creencias, pensamientos y reflexiones tal como ellos lo expresan en su cotidianidad del ser y hacer docente.

En consonancia con lo planteado, Cook y Richardt (1995) caracterizan la investigación cualitativa como una perspectiva integral de naturaleza fenomenológica, inductiva, estructuralista y subjetiva, orientada al proceso y propia de la antropología social. En este sentido, como investigadora, me incliné a utilizar conceptos que dieran cuenta del significado profundo de los acontecimientos, recurriendo a descripciones densas que develaron las múltiples dimensiones del fenómeno abordado. Para ello, emplee el método fenomenológico, apoyado en

la hermenéutica, con el propósito de interpretar los sentidos y significados que emergen de la experiencia vivida.

Al referirme a la fenomenología, es imprescindible remitir a Husserl (1976) el padre de la fenomenología, quien la concibió como una vía de acceso a la esencia de los fenómenos, entendidos como manifestaciones de la conciencia. Desde su propuesta, esta conciencia no es una entidad cerrada, sino que está intencionada, siempre es conciencia de algo. Así, la fenomenología se constituye en un método para aprehender lo esencial de las vivencias, trascendiendo las apariencias inmediatas para adentrarse en su estructura intencional.

No obstante, mi búsqueda no se limitó a la mera descripción de las voces de los actores sociales, sino que se adentró en la interpretación de significado de sus acciones, emociones y narrativas. Esto me condujo a integrar la hermenéutica como complemento indispensable de la fenomenología trascendental, lo cual me permitió asumir una postura comprensiva e interpretativa. En otras palabras, a favor de la acción de los actores sociales no sólo desde lo que dicen, si no desde lo que intentan significar, reconociendo que la auto interpretación del actor no siempre agota el sentido de su experiencia.

En este marco representativo, traté de proyectarme hacia la conciencia del otro, a fin de interpretar cómo percibe la inteligencia emocional como componente del estilo de pensamiento, sabiendo que dicha interpretación implica un diálogo entre su voz y mi conciencia como investigadora. En este sentido me apoye en Dilthey (1976) quien plantea que la hermenéutica posibilita el conocimiento de la vida psíquica a través de sus signos sensibles, entendida como una metodología para descubrir el significado de los actos humanos, en sus múltiples formas de expresión (textos, palabras, gestos, silencios), los cuales encierran comprensiones singulares ancladas a contextos específicos, en este caso en relación con el ser y hacer del docente en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Por su parte, Gadamer (1987) recuerda la idea que la hermenéutica no es solo un método, sino una experiencia de comprensión que se manifiesta a través del lenguaje, permitiendo el encuentro con las tradiciones, los saberes y el otro. Desde esta óptica, el lenguaje se convierte en el espacio donde se devela al ser, siendo la comprensión, un acontecimiento en permanente devenir, siempre inacabado, abierto a nuevas interpretaciones. En suma, esta integración

metodológica entre fenomenología trascendental y hermenéutica me permitió no sólo describir, sino interpretar profundamente las vivencias de los actores sociales, en un proceso reflexivo donde el conocimiento emergió del entrecruce de sus sentidos vividos y mi mirada situada.

Del mismo modo, en mi caminar investigativo, al asumir la fenomenología trascendental como vía para capturar las esencias puras de las experiencias vividas y narradas por los docentes de Ciencias de la Salud, reconocí que mi conciencia no podía ser ajena a su mundo vivido, ni ellos al mío. Tal como lo expone El-Sherif (2017), destacando que Husserl proponía la suspensión de todo juicio previo (el *epokhé*) como medio para aprehender lo dado en su estado originario. No obstante, fue la hermenéutica de Heidegger (2005) la que me permitió abrazar la historicidad del ser, la inevitable imbricación del intérprete con el fenómeno.

Al comprender que el conocimiento emerge del encuentro entre existencias situadas, en este caso de estudio asocio esta condición con mi perfil docente y acercamiento con los actores sociales en la cotidianidad del ser y hacer docente. Por ello, no busqué solamente describir experiencias, sino interpretarlas desde el ser-en-el-mundo que las habita. Esta fusión de horizontes entre lo trascendental y lo hermenéutico otorgó profundidad ontológica y epistemológica al sentido de lo vivido, revelando no sólo el qué del hacer docente, sino el por qué y para qué de su ser que permanece allí, en la dinámica de la docencia universitaria. En la figura 5, se resumen visualmente las consideraciones expuestas.

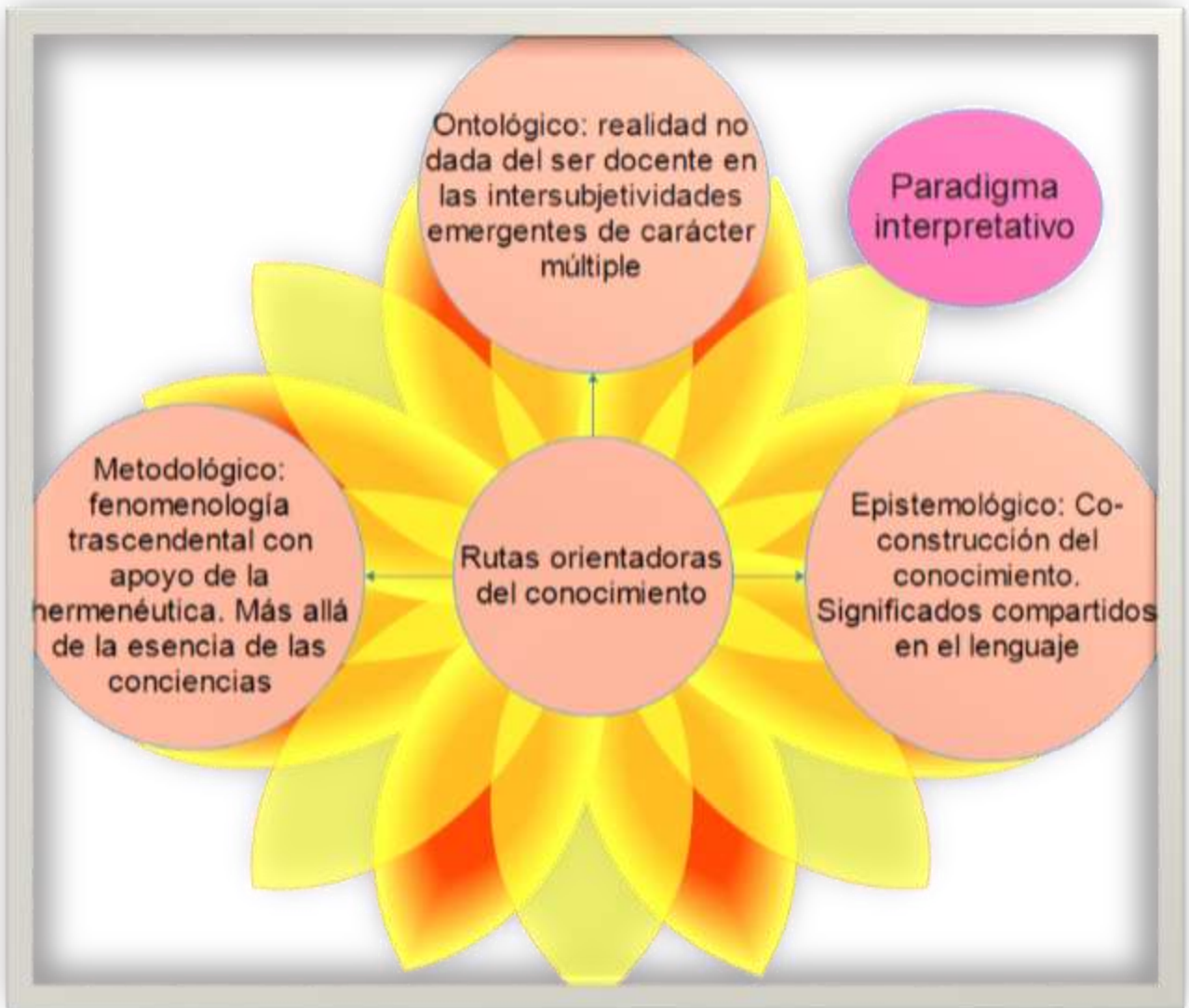


Figura 5. Rutas orientadoras del conocimiento

Fuente: elaboración propia (2025)

Fases de la Investigación

Para la estructuración metodológica de esta investigación, me adscribo a las fases del proceso investigativo cualitativo propuesto por Latorre (1996) las cuales permiten comprender el recorrido investigativo como una praxis dialógica, dinámica y contextual. Estas fases orientan no sólo el diseño, sino también la interacción continua entre el investigador y el escenario del

estudio, permitiendo una construcción del conocimiento desde la experiencia vivida e interpretada.

Selectividad de los actores sociales

En relación con los actores sociales, retomo los razonamientos de Pelo y Pelto (2004) que lo conciben como aquellas personas capaces de proporcionar información detallada y significativa sobre la realidad del estudio, debido a su experiencia, vivencia o conocimiento especializado del fenómeno. De modo complementario, Muñoz (2006) los define como informantes clave dentro de una investigación cualitativa, cuya elegibilidad resulta decisiva para la riqueza y profundidad del estudio, dado que, por su rol o posición en un determinado escenario, se convierten en mediadores simbólicos del saber colectivo y representantes de discursos socialmente compartidos.

En el marco de esta investigación, se identificaron como actores sociales a cuatro docentes adscritos al Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Su elección se fundamentó en criterios de disponibilidad, trayectoria profesional en el ámbito de la educación universitaria y especialmente, en relación con la intersubjetividad distinguida con la investigadora, quien mantiene una familiaridad activa y reflexiva con el contexto. Esta confluencia de factores permitió suponer que los aportes de estos docentes constituyeron una fuente rica en contenido simbólico, como también la posibilidad contrastante, dialógica y reflexiva para la interpretación del fenómeno de estudio. A continuación, se muestra en la tabla 1 con el perfil profesional de los actores sociales.

Tabla 1

Perfil profesional de los actores sociales

Actor social	Área de desempeño	Formación, experiencia y trayectoria
ASA	Área: cirugía general	Años de Servicio: 15 años. Médico cirujano especializado en cirugía general avanzada amplia experiencia quirúrgica hospitalaria y docencia universitaria continua.
ASB	Área: cirugía oncológica	Años de Servicio: 20 años Médico especialista en cirugía oncológica y laparoscópica avanzada. Destacada labor hospitalaria, investigación clínica y formación académica de nuevos especialistas en oncología quirúrgica.

ASC	Área: gastroenterología	Años de Servicio: 12 años Médico especialista en gastroenterología clínica y endoscopia digestiva. Experiencia hospitalaria en diagnóstico y tratamiento digestivo, investigación aplicada y docencia universitaria en gastroenterología
ASD	Área: cardiología	Años de Servicio: 18 años Médico especialista en cardiología clínica y ecocardiografía avanzada. Amplia experiencia hospitalaria en atención cardiovascular, investigación aplicada y formación académica de nuevos cardiólogos

Fuente: elaboración propia (2025)

Fase del acopio de la información

En esta etapa del proceso investigativo, corresponde delimitar con precisión las estrategias metodológicas para la recolección de información, así como la definición de las técnicas de análisis que orientaron el desarrollo epistémico del estudio. En este sentido, asumí los razonamientos de Denzin y Lincoln (2012) al significar que la construcción del conocimiento se sustenta en la interacción dialógica entre la investigadora y los actores sociales, lo cual exige métodos sensibles a la subjetividad y complejidad de las experiencias humanas.

Entrevista a Profundidad

En esta subfase respecto al acopio de la información, opté por la entrevista a profundidad como técnica principal de recolección de la información, en tanto su capacidad para explorar con riqueza las dimensiones emocionales, cognitivas y contextuales de los significados compartidos por los actores sociales es la más pertinente. Tal como lo expresan Kvale y Brinkmann (2015), permite acceder a las narrativas personales en un marco de respeto, empatía y apertura interpretativa, lo cual se alinea con los principios de la inteligencia emocional propuestos por Goleman (1995), quien hace ver que el interés principal es la autoconciencia, autorregulación y empatía como fundamentos para establecer vínculos genuinos y comprensivos durante el diálogo investigativo-así, se garantizó un abordaje éticamente comprometido, sensible al lenguaje emocional y a la construcción simbólica del entorno indagado.

Asimismo, en la idea de comprender, esclarecer y develar lo que piensan los actores sociales, como perciben sus realidades en la docencia de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, tomé provecho de los planteamientos de Rusque (2007) quien

destaca la importancia de escuchar la voz del sujeto inmerso en su contexto real de actividades y procesos educativos, valorando sus experiencias, significados construido si sentidos otorgados al fenómeno vivido en su práctica educativa cotidiana en Ciencias de la Salud, en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Desde esta óptica, tomo provecho del siguiente extracto textual de la mencionada autora:

(...) hablamos de un método de recolección de información que algunas veces resulta ser más parecido a una conversación que a un intercambio formal de preguntas y respuestas, pero que sin embargo no se queda solamente a nivel de una conversación, porque si esto sucediera difícilmente puede formar parte de las teorías de investigación (p.181).

Por ello, elegí esta técnica de recolección de la información, en tanto el discurso emergió como respuesta a una incógnita propagada en un escenario dual y conversacional, con su presencia y participación, cada uno de los interlocutores (entrevistador y entrevistado) construye en cada momento ese discurso. Cada investigador es particular en la forma de atender los escenarios de la entrevista, esto tiene que ver con la cultura, sensibilidad y conocimiento específico del área disciplinar y, lo que es más relevante, según sea el contexto espacial, temporal o social en el cual se llevó a cabo esta conversación entre iguales de un modo más afectivo.

Después de la entrevista

En esta subfase, una vez culminado el proceso de las entrevistas a los cuatro actores sociales docentes de Ciencias de la Salud de la Universidad Pedro Enrique Ureña, procedí a una etapa profundamente reflexiva inherente a la retirada del campo, cuya acción no fue simplemente un cierre operativo, se trató de un acto ético, respetuoso y comprometido con quienes ofrecieron sus voces en esta indagación. Desde este campo inteligible, negocié cuidadosamente mi salida del escenario investigativo, asegurando el cuidado de las relaciones intersubjetivas construidas y dejando puertas abiertas al reconocimiento compartido.

Así, en correspondencia con lo planteado por Taylor et al. (2016) el análisis cualitativo no es una actividad pos-facto, sino un proceso dinámico, en constante entrelazamiento entre el descubridor y el comprender, lo que significa que recolectar y analizar la información no son eventos aislados, sino movimientos sincrónicos del pensamiento interpretativo. De este modo, al complementar esta mirada, en los razonamientos de Hernández Sampieri et al. (2014) puedo

enfatar que la fase de análisis implicó una inmersión total como investigadora en la información, a través de una lectura interpretativa que fue más allá del contenido textual, buscando significados profundos, estructuras latentes y patrones discursivos emergentes.

Luego de la salida del campo, emprendí con rigurosidad científica y sensibilidad, en el análisis intensivo de la información. El primer paso fue la transcripción textual, fiel y sistemática de las entrevistas, en una actitud de escucha activa que comprendió detenerme en la voz del otro y hacia mi propia resonancia como investigadora. Posteriormente, organicé la información en tablas de contenido destinadas para tal fin, donde se facilitó la visibilidad de las relaciones conceptuales. En este aspecto, siguió la codificación, categorización y cromatización de la información, como etapas fundamentales para dar estructura al sentido.

Siguiendo a Lungu (2021) este proceso de codificación es una forma de pensamiento analítico que permite traducir la experiencia humana en unidades significativas, siendo el punto de partida para una interpretación reflexiva y dialógica, así, en esta fase, la distancia geográfica del campo no implicó lejanía epistémicas, sino un reencuentro con los actores sociales en sus propias narrativas, con la palabra del otro y con el sentido profundo de investigar, pude comprender y lo esencialmente humano en su complejidad y pluralidad.

Fase de análisis de la información

Codificación/Categorización

Una vez transcritas minuciosamente las narrativas de los actores sociales, en esta sub-fase, procedí a iniciar el proceso de codificación/categorización, asimilado como el momento clave donde la palabra del otro comienza a dialogar con las construcciones teóricas del investigador. En este sentido, resultó ser una de las más densas y significativas del proceso investigativo, en tanto desde la lógica cualitativa, el análisis no se restringe a una técnica mecánica, sino que implicó sensibilidad interpretativa, comprensión profunda y apertura al sentido emergente. La información recabada fue segmentada en unidades de sentido, tal como lo sugieren Gibbs (2018) y Flick (2022), para quienes el análisis cualitativo consiste en construir patrones y relaciones desde las expresiones vividas de los participantes. Es por ello, que me apoyé en los pasos propuestos por Martínez (2006) que orientaron de manera rigurosa mi

accionar metódico en términos de los siguientes pasos:

Transcribir las entrevistas de manera textual, cuidando la fidelidad del discurso; fragmenté los relatos en unidades temáticas relevantes, respetando la voz del informante. En este caso, las unidades temáticas o categorías construidas por la investigadora en función de las intencionalidades del estudio fueron: aspectos de la inteligencia emocional, epistemología vivencial, docencia sanitaria, las cuales demarqué en cada uno de los trozos discursivos donde interpreté el significado a través de la subcategoría emergente, con los colores azul, amarillo y verde, sin que ello signifique alguna interpretación psicológica del color, simplemente sirvió para destacar los fragmentos narrativos correspondientes.

Asimismo, identifiqué cada significado de la categoría en sus respectivas subcategorías emergentes acordes con la realidad del fenómeno de estudio; Sistematicé la información con ayuda de las narrativas seleccionadas y ubicadas de manera ordenada en cada categoría con el fin de facilitar el orden interpretativo; contrasté las subcategorías emergentes de carácter recurrente entre sí y con la teoría y experiencia empírica del campo; construí las categorías intermedias y por síntesis comprensiva derivaron los macroconceptos, que formaron parte medular de la aproximación teórica. De este modo, la categorización/codificación se visualiza en la siguiente figura 6.

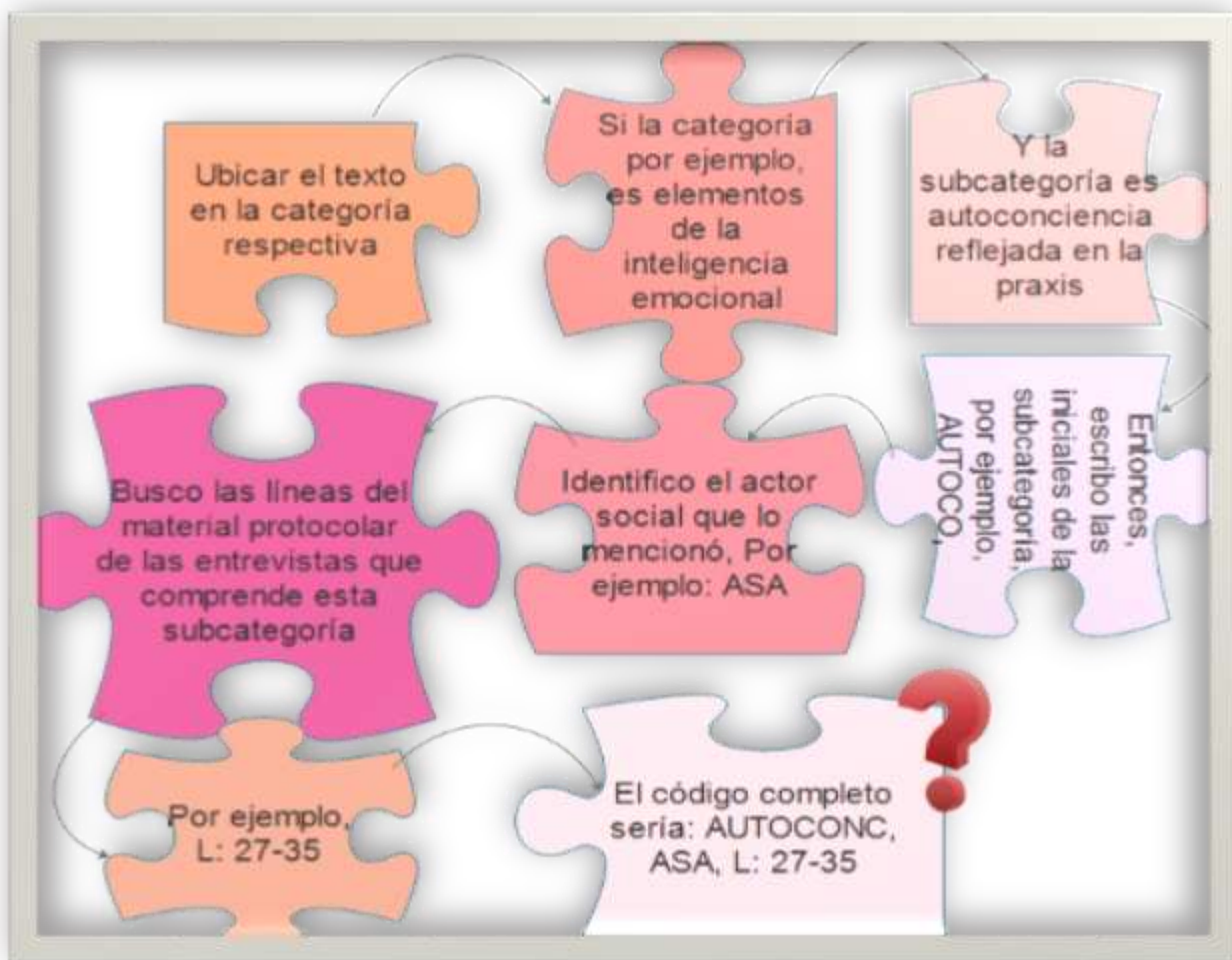


Figura 6. Categorización /codificación

Fuente: elaboración propia (2025)

Me apoyo en Miles et al. (2014), al afirmar que la categorización en investigación cualitativa no constituye un fin en sí mismo, sino un puente significativo hacia la construcción de sentido, donde las palabras cobran profundidad y se transforman en conocimiento vivo, cargado de subjetividad, contexto y compromiso epistémicos. Así, cada subcategoría emergente fue el reflejo de un proceso reflexivo sostenido, donde las intuiciones investigativas, la creatividad y el pensamiento abductivo dieron lugar a una experiencia narrada, hasta construir un tejido interpretativo coherente, significativo y éticamente responsable.

Por su parte, la codificación de la información constituyó una fase en la cual asigné

símbolos, letras o abreviaturas a las subcategorías emergentes a partir de los significados otorgado por los actores sociales a la respectiva categoría de la cual surgieron, con el propósito de facilitar su interpretación, sistematización y posterior análisis transversal. De manera que este proceso implicó una lectura exhaustiva y reflexiva de la evidencia empírica, permitiéndome identificar con precisión las temáticas emergentes a fin de atribuirle los códigos que representaron, de manera sintética, el contenido esencial de cada una de ellas.

En este sentido, traigo a colación González de Flores y Hernández (2011) quienes destacan que codificar consiste en asignar signos o letras que remiten al tema abordado, tanto por el investigador, como por el actor entrevistado, lo cual requiere una interpretación reflexiva y profunda del discurso. Para Saldaña citado en Lungu (2021) distingue que se trata de “una palabra o frase corta que asigna simbólicamente atributos sumativos, relevantes, que capturan la esencia o evocan una porción de datos visuales o basados en el lenguaje” (p.233)

En una línea convergente con los planteamientos anteriores, señalan Coffey y Atkinson (2003) que la codificación es una estrategia metodológica que comprende múltiples enfoques y maneras de organizar los datos cualitativos, permitiendo vincular segmentos dispersos del discurso en torno a conceptos significativos centrales. De este modo, la codificación se convirtió en una herramienta analítica potente que posibilitó establecer conexiones semánticas significativas entre los fragmentos de información y las subcategorías emergentes, articulando el pensamiento interpretativo con la estructura comprensiva del fenómeno investigado.

Cromatización

Esta sub fase integrada a las anteriores en cuanto al análisis e interpretación de la información, fue pertinente para incorporar la técnica de asignación de colores a las subcategorías emergentes como estrategia complementaria a la codificación/categorización, en tanto esta decisión respondió al requerimiento de enriquecer la organización visual de los fragmentos de la información al favorecer una lectura analítica más eficiente y significativa. Así, asigné colores distintos a cada una de las subcategorías emergentes, con lo cual se identificó rápidamente la familia categorial a la cual pertenecieron y los códigos asociados, con el fin de facilitar su identificación, manipulación e interpretación a lo largo del proceso de indagación

hermenéutica.

Desde una perspectiva metodológica, la cromatización responde a principios de sistematización visual propuestos por autores como Saldaña (2015) quien reconoce que el uso de recursos cromáticos en el análisis cualitativo permite resaltar patrones, relaciones y tensiones entre la información, favoreciendo la comprensión holística del fenómeno indagado. Igualmente, Richards (2021) destaca que los apoyos visuales, como la codificación por colores, son especialmente útiles cuando se gestionan grandes volúmenes de información, en tanto promueven una mayor claridad interpretativa y estimulan la triangulación entre las subcategorías. En este contexto, la cromatización no fue un acto decorativo, fue más bien una acción intencionada y estratégica, orientada a visibilizar los matices del discurso de los actores sociales, permitiendo una navegación fluida entre los significados y hacia una mejor articulación de los hallazgos en función de las intencionalidades planteadas.

Triangulación

En esta subfase de la triangulación de la información, se garantizó la validez interna o credibilidad de los hallazgos, como una tarea fundamental en el proceso investigativo dado este contexto, se configuró una estrategia metodológica de alto valor epistemológico, en tanto permitió contrastar, verificar y enriquecer la información obtenida a través de diferentes fuentes. Esta práctica incrementó la profundidad del análisis e interpretación además de potenciar la confiabilidad de los hallazgos. Desde una perspectiva humanista, señalan Pourtois y Desmet (1992) que la triangulación interna o crítica de identidad como un mecanismo para profundizar en la validez interpretativa de los discursos, ha de conocer en profundidad a los informantes, desde sus dimensiones afectivas, personales y sociológicas, a fin de significar con mayor claridad sus posturas, convicciones y sentidos construido, lo cual favorece una comprensión más auténtica de sus narrativas.

En este orden de ideas, los precitados autores hacen ver que discernir las ideas expresadas por los actores sociales en esa complementariedad semántica, para ver si se corresponden con discursos referenciados por otros, es hacer hincapié en la sensibilidad interpretativa del investigador. En una línea complementaria, destacan Guba y Lincoln (1985) que

la triangulación es un criterio de credibilidad (uno de los pilares de la evaluación en indagación naturalista) y destacan que el término proviene de una metáfora estructural relacionada con los ángulos que refuerzan la solidez de una construcción. Así, trasladada la investigación, la triangulación implica el entrecruce de información proveniente de diversas fuentes, técnicas, investigadores o teorías, favoreciendo así una visión más compleja y completa del fenómeno de estudio. Cabe destacar que, aunque el prefijo Tri sugiere tres elementos, no es obligatorio que sean exactamente tres posturas de los actores sociales las que se complementen en la triangulación, la robustez del análisis depende de la convergencia y complementariedad de los eventos interpretados en las subcategorías emergentes.

En el presente estudio, se implementaron principalmente dos tipos de triangulación, la triangulación de fuentes referida a contrastar la información proveniente de los diferentes actores en las subcategorías recurrentes que se develaron, así como la sustentación y argumentación por parte de los autores que tienen las mismas perspectivas sobre la subcategoría correspondiente. Este enfoque fue reforzado por la técnica del rechequeo, presentando por Guba y Lincoln (1985) cuando las interpretaciones preliminares se presentan a los propios informantes, con el fin de validar su precisión, identificar errores de comprensión y enriquecer el análisis con nuevas aportaciones si esto da lugar.

De forma similar, se consideró la triangulación teórica, en el abordaje del fenómeno desde diferentes perspectivas conceptuales, permitiendo la interpretación de la información a la luz de los marcos analíticos diversos, incluso contrapuestos. Esta estrategia dialógica propició la generación de una síntesis comprensiva teórica más rica, de mayor densidad, tal como lo sugiere Denzin (1989), al integrar propuestas que, aunque inicialmente rivales, pueden converger en una red comprensiva significativa del fenómeno de estudio. Desde un enfoque actualizado, Carter et al. (2014) afirman que:

(...) la triangulación se refiere al uso de múltiples métodos o fuentes de datos en la información cualitativa para desarrollar una comprensión integral de los fenómenos (...) La triangulación también ha sido vista como una estrategia de investigación cualitativa para comprobar la validez mediante la convergencia de información proveniente de diferentes fuentes (p. 545).

Este planteamiento evidencia que la triangulación fortalece la validez, además que permite una comprensión holística del objeto de estudio, al integrar diferentes voces, contextos

y formas de recolección. Así, la combinación deliberada de entrevista en profundidad con el análisis de los autores, puede abrir según Flick (2022) nuevas capas de significados que, en su conjunto, fortalecieron la densidad interpretativa del trabajo investigativo.

A esto se añaden los planteamientos de Lambert y Loiselle (2008), en cuanto al uso estratégico de diferentes métodos de recolección (ya sea planificado desde el inicio o incorporado durante el proceso), lo que contribuye a una mayor comprensión del fenómeno permitiendo identificar patrones emergentes a la vez que se realza la confidencialidad de los hallazgos. En suma, la triangulación se consolida como un principio esencial para la rigurosidad y transparencia del análisis cualitativo y su aplicabilidad ética y reflexiva que se convierte en un acto de responsabilidad epistemológica del investigador comprometido. Para efectos de la triangulación de la información en este estudio, procedí según la siguiente tabla 2.

Tabla 2

Modelo seguido para la triangulación de la información

Categoría: CCCCCC. Subcategoría: SSSSSS

Actor social	narrativa	narrativa	Actor social

Fuente: elaboración propia (2025)

Criterios de científicidad y confianza en la investigación cualitativa

La investigación cualitativa, por su misma naturaleza interpretativa y contextual, exige la adopción de criterios rigurosos que aseguren su calidad científica y la confianza en sus hallazgos. En este sentido, Rojas (2010) señala que la garantía de fiabilidad en el análisis de contenido comienza con la definición precisa y exhaustiva de las categorías analíticas. Esta delimitación meticulosa permite estructurar la interpretación del fenómeno indagado, orientando la coherencia interna del discurso investigativo.

Asimismo, en los efectos de la triangulación de la información puede convertirse en un medio eficaz para verificar la consistencia de los hallazgos más significativos a través de las subcategorías recurrentes, en tanto que, facilitan la confrontación de perspectivas, el su complementariedad semántica y la validación intersubjetiva del análisis. Desde la perspectiva de

Guba y Lincoln (1985), el paradigma cualitativo exige criterios de cientificidad distintos a los de la investigación cuantitativa, fundamentados en la credibilidad, transferibilidad, dependibilidad y confirmabilidad. En este caso, la confiabilidad no se asegura únicamente mediante la repetición técnica, si no a través de la debilidad de la experiencia vivida por los actores sociales y la transparencia metodológica. Un investigador externo, al revisar el proceso investigativo y evaluar la coherencia teórico metodológica además del sustento empírico de los hallazgos, puede dar fe de la confiabilidad del estudio.

No obstante, autores más contemporáneos como Ahmed (2023) ratifican la importancia de estos cuatro criterios esenciales como fundamentos para garantizar la rigurosidad y veracidad de la investigación cualitativa. La credibilidad se logra mediante la interacción prolongada en el campo, la observación persistente y la triangulación de la información, lo cual permite captar la riqueza del fenómeno y validar desde adentro las interpretaciones. La transferibilidad apunta al alcance de ofrecer descripciones densas y contextualizadas que permitan al lector juzgar la aplicabilidad de los hallazgos en otros escenarios de semejantes características. La dependibilidad sugiere una documentación rigurosa de todo el proceso investigativo, incluyendo la elaboración de un *audit trail* o bitácoras detalladas de las decisiones metodológicas tomadas.

Asimismo, en cuanto a la confirmabilidad implica asegurar la neutralidad del investigador, mediante técnicas como la devolución de los hallazgos a los actores sociales, la co-evaluación con colegas y la escritura reflexiva, que ayudan a identificar y controlar algunos sesgos personales. En suma, la cientificidad en la investigación cualitativa se sustenta en un compromiso ético y metodológico con la fidelidad a la experiencia humana investigada, la transparencia del proceso interpretativo y la búsqueda constante de rigor en cada una de las etapas del estudio. Estos criterios fortalecen la confianza en los hallazgos, así como contribuyen al avance acumulativo del conocimiento cualitativa en contextos diversos y complejos cargados de sensibilidad humana.

Acerca de la construcción de la aproximación teórica

Desde la postura fenomenológica trascendental apoyado en la hermenéutica, esta generación teórica se consolidó como una manifestación profunda del sentido vivido y comprendido por la investigadora en su interacción directa con los actores sociales desde sus

experiencias en la docencia en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. A tal punto, debo mencionar que no emerge como un producto acabado al final del proceso, sino que se fue sedimentando paulatinamente a lo largo del camino investigativo, perfilando ideas, situaciones sensibles, reflexiones personales y hallazgos significativos que germinaron desde la praxis experiencial más allá de lo narrado.

En estos términos, el sentido interpretativo se sostuvo en esta construcción bajo una visión integral del fenómeno, articulada desde cinco dimensiones esenciales: ontológica, epistemológica, axiológica, praxeológica y teleológica, como bases constitutivas del discurso teórico generado. La comprensión del profesional de la docencia sanitario, enlazada a la calidad de la prestación del servicio al usuario, se convierte en el núcleo articulador del Constructo teórico, a partir del cual se reconocen como fundamentos de interés los macroconceptos generados que expresaron los niveles más densos de la comprensión.

Estos macroconceptos, más allá de categorías descriptivas, configuraron escenarios teóricos con un alto grado de abstracción, reflexión y pensamiento abductivo que reflejaron la complejidad del fenómeno en estudio. Tal como se evidencia en los relatos y comprensión emergente, se trasciende el dato empírico para alcanzar una representatividad simbólica del fenómeno, orientada a iluminar nuevas formas de comprensión sobre la formación profesional en Ciencias de la Salud y su relación con el servicio socialmente legítimo. En este sentido, la teorización generada dialoga con propuestas actuales de construcción de sentido en la investigación cualitativa, tal como lo señalan Vaara et al. (2024) en los siguientes términos:

(...) la legitimación discursiva es un fenómeno multifacético y dinámico. Nuestra revisión integradora la conceptualiza mediante la identificación de cinco elementos discursivos clave: estrategias, posiciones, fundamentos, temporalidad y espacios, los cuales en conjunto enmarcan cómo se construye la legitimidad a través de la comunicación. Este marco complementa los modelos existentes, ofrece claridad conceptual y allana el camino para un desarrollo teórico más sistemático y profundo en estudio futuros (s/n).

Así, la aproximación teórica generada en este estudio, articuló las comprensiones vivenciales y metodológicas de la realidad del fenómeno, además de constituir una estructura de legitimación discursiva, desde la cual se otorgó sentido, valor y confianza al fenómeno interpretado. Esta legitimidad emergió de la coherencia interna del discurso construido, el rigor reflexivo de la investigadora y la articulación dialógica con las voces sociales involucradas.

MOMENTO IV

DEVELACIONES

Lo que emerge en la búsqueda del conocimiento no son sólo respuestas, se trata de resonancias que nos transforman en el acto mismo de comprender.

Beatriz López

En este apartado, doy cabida al despliegue del horizonte interpretativo de la investigación, donde las voces de los actores sociales se entrelazan con la reflexión analítica y comprensiva de la realidad. Más allá de describir, busqué comprender y dar sentido a las experiencias y vivencias significadas en cada una de las narrativas, develando diversidad de matices, tensiones y significados que configuran la esencia del fenómeno sobre la inteligencia emocional como constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud.

Evidencias vivas

En este momento indagatorio, inicié el proceso de la escucha de nuevo a las voces de los actores sociales, desde el material protocolar transcrito de las entrevistas, esta vez para abordar la disciplina de la codificación/categorización como primera fase del análisis e interpretación, entendido en un ejercicio que fue más allá de la simple asignación de símbolos o colores (rojo, verde y violeta) asignados a las categorías iniciales, sino que representó, la apertura de un horizonte comprensivo donde los significados latentes emergieron como unidades de análisis coherentes designadas en subcategorías emergentes.

De allí que, los aspectos de la inteligencia emocional, el ser y hacer docente y la epistemología en Ciencias de la Salud, se configuraron como familias categoriales que iniciaron el entreteteje de una red de significados comprensibles, a través de cada una de las subcategorías, cuyo proceso de síntesis comprensiva permitió construir las categorías intermedias y luego, los macroconceptos como aquellas unidades de significados de mayor densidad teórica, en cada una de las categorías construidas. Debo resaltar que esta primera fase, fue completamente artesanal,

interpretativa y reflexiva, donde además consideré pertinente involucrarme con el pensamiento abductivo.

En términos de la implementación del pensamiento abductivo, entendido como parte de la estrategia que focaliza la generación creativa hacia la comprensión teórica, a partir de la información cualitativa que se codifica de manera iterativa. Este enfoque favorece la develación de patrones emergentes, así también habilita la acción investigadora para captar tensiones, datos sorprendentes y matices que no se ajustan a expectativas previas, promoviendo una comprensión profunda y contextualizada de las experiencias vividas. Desde este ámbito de conocimiento argumento con los razonamientos de Van Hulst y Visser (2024) quienes hacen ver lo siguiente en la siguiente cita traducida:

(...) deben comprender cómo se realiza la investigación de vanguardia. En este ámbito se contribuye al diálogo sobre el análisis cualitativo, centrándose en el análisis abductivo, se desglosa y explica el proceso mediante el cual se puede generar conocimiento teórico a partir de datos cualitativos. Ofrecemos cuatro principios que guían este análisis: (i) acoger sorpresas, tensiones y dudas; (ii) usar los conocimientos creativamente para teorizar; (iii) elaborar mediante bricolaje metodológico; y (iv) integrar a lo largo del proceso de investigación (s/n).

Esta cita cubre las expectativas que evidencian el proceso de abducción llevado a cabo más allá de una inferencia inductiva, en tanto posibilita un tránsito reflexivo entre la evidencia empírica y los marcos teóricos previos, fomentando un diálogo creativo entre la información develada en la José los actores sociales y el conocimiento existente. En la práctica, durante la codificación, este proceso me permitió confrontar las categorías en sus significados a través de las subcategorías emergentes, a lo cual se añadió los conocimientos y expectativas de la investigadora, generando insights que reflejan complejidad de la experiencia humana como la riqueza del contexto indagado.

De la misma manera, el pensamiento abductivo fortaleció la sensibilidad analítica que tuve frente a contradicciones o tensiones detectadas en los discursos de los actores sociales, promoviendo una interpretación más holística y menos lineal de la información. Al adoptar esta estrategia, consolido elementos significativos de la praxis investigativa que además de identificar patrones, también abrió espacios a la teorización creativa, reconociendo que la construcción del conocimiento cualitativo exige una relación dinámica entre la información, la teoría y la reflexión meticulosa de la investigadora.

De este modo, las categorías iniciadoras que definir como los elementos de la inteligencia emocional, el ser y hacer docente, y la epistemología en Ciencias de la Salud, configuraron sus marcos descriptivos en las subcategorías emergentes y éstas a su vez, permitieron la creación de las categorías intermedias y los macroconceptos, los cuales forman parte estructural de la aproximación teórica generada frente al entramado comprensivo de orden superior. En este sentido, resultó ineludible dialogar con las tensiones que acompañan la generación del conocimiento en Ciencias de la Salud. Al respecto, Dahlberg (2018) señaló:

(...) la mayoría de nosotros coincidimos en que la atención sanitaria, incluir a la enfermería, debe basarse en la mejor evidencia posible, ya sea que se trate de la elaboración de políticas para grandes poblaciones o de la atención al paciente individuales. Pero ¿cómo debemos definir la naturaleza y la calidad de la evidencia? (...) La investigación cualitativa busca adoptar una perspectiva más compleja y orientada al sentido, que incluye contextos existenciales y sociales, interesada en la salud, el bienestar y la capacidad de las personas para desarrollar su proyecto de vida, a pesar de la enfermedad (s/n).

Esta reflexión, se mantiene profundamente significativa en esta investigación, porque sitúa la epistemología de la ciencia de la salud más allá de las métricas estandarizadas, abriendo paso a un reconocimiento del valor de las experiencias vividas y de la voz subjetiva como fuentes legítimas de evidencia. Ni proceso de codificación y categorización respondió precisamente a este llamado en el hecho de resguardar la riqueza existencial y contextual de los relatos, en cada uno de los trozos discursivos, evitando reducirlos a cifras o etiquetas simplistas. En concreto, las categorías no fueron sólo contenedores de información también se comprenden como puentes hermenéuticos hacia la comprensión integral de la inteligencia emocional como constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud.

Primera fase: codificación/categorización

Tabla 3

Actor social A

N	Descripciones	Categoría	Subcategoría/Código
1	Saludos. Gracias por ofrecer sus vivencias y experiencias		
2	como insumos significativos en mi tesis doctoral sobre		
3	INTELIGENCIA EMOCIONAL. CONSTRUCTO		
4	EPISTEMOLÓGICO DEL SER Y HACER DE LOS DOCENTES DE		
5	CIENCIAS DE LA SALUD.		
6	Investigadora: ¿Qué significado tiene para usted la		
7	inteligencia emocional en su manera de ser y actuar como		
8	docente en el aula de Ciencias de la Salud?		
9	ASA: He trabajado como docente universitario en esta		
10	institución durante 15 años, combinando la enseñanza con		
11	la investigación y la asesoría académica. Como médico		
12	cirujano y en mi trayectoria compartida entre la práctica		
13	hospitalaria y la docencia universitaria, pienso que la		
14	inteligencia emocional representa para mí un eje esencial	Inteligencia	Comunicación
15	en la manera de ser y actuar como docente frente a mis	emocional	humana sensible,
16	estudiantes. En el aula de Ciencias de la Salud, cuando me		COMHUMS, ASA, L:
17	comunico en término de los conocimientos técnicos		13-18
18	rigurosos y vivencias humanas sensibles.		Reconocer mis
19	Considero que la inteligencia emocional se convierte en la	Inteligencia	propias emociones y
20	capacidad de reconocer mis propias emociones y las de los	emocional	la de los otros,
21	estudiantes, mientras actuamos regulándolas de modo que		REPEYO, ASA, L: 19-
22	el proceso formativo trascienda lo meramente cognitivo.		22
23	No basta con enseñar procedimientos quirúrgicos; es	Ser y hacer	Sensibilidad humana,
24	indispensable generar una confianza, empatía y el	docente	SENHUM, ASA, L: 23-
25	acercamiento con nuestros estudiantes en tanto el futuro		27
26	profesional de la salud requiere estas destrezas clínicas con		
27	manifestaciones de sensibilidad humana.		
28	Mi praxis docente entonces, se construye sobre la	Ser y hacer	Sensibilidad humana,
29	convicción que educar en Ciencias de la Salud, significa	docente	SENHUM, ASA, L: 28-
30	también formar en humanidad.		30
31	Investigadora: ¿Podría compartir alguna experiencia		
32	donde se haya manifestado su ser y hacer docente en el		
33	aula de Ciencias de la Salud, en relación con la inteligencia		
34	emocional?		
35	ASA: Si, claro, déjame recordar (...). recuerdo una	Inteligencia	Sostener
36	experiencia particularmente significativa durante una	emocional	emocionalmente al
37	práctica hospitalaria en la cual un grupo de estudiantes		grupo, SOSEMG,
38	enfrentaba, por primera vez, la asistencia en una cirugía de		ASA, L: 35-43
39	emergencia. El ambiente estaba cargado de ansiedad e		
40	incertidumbre, muchas dudas de quienes apenas inician en		
41	este camino. En este momento, comprendí que más allá de		
42	la destreza técnica que debía transmitir, lo esencial era		
43	sostener emocionalmente al grupo.		
44	Moderé el lenguaje, alenté a la serenidad, a la calma y		
45	transformé el contexto en una oportunidad de aprendizaje		

46	colectivo, de modo que a través de la empatía y la escucha	Epistemología en	Mediación
47	activa, les hice sentir que su nerviosismo era válido, sin	Ciencias de la	lingüística, MEDLIN,
48	embargo, podían convertirlo en una fortaleza si aprendían	Salud	ASA. L: 44-59
49	a reconocer y gestionar sus emociones.		
50	Esa vivencia me permitió constatar que mi ser y hacer como	Ser y hacer	Formación integral,
51	docente no se limita a la transmisión de una enseñanza	docente	FORMIN, ASA, L: 50-
52	exclusivamente técnica, se trata de ir formando		56
53	profesionales íntegros, capaces de unir conocimiento		
54	clínico y madurez emocional para que puedan responder		
55	con la humanidad requerida en estos escenarios de alta		
56	presión.		
57	Investigadora: ¿Podría compartir alguna vivencia que		
58	haya marcado su forma de relacionarse con los		
59	estudiantes en el aula de Ciencias de la Salud?		
60	ASA: Bueno, en realidad son varios momentos que he	Ser y hacer	Interacción sensible,
61	vivido como docente. Te puedo contar que hubo una	docente	INTSEN, ASA; L: 61-
62	vivencia que transformó mi manera de relacionarme con		70
63	los estudiantes durante mis primeros años en esta		
64	dinámica educativa, sucedió cuando un alumno se me		
65	acercó después de clase, con evidente nerviosismo, para		
66	expresarme que sentía miedo de participar porque temía		
67	equivocarse frente a sus compañeros y que luego pudiera		
68	ser objeto de burla o algo por el estilo, entonces aquella		
69	confesión me confrontó con la responsabilidad de saber		
70	que esta interacción humana es sensible, por lo que debo		
71	enseñar también comportamientos así como las técnicas	Epistemología en	Aprendizaje desde el
72	quirúrgicas propias de mi especialidad, asimismo debo	Ciencias de la	error, APRERR, ASA,
73	construir un espacio seguro donde el error puede ser	Salud	L: 71-74
74	comprendido como fundamento del aprendizaje.		
75	De modo que, desde ese momento, decidí cambiar mi		
76	forma de interacción en el aula, convencer a promover la	Epistemología en	Realimentación
77	realimentación colectiva, una estrategia que validan los	Ciencias de la	colectiva, REALCOL,
78	aportes de cada estudiante y ayuda al énfasis en reconocer	Salud	ASA, L: 75-80
79	que la humildad y la perseverancia son tan valiosos como		
80	la destreza clínica.		
81	Esta experiencia marcó profundamente mi praxis docente,		
82	recordándome que la inteligencia emocional no es un	Ser y hacer	Vínculo formativo
83	recurso innecesario sino indispensable y el núcleo que	docente	auténtico, VINFAUT,
84	posibilita vínculos auténticos, donde los estudiantes se		ASA, L: 81-87
85	sientan reconocidos, fortalecidos y motivados para crecer		
86	en su ser y hacer profesional.		
87	Investigadora: ¿Cómo se ha ido transformando su forma de		
88	enseñar y estar con los estudiantes a lo largo del tiempo?		
89	ASA: Sí, he sentido desde mi experiencia un sistema de	Ser y hacer	Evolución
90	actividades y procesos que puedo decir han mejorado en	docente	pedagógica,
91	mis años de servicio como docente, mi forma de enseñar y		EVOPEDA, ASA; L:
92	estar con los estudiantes ha experimentado una		89-99
93	transformación significativa, encuentro que en estos		
94	escenarios he avanzado en la madurez personal y		
95	profesional, como es lógico, al inicio de mi carrera docente,		
96	mi enfoque estaba centrado casi exclusivamente en la		
97			
98			

99	transmisión rigurosa de conocimientos de la especialidad y		
100	propios de la disciplina del quirófano.		
101	Sin embargo, con el tiempo he venido comprendiendo que	Epistemología en	Sentido humano de
102	formar estudiantes en Ciencias de la Salud, exige	Ciencias de la	la enseñanza,
103	dedicación, planificación, estrategias que permitan instruir	Salud	SENHUME, ASA, L:
104	en destrezas; requiere de más cultivar en los estudiantes la		101-106
105	capacidad de enfrentar situaciones complejas con	Ser y hacer del	Transformación
106	equilibrio emocional y sentido humano, esto es primordial.	docente	hacia la praxis
107	Mi enseñanza ha transitado de un modelo vertical, donde		dialógica, TRADIA,
108	el docente representa la figura incuestionable del hacer		ASA, L: 107-112
109	educativo, hacia un modo de actuaciones bajo la lógica	Aspectos de la	Integración afectivo-
110	participativa y dialógica con los otros, donde debo	inteligencia	ética en la
111	privilegiar la empatía, la escucha atenta y el	emocional	formación, INAFETF,
112	acompañamiento pedagógico de manera integral.		ASA, L: 113-121
113	Hoy, mi estar con los estudiantes de la especialidad más		
114	bien se nutre de la conciencia asimilada que el aprendizaje		
115	va más allá de lo cognitivo, se trata de actuar en un plano		
116	afectivo y ético, de manera que podamos de integrar		
117	aspectos relevantes de la inteligencia emocional como la		
118	columna vertebral del proceso formativo, eso marca y deja		
119	huellas imborrables en el estudiante, porque así me lo han		
120	manifestado después de muchos años de este contacto en		
121	la universidad.		
122	Investigadora: ¿Cuáles prácticas pedagógicas, actividades		
123	o situaciones en su labor docente le han permitido		
124	comprender mejor su manera de actuar y relacionarse con		
125	sus estudiantes en el aula?		
126	ASA: Muy buena pregunta porque me traslado a verme a	Aspectos de la	Gestión emocional
127	mí mismo, en el sentido de mi ser fortalecido en ese	inteligencia	en la práctica,
128	contacto permanente con los estudiantes, donde las	emocional	GESEMP, ASA, L:
129	experiencias han sido diversas en las prácticas pedagógicas		126-138
130	y situaciones que me han hecho comprender con mayor		
131	claridad mi manera de actuar y relacionarme con los		
132	estudiantes. Una de ellas, ha sido el ejercicio de la		
133	simulación clínica donde además de evaluar las destrezas		
134	técnicas y de participación también observo la capacidad		
135	del estudiante para gestionar sus actuaciones en medio de		
136	contextos de alta presión, saber comunicar con claridad sus		
137	pensamientos y mantener la calma en escenarios de alta		
138	exigencia hospitalaria.		
139	En esos momentos también me descubro junto a ellos	Aspectos de la	Mediador emocional,
140	como un mediador emocional, consciente que mi tono, mis	inteligencia	MEDEMOC, ASA, L:
141	gestos, mi colaboración y disposición a potenciar esa	emocional	139-147
142	confianza les genera mayor seguridad, entonces los		
143	espacios de retroalimentación que concreto después de		
144	una cirugía o práctica han sido relevantes en este transitar		
145	pedagógico, que a su vez me han enseñado a modular mis		
146	palabras, a reconocerme también junto a ellos en esos		
147	logros y por qué no, a corregir sin herir.		
148	También valoro las tutorías individuales que me han	Aspectos de la	Gestión emocional
149	develado las realidades emocionales y académicas de cada	inteligencia	en la práctica,
150	estudiante, desafiándome a la vez, a ser empático y de	emocional	GESEMP, ASA, L:
151	repente más flexible frente a mí requerimientos		148-156

<p>152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188</p>	<p>académicos. Estas experiencias consolidan en mi la convicción que enseñar Ciencias de la Salud tiene que ver con la inteligencia emocional aplicada en esa interacción constante que se despliega del mismo modo con el conocimiento técnico de la especialización.</p> <p>Investigadora: ¿Pudiera agregar algo más en relación con el fenómeno de estudio?</p> <p>ASA: Bueno yo diría que, al reflexionar desde mi experiencia como docente en Ciencias de la Salud, pienso que la inteligencia emocional no es un recurso innecesario sino todo lo contrario demasiado importante diría yo, sino la esencia misma que sostiene la relación con los estudiantes y, en última instancia, con los pacientes que ellos atenderán en el futuro.</p> <p>Se trata de una práctica multiplicadora, de un aprendizaje permanente en ese sistema de relaciones con los otros. Recuerdo que, a lo largo de estos años, he comprendido que no basta con transmitir el saber de los eventos quirúrgicos o conocimientos académicos de la especialidad; lo que realmente deja huella como lo dije anteriormente es la capacidad de humanizar el acto de enseñanza.</p> <p>La docencia en cirugía general, me ha mostrado que la serenidad ante la adversidad es fundamental, la paciencia frente a la frustración del estudiante exige esa comprensión desde nuestro ser como pedagogos que se consolida frente a la sensibilidad para leer los silencios o gestos estos son aprendizajes invisibles pero fundamentales en la práctica educativa.</p> <p>Agregaría que la inteligencia emocional se manifiesta de manera más clara en los momentos de crisis, cuando se devela si realmente somos capaces de sostener al otro, sin perder la dirección pedagógica, ni la exigencia académica. Esa didáctica entre el rigor y empatía constituye, para mí, la verdadera marca del ser docente en Ciencias de la Salud.</p> <p>Investigadora: OK muchísimas gracias doctor.</p>	<p>Aspectos de la inteligencia emocional</p> <p>Epistemología de Ciencias de la Salud</p> <p>Epistemología de Ciencias de la Salud</p> <p>Aspectos de la inteligencia emocional</p>	<p>Esencia relacional, ESERELA, ASA, L: 159-165</p> <p>Sentido humano de la enseñanza, SENHUME, ASA, L: 166-172</p> <p>Sensibilidad para leer los silencios, SENLSIL, ASA, L: 173-179</p> <p>Equilibrio afectivo-pedagógico, EQAFECP, ASA, L: 180-185</p>
--	---	---	---

A continuación, la tabla 4.

Tabla 4

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 47	<p>Saludos. Gracias por ofrecer sus vivencias y experiencias como insumos significativos en mi tesis doctoral sobre INTELIGENCIA EMOCIONAL. CONSTRUCTO EPISTEMOLÓGICO DEL SER Y HACER DE LOS DOCENTES DE CIENCIAS DE LA SALUD.</p> <p>Investigadora: ¿Qué significado tiene para usted la inteligencia emocional en su manera de ser y actuar como docente en el aula de Ciencias de la Salud?</p> <p>ASB: Para mí, la inteligencia emocional representa un eje fundamental en el ser y hacer como docente en Ciencias de la Salud, particularmente en un campo tan sensible como la cirugía oncológica y más allá de ello, el hecho de poder transmitir conocimientos técnicos y científicos, me ha hecho comprender que la enseñanza requiere un acompañamiento humano más profundo, donde la empatía la escucha activa y el manejo consciente de las emociones se conviertan en herramientas tan valiosas como la destreza quirúrgica.</p> <p>La inteligencia emocional me permite reconocer la carga emocional que los estudiantes enfrentan al aproximarse a la realidad del cáncer por ejemplo y, a la vez, me impulsa a modelar actitudes de serenidad y resiliencia. En el aula, significa ofrecer un espacio donde la rigurosidad académica se equilibra con la comprensión de los miedos y expectativas del estudiante, favoreciendo el aprendizaje además de su crecimiento como ser humano y futuro médico.</p> <p>Investigadora: ¿Podría compartir alguna experiencia donde se haya manifestado su ser y hacer docente en el aula de Ciencias de la Salud, en relación con la inteligencia emocional?</p> <p>ASB: Con respecto a esa inquietud de tu parte, recuerdo con especial claridad a una experiencia en la cual la inteligencia emocional se convirtió en el verdadero eje de mi ser y hacer como docente. Te explico, durante una clase práctica, un estudiante mostró una fuerte reacción emocional frente a la magnitud del sufrimiento de un paciente oncológico. Más que detenerme únicamente en los aspectos técnicos del procedimiento quirúrgico, comprendí que era el momento de enseñar desde la dimensión humana, los ajustes a este tipo de comportamiento sensible frente al otro de manera que invité al grupo a reflexionar sobre la importancia de reconocer nuestras propias emociones, sin que éstas paralicen nuestro actuar profesional.</p> <p>Les compartí de qué manera, a lo largo de mi trayectoria, he aprendido a transformar la sensibilidad que como seres</p>	<p>Aspectos de la inteligencia emocional</p> <p>Aspectos de la inteligencia emocional</p> <p>Ser y hacer del docente</p>	<p>Empatía y escucha, EMPESC, ASB, L: 9-18</p> <p>Serenidad y resiliencia, SERRES, ASB, L: 19-27</p> <p>Evolución pedagógica, EVOPEDA, ASB; L: 32-45</p>

48	humanos nos enfrentamos diariamente a nuestro	Ser y hacer del docente	Gestión emocional reflexiva, GESEMREF, ASB, L: 46-56
49	quehacer profesional con los pacientes, en términos de		
50	fortaleza, y el temor debemos convertirlo en una prudencia		
51	necesaria. Ese espacio se transformó en una lección de vida		
52	más que en una clase, porque logré modelar que la		
53	inteligencia emocional no niega las emociones, sino que las		
54	ordena, las encausa para un servicio más ético, empático y		
55	comprometido con la dignidad del paciente además de		
56	reconocernos en la formación integral del médico.		
57	Investigadora: ¿Podría compartir alguna vivencia que haya		
58	marcado su forma de relacionarse con los estudiantes en el		
59	aula de Ciencias de la Salud?		
60	ASB: Bueno, te cuento que hubo una vivencia que marcó	Ser y hacer del docente	Transformación hacia la praxis dialógica, TRADIA, ASB, L: 60-73
61	profundamente mi manera de relacionarme con los		
62	estudiantes en el aula en efecto; recuerdo a un grupo de		
63	estudiantes en el cual varios de ellos se encontraban		
64	desmotivados, enfrentando dificultades personales y		
65	académicas reflejadas en su rendimiento y apatía. En lugar		
66	de limitarme a exigirles resultados, decidí detener la		
67	dinámica de la clase para abrir un espacio de diálogo		
68	sincero, cercano, sensible con ellos al punto que debí		
69	escucharlos, reconocer sus emociones y validar sus		
70	inquietudes como técnica pedagógica que me permitió		
71	comprender que, antes de formar especialistas, debo		
72	acompañar a los seres humanos con los cuales me		
73	relaciono en la cotidianidad del aula.		
74	Esa experiencia me llevó a transformar mi práctica, en	Ser y hacer del docente	Vínculo formativo auténtico, VINFAUT, ASB, L: 74-83
75	tanto comprendí que la enseñanza más allá de exigir esa		
76	transmisión técnica quirúrgica o fundamentos oncológicos,		
77	propio de mi especialidad, debo cultivar resiliencia,		
78	empatía y autocontrol. Desde entonces, mi ser y hacer		
79	como docente se configura en un vínculo más humano,		
80	donde la exigencia académica convive con la cercanía		
81	afectiva de modo que esa vivencia, me enseñó que el		
82	verdadero aprendizaje emerge cuando el estudiante se		
83	siente comprendido y respetado en su integridad.		
84	Investigadora: ¿Cómo se ha ido transformando su forma de		
85	enseñar y estar con los estudiantes a lo largo del tiempo?		
86	ASB: A lo largo de los años, mi manera de enseñar y de estar	Epistemología de Ciencias de la Salud	Proceso vivo en permanente construcción, PROVCONST, ASB, L: 86-93
87	con los estudiantes en el aula dentro de las especialidades		
88	que me ha correspondido trabajar, se ha transformado en		
89	un proceso epistemológico vivo, en permanente		
90	construcción, donde la enseñanza por ejemplo en		
91	oncología, marcada por la innovación tecnológica y el		
92	avance de los procedimientos mínimamente invasivos,		
93	exige transmitir esta destrezas técnicas, y a su vez,		
94	articularlas con la capacidad de pensar reflexivamente en	Epistemología en Ciencias de la Salud	Sentido humano de la enseñanza, SENHUME, ASB, L: 94-99
95	términos de adaptarse a escenarios cambiantes. He		
96	comprendido que el conocimiento no se impone, sino que		
97	se construye de manera dinámica y sinérgica, en diálogo		
98	constante entre la experiencia clínica, la investigación de la		
99	sensibilidad humana.		
100			

101	En este tránsito, la inteligencia emocional se convierte en	Aspectos de la inteligencia emocional	Equilibrio afectivo-pedagógico, EQAFECP, ASB, L: 101-111
102	un recurso imprescindible debido a que permite reconocer		
103	mis propias limitaciones, aceptar la incertidumbre		
104	inherente al quehacer médico y, sobre todo, acompañar al		
105	estudiante en su crecimiento personal y profesional con las		
106	mejores estrategias pedagógicas que permita el ser y hacer		
107	en una combinación de formación integral. Actualmente mi		
108	docencia se concentra en esta combinatoria del acto de		
109	enseñar a operar, además de educar para ser médicos		
110	capaces de integrar ciencia, ética y humanidad en un		
111	mismo horizonte transformador.		
112	Investigadora: ¿Cuáles prácticas pedagógicas, actividades	Aspectos de la inteligencia emocional	Esencia relacional, ESERELA, ASB, L: 116-123
113	o situaciones en su labor docente le han permitido		
114	comprender mejor su manera de actuar y relacionarse con		
115	sus estudiantes en el aula?		
116	ASB: Bueno, nuestro espacio cotidiano en la labor docente		
117	en Ciencias de la Salud, implica que las prácticas		
118	pedagógicas se sientan desde adentro de nuestro		
119	acompañamiento pedagógico, en tanto, esta situación ha		
120	moldeado mi comprensión sobre cómo actuar y		
121	relacionarme con los estudiantes de manera		
122	profundamente anclado en la dimensión ética y humana de		
123	la enseñanza.	Ser y hacer del docente	Enseñanza participativa, ENSPART, ASB; L: 124-127
124	Encuentro pertinencia en la tutoría clínica, donde el	Ser y hacer del docente	Ética y empatía, ETIEMP, ASB, L: 128-134
125	acompañamiento en rotaciones quirúrgicas y las		
126	discusiones de casos complejos, permiten transmitir		
127	conocimiento técnico del área correspondiente, pero		
128	además se convierte en espacio de reflexión sobre valores,		
129	empatía y responsabilidades profesionales al punto que las		
130	actividades como la retroalimentación personalizada, la		
131	observación directa del desempeño y la co-construcción de		
132	protocolos de atención, fomentan un diálogo ético		
133	continuo, donde los estudiantes aprenden a equilibrar la		
134	precisión científica con la sensibilidad hacia el paciente,		
135	asimismo, los momentos de vulnerabilidad compartida, por	Aspectos de la inteligencia emocional	Mediador emocional, MEDEMOC, ASB, L: 135-140
136	ejemplo cuando un procedimiento no se desarrolla como		
137	se esperaba o un error se convierten aprendizaje, me		
138	muestran la importancia de la paciencia, de la escucha		
139	activa y la resiliencia frente a distintos casos de esta		
140	naturaleza.		
141	Estas experiencias fortalecen mi capacidad de ser un		
142	docente consciente, capaz de integrar la inteligencia		
143	emocional en cada interacción y orientar el crecimiento		
144	humano y profesional de quienes forman parte del aula.		
145	Investigadora: ¿Pudiera agregar algo más en relación con		
146	el fenómeno de estudio?	Ser y hacer del docente	Sensibilidad humana, SENHUM, ASB, L: 141-144
147	ASB: Efectivamente, puedo agregar que, en la dimensión	Aspectos de la inteligencia emocional	Gestión emocional en la práctica, GESEMP, ASB, L: 147-151
148	emocional de la docencia en Ciencias de la Salud, aún no se		
149	ha profundizado en aspectos como la gestión del miedo y		
150	la ansiedad de los estudiantes frente a procedimientos		
151	complejos o situaciones clínicas críticas.		
152	Estas emociones impactan directamente en su aprendizaje		
153	y respecto a la relación con el docente, requiriendo de		

154	mediación y orientación de un educador con inteligencia emocional que reconozca estos escenarios cargados de emocionalidad, para transformar estas experiencias en oportunidades de crecimiento.	Aspectos de la inteligencia emocional	Integración afectivo-ética en la formación, INAFETF, ASB, L: 152-157
155			
156			
157			
158	Otro detalle de interés relevante que recuerdo en esta ocasión, es la capacidad de los docentes para manejar sus propias emociones frente al estrés quirúrgico o la presión académica, en tanto su autocontrol y autorregulación emocional sirvan de modelo para los estudiantes.	Aspectos de la inteligencia emocional	autocontrol y autorregulación, AUTCAUTR, ASB, L: 159-162
159			
160			
161			
162			
163	Asimismo, se puede destacar la importancia de la empatía auténtica, no sólo con los estudiantes, sino también con los pacientes y sus familias, creando un espacio donde las emociones se validan y se integran al aprendizaje clínico.	Aspectos de la inteligencia emocional	Clima emocional positivo, CLIEMP, ASB, L: 163-170
164			
165			
166			
167	Debo añadir igualmente que el reconocimiento de la alegría, la motivación y la satisfacción que surge al ver progresar en los estudiantes, contribuye a un clima emocional positivo y enriquecedor en el aula.		
168			
169			
170			
171	Investigadora: OK muchísimas gracias doctor.		
172			
173			

A continuación, la tabla 5.

Tabla 5

Actor social C

N	Descripciones	Categoría	Subcategoría/Código
1	Saludos. Gracias por ofrecer sus vivencias y experiencias como insumos significativos en mi tesis doctoral sobre INTELIGENCIA EMOCIONAL. CONSTRUCTO EPISTEMOLÓGICO DEL SER Y HACER DE LOS DOCENTES DE CIENCIAS DE LA SALUD.		
2			
3			
4			
5			
6	Investigadora: ¿Qué significado tiene para usted la inteligencia emocional en su manera de ser y actuar como docente en el aula de Ciencias de la Salud?		
7			
8			
9	ASC: Como docente en Ciencias de la Salud, concretamente en el área de gastroenterología, percibo que la inteligencia emocional es el núcleo que articula mi ser y hacer en el aula de salud. Reconozco que, para mí, no se trata únicamente de reconocer mis propias emociones o la de los estudiantes también de integrar esa comprensión cercana en la interacción pedagógica, transformando cada experiencia educativa un espacio de confianza, respeto y aprendizaje profundo.	Aspectos de la inteligencia emocional	Reconocer mis propias emociones y la de los otros, REPEYO, ASC, L: 9-17
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18	La inteligencia emocional me permite modular la comunicación, responder con empatía ante la incertidumbre y los riesgos propios de la clínica y la academia por parte de los estudiantes, al fomentar un ambiente donde las dudas se convierten en oportunidades de reflexión, participación y crecimiento profesional.	Aspectos de la inteligencia emocional	Comunicación humana sensible, COMHUMS, ASC, L: 18-23
19			
20			
21			
22			
23			

24	Además, facilita la construcción de relaciones	Aspectos de la inteligencia emocional	Integración afectivo- ética en la formación, INAFETF, ASC, L: 24-30
25	interpersonales significativas, esenciales en la formación		
26	de futuros médicos, donde el conocimiento técnico se		
27	acompaña del desarrollo humano y ético. En síntesis, la	Aspectos de la inteligencia emocional	Gestión emocional en la práctica, GESEMP, ASC, L: 38-46
28	inteligencia emocional constituye el puente entre la		
29	experticia clínica, la praxis docente y la comprensión		
30	integral del ser en la educación en Ciencias de la Salud.	Epistemología de Ciencias de la Salud	Sentido humano de la enseñanza, SENHUME, ASC, L: 47-53
31	Investigadora: ¿Podría compartir alguna experiencia		
32	donde se haya manifestado su ser y hacer docente en el		
33	aula de Ciencias de la Salud, en relación con la inteligencia	Aspectos de la inteligencia emocional	Esencia relacional, ESERELA, ASC, L: 54-58
34	emocional?		
35	ASC: Oye qué interesante es esa pregunta porque puedo		
36	compartir una experiencia que en el área de	Ser y hacer del docente	Sensibilidad humana, SENHUM, ASC, L: 62-70
37	gastroenterología que me recuerda en la intimidad de esta		
38	conversación, el reflejo profundo acerca de cómo la		
39	inteligencia emocional orienta mi ser y hacer docente, en	Ser y hacer del docente	Gestión emocional reflexiva, GESEMREF, ASC, L: 71-79
40	tal sentido, recuerdo un momento durante una clase de		
41	prácticas de endoscopia, en la cual un estudiante,		
42	visiblemente ansioso, tenía dificultades para ejecutar una		
43	técnica que ya habíamos revisado. En lugar de reprender o		
44	apresurar la corrección, sentí la necesidad de conectar		
45	emocionalmente con él, reconociendo su temor y		
46	validando sus esfuerzos.		
47	Le propuse un diálogo abierto, analizando sus emociones y		
48	sus percepciones frente a la práctica clínica, mientras le		
49	ofrecía estrategias personalizadas y alentadoras. Este		
50	espacio de escucha activa y acompañamiento pedagógico		
51	fortaleció su confianza al tiempo que generó un ambiente		
52	de aprendizaje más cercano, seguro e innovador, donde el		
53	conocimiento técnico se fusionó con el desarrollo humano.		
54	Para mí, la inteligencia emocional no es un complemento o		
55	requisito de adorno en esta relación entre el docente y los		
56	estudiantes, se trata de la esencia de la enseñanza, porque		
57	permite transformar los desafíos en oportunidades de		
58	crecimiento y reflexión conjunta.		
59	Investigadora: ¿Podría compartir alguna vivencia que haya		
60	marcado su forma de relacionarse con los estudiantes en el		
61	aula de Ciencias de la Salud?		
62	ASC: Si, déjame pensar un momento... Recuerdo una		
63	vivencia que se convirtió en un nudo crítico en mi praxis		
64	docente porque marcó profundamente mi forma de		
65	relacionarme con los estudiantes, eso sucedió durante un		
66	módulo de prácticas clínicas, donde un grupo de alumnos		
67	mostraba resistencia a enfrentar procedimientos		
68	endoscópicos más complejos, tenían tanto temor y		
69	desconfianza en sus habilidades, que ello limitada su		
70	accionar como respuesta a mis solicitudes como docente.		
71	En estas expectativas la tensión mantenía complicaciones		
72	en el ambiente cargado de emociones como la ansiedad,		
73	dificultando la transmisión del conocimiento y la		
74	integración del aprendizaje práctico. Ante esta situación,		
75	implementé una estrategia basada en la inteligencia		
76	emocional. En la misma, inicié un proceso de reflexión		

77	grupal, para que cada estudiante pudiera expresar sus	Aspectos de la inteligencia emocional	Clima emocional positivo, CLIEMPO, ASC, L: 80-90		
78	temores, frustraciones y expectativas sobre la práctica que				
79	estábamos a punto de ejecutar.				
80	Posteriormente, diseñé actividades progresivas de	Ser y hacer del docente	Evolución pedagógica, EVOPEDA, ASC; L: 93-101		
81	entrenamiento guiadas, combinando retroalimentación				
82	personalizada, modelado de habilidades y al mismo tiempo				
83	un refuerzo positivo permanente con este enfoque,				
84	transformó la experiencia de los estudiantes que ganaron				
85	un clima de mayor confianza, mejoraron su desempeño				
86	técnico y emocional, y el aula se convirtió en un espacio de				
87	aprendizaje seguro, colaborativo e inspirador. La vivencia				
88	consolidó en mí la convicción de la enseñanza en Ciencias				
89	de la Salud con sus implicaciones de acompañar tanto la				
90	mente como el corazón de los estudiantes.	Ser y hacer del docente	Formación integral, FORMIN, ASC, L: 102-109		
91	Investigadora: ¿Cómo se ha ido transformando su forma de				
92	enseñar y estar con los estudiantes a lo largo del tiempo?				
93	ASC: Le puedo compartir que mi forma de enseñar y estar				
94	con los estudiantes se ha ido transformando, como es				
95	natural, de manera profunda a lo largo del tiempo porque				
96	al inicio de mi trayectoria docente, mi enfoque era				
97	principalmente concentrado en la disciplina del				
98	conocimiento, es decir del seminario que me correspondía				
99	en Ciencias de la Salud, orientado a transmitir con precisión				
100	los contenidos curriculares asociados a la gastroenterología	Ser y hacer del docente	Vínculo formativo auténtico, VINFAUT, ASC, L: 110-117		
101	y la endoscopia digestiva.				
102	Sin embargo, con los años, he venido comprendiendo que				
103	la verdadera enseñanza en Ciencias de la Salud no se				
104	reduce a procedimientos y diagnósticos, debemos ir más				
105	allá de nuestro horizonte en el aula para exigir una				
106	conexión humana y ética con los estudiantes, a través de				
107	nuestro modelo de docente porque más tarde ellos van a				
108	multiplicar estos efectos o bien con los pacientes o bien con				
109	otros estudiantes.			Ser y hacer del docente	Transformación hacia la praxis dialógica, TRADIA, ASC, L: 118-122
110	Desde ese punto de vista, he aprendido a escuchar más, a				
111	tener más atención en sus actitudes para poder				
112	comprender mejor los diferentes ritmos de aprendizaje y a				
113	reconocer la carga emocional que cada uno de ellos				
114	enfrenta en sus realidades sociales y académicas, cuyos				
115	efectos mantienen también la tendencia al ejercer sus				
116	actividades y procesos en un campo tan exigente como la				
117	salud.	Ser y hacer del docente	Sensibilidad humana, SENHUM, ASC, L: 123-131		
118	Ahora procuro integrar estrategias pedagógicas más				
119	dinámicas, con enfoques innovadores, que den paso a la				
120	empatía y cabida al diálogo continuo los cuales se deben				
121	convertir en el pilar fundamental de esta orientación				
122	formativa.				
123	Me esfuerzo por ser más cercano a ellos, crear un clima de				
124	confianza y fomentar en ellos la seguridad para saber que				
125	cualquier error que se cometa es parte de los aprendizajes.				
126	Esta transformación ha sido, en esencia, un proceso de				
127	maduración que hace de un docente transmisor de				
128	conocimientos disciplinares a un formador que acompaña				
129					

<p>130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182</p>	<p>procesos de vida, valorando siempre la dimensión ética y humana que nos define en el ejercicio de la medicina.</p> <p>Investigadora: ¿Cuáles prácticas pedagógicas, actividades o situaciones en su labor docente le han permitido comprender mejor su manera de actuar y relacionarse con sus estudiantes en el aula?</p> <p>ASC: El sendero abierto a la innovación y a las nuevas prácticas pedagógicas, cada día adquieren mayor concentración y esfuerzo de mi parte, al entender que mi manera de actuar y relacionarme con los estudiantes, han sido aquellas en las cuales se pone a prueba, no sólo el conocimiento médico, sino también la capacidad de manejar la emoción en el aula.</p> <p>Por ejemplo, las prácticas clínicas y los talleres de simulación en gastroenterología generan en los estudiantes un cúmulo de ansiedad, inseguridad y temor al error. En estas circunstancias, he descubierto que mi papel no es únicamente orientar en términos disciplinares, sino también acompañar desde lo humano, validando sus emociones y mostrándoles que yo también cometo errores y eso es parte de un proceso de aprendizaje.</p> <p>También, las discusiones de casos reales, han sido espacios donde se manifiestan muchas expectativas, dudas y a veces, frustraciones. En ese momento he aprendido a moderar el clima emocional, manteniendo la calma, ofreciendo palabras de aliento y promoviendo un ambiente de respeto y consideración a las opiniones diversas.</p> <p>Todo ello, me ha hecho reflexionar sobre cómo mis propios gestos, el tono de voz e incluso mi disposición a escucharlos influye directamente en la confianza y en la relación que establezco con ellos. Por lo tanto, he comprendido que cada actividad docente es un espejo donde se refleja mi forma de ser, y que la inteligencia emocional (entendida como empatía, autocontrol y sensibilidad) se convierte en un recurso fundamental donde se busca la consolidación de un vínculo pedagógico auténtico y transformador.</p> <p>Investigadora: ¿Pudiera agregar algo más en relación con el fenómeno de estudio?</p> <p>ASC: Bueno, una de las circunstancias más críticas que he vivido como docente ocurrió cuando un estudiante, durante una práctica de endoscopia, se vio profundamente afectado al presenciar el hallazgo de una lesión grave en el tracto digestivo de un paciente. Noté en su rostro el impacto de comprender que detrás de cada diagnóstico hay una vida que puede cambiar drásticamente. En ese instante, entendí que mi tarea no era sólo explicar el procedimiento, sino acompañar al estudiante en el manejo de su propia reacción emocional, ayudándole a canalizar su sensibilidad, sin perder la claridad profesional. Esa vivencia me confirmó que la inteligencia emocional es esencial en la enseñanza de la medicina, en tanto permite formar especialistas que no sólo sepan interpretar imágenes o reportar clínicos, sino que también desarrollen la capacidad</p>	<p>Aspectos de la inteligencia emocional</p> <p>Epistemología en Ciencias de la Salud</p> <p>Aspectos de la inteligencia emocional</p> <p>Aspectos de la inteligencia emocional</p> <p>Aspectos de la inteligencia emocional</p>	<p>Mediador emocional, MEDEMOC, ASC, L: 136-142</p> <p>Sentido humano de la enseñanza, SENHUME, ASC, L: 143-150</p> <p>Serenidad y resiliencia, SERRES, ASC, L: 151-156</p> <p>Sostener emocionalmente al grupo, SOSEMG, ASC, L: 157-165</p> <p>Clima emocional positivo, CLIEMP, ASC, L: 168-184</p>
--	--	--	---

183	de sostener al otro, sea paciente o colega, con empatía y		
184	humanidad.		
185	Investigadora: OK muchísimas gracias doctor.		
186			
187			
188			

A continuación, la tabla 6.

Tabla 6

Actor social D

N	Descripciones	Categoría	Subcategoría/Código
1	Saludos. Gracias por ofrecer sus vivencias y experiencias		
2	como insumos significativos en mi tesis doctoral sobre		
3	INTELIGENCIA EMOCIONAL. CONSTRUCTO		
4	EPISTEMOLÓGICO DEL SER Y HACER DE LOS DOCENTES DE		
5	CIENCIAS DE LA SALUD.		
6	Investigadora: ¿Qué significado tiene para usted la		
7	inteligencia emocional en su manera de ser y actuar como		
8	docente en el aula de Ciencias de la Salud?		
9	ASD: Para mí, la inteligencia emocional representa un pilar	Aspectos de la	Empatía y escucha,
10	fundamental en mi manera de ser y actuar como docente	inteligencia	EMPESC, ASD, L: 9-16
11	en el aula de Ciencias de la Salud. Creo firmemente que	emocional	
12	nuestra misión no es exclusivamente la transmisión de		
13	conocimientos clínicos o técnicos, sino el reconocimiento		
14	que cada estudiante es un ser humano que llega cargado		
15	de un bagaje emocional propio, con expectativas, temores		
16	y motivaciones.		
17	En este sentido, la inteligencia emocional me permite	Aspectos de la	Empatía y escucha,
18	escucharle activamente, comprender sus reacciones ante	inteligencia	EMPESC, ASD, L: 17-
19	ciertas realidades adversas o estímulos negativos que	emocional	22
20	puedan afectar sus emociones, por lo que debo tener		
21	estrategias pedagógicas pertinentes para ese acercamiento		
22	humano que todos necesitamos en algún momento.		
23	En mi práctica he comprobado que, cuando logro gestionar	Aspectos de la	Reconocer mis
24	mis propias emociones y mantener un clima de respeto y	inteligencia	propias emociones y
25	confianza, también los estudiantes se sienten más	emocional	la de los otros,
26	motivados a participar, así como a enfrentar desafíos		REPEYO, ASD, L: 23-
27	académicos, lo que me hace pensar que la enseñanza en		30
28	Ciencias de la Salud, es exigente en cuanto a la rigurosidad		
29	científica combinada con la capacidad de conectar		
30	emocionalmente con los otros.		
31	Investigadora: ¿Podría compartir alguna experiencia		
32	donde se haya manifestado su ser y hacer docente en el		
33	aula de Ciencias de la Salud, en relación con la inteligencia		
34	emocional?		
35	ASD: Bueno déjame hacer memoria, en relación con esa		
36	pregunta, recuerdo una ocasión en la cual un estudiante,		

37	durante la práctica clínica, cometió un error al realizar un	Epistemología en	Aprendizaje desde el
38	procedimiento sencillo. La atención fue inmediata, el temor	Ciencias de la	error, APRERR, ASD,
39	al juicio de sus compañeros y la sensación de haber fallado	Salud	L: 35-47
40	lo paralizaron, al punto que empalideció, su rostro se volvió		
41	tenso y sus ojos más abiertos expresaban mucho temor. En		
42	ese instante, más allá de corregir el aspecto técnico, sentí		
43	que mi tarea era atender la dimensión emocional que se		
44	estaba abriendo, lo acompañé con palabras de aliento,		
45	validando que equivocarse también es parte del		
46	aprendizaje y que lo importante era la reflexión posterior		
47	para no repetir el error.		
48	Esa vivencia marcó mi manera de ser docente desde mi	Ser y hacer del	Interacción sensible,
49	sensibilidad, desde adentro, porque me mostró que en el	docente	INTSEN, ASD; L: 48-
50	aula de Ciencias de la Salud no basta con transmitir		53
51	protocolos, se debe dar cabida a sostener un ambiente		
52	emocionalmente equilibrado en los estudiantes en medio		
53	de sus incertidumbres y riesgos.		
54	Ahí comprendí nuevamente que la inteligencia emocional	Aspectos de la	Gestión emocional
55	es un atributo de fortaleza en la acción pedagógica, es un	inteligencia	en la práctica,
56	componente esencial del proceso formativo, porque	emocional	GESEMP, ASD, L: 54-
57	permite transformar la frustración en aprendizaje		58
58	significativo.		
59	Investigadora: ¿Podría compartir alguna vivencia que haya		
60	marcado su forma de relacionarse con los estudiantes en el		
61	aula de Ciencias de la Salud?		
62	ASD: Bueno, en esa parte te puedo mencionar que hubo	Aspectos de la	Sostener
63	una vivencia profunda que marcó mi forma de	inteligencia	emocionalmente al
64	relacionarme con los estudiantes. Eso ocurrió en medio de	emocional	grupo, SOSEMG,
65	una práctica en la cual el grupo se mostraba disperso,		ASD, L: 62-71
66	fragmentado, con poca concentración en el desarrollo de		
67	las actividades pertinentes. En lugar de llamar la atención		
68	de manera rígida, porque me di cuenta inmediatamente		
69	que no se comunicaban entre sí y había cierta apatía en la		
70	realización de la práctica, entonces decidí detener la		
71	actividad, reunirlos y preguntarles qué les estaba pasando.		
72	Esa apertura en términos de conversación cercana,	Aspectos de la	Mediador emocional,
73	permitió que varios expresaran su cansancio, ansiedad por	inteligencia	MEDEMOC, ASD, L:
74	los exámenes y hasta situaciones personales que les	emocional	72-79
75	afectaban en su desempeño de excelencia como se espera		
76	de un estudiante de medicina. Escucharlos, sin interrumpir		
77	ni juzgar, me hizo comprender que mi rol docente también		
78	debía ser el de un acompañante humano, capaz de generar		
79	confianza y empatía.		
80	Desde entonces, cada encuentro con mis estudiantes lo	Ser y hacer del	Vínculo formativo
81	vivo, no únicamente como una oportunidad para enseñar	docente	auténtico, VINFAUT,
82	conocimientos de la especialidad, sino que me atrevo a		ASD, L: 80-85
83	cultivar un espacio de diálogo auténtico que dignifique sus		
84	emociones y las integre en el desarrollo de los objetivos		
85	curriculares.		
86	Investigadora: ¿Cómo se ha ido transformando su forma de		
87	enseñar y estar con los estudiantes a lo largo del tiempo?		
88	ASD: Ahí encuentro significativo mencionar que mi forma		
89	de enseñar y de estar con los estudiantes ha pasado por		

90	una transformación que considero parte de mi propio	Ser y hacer del	Evolución
91	proceso de autoformación. Al inicio, mis enfoques estaban	docente	pedagógica,
92	centrados en transmitir esos conocimientos técnicos que		EVOPEDA, ASD; L:
93	solicita el programa respectivo y asegurarme que los		88-96
94	estudiantes cumplieran con los estándares académicos de		
95	calidad además de la disciplina que se exige para cubrir		
96	todas estas expectativas de la medicina.		
97	Sin embargo, con el tiempo comprendí que la enseñanza en	Ser y hacer del	Transformación
98	Ciencias de la Salud, no se limita a impartir conocimientos,	docente	hacia la praxis
99	se trata de modelar actitudes, valores y formas de		dialogática, TRADIA,
100	enfrentar la realidad clínica. He aprendido a escuchar más,		ASD, L: 97-104
101	a generar espacios de diálogo y al reconocer que los		
102	estudiantes también son portadores de saberes y		
103	experiencias que enriquecen el proceso de enseñanza y		
104	aprendizaje.		
105	Esa apertura me ha llevado al flexibilizar mis métodos de	Epistemología en	Sensibilidad para leer
106	enseñanza, a integrar la reflexión acerca de los errores	Ciencias de la	los silencios, SENLSIL,
107	como parte natural del aprendizaje y a priorizar la	Salud	ASD, L: 105-114
108	formación de profesionales íntegros que actúen con		
109	sensibilidad humana. Hoy te puedo mencionar que mi		
110	manera de enseñar busca un equilibrio entre el rigor		
111	académico y la cercanía emocional, entendiendo que la		
112	madurez del docente se construye en ese acompañamiento		
113	constante que transforma tanto al que enseña como al que		
114	aprende.		
115	Investigadora: ¿Cuáles prácticas pedagógicas, actividades		
116	o situaciones en su labor docente le han permitido		
117	comprender mejor su manera de actuar y relacionarse con		
118	sus estudiantes en el aula?		
119	ASD: Fíjate, hay momentos en los cuales uno se da cuenta	Epistemología en	Mediación
120	como realmente se relaciona con los estudiantes, y no	Ciencias de la	lingüística, MEDLIN,
121	siempre es en la clase magistral o en la práctica clínica. En	Salud	ASD, L: 119-130
122	mi caso, me ha ocurrido en actividades más sencillas, como		
123	cuando organizamos discusiones abiertas sobre casos		
124	clínicos que no tienen una respuesta única. En esas		
125	conversaciones veo cómo reaccionan ellos ante la duda, la		
126	presión o el error, y también como reacciono yo. Eso me ha		
127	permitido reconocerme en mis propias actitudes y		
128	comportamientos en la realidad pedagógica que manejo		
129	dentro de las Ciencias de la Salud, al darme cuenta que no		
130	debo imponer, sino acompañar y escuchar.		
131	Otra situación significativa que te puedo contar ha sido en	Aspectos de la	Clima emocional
132	los trabajos grupales, cuando observo que los estudiantes	inteligencia	positivo, CLIEMPO,
133	negocian, se reparten roles y enfrentan diferencias, lo que	emocional	ASD, L: 131-139
134	me enseña mucho sobre la manera que debo intervenir, no		
135	para resolver el problema, sino para ayudarlos a verse		
136	como equipos en coordinación. Esa vivencia me recuerda		
137	que mi papel fundamental no es solamente enseñar		
138	técnicas médicas, se trata de crear un ambiente donde ellos		
139	aprendan a convivir profesionalmente.		
140	En el fondo, lo que más me ha permitido comprender mi	Epistemología en	Sentido humano de
141	manera de actuar con ellos en cada una de las fases en las	Ciencias de la	la enseñanza,
142	cuales interactuamos, son esos instantes inesperados,	Salud	

<p>143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185</p>	<p>sorprendentes, que a veces en un pasillo o después de clase, suceden cuando un estudiante se me acerca, con una inquietud personal. Ahí es donde descubro hasta qué punto soy capaz de conectar desde lo humano y lo sensible como profesional y de manera personal, no solamente en lo académico.</p> <p>Investigadora: ¿Podiera agregar algo más en relación con el fenómeno de estudio?</p> <p>ASD: Sí, quisiera añadir algo que para mí ha sido revelador. En la cardiología aprendemos que no todo se resuelve con cifras, imágenes o protocolos; el corazón late distinto en cada persona y, de alguna manera, lo mismo ocurre en el aula. Los estudiantes no son simples receptores de información, sino presencias humanas que llegan con su propio ritmo, con sus temores, dudas y pasiones. Comprender esto ha transformado mi forma de enseñar, porque me obliga a mirar más allá de la técnica o el diagnóstico, y a reconocer el pulso emocional de quienes tengo frente a mí.</p> <p>En mi experiencia hospitalaria, acompañando pacientes en situaciones críticas conjuntamente con mis estudiantes, entendí que la serenidad y la claridad del médico no nacen sólo del conocimiento científico, sino de la capacidad de sostener al otro en su vulnerabilidad. Esa misma lección la llevo al aula: el estudiante necesita saber que, además de exigirle precisión y rigurosidad, hay un espacio donde puede equivocarse y aprender sin sentido que pierde su dignidad.</p> <p>Por eso, en mi labor docente, veo la inteligencia emocional como la fibra que conecta el saber con el ser. Y cuando un futuro cardiólogo logra integrar su excelencia técnica con susceptibilidad y sensibilidad humana, entonces siento que mi tarea está avanzando en ese cumplimiento, he comprendido que formar estos especialistas competentes, como médicos deben ser capaces de escuchar el corazón de otro ser humano en toda su complejidad.</p> <p>Investigadora: OK muchísimas gracias doctor.</p>	<p>Epistemología en Ciencias de la Salud</p> <p>Epistemología en Ciencias de la Salud</p> <p>Ser y hacer del docente</p>	<p>SENHUME, ASD, L: 140-148</p> <p>Realimentación colectiva, REALCOL, ASD, L: 151-161</p> <p>Aprendizaje en contexto, APRCONT, ASD, L: 162-170</p> <p>Vínculo formativo auténtico, VINFAUT, ASD, L: 171-178</p>
--	--	--	---

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

Categoría: aspectos de la inteligencia emocional

Subcategoría: Comunicación humana sensible

(...) la inteligencia emocional representa para mí un eje esencial en la manera de ser y actuar como docente frente a mis estudiantes. En el aula de Ciencias de la Salud, cuando me comunico en término de los conocimientos técnicos rigurosos y vivencias humanas sensibles (COMHUMS, ASA, L: 13-18); (...) la inteligencia emocional me permite modular la comunicación, responder con empatía ante la incertidumbre y los riesgos propios de la clínica y la academia por parte de los estudiantes, al fomentar un ambiente donde las dudas se convierten en oportunidades de reflexión, participación y crecimiento profesional (COMHUMS, ASC, L: 18-23).

En la confluencia de las voces de los actores sociales A (ASA) y C (ASC) emergió un Constructo epistemológico que nos devela como principio rector del ser y del hacer docente, la configuración de la inteligencia emocional en Ciencias de la Salud en el modo accesible de la comunicación humana sensible. De este modo, el ASA resalta la prioridad de articular los conocimientos técnicos con las vivencias humanas, implicándose así la concreción de un puente dialógico que trasciende la transmisión de saberes hacia un encuentro formativo que reconoce la integridad del estudiante.

Por su parte, el ASC, en continuidad, amplía esa comprensión al situar la inteligencia emocional como la capacidad moduladora de la comunicación, que responde enfáticamente a la incertidumbre y a los riesgos propios de la clínica y la academia, así como también los convierte en oportunidades pedagógicas de reflexión, participación y crecimiento profesional. Desde esta perspectiva, la inteligencia emocional no la comprendo como algo pasajero, es el eje ontológico y epistemológico que dinamiza la praxis docente, otorgándole un carácter profundamente humano y transformador en la formación de futuros profesionales de la salud.

En este orden de ideas, Giménez et al. (2023) señalan en la siguiente cita traducida, que "la comunicación en enfermería es esencial para la calidad del cuidado de la satisfacción de los pacientes, las variables personales como la empatía y la inteligencia emocional contribuyen a mejorarla" (s/n). Esta cita me permite describir una competencia, y a la vez, se abre un horizonte epistemológico en el cual la comunicación se convierte en un acto humano profundo, mediado por la sensibilidad y la capacidad de reconocer al otro en su vulnerabilidad. De allí que, hablar de

comunicación humana sensible en el contexto de la docencia en Ciencias de la Salud, mantiene sus implicaciones necesarias de comprender como un proceso formativo integral, para transmitir saberes científicos y desarrollar una praxis pedagógica articulada en lo cognitivo, afectivo y ético, es capaz de transformar la relación educativa un espacio de cuidado mutuo y de construcción de significados compartidos.

Subcategoría: Reconocer mis propias emociones y la de los otros

Considero que la inteligencia emocional se convierte en la capacidad de reconocer mis propias emociones y las de los estudiantes, mientras actuamos regulándolas de modo que el proceso formativo trascienda lo meramente cognitivo (REPEYO, ASA, L: 19-22); Como docente en Ciencias de la Salud, concretamente en el área de gastroenterología, percibo que la inteligencia emocional es el núcleo que articula mi ser y hacer en el aula de salud. Reconozco que, para mí, no se trata únicamente de reconocer mis propias emociones o la de los estudiantes también de integrar esa comprensión cercana en la interacción pedagógica, transformando cada experiencia educativa un espacio de confianza, respeto y aprendizaje profundo (REPEYO, ASC, L: 9-17); En mi práctica he comprobado que, cuando logro gestionar mis propias emociones y mantener un clima de respeto y confianza, también los estudiantes se sienten más motivados a participar, así como a enfrentar desafíos académicos, lo que me hace pensar que la enseñanza en Ciencias de la Salud, es exigente en cuanto a la rigurosidad científica combinada con la capacidad de conectar emocionalmente con los otros (REPEYO, ASD, L: 23-30).

En la reflexión conjunta de las voces de los actores sociales ASA, ASC y ASD, avizoro un Constructo epistemológico que da cuenta de la esencia de la inteligencia emocional en el ser y hacer docente dentro de las Ciencias de la Salud, donde la categoría aspectos de la inteligencia emocional se materializa en su significación a través de la subcategoría reconocer mis propias emociones y la de los otros como un núcleo articulador entre el conocimiento científico y la sensibilidad pedagógica que trasciende el aula en Ciencias de la Salud.

De este modo, percibo que el actor social A (ASA) sitúa el reconocimiento emocional en torno a un punto de partida que supera lo estrictamente cognitivo, configurando la enseñanza hacia un proceso integral que implica regulación, autoconciencia y apertura al sentir del estudiante; mientras que el actor social C (ASC) conectado con el actor social D (ASD) profundizan en esa misma idea reconociendo que dicho proceso se envuelve en un ámbito de interés emocional, que exige incorporarlas como parte activa de la interacción formativa, transformando cada encuentro en un espacio de confianza y respeto mutuo.

En este sentido, la voz integral de ambos actores sociales, me otorga luces comprensivas en el hecho que la práctica docente se convierte en un ejercicio de constante autorregulación y sintonía emocional, lo cual no solamente fortalece el vínculo pedagógico, también potencia la construcción de aprendizaje significativos y humanos en escenarios de alta complejidad académica y clínica. Las narrativas de los actores sociales (ASA), (ASC) y (ASD), me llevan a reflexionar sobre mi propio recorrido formativo y profesional donde he comprendido que el reconocimiento consciente de mis emociones y las emociones de mis estudiantes, constituyen un pilar esencial de la inteligencia emocional en el campo de la salud. Tal como lo expresa Johnson (2015) en la siguiente cita traducida:

(...) el estudio mostró una correlación directa entre la educación médica en las competencias de inteligencia emocional, lo cual convierte a este ámbito en un escenario idóneo para integrar un entrenamiento más profundo en estas habilidades. La definición de la-inteligencia emocional como una competencia basada en habilidades permite que sea enseñada, aprehendida y transformada, lo que posibilita extender de manera directa los aspectos de la relación clínico paciente que no están funcionando bien (s/n).

Dadas estas afirmaciones, se compaginan con los aspectos que, otorgan aspectos significativos de la praxis pedagógica que, en mi experiencia, reconoce el hacer y sentir como docente en Ciencias de la Salud, en cuanto a los propios estados emocionales como los de colegas, estudiantes, pacientes, que logran fortalecer los vínculos humanos en la práctica médica, así como afianzar un aprendizaje continuo y transformador que potencia mi capacidad de actuar con empatía, profesionalismo y humildad en contexto de alta exigencia sanitaria.

Subcategoría: Gestión emocional en la práctica

Muy buena pregunta porque me traslado a verme a mí mismo, en el sentido de mi ser fortalecido en ese contacto permanente con los estudiantes, donde las experiencias han sido diversas en las prácticas pedagógicas y situaciones que me han hecho comprender con mayor claridad mi manera de actuar y relacionarme con los estudiantes. Una de ellas, ha sido el ejercicio de la simulación clínica donde además de evaluar las destrezas técnicas y de participación también observo la capacidad del estudiante para gestionar sus actuaciones en medio de contextos de alta presión, saber comunicar con claridad sus pensamientos y mantener la calma en escenarios de alta exigencia hospitalaria (GESEMP, ASA, L: 126-138); También valoro las tutorías individuales que me han develado las realidades emocionales y académicas de cada estudiante, desafiándome a la vez, a ser empático y de repente más flexible frente a mí requerimientos académicos. Estas experiencias consolidan en mi la convicción que enseñar Ciencias de la Salud tiene que ver con la inteligencia emocional aplicada en esa interacción constante que se despliega del mismo modo con el conocimiento técnico de la especialización (GESEMP, ASA, L: 148-156); Efectivamente, puedo agregar que, en la dimensión emocional de la docencia en Ciencias de la Salud, aún no se

ha profundizado en aspectos como la gestión del miedo y la ansiedad de los estudiantes frente a procedimientos complejos o situaciones clínicas críticas (GESEMP, ASB, L: 147-151); el reflejo profundo acerca de cómo la inteligencia emocional orienta mi ser y hacer docente, en tal sentido, recuerdo un momento durante una clase de prácticas de endoscopia, en la cual un estudiante, visiblemente ansioso, tenía dificultades para ejecutar una técnica que ya habíamos revisado. En lugar de reprender o apresurar la corrección, sentí la necesidad de conectar emocionalmente con él, reconociendo su temor y validando sus esfuerzos (GESEMP, ASC, L: 38-46); Ahí comprendí nuevamente que la inteligencia emocional es un atributo de fortaleza en la acción pedagógica, es un componente esencial del proceso formativo, porque permite transformar la frustración en aprendizaje significativo (GESEMP, ASD, L: 54-58); Ahí comprendí nuevamente que la inteligencia emocional es un atributo de fortaleza en la acción pedagógica, es un componente esencial del proceso formativo, porque permite transformar la frustración en aprendizaje significativo (GESEMP, ASD, L: 54-58).

La lectura reflexiva que encuentro en la narrativa de los actores sociales ASA, ASB, ASC, y ASD, en el contexto del estudio, en torno a la categoría aspectos de la inteligencia emocional develada en su significado a través de la subcategoría gestión emocional en la práctica, me conduce a comprender un Constructo epistemológico del ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud configurado hacia un entramado de experiencias que trascienden lo técnico para abrazar lo humano. Desde este punto de vista, el actor social A (ASA) me hace pensar sobre la necesidad de reconocer en la interacción cotidiana con los estudiantes, un espejo de mi propio fortalecimiento emocional, donde la simulación clínica y las tutorías individuales se constituyen en escenarios de validación y ajuste de mi empatía.

Por su parte, el actor social B (ASB) me interpela al señalar que todavía persiste un vacío en la atención a las emociones críticas como el miedo y la ansiedad que, de manera recurrente, se evidencian en la realidad de Ciencias de la Salud, por lo que resultan aspectos esenciales de revisión y ajuste de las estrategias en el hacer del docente para la formación integral en contextos de alta presión clínica. Igualmente, reconozco en la voz del actor social C (ASC) su invitación a reconocer que la pedagogía emocional se despliega en pequeños gestos, como detenerse frente a la ansiedad de un estudiante y transformar el error en oportunidad de crecimiento.

De la misma manera, entiendo que la voz del actor social D (ASD) me confirma que la inteligencia emocional no es un accesorio de la enseñanza, se trata de un fundamento que permite que la frustración se reconfiguren aprendizaje significativo recipiente. En este sentido, mi práctica docente no puede desligarse de la gestión emocional, en tanto en estas actuaciones pedagógicas se sostiene la autenticidad de mi ser reflexivo sensible, al potenciar la efectividad transformadora de mi hacer en Ciencias de la Salud. Al reflexionar sobre la gestión emocional en

mi ser y hacer docente en Ciencias de la Salud, encuentro plena resonancia en lo planteado por Emeljanovas et al. (2023), quienes aciertan en lo anunciado en la presente cita traducida:

(...) la enseñanza es una profesión que implica desafíos para la salud emocional. Los docentes experimentan altos niveles de estrés relacionados con el trabajo, lo que causa síntomas como ansiedad, depresión y agotamiento. La salud mental del docente afecta no sólo su propio bienestar, también la calidad de la educación y el rendimiento de los estudiantes. Las estrategias de afrontamiento pueden mejorar eficazmente la salud emocional de los docentes (s/n).

Esta cita me hace comprender que, en mi práctica académica, el hecho de reconocer la necesidad de gestionar mis emociones no es una implicación de un ejercicio individual aislado, se trata de un imperativo ético y pedagógico que repercute directamente en la calidad de los procesos formativos. Al integrar estrategias de autocuidado y afrontamiento positivo, fortalezco mi equilibrio emocional, además creo condiciones de confianza y motivación para que los estudiantes en frente en la rigurosidad científica y clínica desde un lugar de resiliencia y crecimiento continuo. De esta manera, la inteligencia emocional se constituye en el eje que sostiene tanto mi bienestar docente como la efectividad del aprendizaje en Ciencias de la Salud.

Subcategoría: Sostener emocionalmente al grupo

(...) recuerdo una experiencia particularmente significativa durante una práctica hospitalaria en la cual un grupo de estudiantes enfrentaba, por primera vez, la asistencia en una cirugía de emergencia. El ambiente estaba cargado de ansiedad e incertidumbre, muchas dudas de quienes apenas inician en este camino. En este momento, comprendí que más allá de la destreza técnica que debía transmitir, lo esencial era sostener emocionalmente al grupo (SOSEMG, ASA, L: 35-43); Todo ello, me ha hecho reflexionar sobre cómo mis propios gestos, el tono de voz e incluso mi disposición a escucharlos influye directamente en la confianza y en la relación que establezco con ellos. Por lo tanto, he comprendido que cada actividad docente es un espejo donde se refleja mi forma de ser, y que la inteligencia emocional (entendida como empatía, autocontrol y sensibilidad) se convierte en un recurso fundamental donde se busca la consolidación de un vínculo pedagógico auténtico y transformador (SOSEMG, ASC, L: 157-165); en esa parte te puedo mencionar que hubo una vivencia profunda que marcó mi forma de relacionarme con los estudiantes. Eso ocurrió en medio de una práctica en la cual el grupo se mostraba disperso, fragmentado, con poca concentración en el desarrollo de las actividades pertinentes. En lugar de llamar la atención de manera rígida, porque me di cuenta inmediatamente que no se comunicaban entre sí y había cierta apatía en la realización de la práctica, entonces decidí detener la actividad, reunirlos y preguntarles qué les estaba pasando (SOSEMG, ASD, L: 62-71).

En la interpretación de las voces de los actores sociales (ASA), (ASC) y (ASD), en medio de un Constructo epistemológico de velador acerca de cómo el ser y el hacer del docente en Ciencias de la Salud se sostiene en la dimensión ética y humana de la inteligencia emocional,

particularmente en la capacidad de sostener emocionalmente al grupo. De esta manera, el actor social A (ASA) me hace entender que, en escenarios de alta exigencia clínica, como una cirugía de emergencia, el acompañamiento emocional resulta tan imprescindible como la transmisión especializada del conocimiento, en tanto habilita a los estudiantes a enfrentar la ansiedad y la incertidumbre inicial con confianza y contención.

En el mismo esquema de situaciones, me devela el actor social C (ASC) que la mediación emocional no se limita al momento crítico, es la expresión en la sutileza de los gestos, la voz y la escucha activa, como elementos que se transforman en dispositivos pedagógicos capaces de consolidar vínculos auténticos y duraderos. En este marco distinguido, la experiencia narrada por el actor social D (ASD) hace hincapié en el requerimiento de detener el curso de la práctica, cuando el grupo se fragmenta y de abrir un espacio de diálogo que permita reconocer y trabajar las emociones colectivas como condición para recuperar el sentido de la tarea formativa. En conjunto, estos trozos discursivos de los actores sociales mencionados, confluyen en la construcción de un saber docente que reconoce en la inteligencia emocional un núcleo constitutivo de la praxis pedagógica, desde la cual se generan proceso de confianza, cohesión grupal y aprendizaje transformador.

Al asumir el ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud, sostengo que la necesidad de acompañar y sostener grupalmente las emociones en el proceso de enseñanza-aprendizaje constituye un aspecto cardinal de la inteligencia emocional al punto que así lo resaltan Córdova et al. (2023) en los siguientes términos, de la cifra traducida donde exponen que:

(...) la inestabilidad emocional y el estrés son las principales alteraciones que condicionan el aprendizaje, afectando tanto docentes como a estudiantes. No obstante, cuando el manejo de las emociones es adecuado en contextos de presión e incertidumbres, el aprendizaje se ve potenciado al mejorar la atención, la autorregulación y la capacidad de resolver problemas" (s/n).

Esta afirmación me permite comprender que el aula en Ciencias de la Salud, es particular en los modos de ser y hacer del docente en la práctica clínica, al transmitir sus conocimientos especializados y valorar espacio donde las emociones colectivas deben ser reconocidas, legitimadas y conducidas hacia una experiencia de crecimiento compartido. Por ello, sostener emocionalmente al grupo implica evitar que el estrés crónico erosione la motivación, y al mismo tiempo transformen atención en oportunidades formativas, de modo que la inteligencia

emocional se fundamenta en el puente indispensable entre el rigor científico y la humanización de la enseñanza en Ciencias de la Salud.

Subcategoría: Integración afectivo-ética en la formación

Hoy, mi estar con los estudiantes de la especialidad más bien se nutre de la conciencia asimilada que el aprendizaje va más allá de lo cognitivo, se trata de actuar en un plano afectivo y ético, de manera que podamos de integrar aspectos relevantes de la inteligencia emocional como la columna vertebral del proceso formativo, eso marca y deja huellas imborrables en el estudiante, porque así me lo han manifestado después de muchos años de este contacto en la universidad (INAFETF, ASA, L: 113-121); Estas emociones impactan directamente en su aprendizaje y respecto a la relación con el docente, requiriendo de mediación y orientación de un educador con inteligencia emocional que reconozca estos escenarios cargados de emocionalidad, para transformar estas experiencias en oportunidades de crecimiento (INAFETF, ASB, L: 152-157); facilita la construcción de relaciones interpersonales significativas, esenciales en la formación de futuros médicos, donde el conocimiento técnico se acompaña del desarrollo humano y ético. En síntesis, la inteligencia emocional constituye el puente entre la experticia clínica, la praxis docente y la comprensión integral del ser en la educación en Ciencias de la Salud (INAFETF, ASC, L: 24-30).

En la confluencia de significados develados en las voces de los actores sociales A (ASA), B (ASB) y C (ASC) desde las experiencias que se entretajan, hubo evidencia que la inteligencia emocional se configura como un eje vertebrador en la praxis docente de campo de las Ciencias de la Salud. De esta manera, el actor social A (ASA) hace énfasis en el hecho de un contacto sostenido con los estudiantes, al trascender la mera transmisión cognitiva, y transformar el acto pedagógico en efectividad y ética, cuya huella se proyecta más allá de la temporalidad académica hacia la memoria formativa de los profesionales en formación.

A su vez, el actor social B (ASB) sitúa en primer plano la necesidad que el docente actúe como mediador sensible ante escenarios marcados por la emocionalidad, interpretando estas tensiones no como obstáculos, sino como oportunidades para la maduración personal y profesional de los estudiantes en medicina. En el mismo orden de ideas, el actor social C (ASC) reconoce que la construcción de vínculos interpersonales significativos es inseparable de la dimensión técnica del aprendizaje médico, en tanto, únicamente a través de esta integración se logra conjugar experticia clínica, compromiso ético y crecimiento humano.

En este diálogo epistémico del ser y hacer docente, la integración afectivo-ética se reafirma como la expresión más genuina de la inteligencia emocional en la formación, delineando un horizonte en el cual el conocimiento científico se encuentra indisolublemente unido a la

comprensión del otro en su totalidad. Al significar la categoría integración afectivo-ética en la formación en Ciencias de la Salud, encuentro imprescindible reconocer que la inteligencia emocional no está desligada de la dimensión ética, en tanto ambas, se constituyen en la base de un ejercicio docente clínico humanizada. En palabras de Andersson et al. (2022), extraje la siguiente cita traducida textualmente:

(...) los problemas éticos en el trabajo cotidiano de la atención sanitaria emergen por múltiples razones y constituyen amenazas a los valores éticos; si estas amenazas no se gestionen adecuadamente, existe el riesgo de infligir daño moral al paciente, mientras que los profesionales de la salud corren el riesgo de experimentar angustia moral. Por lo tanto, es esencial apoyar el aprendizaje y el desarrollo de competencias ética entre los profesionales de la salud y los estudiantes (s/n).

Esta afirmación, reflexionada en términos del ser y hacer del docente, me conduce a comprender que la práctica formativa no se limita a enseñar técnicas ni a transmitir conocimientos especializados exclusivamente, sino que exige una mediación pedagógica que articule la sensibilidad afectiva con la competencia, de manera que, los futuros médicos y profesionales de la salud, aprendan a enfrentar dilemas éticos al responder humanamente, con dignidad y sentido de justicia, a las complejidades de la vida y del cuidado, Incorporando la capacidad de reconocer emociones propias y ajenas, al gestionar la frustración, y transformar las tensiones del proceso formativo en oportunidades de crecimiento personal y profesional significativo.

Subcategoría: Mediador emocional

En esos momentos también me descubro junto a ellos como un mediador emocional, consciente que mi tono, mis gestos, mi colaboración y disposición a potenciar esa confianza les genera mayor seguridad, entonces los espacios de retroalimentación que concreto después de una cirugía o práctica han sido relevantes en este transitar pedagógico, que a su vez me han enseñado a modular mis palabras, a reconocermé también junto a ellos en esos logros y por qué no, a corregir sin herir (MEDEMOC, ASA, L: 139-147); los momentos de vulnerabilidad compartida, por ejemplo cuando un procedimiento no se desarrolla como se esperaba o un error se convierten aprendizaje, me muestran la importancia de la paciencia, de la escucha activa y la resiliencia frente a distintos casos de esta naturaleza (MEDEMOC, ASB, L: 135-140); El sendero abierto a la innovación y a las nuevas prácticas pedagógicas, cada día adquieren mayor concentración y esfuerzo de mi parte, al entender que mi manera de actuar y relacionarme con los estudiantes, han sido aquellas en las cuales se pone a prueba, no sólo el conocimiento médico, sino también la capacidad de manejar la emoción en el aula (MEDEMOC, ASC, L: 136-142); Esa apertura en términos de conversación cercana, permitió que varios expresaran su cansancio, ansiedad por los exámenes y hasta situaciones personales que les afectaban en su desempeño de excelencia como se espera de un estudiante de medicina. Escucharlos, sin interrumpir ni juzgar, me hizo comprender que mi rol

docente también debía ser el de un acompañante humano, capaz de generar confianza y empatía (MEDEMOC, ASD, L: 72-79).

El sentido y significado atribuido en las voces de los actores sociales ASA, ASB, ASC y ASD, reconozco un Constructo epistemológico que se eleva desde la vivencia del ser y hacer docente en Ciencias de la Salud, donde la categoría de la inteligencia emocional se plasma en la subcategoría mediación emocional, al punto que el actor social A (ASA) me conduce a comprender que mi palabra y mi gesto, son tan formativos como la técnica misma, al develar que corregir sin herir, también es un acto pedagógico. En el trozo narrativo del actor social B (ASB), desde la vulnerabilidad, me recuerda que la resiliencia, la escucha activa y la paciencia no son añadidos, si no el corazón mismo del aprendizaje en escenarios de incertidumbre y error.

Por su parte, el actor social C (ASC) me interpela con fuerza al mostrar que el aula, como espacio vivo, no sólo prueba conocimientos médicos, también lo hace desde la madurez emocional de quien guía, orienta la formación y la enseñanza, poniendo a prueba, el propio ser y actuar. Asimismo, el actor social D (ASD) da cabida a la potencia de lo humano, me descubre que la cercanía, la confianza y la empatía son condiciones necesarias para acompañar al estudiante en la atención de la excelencia académica y la fragilidad personal. De este modo, entre todos, delinean el horizonte de un docente que se reconoce mediador emocional, no por obligación, sino por convicción en la dignidad del cuidado y en la trascendencia del encuentro pedagógico. El docente de Ciencias de la Salud representa un pedagogo que en un lugar distinto al del simple transmisor de conocimientos, reconoce su perfil como mediador emocional, capaz de sostener la complejidad de las interacciones humanas en escenarios formativos altamente demandantes. En este sentido, me resulta pertinente traer la reflexión de Marais (2023), quien afirma, según la traducción textual de la siguiente cita que:

En virtud de su función docente y del contacto con los estudiantes, los educadores de las profesiones de la salud suelen ser el primer punto de conexión para quienes atraviesen dificultades de salud mental. Se espera cada vez más que incluyan alguna forma de cuidado pastoral en su rol, lo cual puede generar un impacto emocional negativo en ellos cuando los límites y expectativas no están claramente definidos ni gestionados de manera efectiva (s/n).

A partir de este razonamiento, sostengo que la inteligencia emocional no puede ser un aspecto accesorio en la formación médica y de la salud, sino un eje estructurante que habilite al docente a reconocer, contener y orientar desde una mediación ética, empática y responsable. Mi

mirada interpretativa, da cuenta de esta mediación que protege el bienestar del educador, frente a la sobrecarga afectiva, además de modelar en el estudiante la importancia de integrar la regulación emocional y el cuidado en su futura práctica profesional.

Subcategoría: Esencia relacional

(...) al reflexionar desde mi experiencia como docente en Ciencias de la Salud, pienso que la inteligencia emocional no es un recurso innecesario sino todo lo contrario demasiado importante diría yo, sino la esencia misma que sostiene la relación con los estudiantes y, en última instancia, con los pacientes que ellos atenderán en el futuro (ESERELA, ASA, L: 159-165); nuestro espacio cotidiano en la labor docente en Ciencias de la Salud, implica que las prácticas pedagógicas se sientan desde adentro de nuestro acompañamiento pedagógico, en tanto, esta situación ha moldeado mi comprensión sobre cómo actuar y relacionarme con los estudiantes de manera profundamente anclado en la dimensión ética y humana de la enseñanza (ESERELA, ASB, L: 116-123); Para mí, la inteligencia emocional no es un complemento o requisito de adorno en esta relación entre el docente y los estudiantes, se trata de la esencia de la enseñanza, porque permite transformar los desafíos en oportunidades de crecimiento y reflexión conjunta (ESERELA, ASC, L: 54-58).

En la voz compartida de los actores sociales A (ASA), B (ASB) y C (ASC) develé un Constructo epistemológico que me interpela como docente-investigador en Ciencias de la Salud, en tanto la inteligencia emocional se erige como la esencia relacional que sostiene y resignifica el vínculo pedagógico. En sus testimonios reconozco que la práctica docente no se limita a la transmisión del saber médico exclusivamente, va más allá en cuanto a la implicación de un modo de ser y de estar con el otro, fundamentando en la ética, la humanidad y capacidad de generar espacios de confianza y crecimiento compartido. Esta comprensión me conduce a pensar que enseñar con inteligencia emocional no es un añadido periférico, en la médula de una praxis transformadora, capaz de convertir las tensiones y desafíos en oportunidades de formación integral que impactan, tanto en los futuros profesionales como en los pacientes que un día estarán bajo su cuidado. Asumo que el docente de Ciencias de la Salud debe ser significados desde su esencia relacional, en tanto su quehacer no se limita a transmitir técnicas o contenidos curriculares, sino a sumar esfuerzos por una presencia que articule lo cognitivo con lo afectivo y ético en la formación del médico. En este sentido, encuentro congruencia con los razonamientos de Raghubir (2018) quien me deja ver que cuando afirma, lo traducido textualmente la siguiente cita, amplía esa comprensión:

(...) la inteligencia emocional ha evolucionado en los últimos 25 años, sin embargo, su comprensión y aplicación aún resultan difusas; pese a ello, ha sido reconocida ampliamente en profesiones como la educación y, en la última década, ha ganado fuerza en la práctica de la enfermería, donde su integración favorece la satisfacción laboral, la disminución del estrés y el agotamiento, además posibilita un ambiente positivo que repercute directamente en la calidad del cuidado y en los resultados clínicos (s/n).

Esta afirmación me permite comprender que la inteligencia emocional, lejos de ser un accesorio en la enseñanza, constituye la base relacional que sostiene el vínculo pedagógico en ciencias de la educación, en tanto al igual que en la práctica clínica, el docente necesita gestionar sus emociones y las de sus estudiantes al favorecer un aprendizaje transformador y profundamente humano, capaz de incidir tanto en el desarrollo profesional como en la construcción ética del futuro médico o enfermero.

Subcategoría: Equilibrio afectivo-pedagógico

Agregaría que la inteligencia emocional se manifiesta de manera más clara en los momentos de crisis, cuando se devela si realmente somos capaces de sostener al otro, sin perder la dirección pedagógica, ni la exigencia académica. Esa didáctica entre el rigor y empatía constituye, para mí, la verdadera marca del ser docente en Ciencias de la Salud (EQAFECP, ASA, L: 180-185); En este tránsito, la inteligencia emocional se convierte en un recurso imprescindible debido a que permite reconocer mis propias limitaciones, aceptar la incertidumbre inherente al quehacer médico y, sobre todo, acompañar al estudiante en su crecimiento personal y profesional con las mejores estrategias pedagógicas que permita el ser y hacer en una combinación de formación integral. Actualmente mi docencia se concentra en esta combinatoria del acto de enseñar a operar, además de educar para ser médicos capaces de integrar ciencia, ética y humanidad en un mismo horizonte transformador (EQAFECP, ASB, L: 101-111).

La realidad del fenómeno de estudio en la categoría aspectos de la inteligencia emocional, se me devela sobre la fuerza estructurante del quehacer del docente de Ciencias de la Salud, particularmente en la subcategoría equilibrio afectivo-pedagógico, donde convergen las voces de los actores sociales A (ASA) y B (ASB) para mostrar la tensión constante entre la exigencia académica y el acompañamiento humano sensible al estudiante. En este orden de ideas, el actor social A (ASA) evidencia que la verdadera dimensión del docente se pone a prueba en los momentos de crisis, donde sostener al estudiante sin perder la dirección pedagógica, exige una didáctica equilibrada en el rigor y la empatía, configurando la marca que identifica al educador en salud.

Desde la misma perspectiva, el actor social B (ASB) hace hincapié en el hecho que la inteligencia emocional se transforma en un recurso estratégico al posibilitar el reconocimiento

de las limitaciones propias, aceptar la incertidumbre del quehacer médico y acompañar al estudiante en su crecimiento integral, configurando el puente conectivo entre la ciencia, ética y humanidad, mediante prácticas pedagógicas conscientes y reflexivas. Asimismo, interpreto que el quehacer y hacer del docente en Ciencias de la Salud, se constituye en un Constructo epistemológico donde la regulación emocional, la empatía y la exigencia académica, están articuladas en dimensiones inseparables de la formación de profesionales competentes en el campo médico.

Al significar al docente en su ser y hacer en un escenario de equilibrio afectivo-pedagógico, lo asumo en mi reflexión como una necesidad ineludible en Ciencias de la Salud, en tanto el rol significativo en términos clínicos, de docencia y de investigación, se sostiene en un espacio afectivo seguro para el aprendizaje. Tal como lo mencionan Van Bruggen et al. (2025) al hacer hincapié, según esta cita traducida que:

(...) la educación profesional de alta calidad requiere docente comprometidos no sólo con el conocimiento y las habilidades didácticas, sino también con su implicación activa en la enseñanza; combinar roles en atención clínica, investigación y docencia, puede afectar la participación en la enseñanza, y mantener un equilibrio entre demandas y recursos laborales que resultan esenciales para sostener el compromiso y prevenir el agotamiento emocional (s/n).

Desde esta perspectiva, interpreto que la inteligencia emocional se convierte en un recurso estratégico que permite al docente de Ciencias de la Salud, el reconocimiento de sus propios límites, la gestión de la complejidad frente a los múltiples roles que debe desempeñar al acompañar al estudiante con rigor académico y sensibilidad humana. Así, el equilibrio afectivo-pedagógico, se constituye en un epistemológico que articula la enseñanza, el cuidado emocional y la formación integral del futuro profesional de la salud, reflejando un ser docente capaz de integrar ciencia, ética y sensibilidad humana en el horizonte pedagógico transformador.

Subcategoría: Empatía y escucha

Para mí, la inteligencia emocional representa un eje fundamental en el ser y hacer como docente en Ciencias de la Salud, particularmente en un campo tan sensible como la cirugía oncológica y más allá de ello, el hecho de poder transmitir conocimientos técnicos y científicos, me ha hecho comprender que la enseñanza requiere un acompañamiento humano más profundo, donde la empatía la escucha activa y el manejo consciente de las emociones se conviertan en herramientas tan valiosas como la destreza quirúrgica (EMPESC, ASB, L: 9-18); Para mí, la inteligencia emocional representa un pilar fundamental en mi manera de ser y actuar como docente en el aula de Ciencias de la Salud. Creo firmemente que nuestra misión no es exclusivamente la transmisión de

conocimientos clínicos o técnicos, sino el reconocimiento que cada estudiante es un ser humano que llega cargado de un bagaje emocional propio, con expectativas, temores y motivaciones (EMPESC, ASD, L: 9-16); En este sentido, la inteligencia emocional me permite escucharle activamente, comprender sus reacciones ante ciertas realidades adversas o estímulos negativos que puedan afectar sus emociones, por lo que debo tener estrategias pedagógicas pertinentes para ese acercamiento humano que todos necesitamos en algún momento (EMPESC, ASD, L: 17-22).

Las voces de los actores sociales B (ASB) y D (ASD) convergen en un Constructo epistemológico del ser y hacer del docente de Ciencias de la Salud, evidenciando que la inteligencia emocional es un eje central que articula el conocimiento técnico, acompañamiento humano y desarrollo integral del estudiante. Desde esta óptica, el actor social B (ASB) hace hincapié en el hecho que va más allá de la transmisión de saberes científicos y destrezas quirúrgicas, al entender que la docencia exige un compromiso afectivo donde la empatía, la escucha activa y el manejo consciente de emociones, constituyen herramientas fundamentales para sostener al estudiante en escenarios de alta vulnerabilidad, como la cirugía oncológica.

En los mismos términos, el actor social D (ASD) enfatiza que cada estudiante llega con un bagaje emocional único, cargado de expectativas, temores y motivaciones por lo que la inteligencia emocional permite reconocer estas realidades, modular la respuesta docente y diseñar estrategias pedagógicas pertinente que fomenten un acercamiento humano y comprensivo dentro del acto educativo. Por lo tanto, interpreto que el docente de Ciencias de la Salud se constituye epistemológica mente como un mediador emocional capaz de integrar todos estos elementos científicos y humanos, resaltando en ello la empatía y la escucha activa que enriquecen la enseñanza además de transformar la experiencia formativa en un proceso de cuidado, crecimiento y responsabilidad compartida. De acuerdo con Beheshti et al. (2024) sostienen que:

(...) la comunicación afectiva es la clave para una relación exitosa entre médicos y pacientes, donde la empatía facilita dicho proceso; sin embargo, los estudiantes de medicina no siempre mantienen un estilo de escucha particular, sino que aquellos con mayores competencias empáticas parecen ser capaces de alterar entre estilos de escucha con flexibilidad, mostrando así una disposición más profunda hacia la comprensión del otro (s/n).

En esos términos, encuentro en esta reflexión la necesidad de significar al docente de Ciencias de la Salud en su ser y hacer, en tanto su acto pedagógico exige una empatía activa que trasciende la transmisión de conocimientos especializados hacia la formación de médicos

sensibles, capaces de escuchar no sólo datos clínicos, también las narrativas emocionales de sus pacientes y estudiantes. Ello implica que el ejercicio pedagógico no se reduzca a una técnica, sino que se configure como un encuentro humano sensible, donde la escucha activa se fundamenta como el puente de sentido, ética y compromiso emocional.

Subcategoría: Serenidad y resiliencia

La inteligencia emocional me permite reconocer la carga emocional que los estudiantes enfrentan al aproximarse a la realidad del cáncer por ejemplo y, a la vez, me impulsa a modelar actitudes de serenidad y resiliencia. En el aula, significa ofrecer un espacio donde la rigurosidad académica se equilibra con la comprensión de los miedos y expectativas del estudiante, favoreciendo el aprendizaje además de su crecimiento como ser humano y futuro médico (SERRES, ASB, L: 19-27); También, las discusiones de casos reales, han sido espacios donde se manifiestan muchas expectativas, dudas y a veces, frustraciones. En ese momento he aprendido a moderar el clima emocional, manteniendo la calma, ofreciendo palabras de aliento y promoviendo un ambiente de respeto y consideración a las opiniones diversas (SERRES, ASC, L: 151-156)

Las voces conjuntas de los actores sociales B (ASB) y C (ASC) se configura como un Constructo epistemológico que devela cómo el ser y hacer del docente de Ciencias de la Salud, se fundamenta en la serenidad y la resiliencia como expresiones vivas de la inteligencia emocional. Mientras el actor social B (ASB) clarifica que el hecho de acompañar al estudiante en el dolor y la incertidumbre frente al cáncer, exige modelar actitudes serenas que sostienen tanto el aprendizaje científico como el crecimiento humano.

Por su parte, el actor social C (ASC) complementa este horizonte al situar la práctica docente en la moderación del clima emocional durante las discusiones de casos reales, en tanto la diversidad de expectativas, dudas y frustraciones, encuentran cause formativo a través de la calma, el aliento y el respeto; en su convergencia, ambas voces develan que la inteligencia emocional en el ámbito formativo no se limita a un recurso instrumental, va más allá en tanto principio ético-pedagógico que orienta al docente hacia una praxis capaz de integrar el rigor académico con la comprensión profunda de la vulnerabilidad humana. En términos de Waddimba et al. (2026) destacan en sus investigaciones, que:

(...) los profesionales más resiliencia es experimentaron satisfacción frecuente, gratificación de sus necesidades relacionales, mejor tolerancia la incertidumbre, carga de trabajo más ligeras y ejercían en unidades como más colegas; de hecho, la resiliencia se asoció de manera más fuerte con la capacidad de afrontar la incertidumbre y con la satisfacción en la práctica (s/n).

Dado estos escenarios, encuentro que en mi perspectiva, esta evidencia me lleva a sustentar la necesidad de significar al docente de Ciencias de la Salud, como un sujeto que en su ser y hacer da cabida a la serenidad y la resiliencia en el acto pedagógico, al asumir la serenidad regula el clima emocional en medio de la incertidumbre inherente al aprendizaje clínico, y la resiliencia por su parte, modela al estudiante en la posibilidad de crecer en la diversidad, transformando el estrés académico en una oportunidad de formación ética, científica y de gran sensibilidad humana.

Subcategoría: autocontrol y autorregulación

(...) capacidad de los docentes para manejar sus propias emociones frente al estrés quirúrgico o la presión académica, en tanto su autocontrol y autorregulación emocional sirvan de modelo para los estudiantes (AUTCAUTR, ASB, L: 159-162).

Desde la voz del actor social B (ASB) emerge como dato anómalo profundamente develador, esta subcategoría que coloca en primer plano la dimensión del autocontrol y la autorregulación como componentes invisibles, pero esenciales, en el ser y hacer del docente de Ciencias de la Salud. En este trozo discursivo, se refleja que la capacidad del docente para sostener la calma frente al estrés quirúrgico o la presión académica, no se limita a una respuesta individual de afrontamiento, sino que se convierte en un acto pedagógico tácito, en tanto, constituye un modelo de referencia para los estudiantes, quienes aprenden la especialidad y los saberes concretos en las formas de habitar emocionalmente la complejidad clínica.

Esta interpretación me permitió comprender que el docente sustenta un Constructo epistemológico donde el dominio de las emociones es parte de la enseñanza, mostrando que la inteligencia emocional trasciende la teoría y se plasma en la praxis cotidiana, enseñando desde el ejemplo, a transformar la presión en serenidad y la vulnerabilidad en fortaleza ética y formativa. En palabras de Kadovic et al. (2022) se distingue que: "la regulación y el control emocional implican la capacidad de una persona para responder a las demandas estresantes y experiencias emocionales de manera socialmente aceptable y adaptativa" (s/n).

Esta afirmación, traducida y comprendida desde mi praxis pedagógica, me permite sostener que el docente de Ciencias de la Salud, al autorregular sus emociones frente a la presión quirúrgica, los dilemas éticos o la exigencia académica, protege su bienestar profesional al

tiempo que ofrece a sus estudiantes, un referente significativo acerca de cómo navegar la incertidumbre sin perder la serenidad. De modo que, el autocontrol no es un mero rasgo individual, se trata de una práctica pedagógica que fortalece la resiliencia colectiva y orienta al futuro médico hacia una integración equilibrada de lo humano y lo científico en el cuidado de la salud.

Subcategoría: Clima emocional positivo

(...) se puede destacar la importancia de la empatía auténtica, no sólo con los estudiantes, sino también con los pacientes y sus familias, creando un espacio donde las emociones se validan y se integran al aprendizaje clínico. Debo añadir igualmente que el reconocimiento de la alegría, la motivación y la satisfacción que surge al ver progresar en los estudiantes, contribuye a un clima emocional positivo y enriquecedor en el aula (CLIEMP, ASB, L: 163-170); Posteriormente, diseñé actividades progresivas de entrenamiento guiadas, combinando retroalimentación personalizada, modelado de habilidades y al mismo tiempo un refuerzo positivo permanente con este enfoque, transformé la experiencia de los estudiantes que ganaron un clima de mayor confianza, mejoraron su desempeño técnico y emocional, y el aula se convirtió en un espacio de aprendizaje seguro, colaborativo e inspirador. La vivencia consolidó en mí la convicción de la enseñanza en Ciencias de la Salud con sus implicaciones de acompañar tanto la mente como el corazón de los estudiantes (CLIEMPO, ASC, L: 80-90); una de las circunstancias más críticas que he vivido como docente ocurrió cuando un estudiante, durante una práctica de endoscopia, se vio profundamente afectado al presenciar el hallazgo de una lesión grave en el tracto digestivo de un paciente. Noté en su rostro el impacto de comprender que detrás de cada diagnóstico hay una vida que puede cambiar drásticamente. En ese instante, entendí que mi tarea no era sólo explicar el procedimiento, sino acompañar al estudiante en el manejo de su propia reacción emocional, ayudándole a canalizar su sensibilidad, sin perder la claridad profesional. Esa vivencia me confirmó que la inteligencia emocional es esencial en la enseñanza de la medicina, en tanto permite formar especialistas que no sólo sepan interpretar imágenes o reportar clínicos, sino que también desarrollen la capacidad de sostener al otro, sea paciente o colega, con empatía y humanidad (CLIEMP, ASC, L: 168-184); Otra situación significativa que te puedo contar ha sido en los trabajos grupales, cuando observo que los estudiantes negocian, se reparten roles y enfrentan diferencias, lo que me enseña mucho sobre la manera que debo intervenir, no para resolver el problema, sino para ayudarlos a verse como equipos en coordinación. Esa vivencia me recuerda que mi papel fundamental no es solamente enseñar técnicas médicas, se trata de crear un ambiente donde ellos aprendan a convivir profesionalmente (CLIEMPO, ASD, L: 131-139).

Al interpretar las voces de los actores sociales B (ASB), C (ASC) y D (ASD) en torno a la subcategoría emergente clima emocional positivo, advierto un entramado epistemológico donde la inteligencia emocional se fundamenta en el ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud, al punto que el actor social B (ASB) otorga centralidad a la empatía auténtica y al reconocimiento de la alegría compartida como motor de motivación y validación de las emociones en el proceso formativo; el actor social C (ASC), por su parte, profundiza en la relevancia de diseñar estrategias pedagógicas que integren la retroalimentación, el modelado y el refuerzo positivo, consolidando

un espacio seguro y colaborativo, sin embargo, se ha de asumir que el acompañamiento docente trascienda lo técnico, en tanto requiere sostener al estudiante en el impacto emocional de la práctica clínica, sin perder la claridad profesional.

En términos de la narrativa del actor social D (ASD) se respalda que el verdadero alcance de la enseñanza no radica únicamente en transmitir los conocimientos especializados en Ciencias de la Salud, va orientado a la generación de un ambiente donde los futuros médicos aprendan a convivir, negociar y reconocerse como sujetos profesionales. Todos ellos en conjunto, configuran a través de sus narrativas un Constructo que devela al docente como mediador afectivo y cognitivo que, al propiciar un clima emocional positivo, integra el saber con la humanidad, y forman profesionales capaces de responder con empatía y sensibilidad a las demandas compleja del cuidado de la salud.

En esta subcategoría emergente reconozco que el clima emocional positivo en el acto pedagógico del médico-docente, constituye un terreno fértil donde el ser y hacer académico se entrelazan con la humanidad de los estudiantes. En palabras de Toufan et al. (2023) distingue en la siguiente cita traducida que:

(...) las emociones son universales en los escenarios académicos y clínicos; un estudiante puede esperar el éxito, preocuparse por el fracaso o sentirse aliviado después de un examen, y estos sentimientos inciden innegablemente en su motivación, esfuerzo, rendimiento académico y progreso (s/n).

En conformidad con la postura de los precitados autores, sustento que el ejercicio pedagógico en Ciencias de la Salud, se ancla en la capacidad del docente para modelar un ambiente emocionalmente constructivo, en el cual cada emoción, incluso aquellas que suelen percibirse como negativas, pueden ser transformadas en un recurso pedagógico. Es por ello que, el clima emocional positivo es representativo del ser y hacer del docente bajo una condición significativa que potencia la autogestión del aprendizaje, la motivación intrínseca y la consolidación de un vínculo ético y humano en la formación del futuro profesional de la salud.

Ahora bien, los sentidos y significados atribuidos a la categoría aspectos de la inteligencia emocional, se manifiestan como un entramado integral de competencias afectivas y pedagógica, en el cual los actores sociales evidenciaron la empatía y la escucha activa, la serenidad y la resiliencia, el autocontrol y la autorregulación, así como el clima emocional positivo como parte

de estos aspectos emocionales que no operan aisladamente, sino en un diálogo constante potenciando la calidad del acto pedagógico en Ciencias de la Salud.



Figura 7. Categoría aspectos de la inteligencia emocional y sus subcategorías

Fuente: elaboración propia (2025)

Estas subcategorías emergentes se complementan entre sí, mostrando que la formación del docente implica un equilibrio entre la dimensión técnica, ética y humana, donde sostener al estudiante en su aprendizaje emocional, se convierte en un eje medular de la praxis docente. Esta conexión semántica interpretativa me permitió representar visualmente las interrelaciones en la figura 7, como una síntesis epistemológica del ser y hacer del médico-docente, reflejando la integralidad de la inteligencia emocional en la educación en salud. En esa misma continuidad,

la complementariedad semántica entre las subcategorías dio cabida a la construcción de las categorías intermedias presentadas en la figura 8.

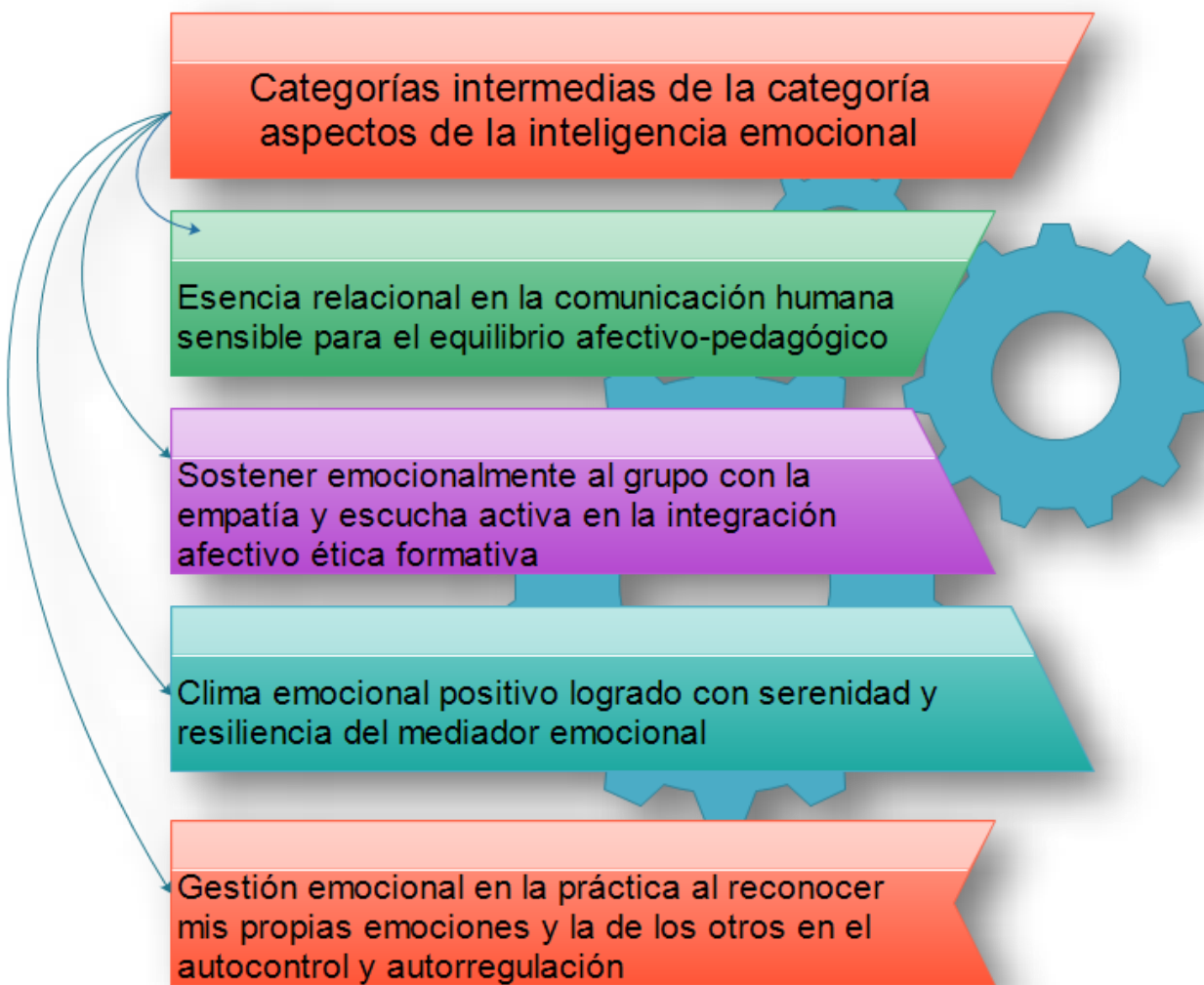


Figura 8. Categorías intermedias de aspectos de la inteligencia emocional

Fuente: elaboración propia (2025)

El proceso analítico que denota la construcción de nuevas categorías, tal como se visualizan en la figura 8, siendo producto de la síntesis comprensiva sustentada en la observación atenta y la comprensión profunda de los aspectos mencionados por los actores sociales en la

realidad del fenómeno de estudio, permitiendo que las experiencias individuales se transformen en construcciones teóricas significativas. Como bien lo señalan Naeem et al. (2023):

(...) el análisis temático es una técnica muy popular entre los investigadores cualitativos para analizar datos cualitativos, que usualmente presentan información descriptiva densa. Sin embargo, la aplicación y el uso del análisis temático también han implicado complicaciones debido a la confusión en torno a la presentación del resultado final como un modelo conceptual. (...) Así un proceso sistemático de análisis temático para crear un modelo conceptual a partir de hallazgos de investigación cualitativa proporciona una hoja de ruta metodológica, que mejora el rigor y la réplica habilidad del análisis temático y ofrece una estrategia integral para la conceptualización teórica de la investigación cualitativa (s/n).

Dadas estas especificaciones, evidencio que mediante la selección de palabras clave, codificación, tematización e interpretación sistemática, pude identificar los patrones significativos que describen la realidad de los participantes, así también derivé categorías intermedias con potencial conceptualización, fortaleciendo la construcción de nuevas categorías de mayor densidad teórica, como macroconceptos que integran la complejidad del fenómeno indagado y la riqueza de las voces recolectadas más allá de sus vivencias y experiencias en términos de la trascendencia fenomenológica.

De esta manera, apliqué la síntesis comprensiva convirtiéndose en un instrumento epistemológico que legitima y estructura el conocimiento generado desde las experiencias de los actores sociales asegurando coherencia, profundidad y pertinencia en la representatividad de los hallazgos. La complementariedad sobre lo argumentado, cobra relevancia en la investigación de Bingham (2023), según el cual:

El análisis cualitativo riguroso y confiable es sistemático, organizado y de naturaleza iterativa. Dado el nivel de detalle y la abundancia de datos que los estudios cualitativos pueden producir, este proceso suele ser demandante y abrumador. Por ello, los investigadores cualitativos deben seleccionar estrategias analíticas que le permitan equilibrar la organización de los datos, el propósito del estudio, las preocupaciones teóricas y conceptuales, así como la naturaleza inductiva del trabajo cualitativo. En otras palabras, se trata de mantener la claridad de los marcos conceptuales que orientaron la indagación, al mismo tiempo que se cultiva la apertura a los hallazgos imprevistos que emergen del contacto con los actores sociales (s/n).

Con esta cita, puedo argumentar que la síntesis comprensiva además de agrupar códigos o temas emergentes, elevó a un nivel superior de atracción, la realidad del fenómeno de estudio en los puntos referidos a los aspectos de la inteligencia emocional, en sus distintas subcategorías emergentes integradas, al articular las voces de los actores sociales con senderos teóricos

preexistentes y permitiendo la emergencia de nuevas categorías que en este caso, luego de las categorías intermedias, se construyeron los macroconceptos, visualizados en la figura 9, como la apertura al camino de la teorización situada, donde lo inductivo (lo emergente de la información) dialoga con lo deductivo (las categorías iniciadoras del proceso y los argumentos teóricos de los autores), produciendo un andamiaje interpretativo que enriquece el fenómeno indagado y garantiza credibilidad, transferir a y confiabilidad en los hallazgos.



Figura 9. Macroconceptos de aspectos de la inteligencia emocional

Fuente: elaboración propia (2025)

Categoría: Ser y hacer del docente

Subcategoría: Sensibilidad humana

(...) No basta con enseñar procedimientos quirúrgicos; es indispensable generar una confianza, empatía y el acercamiento con nuestros estudiantes en tanto el futuro profesional de la salud requiere estas destrezas clínicas con manifestaciones de sensibilidad humana (SENHUM, ASA, L: 23-27); Me esfuerzo por ser más cercano a ellos, crear un clima de confianza y fomentar en ellos la seguridad para saber que cualquier error que se cometa es parte de los aprendizajes. (...) Mi praxis docente entonces, se construye sobre la convicción que educar en Ciencias de la Salud, significa también formar en humanidad (SENHUM, ASA, L: 28-30); Estas experiencias fortalecen mi capacidad de ser un docente consciente, capaz de integrar la inteligencia emocional en cada interacción y orientar el crecimiento humano y profesional de quienes forman parte del aula (SENHUM, ASB, L: 141-144); Recuerdo una vivencia que se convirtió en un nudo crítico en mi praxis docente porque marcó profundamente mi forma de relacionarme con los estudiantes, eso sucedió durante un módulo de prácticas clínicas, donde un grupo de alumnos mostraba resistencia a enfrentar procedimientos endoscópicos más complejos, tenían tanto temor y desconfianza en sus habilidades, que ello limitaba su accionar como respuesta a mis solicitudes como docente (SENHUM, ASC, L: 62-70). Esta transformación ha sido, en esencia, un proceso de maduración que hace de un docente transmisor de conocimientos disciplinares a un formador que acompaña procesos de vida, valorando siempre la dimensión ética y humana que nos define en el ejercicio de la medicina (SENHUM, ASC, L: 123-131).

Al significar las voces de los actores sociales A (ASA), B (ASB) y C (ASC), me reconozco en la vivencia de un ser docente que trasciende sus propias disciplinas de enseñanza, al tiempo que descubro que enseñar en el ámbito de la ciencia de la salud, implica entretelar aspectos clave de la confianza, empatía y cercanía como hilos de una sensibilidad humana que sostiene la formación integral. En esta experiencia, advierto que mi ser docente además del dominio disciplinar, transforma las actividades y procesos en un acompañamiento vital, donde el error adquiere valor pedagógico y la seguridad se fortalecen un clima de respeto y humanidad compartida.

Esta maduración epistémica me permite comprender que la esencia de mi praxis pedagógica también valora el acto de instruir, además de ser un formador ético, capaz de cultivar en los estudiantes las competencias clínicas correspondientes al área de mi conocimiento, así como la conciencia que la medicina es, ante todo, una práctica profundamente humana, que connota la sensibilidad, la empatía y la capacidad de acompañar procesos de vida constituyen dimensiones esenciales que resignifican la enseñanza, consolidando un compromiso integral con la formación de profesionales responsables, reflexivos y humanamente comprometidos.

La vivencia y experiencia que reflejaron los actores sociales A (ASA), B (ASB) y C (ASC) en la realidad del fenómeno de estudio, donde reconocen que el ser y hacer en el acto pedagógico debe estar profundamente atravesado por la sensibilidad humana, como recurso didáctico y núcleo mismo de la praxis formativa. Tal como lo afirma Liao (2017), en la siguiente cita traducida textualmente, donde señala aspectos de sus investigaciones, dado que:

(...) las preocupantes tendencias de depresión, agotamiento y disminución de la empatía se han demostrado entre los residentes. Argumento que, si bien las intervenciones en la educación médica son útiles, una nueva perspectiva sobre el problema requiere la comprensión más fundamental de esta situación. En lugar de entrenar a los médicos para que actúen de ciertas maneras, primero debemos reconocer que los médicos son, ante todo, personas. Este principio central constituye la base del marco que los educadores pueden utilizar para ayudar a los estudiantes (...) Reconocer la humanidad en todos nosotros es la base del marco (s/n).

Estas reflexiones significadas por el precitado autor, me invitan a replantear ni el rol, al entender que soy un ser humano que acompaña a otros en su transitar formativo, lo que significa que la empatía, el reconocimiento de nuestras propias limitaciones, la integración de la vida personal y profesional, además de la aceptación de nuestra vulnerabilidad, se convierten en pilares para cultivar un acto pedagógico humanizado en Ciencias de la Salud, capaz de sostener éticamente a quienes se preparan para ejercer la medicina como práctica científica, y al mismo tiempo, como práctica esencialmente humana.

Subcategoría: Formación integral

(...) Esa vivencia me permitió constatar que mi ser y hacer como docente no se limita a la transmisión de una enseñanza exclusivamente técnica, se trata de ir formando profesionales íntegros, capaces de unir conocimiento clínico y madurez emocional para que puedan responder con la humanidad requerida en estos escenarios de alta presión (FORMIN, ASA, L: 50-56); he venido comprendiendo que la verdadera enseñanza en Ciencias de la Salud no se reduce a procedimientos y diagnósticos, debemos ir más allá de nuestro horizonte en el aula para exigir una conexión humana y ética con los estudiantes, a través de nuestro modelo de docente porque más tarde ellos van a multiplicar estos efectos o bien con los pacientes o bien con otros estudiantes (FORMIN, ASC, L: 102-109).

Reconozco en estos trozos discursivos mencionados por los actores sociales A (ASA) y C (ASC) el sentido profundo del ser y hacer que no puede quedar atrapado en la frontera de lo meramente especializado de orden disciplinar; comprendo, a la luz de las experiencias compartidas por mis colegas, que enseñar Ciencias de la Salud implica acompañar la formación

de profesionales integrales, capaces de articular el conocimiento clínico con la madurez emocional que demanda la vida real en contextos de alta presión.

En este tránsito, descubro que mi rol al igual que los actores sociales mencionados, no se limita a transmitir procedimientos o diagnósticos, debemos ir más allá en el despliegue de una praxis que exige sensibilidad a ética, humanidad y compromiso de modelar con el ejemplo, aquello que pretendemos sembrar en nuestros estudiantes. Desde esta perspectiva, mi quehacer se convierte en una acción transformadora que trasciende el aula, pues cada gesto, cada diálogo y cada acompañamiento pedagógico, van moldeando los futuros médicos además de considerarlos como seres humanos dispuestos a replicar en sus pacientes y en las nuevas generaciones, una medicina con rostro humano, sostenida en la integralidad de lo profesional y lo ético.

En mi reflejo comprensivo sobre la realidad mencionada en términos de la formación integral del futuro médico, sustento que en el ser y hacer dentro de las Ciencias de la Salud, se reconocen exigencias que trascienden los objetivos curriculares hacia una praxis que armonice valores humanos y destrezas clínicas. En este orden de ideas, Briedé et al. (2022) señalan en la siguiente cita traducida textualmente, que:

(...) las discusiones sobre decisiones de cuidado están destinadas a alinear el tratamiento con los deseos, metas y valores del paciente; superar las numerosas barreras para tales diálogos requiere un apoyo específico tanto para médicos como para pacientes, en tanto los profesionales, tras recibir formación integral, se sienten mejor preparados para abordar estas conversaciones, mientras que los pacientes reconocen estas herramientas como valiosas para su comprensión y participación (s/n).

A partir de estos razonamientos, comprendo que la construcción de un médico íntegro en la realidad del fenómeno de estudio, tiene sus implicaciones de interés al dotarlo además de los conocimientos biomédicos, de la capacidad de ética, comunicativa y reflexiva necesaria para acompañar al paciente en la toma de decisiones, consolidando así una medicina centrada en la persona y no únicamente en la enfermedad.

Subcategoría: Interacción sensible

(...) Te puedo contar que hubo una vivencia que transformó mi manera de relacionarme con los estudiantes durante mis primeros años en esta dinámica educativa, sucedió cuando un alumno se me acercó después de clase, con evidente nerviosismo, para expresarme que sentía miedo de

participar porque temía equivocarse frente a sus compañeros y que luego pudiera ser objeto de burla o algo por el estilo, entonces aquella confesión me confrontó con la responsabilidad de saber que esta interacción humana es sensible (INTSEN, ASA; L: 61-70); Esa vivencia marcó mi manera de ser docente desde mi sensibilidad, desde adentro, porque me mostró que en el aula de Ciencias de la Salud no basta con transmitir protocolos, se debe dar cabida a sostener un ambiente emocionalmente equilibrado en los estudiantes en medio de sus incertidumbres y riesgos (INTSEN, ASD; L: 48-53).

Dadas las consideraciones que develé en las voces de los actores sociales A (ASA) y D (ASD), reconozco en estas manifestaciones una verdad que también interpela mi propio ser y hacer, dada la interacción sensible indispensable en la práctica docente como núcleo que humaniza la enseñanza. Comprendí, al escuchar sus esencias como un estudiante confesaba su miedo de ser juzgado, en tanto el rol fundamental en esta parte del escenario educativo no podía limitarse a la transmisión de conocimientos de manera exclusiva, sino que debía sostener el espacio emocional en el cual esos saberes cobran sentido.

De igual manera, la experiencia de reconocer que en el aula conviven aspectos del ser humano como la incertidumbre, los riesgos y las fragilidades, también me obliga a ejercer una pedagogía respaldada en la seguridad emocional al fomentar espacios de confianza, y desde allí es posible formar profesionales íntegros, capaces de responder a la vulnerabilidad humana de sus pacientes y a la suya propia. Comprendo que el futuro médico, mantiene el requerimiento de asumir que la sensibilidad moral constituye el fundamento de la interacción sensible en el ser y hacer de las Ciencias de la Salud. Tal como lo expresan Nejadsarvari et al. (2015) en la siguiente cita traducida textualmente:

(...) los servicios de salud representan una medida moral de gran relevancia, pues su propósito esencial es garantizar el bienestar de quienes requieren tratamiento y cuidado. La sensibilidad moral se entiende como la capacidad de identificar el problema moral existente y comprender las consecuencias que las decisiones adoptadas generan en el paciente (s/n).

Esta cita interpela la propia práctica del médico-docente en términos de cada decisión clínica donde debe reconocerse que se trata de una postura que conlleva la responsabilidad ética trascendente más allá de lo disciplinar y exige un encuentro humano basado en el reconocimiento de la vulnerabilidad del otro. En este sentido, la interacción sensible es un valor formativo indispensable a conceder en esa formación trascendente del futuro médico, lo que significa una forma de resguardar la dignidad del paciente y de la misma integridad profesional frente a los dilemas y tensiones inherentes a la práctica médica en sus aspectos de decisiones.

Subcategoría: Vínculo formativo auténtico

(...) Esta experiencia marcó profundamente mi praxis docente, recordándome que la inteligencia emocional no es un recurso innecesario sino indispensable y el núcleo que posibilita vínculos auténticos, donde los estudiantes se sientan reconocidos, fortalecidos y motivados para crecer en su ser y hacer profesional (VINFAUT, ASA, L: 81-87); Esa experiencia me llevó a transformar mi práctica, en tanto comprendí que la enseñanza más allá de exigir esa transmisión técnica quirúrgica o fundamentos oncológicos, propio de mi especialidad, debo cultivar resiliencia, empatía y autocontrol. Desde entonces, mi ser y hacer como docente se configura en un vínculo más humano, donde la exigencia académica convive con la cercanía afectiva de modo que esa vivencia, me enseñó que el verdadero aprendizaje emerge cuando el estudiante se siente comprendido y respetado en su integridad (VINFAUT, ASB, L: 74-83); Desde ese punto de vista, he aprendido a escuchar más, a tener más atención en sus actitudes para poder comprender mejor los diferentes ritmos de aprendizaje y a reconocer la carga emocional que cada uno de ellos enfrenta en sus realidades sociales y académicas, cuyos efectos mantienen también la tendencia al ejercer sus actividades y procesos en un campo tan exigente como la salud (VINFAUT, ASC, L: 110-117); Desde entonces, cada encuentro con mis estudiantes lo vivo, no únicamente como una oportunidad para enseñar conocimientos de la especialidad, sino que me atrevo a cultivar un espacio de diálogo auténtico que dignifique sus emociones y las integre en el desarrollo de los objetivos curriculares (VINFAUT, ASD, L: 80-85); Por eso, en mi labor docente, veo la inteligencia emocional como la fibra que conecta el saber con el ser. Y cuando un futuro cardiólogo logra integrar su excelencia técnica con susceptibilidad y sensibilidad humana, entonces siento que mi tarea está avanzando en ese cumplimiento, he comprendido que formar estos especialistas competentes, como médicos deben ser capaces de escuchar el corazón de otro ser humano en toda su complejidad (VINFAUT, ASD, L: 171-178).

Las voces de los actores sociales convergen en un constructo epistemológico donde el ser y hacer del docente en ciencias de salud, lo resignifico dado la capacidad de entretrejer conocimientos especializados con la sensibilidad humana, al develarme que la inteligencia emocional constituye el eje articulador del vínculo formativa auténtico. En esos términos, el actor social A (ASA) reconoce que la praxis educativa sólo adquiere sentido cuando la emocionalidad se convierte en el núcleo que fortalece y motiva al estudiante; por su parte, el actor social B (ASB) advierte que el verdadero aprendizaje emerge en la fusión de la exigencia académica con la cercanía empática, donde resiliencia y autocontrol permiten humanizar la relación pedagógica.

En el mismo orden de ideas, el actor social C (ASC) hace hincapié en la escucha y la atención a la diversidad de ritmos y cargas emocionales como clave para comprender la experiencia de los futuros profesionales en escenarios de alta demanda; mientras que el actor social D (ASD), en una doble reflexión, destaca la necesidad de generar espacios de diálogo que dignifiquen las emociones y, a la vez, resalten la excelencia técnica que se completa únicamente

cuando se acompaña de sensibilidad humana, capaz de escuchar el corazón del otro, en toda la complejidad del acto pedagógico.

De este modo, el constructo que emerge lo admito como el vínculo formativo auténtico que no se agota en la transmisión de saberes médicos, se configura como un acto pedagógico integral, donde el docente se constituye en el mediador de humanidad, sensibilidad y profesionalidad en el proceso formativo. He comprendido que el vínculo formativo auténtico se manifiesta en la interacción profunda y sensible con los estudiantes, donde la enseñanza más allá de las técnicas y métodos, se aborda en términos de un proceso relacional que integran evaluación formativa, acompañamiento emocional y retroalimentación contextualizada. Tal como destacan Andreassen y Malling (2019), en la cita que extraje y traduce:

(...) El uso de métodos de evaluación formativa enfatiza en el entorno clínico la idea que no es un ejercicio neutral ni independiente del contexto, sino que se ve afectado por la multitud de factores, tales como las relaciones colegiales, las previsiones educativas, cuestiones emocionales y formas sutiles de resistencia (s/n).

Dado estos escenarios evidencio que, en términos de evaluación formativa, lejos de ser un acto mecánico o aislado se ve mediada por relaciones interpersonales, tradiciones educativas y la dimensión emocional de los estudiantes y docentes, lo que hace ver la necesidad de cultivar un vínculo pedagógico auténtico. Desde esta perspectiva, mi praxis pedagógica se orienta a generar espacios donde la confianza, empatía y escucha activa faciliten que los futuros médicos adquieran las habilidades clínicas, así como el desarrollo de la sensibilidad a ética y humanas, permitiéndoles crecer en su integridad profesional al responder con humanidad en contextos de alta exigencia clínica.

Subcategoría: Evolución pedagógica

(...) he sentido desde mi experiencia un sistema de actividades y procesos que puedo decir han mejorado en mis años de servicio como docente, mi forma de enseñar y estar con los estudiantes ha experimentado una transformación significativa, encuentro que en estos escenarios he avanzado en la madurez personal y profesional, como es lógico, al inicio de mi carrera docente, mi enfoque estaba centrado casi exclusivamente en la transmisión rigurosa de conocimientos de la especialidad y propios de la disciplina del quirófano (EVOPEDA, ASA; L: 89-99); recuerdo con especial claridad a una experiencia en la cual la inteligencia emocional se convirtió en el verdadero eje de mi ser y hacer como docente. Te explico, durante una clase práctica, un estudiante mostró una fuerte reacción emocional frente a la magnitud del sufrimiento de un paciente oncológico. Más que detenerme únicamente en los aspectos técnicos del procedimiento quirúrgico,

comprendí que era el momento de enseñar desde la dimensión humana, los ajustes a este tipo de comportamiento sensible frente al otro de manera que invité al grupo a reflexionar sobre la importancia de reconocer nuestras propias emociones, sin que éstas paralicen nuestro actuar profesional (EVOPEDA, ASB; L: 32-45); Le puedo compartir que mi forma de enseñar y estar con los estudiantes se ha ido transformando, como es natural, de manera profunda a lo largo del tiempo porque al inicio de mi trayectoria docente, mi enfoque era principalmente concentrado en la disciplina del conocimiento, es decir del seminario que me correspondía en Ciencias de la Salud, orientado a transmitir con precisión los contenidos curriculares asociados a la gastroenterología y la endoscopia digestiva (EVOPEDA, ASC; L: 93-101); Ahí encuentro significativo mencionar que mi forma de enseñar y de estar con los estudiantes ha pasado por una transformación que considero parte de mi propio proceso de autoformación. Al inicio, mis enfoques estaban centrados en transmitir esos conocimientos técnicos que solicita el programa respectivo y asegurarme que los estudiantes cumplieran con los estándares académicos de calidad además de la disciplina que se exige para cubrir todas estas expectativas de la medicina (EVOPEDA, ASD; L: 88-96).

Las voces conectadas de los actores sociales A (ASA), B (ASB), C (ASC) y D (ASD), devela en estos trozos discursivos, un tránsito pedagógico marcado por la maduración del ser y hacer docente en Ciencias de la Salud, encontrando significancia en la evolución pedagógica más allá de lo disciplinar, en tanto que resignifica la praxis formativa capaz de integrar la dimensión técnica con la emocional y ética. Tal como lo manifiestan los actores sociales A (ASA) y C (ASC) cuando evocan un inicio centrado en la rigurosidad de los contenidos propios de sus especialidades, reconociendo que su práctica docente fue ganando complejidad y humanidad, en la medida que avanzaron en su experiencia, desplazando el eje disciplinar hacia el acompañamiento integral. Por su parte, el actor social B (ASB) aporta una vivencia medular al narrar que la inteligencia emocional, emergiendo en situaciones críticas, se convierte en fundamento de su ser y hacer docente, al promover la reflexión de los estudiantes sobre sus emociones, sin que estas comprometan su desempeño profesional.

En este ámbito de referencia, también tenemos la voz del actor social D (ASD), en consonancia con lo mencionado anteriormente, cuando reafirma que la transformación pedagógica se sedimenta en un proceso de autoformación, en tanto, la exigencia académica se entreteje con el compromiso de formar competencias técnicas, así como profesionales capaces de sostener la disciplina con sensibilidad humana. En conjunto, estas voces configuran un constructo epistemológico que me devela la transición del docente de Ciencias de la Salud en términos cambiantes desde trasmisor de saberes técnico a formador integral, reconociendo la evolución pedagógica que se convierte en un camino hacia la conjunción entre conocimiento, emociones y ética en el ejercicio educativo de la medicina. Reconozco que la evolución

pedagógica en el ser y hacer del docente en el ámbito de las Ciencias de la Salud, implica un tan alto de saberes técnicos significados en una praxis reflexiva y consciente que valora la relación pedagógica como eje medular de la formación. Tal como lo mencionan Matthes y Rotthoff (2024), en la siguiente cita traducida textualmente:

(...) tener una excelente experiencia médica no significa necesariamente poseer las habilidades para transmitir eficazmente ese conocimiento a los estudiantes. En consecuencia, la formación didáctica de los médicos es ahora un componente central de los programas de desarrollo docente. La buena calidad de la enseñanza surge desde la transmisión competente de información, así como fundamentalmente de la promoción misma del aprendizaje (s/n).

Esta cita resulta profundamente de veladora desde mi perspectiva al sustentar que la evolución pedagógica del docente en Ciencias de la Salud, no se reduce a dominar la pericia clínica, sino que exige un desplazamiento epistemológico y metodológico, en tanto el docente médico debe transformar su identidad profesional al integrar sensibilidad pedagógica, reflexión crítica y estrategias didácticas intencionales que permitan informar además de formar es en este movimiento hacia el reconocimiento de la pedagogía como sabe el saber constitutivo de la docencia en medicina emerge como la verdadera evolución, se trata de superar el paradigma de la enseñanza como repetición técnica para situarla en un horizonte formativo, donde enseñar es, sobre todo, acompañar el aprendizaje humano y profesional del futuro médico.

Subcategoría: Transformación hacia la praxis dialógica

(...) Mi enseñanza ha transitado de un modelo vertical, donde el docente representa la figura incuestionable del hacer educativo, hacia un modo de actuaciones bajo la lógica participativa y dialógica con los otros, donde debo privilegiar la empatía, la escucha atenta y el acompañamiento pedagógico de manera integral (TRADIA, ASA, L: 107-112); te cuento que hubo una vivencia que marcó profundamente mi manera de relacionarme con los estudiantes en el aula en efecto; recuerdo a un grupo de estudiantes en el cual varios de ellos se encontraban desmotivados, enfrentando dificultades personales y académicas reflejadas en su rendimiento y apatía. En lugar de limitarme a exigirles resultados, decidí detener la dinámica de la clase para abrir un espacio de diálogo sincero, cercano, sensible con ellos al punto que debí escucharlos, reconocer sus emociones y validar sus inquietudes como técnica pedagógica que me permitió comprender que, antes de formar especialistas, debo acompañar a los seres humanos con los cuales me relaciono en la cotidianidad del aula (TRADIA, ASB, L: 60-73); Ahora procuro integrar estrategias pedagógicas más dinámicas, con enfoques innovadores, que den paso a la empatía y cabida al diálogo continuo los cuales se deben convertir en el pilar fundamental de esta orientación formativa (TRADIA, ASC, L: 118-122); con el tiempo comprendí que la enseñanza en Ciencias de la Salud, no se limita a impartir conocimientos, se trata de modelar actitudes, valores y formas de enfrentar la realidad clínica. He aprendido a escuchar más, a generar espacios de diálogo y al reconocer que los

estudiantes también son portadores de saberes y experiencias que enriquecen el proceso de enseñanza y aprendizaje (TRADIA, ASD, L: 97-104).

Interpreto que la transformación hacia la praxis dialógica en el ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud, constituye un proceso de profundas reconfiguración profesional y personal, en el cual la docencia más allá de un ejercicio vertical y autoritario cambia hacia un espacio relacional y participativo. Los testimonios de los actores sociales A (ASA), B (ASB), C (ASC) y D (ASD) me refuerzan este pensamiento, evidenciando que esa transformación se centraliza en enfatizar con los estudiantes, reconocer sus emociones y experiencias además de generar espacios de diálogo sincero y cercano, donde la exigencia académica se equilibra con la comprensión humana.

Tal como expresan estos actores sociales, he aprendido que enseñar no es saber qué hacer con los contenidos relacionados con las prácticas clínicas, se trata de acompañar a los estudiantes en su desarrollo integral, generando estrategias pedagógicas innovadoras que permitan validar sus inquietudes, escuchar sus voces además de modelar actitudes y valores esenciales para su futuro profesional.

La praxis dialógica, en este sentido, se fundamenta en un eje formativo indispensable, donde la inteligencia emocional del docente se convierte en el catalizador que permite conciliar la formación especializada con la dimensión humana, promoviendo un aprendizaje trascendente, significativo que fortalece el ser profesional y ético del futuro médico. Sustento que la transformación hacia la praxis dialógica en el ser y hacer del médico docente en Ciencias de la Salud, implica la reconfiguración de la enseñanza al promover una educación centrada en la persona, la empatía y la reflexión crítica. Tal como lo mencionan Kuper et al. (2019), en la siguiente cita traducidas sexualmente:

(...) entrenar a los futuros médicos para proporcionar una atención compasiva, se activa y centrada en la persona sigue siendo un desafío para los educadores médicos. Los diálogos ofrecen una oportunidad para extender la educación centrada en la persona hacia la atención clínica. A diferencia de las discusiones, los diálogos fomentan la con participación de autoridad, experiencia y perspectivas para promover nuevas formas de comprenderse a uno mismo y al mundo. La educación dialógica requiere que docentes y estudiantes involucren su totalidad en una conversación no jerárquica sobre los aspectos humanos y sociales de la atención, incorporando las estrategias de los pacientes para profundizar o transformar las perspectivas y valores de los aprendices, estimulando la reflexión crítica sobre identidades personales y sociales, y sobre cómo las estructuras organizativas afectan estas interacciones (s/n).

Esta cita me muestra que la praxis dialógica constituye un pilar formativo indispensable, además que permite la enseñanza de manera experiencial y efectiva, promoviendo la reflexión ética, la equidad y el reconocimiento de los estudiantes como participantes activos en la construcción del conocimiento y en el desarrollo de competencias humanas y profesionales esenciales para la práctica médica.

Subcategoría: Gestión emocional reflexiva

(...) Les compartí de qué manera, a lo largo de mi trayectoria, he aprendido a transformar la sensibilidad que como seres humanos nos enfrentamos diariamente a nuestro quehacer profesional con los pacientes, en términos de fortaleza, y el temor debemos convertirlo en una prudencia necesaria. Ese espacio se transformó en una lección de vida más que en una clase, porque logré modelar que la inteligencia emocional no niega las emociones, sino que las ordena, las encausa para un servicio más ético, empático y comprometido con la dignidad del paciente además de reconocernos en la formación integral del médico (GESEMREF, ASB, L: 46-56); En estas expectativas la tensión mantenía complicaciones en el ambiente cargado de emociones como la ansiedad, dificultando la transmisión del conocimiento y la integración del aprendizaje práctico. Ante esta situación, implementé una estrategia basada en la inteligencia emocional. En la misma, inicié un proceso de reflexión grupal, para que cada estudiante pudiera expresar sus temores, frustraciones y expectativas sobre la práctica que estábamos a punto de ejecutar (GESEMREF, ASC, L: 71-79).

Interpreto que la gestión emocional reflexiva en el ser y hacer del docente de Ciencias de la Salud, constituye un eje medular para transformar la experiencia educativa en un espacio ético y formativo. Las voces de los actores sociales B (ASB) y C (ASC) evidencian que el docente integra la sensibilidad humana además de la reflexión sobre las emociones propias y ajenas al optimizar la práctica profesional. En esos términos el actor social B (ASB) relata cómo ha aprendido a canalizar la vulnerabilidad y el temor en prudencia, modelando que la inteligencia emocional no suprime las emociones, sino que las ordena para un servicio ético, empático y comprometido con la dignidad del paciente.

Asimismo, el actor social C (ASC) me muestra como la tensión emocional de los estudiantes, reflejada en ansiedad y frustraciones, se aborda mediante estrategias reflexivas de carácter grupal que permiten expresar temores y expectativas, facilitando la integración del conocimiento práctico. En este sentir y hacer del docente en su modo de actuar frente a las experiencias mencionadas, convergen en un Constructo epistemológico que reconoce la gestión emocional reflexiva para fortalecer la enseñanza, y consolidar la formación integral del futuro

médico, articulando el dominio técnico con la comprensión humanística y la autorregulación emocional. Comprendo que la gestión emocional reflexiva en el ser y hacer del médico docente constituye un componente indispensable para la formación integral del futuro profesional en Ciencias de la Salud. Al respecto Lange et al. (2024) destacan en la siguiente cita que traduje textualmente:

(...) las emociones de todos los involucrados en el encuentro clínico son centrales para el proceso de atención médica; sin embargo, persiste una brecha en la educación médica respecto al reconocimiento y manejo de las propias emociones de los médicos y estudiantes de medicina. Las habilidades de autorregulación emocional incluyen la capacidad de evaluar y monitorear pensamientos, comportamientos, emociones y atención para un desempeño óptimo y bienestar, así como un enfoque reflexivo y consciente de la práctica (s/n).

Este razonamiento me da a entender que la praxis educativa debe trascender la mera instrucción técnica al propiciar espacios donde el futuro médico aprenda a identificar, reflexionar y gestionar sus propias emociones, fortaleciendo su resiliencia, autocuidado y capacidad de ofrecer una atención centrada en la dignidad del paciente. La gestión emocional reflexiva, por tanto, se articula como un eje epistemológico que integra la dimensión humana con la competencia profesional, consolidando la formación de médicos capaces de conjugar conocimiento, sensibilidad y autocontrol en escenarios clínicos complejos.

Subcategoría: Enseñanza participativa

(...) Encuentro pertinencia en la tutoría clínica, donde el acompañamiento en rotaciones quirúrgicas y las discusiones de casos complejos, permiten transmitir conocimiento técnico del área correspondiente (ENSPART, ASB; L: 124-127)

La voz del actor social B (ASB) de manera sorprendente me revela que la enseñanza participativa se muestra como un Constructo epistemológico trascendente en Ciencias de la Salud, dado el énfasis en la historia clínica, el acompañamiento en rotaciones quirúrgicas y la problematización de casos complejos que constituyen un hacer pedagógico significativo y una praxis del ser docente en la cual la inteligencia emocional se convierte en eje articulador de la relación formativas. Este testimonio me da a entender como docente que al situarme en la intersección entre lo técnico y lo humano, reafirmo una identidad pedagógica dialógica, donde la enseñanza participativa se resignifica como espacio de co-construcción del saber y del acompañamiento empático que modela resiliencia, pensamiento crítico y sensibilidad clínica en

los futuros profesionales. En este orden de ideas, presento la cita traducida de Rubio et al. (2018) quienes sostienen lo siguiente:

(...) la implementación de metodologías participativas, basadas en actividades prácticas como el análisis de base de datos y la elaboración de informes científicos, no sólo mejora la comprensión conceptual de la estadística y la epidemiología en los estudiantes de medicina, sino que transforma su percepción sobre la utilidad clínica de estas disciplinas, generando actitudes más favorables hacia su aplicación profesional (s/n).

Esta afirmación me sugiere que la praxis dialógica en el ser y hacer del docente de Ciencias de la Salud, se concreta cuando la enseñanza deja de ser una transmisión vertical y se convierte en un espacio de interacción crítica y colaborativa, donde el aprendizaje cobra sentido al vincular teoría, práctica y reflexión compartida. De este modo, la enseñanza participativa se configura como un núcleo de formación fortalecido en la apropiación del conocimiento especializado al tiempo que abre un horizonte de diálogo donde los futuros médicos desarrollan competencia investigativas y clínicas para un compromiso reflexivo, ético y situado en la realidad social de su práctica.

Subcategoría: Ética y empatía

(...) en espacio de reflexión sobre valores, empatía y responsabilidades profesionales al punto que las actividades como la retroalimentación personalizada, la observación directa del desempeño y la co-construcción de protocolos de atención, fomentan un diálogo ético continuo, donde los estudiantes aprenden a equilibrar la precisión científica con la sensibilidad hacia el paciente (ETIEMP, ASB, L: 128-134).

La voz del actor social B (ASB) me devela un dato sorprendente, en tanto, resignifica la praxis docente desde una dimensión profundamente ética, donde la enseñanza se desenvuelve en el terreno de la sensibilidad humana. Su narrativa da a entender que el ser y hacer del docente de Ciencias de la Salud se configura como un constructo epistemológico que integra el rigor científico con la vivencia empática, permitiendo que la retroalimentación, observación y co-construcción se convierten en escenarios de formación moral y profesional. Esta experiencia, lejos de ser anecdótica, pone en relieve la potencia de un acompañamiento pedagógico capaz de moldear identidades profesionales que reconocen en el otro (paciente, estudiantes) un sujeto de aprendizaje o de atención clínica, además de un ser humano con dignidad y valor intrínseco, lo

cual refuerza la función transformadora de la docencia en salud. En concordancia con los razonamientos de Laughey et al. (2021) que traduje textualmente, explican:

(...) la educación médica está comprometida con enseñar la comunicación centrada en el paciente y la empatía; sin embargo, investigadores cualitativos han demostrado como los estudiantes perciben que la enseñanza formal de la empatía declina en los años avanzados de la formación, siendo sustituida por un currículo oculto que privilegia los aspectos biomédicos y en el cual se reproducen modelos negativos que desalientan la compasión genuina, fomentando una erosión ética que amenaza con endurecer el corazón del futuro médico (s/n).

Esta afirmación me reafirma el requerimiento de una praxis dialógica en el ser y hacer del médico-docente, entendida como el espacio pedagógico en el cual la enseñanza más allá de los protocolos técnicos o de aprendizaje fragmentados, abre el foco de entendimiento para la construcción reflexiva de valores, actitudes y sensibilidades. Desde esta perspectiva, la docencia en Ciencias de la Salud exige resistir a la erosión ética y cultivar, a través del diálogo, la empatía como virtud profesional, de modo que el acompañamiento formativo se concilie el rigor clínico con la sensibilidad moral hacia el sufrimiento humano.

Ahora bien, el proceso de categorización cumplido desde la categoría ser y hacer del docente, iluminado por las voces singulares de los actores sociales, permitió develar que la inteligencia emocional constituye un fundamento de interés en el constructo epistémico que atraviesa las prácticas formativas en Ciencias de la Salud. En cada testimonio emergieron matices que configuran un horizonte comprensivo donde el docente enseña, así como también se manifiesta dentro de una praxis de acompañamiento ético, participativo y empático.

En este sentido, el ser y hacer del docente se funda en una dialógica vivencial que orienta la transmisión del saber técnico-científico y a su vez, habilita espacios de humanización y reflexión en la formación médica. A continuación, en la figura 10, presento la complementariedad semántica interpretada entre los significados cercanos entre las subcategorías emergentes, con el fin de iniciar el proceso de síntesis comprensiva de la categoría ser y hacer del docente.



Figura 10. Categoría ser y hacer del docente y sus subcategorías

Fuente: elaboración propia (2025)

En la figura 10, abordo un ejercicio hermenéutico que abre el camino comprensivo hacia la construcción de las categorías intermedias (figura 11), las cuales, en un nivel epistemológico superior, dieron lugar a la conformación de macroconceptos (figura 12), como síntesis

integradora del conocimiento indagado. En coherencia con esta apuesta de análisis e interpretación, resulta pertinente asumir el pensamiento de Thomas y Harden (2008), en la siguiente cita traducida textualmente: “(...) el análisis temático en síntesis cualitativas permite ir más allá de los hallazgos primarios, generando Constructos interpretativos y nuevas hipótesis que conservan un vínculo explícito con los datos originales” (s/n). Este señalamiento resulta medular, en cuanto valida el tránsito de lo descriptivo a lo analítico e interpretativo, asegurando que la riqueza semántica de las voces recogidas se preserve y a la vez, se proyecte la generación de conocimiento más amplio significativo en el ámbito educativo en Ciencias de la Salud. A continuación, la figura 11.



Figura 11. Categorías intermedias del ser y hacer del docente

Fuente: elaboración propia (2025)



Figura 12. Macroconceptos de ser y hacer del docente

Fuente: elaboración propia (2025)

En la figura 12, detallo la generación del conocimiento investigativo a través del proceso hermenéutico desarrollado, como orden superior del conocimiento de mayor densidad teórica, asimilado en los macroconceptos de ser y hacer del docente como: praxis formativa dialógica con sensibilidad auténtica y-gestión ética empática en la formación integral. En el análisis e interpretación de mayor densidad teórica para la generación de conocimiento, se crearon estos macroconceptos sustentados en la rigurosidad del proceso alcanzado desde la síntesis comprensiva, entendido como el recorrido que transforma la información dispersa en la

concentración de las esencias coherentes y fundamentadas. Como afirman Green et al. (2007), en la siguiente cita textual traducida:

(...) el análisis de datos debe realizarse de manera rigurosa y sistemática, dado que constituye la ruta por la cual se alcanzan las conclusiones del estudio; un informe claro y detallado de este proceso es indispensable para valorar la contribución del conocimiento producido (s/n).

Este planteamiento refuerza el requerimiento de mantener la transferencia metodológica a fin que los macro conceptos derivados no sean hasta acciones aisladas, sino construcciones hermenéuticas con solidez epistémica y validez interpretativa. En esta dirección, anuncio que a continuación, procedo en la similitud de los procesos anteriores, a efectuar la síntesis comprensiva y dedicación conceptual correspondiente a la categoría: epistemología en Ciencias de la Salud, como paso fundamental en la continuidad de la reflexión académica y en la ampliación del andamiaje teórico construido.

Categoría: epistemología en Ciencias de la Salud

Subcategoría: Mediación lingüística

(...) Moderé el lenguaje, alenté a la serenidad, a la calma y transformé el contexto en una oportunidad de aprendizaje colectivo, de modo que a través de la empatía y la escucha activa, les hice sentir que su nerviosismo era válido, sin embargo, podían convertirlo en una fortaleza si aprendían a reconocer y gestionar sus emociones (MEDLIN, ASA. L: 44-59); hay momentos en los cuales uno se da cuenta como realmente se relaciona con los estudiantes, y no siempre es en la clase magistral o en la práctica clínica. En mi caso, me ha ocurrido en actividades más sencillas, como cuando organizamos discusiones abiertas sobre casos clínicos que no tienen una respuesta única. En esas conversaciones veo cómo reaccionan ellos ante la duda, la presión o el error, y también como reacciono yo. Eso me ha permitido reconocerme en mis propias actitudes y comportamientos en la realidad pedagógica que manejo dentro de las Ciencias de la Salud, al darme cuenta que no debo imponer, sino acompañar y escuchar (MEDLIN, ASD, L: 119-130).

Los testimonios de los actores sociales A (ASA) y D (ASD) configuran un constructo epistemológico en el cual se significa la categoría respecto a la epistemología en Ciencias de la Salud, desde la subcategoría: mediación lingüística, dentro de lo cual comprendo que el proceso dialógico donde el ser y el hacer docente trascienden los contenidos curriculares para situarse en la esfera de la humanización pedagógica. A tal efecto, el actor social A (ASA) me da a entender que la inteligencia emocional como capacidad transformadora, donde el control del lenguaje la

empatía, no sólo modera tensiones, también resignifican el nerviosismo estudiantil en potencia formativa, conjugando la emoción con el insumo pedagógico.

En sintonía, el actor social D (ASD) da cabida al espacio académico ampliado más allá de la clase magistral, encontrando en la conversación abierta y en la incertidumbre compartida, un terreno fértil al reconocer las propias emociones, que no enseña desde la imposición, sino desde la escucha y el acompañamiento pedagógico. En este sentido, ambos trozos discursivos convergen en la comprensión que la mediación lingüística es un vehículo epistémico que articula emociones, reflexivo vida y prácticas pedagógicas, consolidando un modo de conocer y actuar del docente en Ciencias de la Salud, donde se activa la emocionalidad como elemento constitutivo del aprendizaje y de la praxis educativa en medicina. En términos de la cita traducida de Stathopoulou et al. (2024), resalto que:

(...) la mediación siempre ocurre en un contexto social y constituye una práctica comunicativa intencional, en la cual el mediador selecciona y reformula información para facilitar la construcción de significados y acercarse a los interlocutores. Este proceso, que implica competencia de recepción, producción e interacción, demanda el uso del lenguaje adecuado al contexto situacional y convierte al mediador en un agente social que participa activamente en la construcción de nuevos sentidos dentro de un marco multicultural y plurilingüe (p.17).

De esta manera, encuentro congruencia de los planteamientos de los precitados autores, al interpretar que la mediación lingüística, en tanto acto comunicativo situado y socialmente intencionado, se articula con la categoría epistemología en Ciencias de la Salud, al configurarse como un proceso de co-construcción de significados en la práctica pedagógica. Tal como lo mencionan los actores sociales, me dan a entender que el docente-médico, lejos de limitarse a transmitir información de manera unidireccional, se convierte en un mediador que reformula, acompaña y reinterpreta los contenidos disciplinares y las emociones en un contexto de formación clínica.

En esta perspectiva, significo que la mediación lingüística está orientada hacia la humanización de la enseñanza al moderar el lenguaje, acoger la incertidumbre, reconocer la emoción del estudiante y transformarla en oportunidad de aprendizaje. Con estos escenarios, asumo que la epistemología en Ciencias de la Salud recibe además del conocimiento científico, en la capacidad de sostener un diálogo pedagógico donde el lenguaje y la escucha activa se fundamentan como instrumentos epistemológicos para la construcción de sentidos compartidos

hacia la consolidación del saber y ser del docente en escenarios de alta complejidad emocional y cognitiva.

Subcategoría: Aprendizaje desde el error

(...) enseñar también comportamientos, así como las técnicas quirúrgicas propias de mi especialidad, asimismo debo construir un espacio seguro donde el error puede ser comprendido como fundamento del aprendizaje (APRERR, ASA, L: 71-74); Bueno déjame hacer memoria, en relación con esa pregunta, recuerdo una ocasión en la cual un estudiante, durante la práctica clínica, cometió un error al realizar un procedimiento sencillo. La atención fue inmediata, el temor al juicio de sus compañeros y la sensación de haber fallado lo paralizaron, al punto que empalideció, su rostro se volvió tenso y sus ojos más abiertos expresaban mucho temor. En ese instante, más allá de corregir el aspecto técnico, sentí que mi tarea era atender la dimensión emocional que se estaba abriendo, lo acompañé con palabras de aliento, validando que equivocarse también es parte del aprendizaje y que lo importante era la reflexión posterior para no repetir el error (APRERR, ASD, L: 35-47).

Las voces de los actores sociales A (ASA) y D (ASD) en estos trozos discursivos, convergen en la construcción de un marco pedagógico donde el error se transforma en un recurso formativo esencial dentro de las Ciencias de la Salud, constituyendo un componente clave de la inteligencia emocional. En este orden de ideas, el actor social A (ASA) resalta la necesidad de enseñar técnicas quirúrgicas, así como comportamientos profesionales, generando un entorno seguro que permite comprender el error como fundamento del aprendizaje.

En los mismos términos, el actor social D (ASD) me hace pensar en torno a la evidencia significativa de la praxis clínica convertida en escenario de mediación emocional, a la acompañar al estudiante frente al temor y la ansiedad derivados del error, ofreciendo soporte empático que integra la reflexión crítica y la auto regulación emocional, asegurando que el aprendizaje se enriquezca desde la experiencia vivida y no desde la corrección técnica. Este Constructo epistemológico en evidencia que el ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud se articula con habilidades técnicas, así como competencias afectivo-emocionales que consolidan la formación integral y humanizada del futuro médico. Sobre la base de estos significados, me atrevo a tomar la cita textual traducida de Fisher et al (2006) quienes afirman en su investigación que:

(...) los estudiantes y residentes reconocen que los errores médicos ocurren desde los primeros años de formación y generan respuestas emocionales intensas; perciben confusión de roles Al comunicar los errores y consideran que aprenden más cuando los errores producen daño, subrayando la importancia de la discusión abierta y la reflexión guiada por los docentes (s/n).

Esta evidencia empírica sustenta que el aprendizaje desde el error en la praxis pedagógica del médico-docente exige la creación de espacios seguros, cercanía pedagógica de orientación, donde la experiencia del error se transforme en recurso educativo significativo articulado a la reflexión, acompañamiento emocional y desarrollo de competencias técnicas y éticas, fomentando asimismo, la resiliencia profesional, al fortalecer la autoconciencia de los estudiantes que se promueve en una cultura de transparencia y responsabilidad que integre aprendizaje, confianza y crecimiento continuo dentro del entorno clínico y académico.

Subcategoría: Realimentación colectiva

(...) decidí cambiar mi forma de interacción en el aula, convencer a promover la realimentación colectiva, una estrategia que validan los aportes de cada estudiante y ayuda al énfasis en reconocer que la humildad y la perseverancia son tan valiosos como la destreza clínica (REALCOL, ASA, L: 75-80); Sí, quisiera añadir algo que para mí ha sido revelador. En la cardiología aprendemos que no todo se resuelve con cifras, imágenes o protocolos; el corazón late distinto en cada persona y, de alguna manera, lo mismo ocurre en el aula. Los estudiantes no son simples receptores de información, sino presencias humanas que llegan con su propio ritmo, con sus temores, dudas y pasiones. Comprender esto ha transformado mi forma de enseñar, porque me obliga a mirar más allá de la técnica o el diagnóstico, y a reconocer el pulso emocional de quienes tengo frente a mí (REALCOL, ASD, L: 151-161).

Los trozos discursivos de los actores sociales A (ASA) y D (ASD) develados me permiten comprender que la praxis pedagógica en Ciencias de la Salud se enriquece al integrar la realimentación colectiva como estrategia deliberada dado el reconocimiento y validación de las aportaciones de cada estudiante. De esta manera, el actor social A (ASA) hace hincapié en la promoción de espacios donde se valore la humildad y la perseverancia, tanto como destreza clínica que transforma la interacción en el aula en un proceso de aprendizaje compartido, donde la reflexión y el acompañamiento mutuo fortalecen la construcción de competencias integrales.

Por su parte, el actor social D (ASD) otorga significados en la complementariedad de esta perspectiva que me permitió evidenciar la comprensión de la singularidad emocional de cada estudiante, sus temores, dudas y pasiones, en términos de la trascendencia en la transmisión de conocimientos especializados, al tiempo que se impone al docente el requerimiento de sintonizar con el pulso emocional del grupo, a fin de ir generando una dinámica de enseñanza articulada al rigor científico, sensibilidad humana y aprendizaje colectivo. Este constructo epistemológico destaca que la realimentación colectiva no es un recurso metodológico únicamente, es también

un eje que integra inteligencia emocional, ética y praxis docente en la formación de profesionales de la salud. Sobre esta misma dinámica educativa, exponen Burgess et al. (2020), en una cita traducida textualmente, lo siguiente:

(...) la provisión de realimentación constituye una parte integral del proceso de aprendizaje. Su recepción enriquece la experiencia formativa y ayuda a reducir la brecha entre el desempeño real y el esperado. Una retroalimentación efectiva refuerza las buenas prácticas, motiva al aprendiz hacia los resultados deseados y fomenta una cultura de mejora continua, aunque persiste la queja común que su frecuencia y calidad resultan insuficientes (s/n).

Este señalamiento me concede un sustento significativo sobre la realimentación colectiva como praxis pedagógica, dada la necesidad que el médico docente, en su rol de formador clínico, trascienda la observación individual y promueva espacios colaborativos donde los juicios clínicos se conviertan en motores de transformación. La realimentación se convierte entonces, en un acto pedagógico epistémico, orientado a la mejora técnica y al desarrollo integral del estudiante como futuro profesional de la salud.

Subcategoría: Sentido humano de la enseñanza

(...) Sin embargo, con el tiempo he venido comprendiendo que formar estudiantes en Ciencias de la Salud, exige dedicación, planificación, estrategias que permitan instruir en destrezas; requiere de más cultivar en los estudiantes la capacidad de enfrentar situaciones complejas con equilibrio emocional y sentido humano, esto es primordial (SENHUME, ASA, L: 101-106); Se trata de una práctica multiplicadora, de un aprendizaje permanente en ese sistema de relaciones con los otros. Recuerdo que, a lo largo de estos años, he comprendido que no basta con transmitir el saber de los eventos quirúrgicos o conocimientos académicos de la especialidad; lo que realmente deja huella como lo dije anteriormente es la capacidad de humanizar el acto de enseñanza (SENHUME, ASA, L: 166-172); y a su vez, articularlas con la capacidad de pensar reflexivamente en términos de adaptarse a escenarios cambiantes. He comprendido que el conocimiento no se impone, sino que se construye de manera dinámica y sinérgica, en diálogo constante entre la experiencia clínica, la investigación de la sensibilidad humana (SENHUME, ASB, L: 94-99); Le propuse un diálogo abierto, analizando sus emociones y sus percepciones frente a la práctica clínica, mientras le ofrecía estrategias personalizadas y alentadoras. Este espacio de escucha activa y acompañamiento pedagógico fortaleció su confianza al tiempo que generó un ambiente de aprendizaje más cercano, seguro e innovador, donde el conocimiento técnico se fusionó con el desarrollo humano. (SENHUME, ASC, L: 47-53); las prácticas clínicas y los talleres de simulación en gastroenterología generan en los estudiantes un cúmulo de ansiedad, inseguridad y temor al error. En estas circunstancias, he descubierto que mi papel no es únicamente orientar en términos disciplinares, sino también acompañar desde lo humano, validando sus emociones y mostrándoles que yo también cometo errores y eso es parte de un proceso de aprendizaje (SENHUME, ASC, L: 143-150); En el fondo, lo que más me ha permitido comprender mi manera de actuar con ellos en cada una de las fases en las cuales interactuamos, son esos instantes inesperados, sorprendentes, que a veces en un pasillo o después de clase, suceden cuando un estudiante se me acerca, con una inquietud personal. Ahí es donde descubro hasta qué punto soy capaz de conectar desde lo

humano y lo sensible como profesional y de manera personal, no solamente en lo académico (SENHUME, ASD, L: 140-148)

Los actores sociales A (ASA), B (ASB), C (ASC) y D (ASD) comparten la significativa actividad en estos trozos discursivos donde me develan, desde la experiencia vivida, una comprensión epistemológica de la enseñanza en Ciencias de la Salud, situando en el centro de toda actividad académica y emocional, el sentido humano como condición significativa del proceso pedagógico. Mientras que el actor social A (ASA) hace hincapié en el hecho que la formación implica además de la planificación y las estrategias, el cultivo en los estudiantes de la capacidad de afrontar con equilibrio emocional o desafío clínico, destacando que lo que perdura es la huella de la humanización en el acto docente. En el mismo ejercicio hermenéutico, comprendo según la narrativa del actor social D (ASD) lo que expone como el verdadero aprendizaje el cual acontece en espacios inesperados y relacionales, donde la sensibilidad y la escucha activa permiten conectar con las inquietudes personales de los estudiantes más allá del ámbito académico. Ambas voces al converger, definen el constructo epistemológico del ser y hacer docente.

Por su parte, los actores sociales (ASB) y (ASC) refuerza la comprensión acerca de la enseñanza en Ciencias de la Salud, como acto humanizado y transformador. Así, el actor social B (ASB) asume que el saber se construye desde la res flexibilidad y el diálogo constante, entre experiencia clínica y sensibilidad humana, mostrando que la epistemología de la ciencia de la salud demanda un equilibrio congruente de racionalidad científica y apertura al sentido humano de los encuentros pedagógicos. Asimismo, el actor social C (ASC) da cabida con nitidez de la visualización de prácticas clínicas que generan en los estudiantes ansiedad, inseguridad y temor al error, por lo que advierte que allí emerge la función del docente como acompañante emocional, capaz de legitimar sentimientos y generar confianza, al reconocer la vulnerabilidad compartida.

En conjunto, estas voces leídas en sus significados trascendentes, configuran un núcleo epistemológico donde el ser docente se asume como portador del saber técnico y mediador del desarrollo humano, resignificando la enseñanza en escenario de alta complejidad clínica como un ejercicio de sensibilidad, acompañamiento y construcción de confianza mutua. De acuerdo con Stull y Duvivier (2017) en la siguiente cita traducida explican que:

(...) el ser médico implica, en su esencia, una vocación de esperanza que trasciende el aula y se fundamenta en cada encuentro clínico. Al asumir conscientemente la raíz etimológica del término doctor (del latín *docere*, enseñar), los profesionales de la medicina reconocen que educar al paciente no es un acto accesorio, sino un compromiso humano y ético. En este horizonte, la praxis pedagógica del médico-docente integra la transmisión de saberes técnico con la sensibilidad de formar en la prevención, la corresponsabilidad en el cuidado y la conciencia de los determinantes sociales de la salud (s/n).

Así, enseñar se convierte en un gesto profundamente humano, donde la palabra, el acompañamiento y la orientación clínica se transforman en instrumentos de dignificación y esperanza para quienes aprenden y para quienes reciben cuidado. Con las connotaciones significativas precedentes, el ser médico es indispensable del ser docente y, por tanto, sitúa el sentido humano de la enseñanza en el centro de la identidad profesional, dado el compromiso de enseñar más allá de los protocolos, al habilitar comprensión, agencia y cuidado en quienes aprenden (estudiantes y pacientes), mediante relaciones pedagógica sensible al contexto y a los determinantes sociales de la salud.

En términos de la subcategoría emergente, la enseñanza cobra sentido humano cuando el médico-docente traduce el saber hacer disciplinar en acompañamiento comprensible, cuando reconoce la vulnerabilidad del otro y orientan la toma de decisiones compartidas; es decir, cuando convierte cada encuentro clínico en un acto formativo dialógico que dignifica y empodera. La propuesta de un currículo longitudinal y en espiral no es solo un ajuste didáctico, es la arquitectura ética que sostiene prácticas de educación del paciente y de aprendizaje autodirigido, integrando reflexión, empatía y justicia con el rigor científico. De este modo, el vínculo entre *docere* y clínica, legitima una pedagogía de la presencia (y con escucha activa, adaptación a necesidades reales y construcción de significados), que forma sujetos capaces de aprender a aprender y de enseñar cuidando, cerrando el círculo virtuoso entre excelencia técnica y responsabilidad humana.

Subcategoría: Sensibilidad para leer los silencios

(...) La docencia en cirugía general, me ha mostrado que la serenidad ante la adversidad es fundamental, la paciencia frente a la frustración del estudiante exige esa comprensión desde nuestro ser como pedagogos que se consolida frente a la sensibilidad para leer los silencios o gestos estos son aprendizajes invisibles pero fundamentales en la práctica educativa (SENLSIL, ASA, L: 173-179); Esa apertura me ha llevado al flexibilizar mis métodos de enseñanza, a integrar la reflexión acerca de los errores como parte natural del aprendizaje y a priorizar la formación de profesionales íntegros que actúen con sensibilidad humana. Hoy te puedo mencionar que mi

manera de enseñar busca un equilibrio entre el rigor académico y la cercanía emocional, entendiendo que la madurez del docente se construye en ese acompañamiento constante que transforma tanto al que enseña como al que aprende (SENLISIL, ASD, L: 105-114)

La confluencia significativa en los trozos discursivos presentados, me muestran en su narrativa que la inteligencia emocional, es un aval representativo que configura el Constructo epistemológico fundante del ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud, al situarse en la intersección entre conocimiento técnico y comprensión humana. De este modo, el actor social A (ASA) da cabida a interpretar que la enseñanza no puede desvincularse de la capacidad de comprender lo no dicho, lo aparentemente oculto, reconociendo en los gestos, pausas y silencios de estudiantes y pacientes, una fuente legítima de saber pedagógico y clínico.

En este orden de ideas, el actor social D (ASD) aporta la experiencia vivida en torno a que esos silencios son escenarios de vulnerabilidad, donde la sensibilidad del docente se convierte en mediación ética trascendente dada la transmisión de contenidos para instalar la confianza como categoría de aprendizaje. Por lo tanto, las experiencias de ambos actores sociales, otorgan densidad ontológica a la subcategoría sensibilidad para leer los silencios desde el ser del docente, mostrando que además de enseñar desde el discurso, también aprende y enseña en el silencio compartido, configurando un modo de conocer y de formar que amalgama razón, emoción y ética en un mismo acto pedagógico. En la postura de Shrivastava & Shrivastava (2023), en la siguiente cita traducida, exponen que:

(...) en el ámbito de la educación médica, el silencio no se limita a la ausencia de sonido, sino que comprende las causas intencionales que un profesor o un estudiante toman, en sus momentos de reflexión y durante la escucha activa sin interrupciones, ya sea en la interacción clínica con los pacientes o en el acompañamiento pedagógico con los alumnos. Este silencio cumple un papel decisivo en la creación de un entorno de aprendizaje que no sólo facilite la comprensión profunda y el pensamiento crítico, sino que también fortalezca la empatía y la sensibilidad relacional en quienes pronto integrarán el cuerpo profesional de la salud (s/n).

Esta cita me permite sostener que el silencio, no es un vacío o pasividad, es el recurso pedagógico cargado de significado, donde el médico-docente despliega la sensibilidad que le lo no dicho, capta lo implícito en los gestos y crea una atmósfera de escucha que dignifica la relación educativa. La praxis pedagógica se comprende en la medida en la cual el silencio deviene de espacio de encuentro, apertura y respeto por los ritmos internos del otro, consolidando así la

capacidad de formar profesionales médicos que saben, sienten, interpretan y humanizan el acto de enseñar y de cuidar.

Subcategoría: Proceso vivo en permanente construcción

(...) A lo largo de los años, mi manera de enseñar y de estar con los estudiantes en el aula dentro de las especialidades que me ha correspondido trabajar, se ha transformado en un proceso epistemológico vivo, en permanente construcción, donde la enseñanza por ejemplo en oncología, marcada por la innovación tecnológica y el avance de los procedimientos mínimamente invasivos, exige transmitir estas destrezas técnicas (PROVCONST, ASB, L: 86-93)

Este trozo discursivo me devela con profundidad epistemológica que la docencia en Ciencias de la Salud, no se concibe como un ejercicio estático, sino como un proceso vivo en permanente construcción, en el cual el ser y hacer del médico-docente se reconfiguran a la luz de los cambios científicos, tecnológicos y metodológicos que redefine en la práctica clínica. En su experiencia, enseñar en áreas como la oncología reviste el uso de técnicas vinculadas a la innovación tecnológica y a los procedimientos mínimamente invasivos, además de integrar una dimensión reflexiva que reconozca la necesidad de aprender con los estudiantes, generando una interacción dialógica que articula el rigor disciplinar con la sensibilidad humana.

Este testimonio, leído desde la epistemología en Ciencias de la Salud, lo significo como la inteligencia emocional que opera como fuerza orientadora al permitir al docente situarse en la frontera entre la experticia técnica y la apertura al cambio, evidenciando que la enseñanza se constituye en un Constructo dinámico, impregnado de significados y transformaciones que sostienen la praxis académica y profesional en un horizonte de constante renovación. Al argumentar lo antes dicho, retomo el pensamiento de Miccas y Batista (2014) quienes, en la siguiente cita traducida textualmente, explican que:

(...) El primer paso para implementar cambios en el proceso de formación es comprender que los procesos ya no pueden constituirse de manera aislada, ni de forma jerárquica o de arriba hacia abajo. Deben formar parte de una estrategia más amplia, estar interrelacionados entre sí y elaborarse a partir de la discusión de las circunstancias locales, involucrando a diversos actores (s/n).

Lo anteriormente expuesto por los precitados autores, refleja la esencia de la subcategoría definida en la praxis pedagógica-del médico docente como proceso vivo en permanente construcción, que no puede concebirse como un conjunto de acciones aisladas o

lineales, en tanto la enseñanza en Ciencias de la Salud exige una construcción dinámica, interconectada y contextualizada, donde cada decisión formativa se articula con estrategias más amplias, respondiendo a las necesidades locales, a la diversidad de los actores implicados y a la complejidad de los escenarios clínico-pedagógicos. Esta mirada me evidencia, que la docencia médica se consolida como un proceso epistemológico en constante revisión, integración y ajustes, en el cual el aprendizaje del docente y del estudiante se desarrolla simultáneamente, fortaleciendo la capacidad de adaptabilidad, innovación y reflexión frente a los cambios en la práctica sanitaria y educativa.

Subcategoría: Aprendizaje en contexto

(...) En mi experiencia hospitalaria, acompañando pacientes en situaciones críticas conjuntamente con mis estudiantes, entendí que la serenidad y la claridad del médico no nacen sólo del conocimiento científico, sino de la capacidad de sostener al otro en su vulnerabilidad. Esa misma lección la llevo al aula: el estudiante necesita saber que, además de exigirle precisión y rigurosidad, hay un espacio donde puede equivocarse y aprender sin sentido que pierde su dignidad (APRCONT, ASD, L: 162-170).

Este dato anómalo develado en la voz del actor social D (ASD) me evidencia, desde su praxis hospitalaria y académica, que el aprendizaje en contextos clínicos de los estudiantes de medicina, trasciende la transmisión de conocimientos especializados al consolidarse en un Constructo epistemológico donde la inteligencia emocional se articula con la empatía, la ocurrencia de posibles errores y la creación de espacios seguros. Desde esta perspectiva, el actor social D (ASD) hace hincapié en el hecho que la serenidad y la claridad del docente, no sólo dependen de la pericia científica, sino de su capacidad de acompañar al otro en su vulnerabilidad, integrando la exigencia académica con la protección de la dignidad del estudiante, transformando a su vez, la experiencia educativa en un proceso de aprendizaje profundamente humano y formativo. Elegí la siguiente cita traducida textualmente de Berenshtein et al. (2023), para significar el aprendizaje en contexto desde el siguiente punto de vista:

(...) Investigaciones recientes han mostrado que los estudiantes de Ciencias de la Salud tienen sentimientos encontrados respecto a la educación basada en la web. Mientras algunos valoran su conveniencia y adaptabilidad, que les permite gestionar sus estudios junto con otras responsabilidades, otros expresan opiniones contrapuestas. Muchos estudiantes también han manifestado preocupación por la falta de formación práctica, el acceso limitado a recursos y equipos clínicos, y las dificultades para mantener la motivación y la autodisciplina durante el aprendizaje en línea. En países de bajos ingresos, se observó que, aunque existía una actitud

positiva hacia la educación en línea en Ciencias de la Salud, ciertos individuos enfrentaban obstáculos, principalmente relacionados con la conectividad inadecuada a Internet y la falta de equipos apropiados, como computadoras portátiles (s/n).

En la apropiación de estos hallazgos, argumento que el aprendizaje en contextos de los estudiantes de Ciencias de la Salud, está condicionado a las estrategias pedagógicas, así como a las oportunidades y limitaciones del entorno. La praxis pedagógica del médico-docente requiere adaptabilidad, sensibilidad a las condiciones contextuales y de planificación estratégica que puedan equilibrar la formación práctica con la virtual, por ejemplo, promoviendo la motivación, la disciplina y la adquisición de competencias, incluso, en escenarios con restricciones tecnológicas con recursos limitados. De este modo, el aprendizaje contextualizado refleja la necesidad de una mediación activa del docente que considere tanto los espacios técnicos como los socio-emocionales en las experiencias formativas.

Ahora bien, el proceso alcanzado en la interpretación de la categoría: epistemología en Ciencias de la Salud, respecto a las subcategorías emergentes analizadas, me otorga luces comprensivas sobre la praxis pedagógica del médico-docente como un constructo epistemológico integral, donde la interacción entre conocimiento especializado, habilidades socio emocionales y estrategias pedagógicas, configuran un proceso vivo y dinámico de construcción continua del saber y del ser. La complementariedad semántica entre estas subcategorías no actúa aisladamente, sino que se entrelazan, generando significado compartido y promoviendo la reflexión, adaptabilidad y la humanización de la enseñanza.

En este orden de ideas, la síntesis comprensiva, basada en la sistematización de la información derivada de las voces de los actores sociales, me facilito la transición hacia la visualización de las categorías intermedias y luego, hacia la construcción del conocimiento investigativo considerado a través de los macroconceptos, donde los hallazgos intermedios se articulan para ofrecer un marco epistemológico sustentado en el desarrollo de competencias, emociones y estrategias pedagógicas.

En este sentido, la ampliación del análisis temático según Ahmed et al. (2025) con su marco de familiarización, generación de código, búsqueda de temas, revisión de temas, definición y denominación de temas, y redacción del informe, constituye una herramienta metodológica medular en términos de asegurar la coherencia, profundidad interpretativa y

confiabilidad del proceso investigado, permitiendo que los patrones de sentido emerjan de manera sistemática y reflexiva, al mismo tiempo que activo mi participación en la construcción de los hallazgos. Este enfoque refuerza la capacidad de integrar la información obtenida en los diversos contextos formativos y clínicos, consolidando un marco que describe, comprende y proyecta el conocimiento generado en la praxis pedagógica del médico-docente. A continuación, la figura 13.



Figura 13. Categoría epistemología en Ciencias de la Salud y sus subcategorías

Fuente: elaboración propia (2025)

La complementariedad semántica que connota la figura 13, dio lugar al sentido trascendente de ir articulando las conexiones significativas entre la mediación lingüística, aprendizaje del error, realimentación colectiva, sentido humano de la enseñanza, proceso vivo en permanente construcción, aprendizaje en contexto y sensibilidad para leer los silencios, configurando un marco integral que articula la praxis pedagógica del médico-docente en contextos de aprendizaje auténticos y dinámicos. Todo este engranaje de significados, lo asimilé en términos de las categorías intermedias observadas en la figura 14.



Figura 14. Categorías intermedias de epistemología en Ciencias de la Salud

Fuente: elaboración propia (2025)

La construcción de la figura 15 connota una consecuencia lógica de la integración de las categorías intermedias presentadas en la figura 14, que me permitieron comprender la mayor densidad teórica de los macro conceptos derivados de la epistemología en Ciencias de la Salud como un orden superior del conocimiento. Esta representación visual sintetiza las relaciones

significativas entre las subcategorías y categorías intermedias, y a la vez articula de manera comprensiva la praxis pedagógica del médico-docente en contextos de aprendizaje auténticos y complejos.

Desde esta perspectiva, señalan Sutton y Austin (2015) que la investigación cualitativa permite acceder a los pensamientos, emociones y significados que los actores sociales le asignan a sus experiencias, ofreciendo un marco para interpretar cómo y por qué ocurren ciertos fenómenos. Al retomar este razonamiento, la elaboración de la figura 15, por tanto, no se limita a una simple visualización; constituye un recurso epistemológico que refleja la reflexión, subjetividad y el análisis que seguí en la dinámica constructiva, integrando de manera coherente la comprensión de la realidad educativa en Ciencias de la Salud al consolidar un nivel de conocimiento que trasciende la observación aislada de hechos, hacia la interpretación significativa de la praxis pedagógica.



Figura 15. Macroconceptos de epistemología en Ciencias de la Salud

Fuente: elaboración propia (2025)

Tercera fase: triangulación de la información

En esta tercera fase de la investigación, la triangulación de la información se fundamenta en un espacio hermenéutico donde las voces de los actores sociales no se conciben como fragmentos aislados, sino como una sinfonía interpretativa que me develó lo profundo del fenómeno indagado. La complementariedad de las narrativas permitió identificar aquellas subcategorías emergentes que, por su recurrencia y densidad comprensiva, adquiere el carácter de núcleos epistémicos que iluminan el Constructo de la inteligencia emocional en la praxis del docente en Ciencias de la Salud.

Este proceso no se limita a contrastar información, sino que deviene en una elaboración de sentido que amalgama el ser y el hacer docente, abriendo paso a una comprensión integral donde lo emocional, pedagógico y humano se entretujan como fundamentos de una enseñanza con rostro ético y sensibilidad transformadora. A continuación, inicio este recorrido según lo contemplado en la tabla 7.

Tabla 7

Categoría: Aspectos de la inteligencia emocional. Subcategoría: Gestión emocional en la práctica

Actor social	narrativa	narrativa	Actor social
A	Muy buena pregunta porque me traslado a verme a mí mismo, en el sentido de mi ser fortalecido en ese contacto permanente con los estudiantes, donde las experiencias han sido diversas en las prácticas pedagógicas y situaciones que me han hecho comprender con mayor claridad mi manera de actuar y relacionarme con los estudiantes. Una de ellas, ha sido el ejercicio de la simulación clínica donde además de evaluar las destrezas técnicas y de participación también observo la capacidad del estudiante para gestionar sus actuaciones en medio de contextos de alta presión, saber comunicar con claridad sus pensamientos y mantener la calma en escenarios de alta exigencia hospitalaria (GESEMP, ASA, L: 126-138); También valoro las tutorías individuales que me han develado las realidades emocionales y académicas de cada estudiante, desafiándome a la vez, a ser empático y de	Efectivamente, puedo agregar que, en la dimensión emocional de la docencia en Ciencias de la Salud, aún no se ha profundizado en aspectos como la gestión del miedo y la ansiedad de los estudiantes frente a procedimientos complejos o situaciones clínicas críticas (GESEMP, ASB, L: 147-151).	B

repente más flexible frente a mí requerimientos académicos. Estas experiencias consolidan en mí la convicción que enseñar Ciencias de la Salud tiene que ver con la inteligencia emocional aplicada en esa interacción constante que se despliega del mismo modo con el conocimiento técnico de la especialización (GESEMP, ASA, L: 148-156).

C	(...) el reflejo profundo acerca de cómo la inteligencia emocional orienta mi ser y hacer docente, en tal sentido, recuerdo un momento durante una clase de prácticas de endoscopia, en la cual un estudiante, visiblemente ansioso, tenía dificultades para ejecutar una técnica que ya habíamos revisado. En lugar de reprender o apresurar la corrección, sentí la necesidad de conectar emocionalmente con él, reconociendo su temor y validando sus esfuerzos (GESEMP, ASC, L: 38-46).	Ahí comprendí nuevamente que la inteligencia emocional es un atributo de fortaleza en la acción pedagógica, es un componente esencial del proceso formativo, porque permite transformar la frustración en aprendizaje significativo (GESEMP, ASD, L: 54-58); Ahí comprendí nuevamente que la inteligencia emocional es un atributo de fortaleza en la acción pedagógica, es un componente esencial del proceso formativo, porque permite transformar la frustración en aprendizaje significativo (GESEMP, ASD, L: 54-58).	D
---	---	---	---

Tramas de sentido compartido en la categoría: aspectos de la inteligencia emocional respecto a la subcategoría: gestión emocional en la práctica

La complementariedad de las voces de los actores sociales A (ASA), B (ASB), C (ASC) y D (ASD) me devela un entramado experiencial donde la gestión emocional en la práctica pedagógica se reconoce como un eje transversal de la praxis docente en Ciencias de la Salud, al punto que, el actor social A (ASA) resalta el valor formativo de la simulación clínica y las tutorías individuales como espacios donde la inteligencia emocional se entrecruza con la destreza técnica, configurando un ser-docente capaz de sostener el vínculo humano en escenarios de alta presión. Por su parte, el actor social B (ASB) amplía esta mirada al evidenciar la necesidad de profundizar en la gestión del miedo y la ansiedad de los estudiantes, abriendo un horizonte crítico que reconoce las emociones como dimensiones aun insuficientemente trabajadas en la enseñanza.

En sintonía con lo planteado, el actor social C (ASC) narra como la conexión empática con un estudiante ansioso, no sólo evita la parálisis del error, sino que convierte la vulnerabilidad humana en un escenario pedagógico de acompañamiento y validación. En el mismo orden de complementariedades, resalto la voz del actor social D (ASD) en términos de su reafirmación que

la inteligencia emocional constituye una fortaleza del quehacer docente, capaz de transformar la frustración en aprendizaje significativo. En la convergencia de estas voces configuro un Constructo epistemológico que legitima la praxis pedagógica como un proceso donde la gestión emocional no es un añadido, sino que representa un componente esencial que resignifica el acto de enseñar y aprender en el ámbito de las Ciencias de la Salud.

En este orden de ideas, la siguiente cita traducida textualmente de la investigación de Yoo y Carter (2017) me devela la profundidad de la praxis pedagógica al comprenderse en el escenario de la gestión emocional, en tanto el docente se enfrenta constantemente a tensiones entre estructuras institucionales y sus convicciones íntimas acerca de lo que significa enseñar de manera efectiva. En efecto, los precitados autores evidenciaron que:

(...) los docentes participantes manifestaron un vibrante rango de emociones positivas y negativas al desenvolverse en discursos institucionales que entraban en conflicto con sus creencias intrínsecas sobre la enseñanza eficaz. Mostraron su inversión emocional en los roles que desempeñaban en su deseo de prácticas significativas a pesar de las presiones por acatar lógicas gerenciales. La investigación documentó altos niveles de vulnerabilidad, compromiso y esperanza en tanto los participantes se involucraban en la escritura como praxis para vivenciar sus creencias pedagógicas de manera directa. Estos hallazgos sugieren que, dado que enseñar y aprender es inherentemente una experiencia emocional, el desarrollo profesional debe reconocer la complejidad de la identidad emocional del docente y procurar un crecimiento emocional positivo (p.38).

Dada esta perspectiva que refieren los autores, asumo en el marco de la praxis pedagógica del médico-docente, esta reflexión que adquiere un matiz particular en el ejercicio formativo en Ciencias de la Salud, al no limitarse a la transmisión de programas curriculares estrictamente verticales, sino que se configura como un espacio en el cual la gestión emocional es indispensable para sostener procesos de aprendizaje en contextos de incertidumbre y vulnerabilidad estudiantil.

El médico-docente, al igual que los participantes del estudio de Yoo y Carter (2017), enfrentaron la tensión entre protocolos institucionales rígidos y el llamado a humanizar la enseñanza. En este cruce, su praxis no se redujo a la aplicación de metodologías, sino que expandió el horizonte hacia la creación de oportunidades de aprendizaje significativo donde el manejo del miedo, la ansiedad y la frustración, se convirtieron en una estrategia pedagógica fundamental como la enseñanza misma del contenido específico.

Por lo tanto, reafirmo que la gestión emocional constituye un pilar epistemológico de la praxis pedagógica médica, al permitir al docente reconocerse como sujeto vulnerable y a la vez, agente de transformación. De esta forma, las emociones no se conciben como meros estados individuales, sino como recursos pedagógicos que posibilitan el florecimiento de la empatía, resiliencia y el compromiso profesional en la formación de los futuros médicos. A continuación, la tabla 8.

Tabla 8

Categoría: Aspectos de la inteligencia emocional. Subcategoría: Mediador emocional

Actor social	narrativa	narrativa	Actor social
A	En esos momentos también me descubro junto a ellos como un mediador emocional, consciente que mi tono, mis gestos, mi colaboración y disposición a potenciar esa confianza les genera mayor seguridad, entonces los espacios de retroalimentación que concreto después de una cirugía o práctica han sido relevantes en este transitar pedagógico, que a su vez me han enseñado a modular mis palabras, a reconocerme también junto a ellos en esos logros y por qué no, a corregir sin herir (MEDEMOC, ASA, L: 139-147).	(...) los momentos de vulnerabilidad compartida, por ejemplo; cuando un procedimiento no se desarrolla como se esperaba o un error se convierten en aprendizaje, me muestran la importancia de la paciencia, de la escucha activa y la resiliencia frente a distintos casos de esta naturaleza (MEDEMOC, ASB, L: 135-140)	B
C	El sendero abierto a la innovación y a las nuevas prácticas pedagógicas, cada día adquieren mayor concentración y esfuerzo de mi parte, al entender que mi manera de actuar y relacionarme con los estudiantes, han sido aquellas en las cuales se pone a prueba, no sólo el conocimiento médico, sino también la capacidad de manejar la emoción en el aula (MEDEMOC, ASC, L: 136-142).	Esa apertura en términos de conversación cercana, permitió que varios expresaran su cansancio, ansiedad por los exámenes y hasta situaciones personales que les afectaban en su desempeño de excelencia como se espera de un estudiante de medicina. Escucharlos, sin interrumpir ni juzgar, me hizo comprender que mi rol docente también debía ser el de un acompañante humano, capaz de generar confianza y empatía (MEDEMOC, ASD, L: 72-79).	D

Tramas de sentido compartido en la categoría: aspectos de la inteligencia emocional respecto a la subcategoría: Mediador emocional

Los trozos discursivos presentados en la tabla 8, dan cabida a la convergencia sentida de las voces de los actores sociales (ASA, ASB, ASC y ASD) donde me develan la configuración de una

praxis pedagógica profundamente entrelazada con la gestión de la emocionalidad en escenarios formativos médicos. De esta manera, el actor social A (ASA) hace hincapié en la dimensión ética de la mediación afectiva, al reconocer que el tono, los gestos y la retroalimentación, constituye un vehículo para sostener la confianza y promover la seguridad en los estudiantes. En paralelo, el actor social B (ASB) incorpora la vulnerabilidad compartida como un territorio pedagógico fértil, donde el error se resignifica en aprendizaje y la resiliencia se convierte en un núcleo formador del carácter profesional.

Complementariamente, el actor social C (ASC) proyecta esta mediación emocional hacia un horizonte innovador, asumiendo que la enseñanza además de evaluar el dominio técnico del saber médico, también lo hace en torno a la capacidad del docente para modular emociones en contextos de presión académica. Por su parte, el actor social D (ASD) introduce la dimensión relacional y humana, al situar la escucha empática como condición indispensable en el acompañamiento pedagógico al estudiante en sus tensiones personales y académicas, resignificando al docente como un acompañante humano y no sólo como un transmisor de conocimientos.

Dadas estas complementariedades interpretadas en las perspectivas mencionadas, puedo construir una síntesis comprensiva, en tanto el médico-docente, en su praxis pedagógica, se consolida como el mediador emocional que integra la confianza, la resiliencia, la innovación en la gestión de emociones y la empatía humanizadora. De esta manera, la mediación emocional, no la concibo como un atributo aislado, fragmentado de la praxis pedagógica, se trata de una práctica relacional, situada y reflexiva, que configura el tejido pedagógico de la formación médica en clave de integridad. En este ejercicio comprensivo, traigo a colación, la investigación de Zhao et al. (2022) en la siguiente cita traducida textualmente:

(...) los docentes experimentaron sentimientos encontrados de anticipación, de sección, ira y empatía hacia los estudiantes, distanciándose de las reglas institucionales que exigían evaluar objetivamente el rendimiento y sancionar la falta de compromiso. El estudio halló que el trabajo emocional docente se convirtió en el espacio donde se estaban las modificaciones pedagógicas. Las creencias de los docentes en la importancia de atender a las necesidades de los estudiantes se convirtieron en un discurso poderoso que les permitió subvertir estratégicamente las reglas institucionales y reflexionar críticamente sobre las disfunciones curriculares, orientando sus acciones gerenciales hacia la modificación de las prácticas pedagógicas (p.1).

Este planteamiento me hace pensar que la mediación emocional del médico-docente no se reduce a solamente el acompañamiento afectivo, va más allá de ello, constituyéndose en un eje transformador de la práctica pedagógica. Al enfrentar sentimientos ambivalentes (desde la frustración hasta la empatía), el docente despliega un proceso reflexivo que convierte el trabajo emocional en motor de innovación didáctica. En este sentido, la praxis pedagógica se redimensiona en tanto el educador media entre la normatividad institucional y las necesidades humanas de los estudiantes, legitimando el valor de la sensibilidad en un entorno habitualmente regulado por la objetividad especializada y el control evaluativo.

En este entorno de ideas, la mediación emocional surge como praxis reflexiva y creativa que permite reconfigurar la enseñanza médica desde un lugar más humano, donde la emoción deja de ser obstáculo para convertirse en un recurso epistemológico y ético. En efecto, al atender las necesidades de los estudiantes y reconocer sus vulnerabilidades, el médico-docente reafirma que educar en medicina no consiste únicamente en formar técnicas competentes, se trata de un acompañamiento efectivo en los procesos de aprendizajes reconociendo al estudiante como sujetos emocionales. A continuación, la tabla 9.

Tabla 9

Categoría: Ser y hacer del docente. Subcategoría: vínculo formativo auténtico

Actor social	narrativa	narrativa	Actor social
A	(...) Esta experiencia marcó profundamente mi praxis docente, recordándome que la inteligencia emocional no es un recurso innecesario sino indispensable y el núcleo que posibilita vínculos auténticos, donde los estudiantes se sientan reconocidos, fortalecidos y motivados para crecer en su ser y hacer profesional (VINFAUT, ASA, L: 81-87).	Esa experiencia me llevó a transformar mi práctica, en tanto comprendí que la enseñanza más allá de exigir esa transmisión técnica quirúrgica o fundamentos oncológicos, propio de mi especialidad, debo cultivar resiliencia, empatía y autocontrol. Desde entonces, mi ser y hacer como docente se configura en un vínculo más humano, donde la exigencia académica convive con la cercanía afectiva de modo que esa vivencia, me enseñó que el verdadero aprendizaje emerge cuando el estudiante se siente comprendido y respetado en su integridad (VINFAUT, ASB, L: 74-83).	B
C	Desde ese punto de vista, he aprendido a escuchar más, a tener más atención en sus actitudes para poder comprender mejor los diferentes ritmos de aprendizaje y a reconocer la carga emocional que cada uno	Desde entonces, cada encuentro con mis estudiantes lo vivo, no únicamente como una oportunidad para enseñar conocimientos de la especialidad, sino que me atrevo a cultivar un espacio de diálogo	D

de ellos enfrenta en sus realidades sociales y académicas, cuyos efectos mantienen también la tendencia al ejercer sus actividades y procesos en un campo tan exigente como la salud (VINFAUT, ASC, L: 110-117).

auténtico que dignifique sus emociones y las integre en el desarrollo de los objetivos curriculares (VINFAUT, ASD, L: 80-85); Por eso, en mi labor docente, veo la inteligencia emocional como la fibra que conecta el saber con el ser. Y cuando un futuro cardiólogo logra integrar su excelencia técnica con susceptibilidad y sensibilidad humana, entonces siento que mi tarea está avanzando en ese cumplimiento, he comprendido que formar estos especialistas competentes, como médicos deben ser capaces de escuchar el corazón de otro ser humano en toda su complejidad (VINFAUT, ASD, L: 171-178).

Tramas de sentido compartido en la categoría: ser y hacer del docente respecto a la subcategoría: vínculo formativo auténtico

La complementariedad de las voces de todos los actores sociales, confluyen en dar sentido y significado a la categoría ser y hacer del docente. De esta manera, la voz del actor social A (ASA) coloca en primer plano la inteligencia emocional como núcleo indispensable de la praxis docente, desde la cual se posibilitan los vínculos auténticos que reconocen y fortalecen al estudiante en su ser y hacer profesional, de manera que; esta visión encuentra resonancia del mismo modo en la voz del actor social B (ASB), quien complementa el planteamiento al narrar que la docencia, más allá de la transmisión especializada del conocimiento médico, exige empatía, resiliencia y autocontrol, configurando así un vínculo docente-estudiante donde la exigencia académica se conjuga con una cercanía afectiva que dignifica la experiencia formativa.

En sintonía, el actor social C (ASC) introduce la perspectiva de la escucha atenta y la comprensión de los ritmos diferenciados de aprendizaje, al hacer hincapié en la carga emocional que los estudiantes llevan consigo en contextos sociales y académicos de alta exigencia. Su aporte amplía el marco de comprensión hacia una docencia que reconoce lo humano en medio de lo técnico, integrando sensibilidad hacia las realidades vitales del estudiantado. Asimismo, el actor social D (ASD) proyecta esta vivencia en una pedagogía de diálogo auténtico, donde cada encuentro con los estudiantes trasciende la enseñanza de conocimientos disciplinares para convertirse en un espacio de dignificación de las emociones. Su testimonio acentúa la idea que

la inteligencia emocional es la fibra que conecta saber y ser, conduciendo a la formación de especialistas capaces de integrar excelencia técnica con sensibilidad humana, lo cual constituye la mayor expresión de un vínculo formativo auténtico.

Desde esta perspectiva, la complementariedad de las voces de los actores sociales configura una trama significativa en la cual el ser y hacer del docente se define como praxis relacional y ética al punto que el actor social A (ASA) inaugura el énfasis en la inteligencia emocional con fundamento; mientras que el actor social B (ASB) lo resignifica en la fusión entre exigencia y efectividad; del mismo modo, el actor social C (ASC) lo profundiza en la escucha y reconocimiento de las particularidades del aprendizaje; y cierra estos significados el actor social D (ASD) cuando proyecta en un horizonte pedagógico transformador, las oportunidades de diálogo y sensibilidad que son inseparables del saber disciplinar. En conjunto, las voces confluyen en la comprensión que el vínculo formativo auténtico es constitutivo de la docencia, al generar experiencias de aprendizaje que trascienden lo cognitivo y se consolidan en lo humano. En palabras de Fredholm et al. (2019), según la siguiente cita traducida textualmente:

(...) los estudios en educación muestran una conexión entre la autenticidad, la autonomía en el aprendizaje y el desarrollo profesional. Para la planificación y ejecución de la educación clínica de los estudiantes de medicina, es esencial comprender el desarrollo profesional de éstos y qué los lleva a empezar a asumir una identidad como médicos. Comprender cómo la autenticidad impacta en el aprendizaje y en el desarrollo profesional, resulta crucial para el futuro diseño de estrategias de enseñanza y aprendizaje en la educación médica (s/n).

Al asimilar estos razonamientos, sostengo que el ser y hacer del médico-docente se fundamenta en el principio axial de la autenticidad en el vínculo pedagógico, que no se reduce a un rasgo actitudinal, sino que se constituye en un mediador ontológico y epistemológico que habilita al estudiante a reconocerse en el proceso de tránsito hacia su identidad profesional. El médico-docente, al cultivar un vínculo formativo auténtico, propicia espacios donde el rigor académico convive con la autonomía y la sensibilidad, facilitando que el aprendizaje no sea únicamente transmisión de destrezas clínicas, sino una experiencia transformadora que articula conocimiento, emociones y ética del cuidado.

Así, el hacer docente se despliega en la praxis de acompañar, modelar y generar escenarios donde el estudiante ejerce autonomía en un marco de confianza y respeto, mientras que el ser docente se manifiesta en la capacidad de reconocer al otro como sujeto integral, digno

de escucha y validación. La aportación de Fredholm et al. (2019) ilumina esta dimensión al mostrar que la autenticidad es la base que da sentido al desarrollo profesional del futuro médico. En consecuencia, la tarea del médico-docente al formar especialistas competentes también debe construir sujetos profesionales auténticos, capaces de integrar técnica y humanidad en la práctica clínica. A continuación, la tabla 10.

Tabla 10

Categoría: Ser y hacer del docente. Subcategoría: Evolución pedagógica

Actor social	narrativa	narrativa	Actor social
A	(...) he sentido desde mi experiencia un sistema de actividades y procesos que puedo decir han mejorado en mis años de servicio como docente, mi forma de enseñar y estar con los estudiantes ha experimentado una transformación significativa, encuentro que en estos escenarios he avanzado en la madurez personal y profesional, como es lógico, al inicio de mi carrera docente, mi enfoque estaba centrado casi exclusivamente en la transmisión rigurosa de conocimientos de la especialidad y propios de la disciplina del quirófano (EVOPEDA, ASA; L: 89-99)	(...) recuerdo con especial claridad a una experiencia en la cual la inteligencia emocional se convirtió en el verdadero eje de mi ser y hacer como docente. Te explico, durante una clase práctica, un estudiante mostró una fuerte reacción emocional frente a la magnitud del sufrimiento de un paciente oncológico. Más que detenerme únicamente en los aspectos técnicos del procedimiento quirúrgico, comprendí que era el momento de enseñar desde la dimensión humana, los ajustes a este tipo de comportamiento sensible frente al otro de manera que invité al grupo a reflexionar sobre la importancia de reconocer nuestras propias emociones, sin que éstas paralicen nuestro actuar profesional (EVOPEDA, ASB; L: 32-45).	B
C	Le puedo compartir que mi forma de enseñar y estar con los estudiantes se ha ido transformando, como es natural, de manera profunda a lo largo del tiempo porque al inicio de mi trayectoria docente, mi enfoque era principalmente concentrado en la disciplina del conocimiento, es decir del seminario que me correspondía en Ciencias de la Salud, orientado a transmitir con precisión los contenidos curriculares asociados a la gastroenterología y la endoscopia digestiva (EVOPEDA, ASC; L: 93-101).	Aquí encuentro significativo mencionar que mi forma de enseñar y de estar con los estudiantes ha pasado por una transformación que considero parte de mi propio proceso de autoformación. Al inicio, mis enfoques estaban centrados en transmitir esos conocimientos técnicos que solicita el programa respectivo y asegurarme que los estudiantes cumplieran con los estándares académicos de calidad además de la disciplina que se exige para cubrir todas estas expectativas de la medicina (EVOPEDA, ASD; L: 88-96).	D

**Tramas de sentido compartido en la categoría: ser y hacer del docente respecto a la
subcategoría: Evolución pedagógica**

En este caso, la complementariedad significativa en la triangulación de las voces de los actores sociales (ASA, ASB, ASC, y ASD) me devela una convergencia en la manera en la cual narran la transformación de su ser y hacer docente en el marco de la evolución pedagógica, configurada a través de los relatos que, desde la singularidad de cada experiencia, expresaron un tránsito común: desde el énfasis inicial en la trasmisión rigurosa de contenido disciplinares hacia una docencia más integral, reflexiva y humanizada. Así, en los fragmentos discursivos de los actores sociales (ASA) y (ASC) identifico con claridad la centralidad que en los inicios tuvieron en torno a la enseñanza técnico disciplinar vinculada al ámbito quirúrgico y de las Ciencias de la Salud, mostrando una práctica focalizada en el conocimiento formal.

Sin embargo, con el paso de los años, ambos coinciden en reconocer que su acción pedagógica se ha visto enriquecida por la madurez personal y profesional, lo cual ha permitido expandir su perspectiva y diversificar los modos de estar con los estudiantes. En el mismo orden de ideas, el actor social B (ASB) aporta un matiz que resignifica la transformación pedagógica en tanto en lugar de la inteligencia emocional en los escenarios formativos, que introduce la necesidad de enseñar también desde la sensibilidad humana, en su experiencia, la dimensión afectiva y ética se convierte en eje de la docencia, al propiciar que los estudiantes reflexionen sobre los procedimientos técnico así como la capacidad de gestionar sus emociones frente al sufrimiento del otro.

También, el actor social D (ASD) dio cabida a la coincidencia con los actores sociales ASA y ASC, en cuanto al recorrido evolutivo que parte del énfasis en los estándares académicos y técnico, para luego, reconocer que la práctica docente se convierte en un proceso de autoformación permanente, en el cual la transmisión de conocimientos se entrelaza con el desarrollo de competencias formativas integrales. De este modo, la complementariedad de todas las voces mencionadas, me permite comprender que la evolución pedagógica además del cambio metodológico también adquiere interés en el proceso de maduración identitaria, donde el ser y el hacer del docente se nutren de experiencias que integran técnica, ética y humanidad, constituyéndose así en un itinerario de transformación compartido. En este sentido, traigo la cita

de Fleer et al. (2024) en tanto abre una ventana interpretativa decisiva para comprender el ser y hacer del médico-docente en el marco de la evolución pedagógica, la cual tradujo textualmente:

(...) los estudiantes de medicina son formados para una profesión que cambia rápidamente debido a los desarrollos tecnológicos, la inminente escasez de personal y los crecientes costos de atención sanitaria. Es también una profesión caracterizada por una alta carga laboral, elevados niveles de estrés y un fuerte proceso de socialización. Dentro de este contexto dinámico, un papel importante de las facultades de medicina es apoyar a los estudiantes para que se conviertan en individuos sanos y equilibrados, capaces de afrontar estos desafíos complejos, atender su propia salud y bienestar, y ofrecer un cuidado de la más alta calidad. Para alcanzar este objetivo multifacético, las facultades de medicina tienen la responsabilidad de fomentar la formación de la identidad profesional de los estudiantes de medicina (s/n).

Esta traducción me invita argumentar que el ser y hacer del médico-docente más allá de la reproducción de protocolos clínicos, se configura como un proceso pedagógico complejo que articula tres dimensiones fundamentales: la transformación del rol docente hacia un acompañamiento integral, en el hecho que enseñar significa habilitar en el estudiante la competencia técnica y la capacidad de sostener su equilibrio personal y emocional frente a un contexto saturado de demandas.

Asimismo, la postura de los precitados autores, ilumina la necesidad de una pedagogía de la resiliencia, donde el médico-docente desde su praxis, deviene un modelo de gestión del estrés, del autocuidado y de la organización en el ejercicio clínico. Aquí, la evolución pedagógica implica desplazar el centro de la enseñanza de la disciplina estricta hacia la formación de profesionales que piensen en sí mismos como seres humanos integrales, en consonancia con la responsabilidad ética del cuidado del otro.

Igualmente, la dimensión de la identidad profesional en construcción, obliga al médico-docente hacer un orientador en el tránsito de estudiantes a profesional. Esta identidad se moldea tanto en el quirófano como en el aula y, sobre todo, en la interacción donde el docente muestra la experiencia, legitima la sensibilidad y proyecta un ethos formativo capaz de sostener a la próxima generación de médicos en medio de transformaciones tecnológica y precisiones institucionales. En suma, el argumento epistémico señala que el médico-docente, en su ser y hacer, se convierte en arquitecto de identidades profesionales, orientando la evolución pedagógica hacia un horizonte donde la ciencia, humanidad y autorregulación, se integran como pilares de la enseñanza médica contemporánea. A continuación, la tabla 11.

Tabla 11

Categoría: Ser y hacer del docente. Subcategoría: Transformación hacia la praxis dialógica

Actor social	narrativa	narrativa	Actor social
A	(...) Mi enseñanza ha transitado de un modelo vertical, donde el docente representa la figura incuestionable del hacer educativo, hacia un modo de actuaciones bajo la lógica participativa y dialógica con los otros, donde debo privilegiar la empatía, la escucha atenta y el acompañamiento pedagógico de manera integral (TRADIA, ASA, L: 107-112).	te cuento que hubo una vivencia que marcó profundamente mi manera de relacionarme con los estudiantes en el aula en efecto; recuerdo a un grupo de estudiantes en el cual varios de ellos se encontraban desmotivados, enfrentando dificultades personales y académicas reflejadas en su rendimiento y apatía. En lugar de limitarme a exigirles resultados, decidí detener la dinámica de la clase para abrir un espacio de diálogo sincero, cercano, sensible con ellos al punto que debí escucharlos, reconocer sus emociones y validar sus inquietudes como técnica pedagógica que me permitió comprender que, antes de formar especialistas, debo acompañar a los seres humanos con los cuales me relaciono en la cotidianidad del aula (TRADIA, ASB, L: 60-73).	B
C	Ahora procuro integrar estrategias pedagógicas más dinámicas, con enfoques innovadores, que den paso a la empatía y cabida al diálogo continuo los cuales se deben convertir en el pilar fundamental de esta orientación formativa (TRADIA, ASC, L: 118-122).	con el tiempo comprendí que la enseñanza en Ciencias de la Salud, no se limita a impartir conocimientos, se trata de modelar actitudes, valores y formas de enfrentar la realidad clínica. He aprendido a escuchar más, a generar espacios de diálogo y al reconocer que los estudiantes también son portadores de saberes y experiencias que enriquecen el proceso de enseñanza y aprendizaje (TRADIA, ASD, L: 97-104).	D

Tramas de sentido compartido en la categoría: ser y hacer del docente respecto a la subcategoría: Transformación hacia la praxis dialógica

La triangulación de las voces de los actores sociales me devela un entramado común de sentidos en torno a la subcategoría transformación hacia la praxis dialógica, donde convergen experiencias personales y reflexiones que resignifican el ser y hacer docente en Ciencias de la Salud. En términos del actor social A (ASA) reconozco la transición desde el modelo vertical hacia uno dialógico, que privilegia la empatía y la escucha activa, marcando un giro en la identidad pedagógica. Esta voz se complementa con la del actor social B (ASB), quien aporta una vivencia

profundamente humana al destacar el curso de la clase para abrir un espacio de diálogo con estudiantes desmotivados, validando emociones y mostrando que el acompañamiento pedagógico antecede al logro académico. Ambas experiencias delimitan la dimensión afectiva y relacional de la transformación docente.

Por su parte, el actor social C (ASC) hace hincapié en la necesidad de innovar con estrategias pedagógicas dinámicas y centradas en la empatía, consolidando el diálogo como eje fundamental del proceso formativo, lo que significa una postura que expande el testimonio de los actores sociales ASA y ASB, al situar la praxis dialógica como reacción a una experiencia particular además de la convicción pedagógica sostenida. Luego, el actor social D (ASD) amplía la complementariedad significativa al integrar valores, actitudes y reconocimiento del estudiante como sujeto portador de saberes, lo que enriquece el aprendizaje desde una perspectiva bidireccional.

En síntesis, estas voces me hacen pensar que el tránsito hacia la praxis dialógica es un hecho integral, como procesos compartidos que conjugan empatía, innovación, reconocimiento mutuo y construcción de comunidad educativa. La complementariedad radica en cómo cada experiencia refuerza la idea que el ser y hacer del docente no se limita a lo técnico, se fundamenta en la capacidad de generar vínculos, modelar valores y cultivar un aprendizaje transformador en reciprocidad con los estudiantes. El argumento de Echeverría (2025) advierte en la siguiente cita traducida textualmente, que:

(...) la formación inicial del profesorado constituye una preocupación permanente de la investigación, pues se reconoce el valor de la educación para el progreso de la sociedad. Sin embargo, dado la naturalización de criterios instrumentales como sentido común adquirido en la sociedad contemporánea, en ocasiones la formación inicial del profesorado reproduce una perspectiva tecnocrática de la educación, sin propiciar una transformación hacia una sociedad más justa, éticamente más sana y políticamente más democrática (s/n).

Este señalamiento interpela directamente al ser y hacer del médico-docente, en tanto su rol no puede quedar reducido a procedimientos, protocolos o destrezas clínicas bajo criterios de eficiencia instrumental. Por el contrario, la praxis formativa en medicina reclama una apertura dialógica, donde el aprendizaje se configure en el cruce entre el conocimiento científico, la ética profesional y el reconocimiento de la dignidad del otro. El médico-docente, en su hacer cotidiano, se convierte en el mediador de sentidos, lo que significa que su tarea es cultivar en los futuros

profesionales una identidad crítica y ética, capaz de discernir entre la eficiencia técnica y la justicia social, entre la práctica clínica y el compromiso con la vida humana.

Así, la transformación hacia una praxis dialógica implica desplazar la enseñanza desde el reduccionismo tecnocrático hacia la formación integral, donde el estudiante de medicina aprenda a curar cuerpos, pero también a leer contexto, a escuchar subjetividades y a responder con sensibilidad a ética y responsabilidad social. El ser médico-docente se dignifica cuando asume que educar es dialogar, cuestionar, transformar y humanizar. A continuación, la tabla 12.

Tabla 12

Categoría: epistemología en Ciencias de la Salud. Subcategoría: Sentido humano de la enseñanza

Actor social	narrativa	narrativa	Actor social
A	<p>(...) Sin embargo, con el tiempo he venido comprendiendo que formar estudiantes en Ciencias de la Salud, exige dedicación, planificación, estrategias que permitan instruir en destrezas; requiere de más cultivar en los estudiantes la capacidad de enfrentar situaciones complejas con equilibrio emocional y sentido humano, esto es primordial (SENHUME, ASA, L: 101-106); Se trata de una práctica multiplicadora, de un aprendizaje permanente en ese sistema de relaciones con los otros. Recuerdo que, a lo largo de estos años, he comprendido que no basta con transmitir el saber de los eventos quirúrgicos o conocimientos académicos de la especialidad; lo que realmente deja huella como lo dije anteriormente es la capacidad de humanizar el acto de enseñanza (SENHUME, ASA, L: 166-172).</p>	<p>(...) y a su vez, articularlas con la capacidad de pensar reflexivamente en términos de adaptarse a escenarios cambiantes. He comprendido que el conocimiento no se impone, sino que se construye de manera dinámica y sinérgica, en diálogo constante entre la experiencia clínica, la investigación de la sensibilidad humana (SENHUME, ASB, L: 94-99).</p>	B
C	<p>Le propuse un diálogo abierto, analizando sus emociones y sus percepciones frente a la práctica clínica, mientras le ofrecía estrategias personalizadas y alentadoras. Este espacio de escucha activa y acompañamiento pedagógico fortaleció su confianza al tiempo que generó un ambiente de aprendizaje más cercano, seguro e innovador, donde el conocimiento técnico se fusionó con el desarrollo humano (SENHUME, ASC, L: 47-53). las prácticas clínicas y los talleres de simulación en gastroenterología generan</p>	<p>En el fondo, lo que más me ha permitido comprender mi manera de actuar con ellos en cada una de las fases en las cuales interactuamos, son esos instantes inesperados, sorprendentes, que a veces en un pasillo o después de clase, suceden cuando un estudiante se me acerca, con una inquietud personal. Ahí es donde descubro hasta qué punto soy capaz de conectar desde lo humano y lo sensible como profesional y de manera personal, no solamente en lo académico (SENHUME, ASD, L: 140-148)</p>	D

en los estudiantes un cúmulo de ansiedad, inseguridad y temor al error. En estas circunstancias, he descubierto que mi papel no es únicamente orientar en términos disciplinares, sino también acompañar desde lo humano, validando sus emociones y mostrándoles que yo también cometo errores y eso es parte de un proceso de aprendizaje (SENHUME, ASC, L: 143-150).

Tramas de sentido compartido en la categoría: epistemología en Ciencias de la Salud respecto a la subcategoría: sentido humano de la enseñanza

La triangulación de la información develada en las voces de los actores sociales, respecto a la subcategoría sentido humano de la enseñanza dentro de la categoría epistemología en ciencias de la educación, se configura como una trama de significados que se entrelazan y dan forma a una praxis pedagógica sustentada en lo humano. De esta manera, el actor social A (ASA) hace énfasis en la necesidad de ir más allá de la instrucción disciplinar o la simple transmisión de conocimientos especializados, situando la humanización del acto de enseñanza como eje medular de la formación en Ciencias de la Salud. En estos trozos discursivos me devela que enseñar no se reduce a instruir en procedimientos, se trata de implicar el cultivo de capacidades emocionales y éticas que permitan a los estudiantes enfrentar la complejidad del ámbito clínico con equilibrio.

En el mismo orden de ideas, el actor social B (ASB) complementa esta perspectiva, al introducir el valor de la construcción reflexiva y dinámica del conocimiento, destacando que no se trata de imponer contenidos, sino de propiciar un diálogo que articule la experiencia clínica con la sensibilidad humana. En este trozo discursivo me doy cuenta que el verdadero impacto pedagógicos no siempre ocurre en el marco estructurado, sino en la cercanía personal donde lo humano y lo académico confluyen de manera auténtica.

En conjunto, el sentido humano de la enseñanza se construye desde la convergencia de distintas experiencias como la humanización del acto docente, la reflexión y la construcción sinérgica del conocimiento, la escucha activa y la validación emocional, así como la conexión sensible en lo inesperado. Esta confluencia de significados emergentes configura una epistemología de la salud que entiende la enseñanza como una praxis dialógica, relacional y

profundamente humana. Asumo el argumento de Luaong et al. (2024) quienes plantean en una cita traducida textualmente lo siguiente:

(...) la injusticia epistémica se refiere a un daño cometido contra alguien en su capacidad de conocer. Aunque los filósofos han detallado la omnipresencia de este problema en el ámbito sanitario, apenas comienza a discutirse entre los educadores médicos (...) Ampliar la comprensión de este concepto en el campo y demostrar cómo puede utilizarse para replantear problemas complejos en la educación médica (p.1286).

Al comprender que, desde la perspectiva de la epistemología en Ciencias de la Salud, los argumentos mencionados, develan una grieta estructural en la enseñanza, donde el énfasis ha estado históricamente centrado en la transmisión técnica del conocimiento, sin embargo, aún sigue desconociéndose al sujeto como agente epistémico legítimo. Cuando se desatiende el sentido humano de la enseñanza, se incurre precisamente en esa injusticia: invalidar las voces, percepciones y experiencias de los estudiantes y pacientes, relegándolos a receptores pasivos de información.

La reflexión de Luong et al. (2024) interpela directamente la praxis pedagógica, al invitar a su replanteamiento en los problemas complejos, no desde la mera lógica biomédica, sino desde una visión integral que articule sensibilidad, reconocimiento y respeto por la otredad. De allí que, el sentido humano de la enseñanza en Ciencias de la Salud se traduce en una pedagogía que acompaña, escucha y valida, donde el acto educativo también habilita espacios de dignificación del conocimiento del otro.

Así, la epistemología adquiere un rostro ético y relacional, en tanto, comprender que enseñar en salud no es sólo instruir en procedimientos, sino reconocer el estudiante y al paciente como sujetos que, co-construyen saberes, y que la injusticia epistémica ocurre precisamente cuando esa voz es silenciada o minimizada. La propuesta de los precitados autores, me invita entonces, a transformar la educación médica un espacio donde lo humano y lo técnico se armonicen, elevando el aprendizaje hacia un plano de justicia, dignidad y equidad en el conocer.

Ahora bien, la representatividad de la triangulación de la información donde se significa las complementariedades entre las voces de los actores sociales, fueron develadas en su recurrencia en torno a la gestión emocional en la práctica, mediador emocional, vínculo

formativo auténtico, transformación hacia la praxis dialógica, evolución pedagógica, sentido humano de la enseñanza, las cuales se integran en la figura 16.

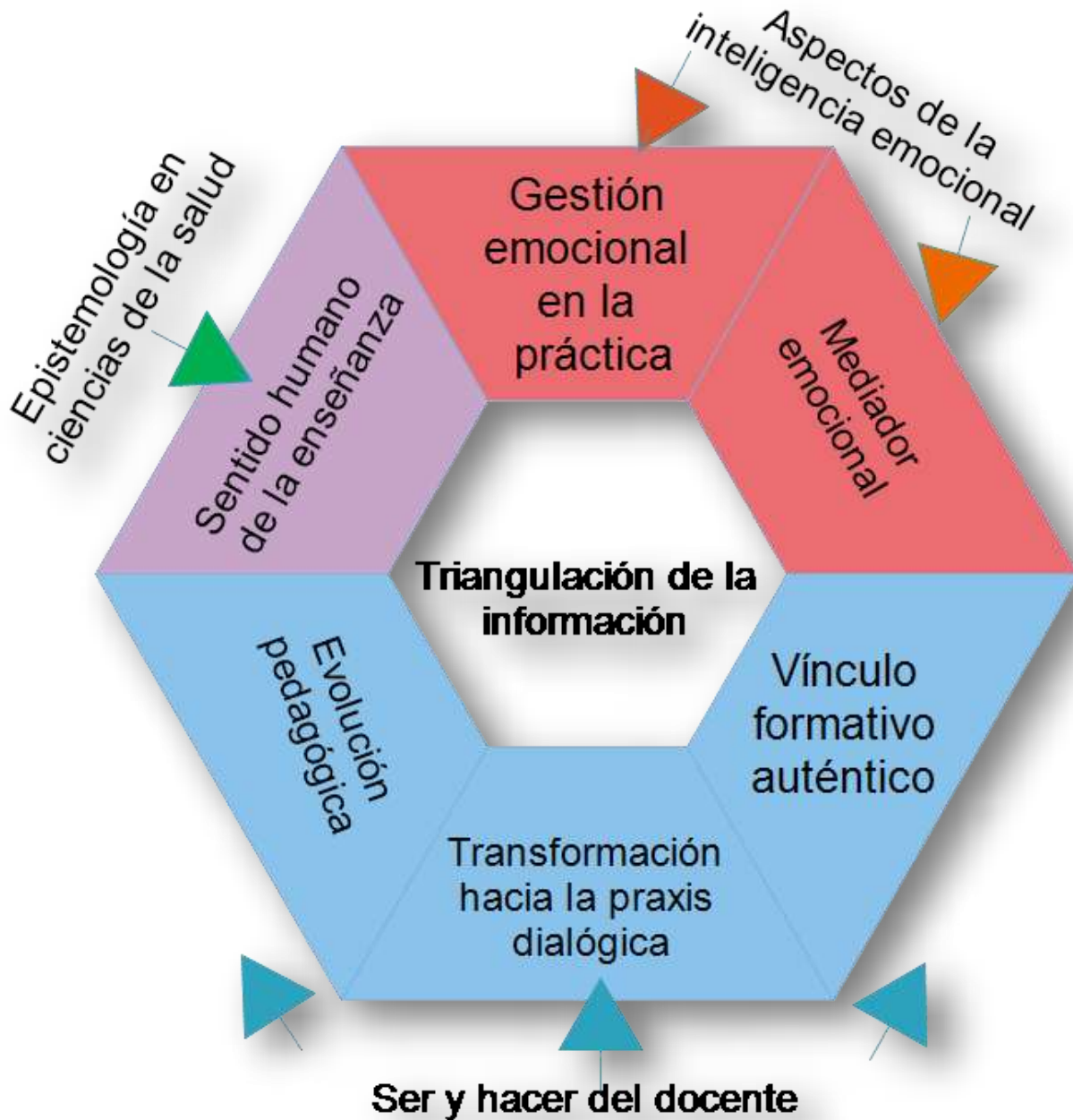


Figura 16. Triangulación de la información

Fuente: elaboración propia (2025)

MOMENTO V

APROXIMACIÓN TEÓRICA EMERGENTE SOBRE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO CONSTRUCTO EPISTEMOLÓGICO DEL SER Y HACER DEL DOCENTE

El conocimiento no se limita a los hallazgos; surge como encuentro entre experiencia y reflexión, donde interpretar y significar configuran nuestra comprensión del ser y la acción en el mundo.

Beatriz López

En este momento significativo de creación del conocimiento profundo, me adentro en la intersección entre la experiencia vivida por los actores sociales y su trascendencia fenomenológica, a partir de la comprensión del escenario investigativo, donde la praxis del docente se me devela como un acto de sentido, y la inteligencia emocional se despliega más allá del conocimiento especializado, en el ámbito de fuerza transformadora que configura el ser y hacer del profesional, iluminando caminos inéditos que resignifican la complejidad de la enseñanza en su dimensión humana y epistemológica en Ciencias de la Salud.

Horizonte inicial

El horizonte inicial de esta aproximación teórica emergente da cabida a una constatación íntima inherente a las experiencias suscitadas en torno a la inteligencia emocional, en el acto educativo en Ciencias de la Salud, donde pude captar la urdimbre epistemológica del ser y hacer del docente. De esta manera en los relatos descritos, hubo el reconocimiento de un tejido de experiencias que trascienden la descripción y, al ser recogidas en mi propia conciencia, se convierten en claves significativas para pensar lo pedagógico en un ámbito humano.

En esta perspectiva, el hecho de comunicar desde la sensibilidad, permite sostener emocionalmente a los estudiantes en medio de la incertidumbre, reconocerse como mediador de confianza y equilibrio, e integrar afecto y ética en la enseñanza, lo cual viene a significar los gestos que, más allá de lo empírico, delinean un modo de ser maestro en salud que conjuga

técnica y cuidado. Más allá de instruir en procedimientos quirúrgicos o de evaluar el rendimiento en escenarios simulados; se trata, sobre todo, de comprender que en el encuentro formativo se configuran sujetos, se acompañan emociones, se construye confianza y se deja huellas en la memoria vital de quienes aprenden.

Este horizonte de construcciones y vivencias apegadas a la realidad del ser y hacer del docente de ciencias de salud, no apunta únicamente a una sistematización conceptual, sino a un reconocimiento reflexivo que la inteligencia emocional es el Constructo que sostiene la praxis docente, al tiempo que se convierte en la matriz ética y relacional que dignifica el proceso formativo en sus dimensiones y complejidades, desbordando la simple transmisión de saberes para consolidarse como principio ordenador de la experiencia educativa, en el ámbito trascendente de la humanidad, ciencia y cuidado, que se entre trazan como fundamentos ineludibles de la enseñanza en medicina.

En este orden de ideas recuerdo lo mencionado por el actor social B (ASB) en los siguientes términos: "para mí, la inteligencia emocional representa un eje fundamental en el ser y hacer como docente en Ciencias de la Salud, particularmente en un campo tan sensible como la cirugía oncológica..." (EMPESC, ASB, L: 9-18). Situación que me permite interpretar que el docente reconoce su labor trascendente para transmitir destrezas quirúrgicas, así como exigirse abordar la escucha activa y empatía como recursos pedagógicos tan vitales como la técnica. Ello me reafirma que la enseñanza en Ciencias de la Salud, no es meramente técnica, es también ética y humana en esencia.

Del mismo modo, pude captar la siguiente descripción profunda en la versión del mismo actor social B, en tanto "la inteligencia emocional me permite reconocer la carga emocional que los estudiantes enfrentan al aproximarse a la realidad del cáncer y, a la vez, me impulsa a modelar actitudes de serenidad y resiliencia" (SERRES, ASB, L: 19-27). Por lo tanto, en este enfoque introductorio de la aproximación teórica, significo que el testimonio connota el ser y hacer del docente cuando reconoce las emociones de sus estudiantes, además que se fundamenta en un modelo de regulación afectiva. Por ende, esta función formativa configura la inteligencia emocional como práctica de acompañamiento y de construcción de seguridad emocional en las aulas de Ciencias de la Salud frente a los escenarios de alta vulnerabilidad.

En el mismo eje de significación, traigo a colación la versión del actor social B (ASB) frente a su propia realidad donde hace referencia a que "en este tránsito, la inteligencia emocional se convierte en un recurso imprescindible debido a que permite reconocer mis propias limitaciones, aceptar la incertidumbre inherente al quehacer médico y acompañar al estudiante en su crecimiento personal y profesional" (EQAFECP, ASB, L: 101-111). Por lo tanto, en este horizonte inicial de la aproximación teórica emergente, comprendo que la inteligencia emocional es asumida como un recurso epistemológico que integra ciencia, ética y humanidad, lo que significa que el docente reconoce sus limitaciones y vulnerabilidades como ser humano, y al mismo tiempo desde esta autocomprensión, logra acompañar al estudiante hacia una formación integral.

Dadas estas consideraciones, la aproximación teórica se construye más allá de un ejercicio de interpretación, en una generación consciente y situada de la realidad de la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer del docente que orienta sus propósitos, interés contributivo, macroconceptos generados y los ejes: ontológico, epistemológico, axiológico, pedagógico y teleológico que confluyen en la posibilidad de dotar de sentido y significado al proyectar la realidad del fenómeno de estudio.

Direccionalidades de la aproximación teórica

Reconocer la inteligencia emocional como núcleo que articula el ser, hacer y vínculo ético-pedagógico del docente

Reconocer la inteligencia emocional como núcleo que articula el ser, el hacer y el vínculo ético-pedagógico del médico-docente constituye un eje de sentido fundamental en la formación clínica. Tal como lo afirman Omid et al. (2024), en la siguiente cita traducida textualmente: "la enseñanza clínica es una parte esencial de la educación médica, y el profesor clínico debe adquirir las competencias necesarias para cumplir este rol; en este sentido, se enfatiza la inteligencia emocional como competencia fundamental" (s/n).

Esta afirmación en la postura de los precitados autores, me sitúa en la conceptualización de la inteligencia emocional como la capacidad estructural que permite al médico-docente en su ser y hacer, sostener el aprendizaje desde la integralidad del conocimiento y la sensibilidad

humana en Ciencias de la Salud. De la misma manera, esta perspectiva se complementa con las voces de los actores sociales que reforzaron la convicción acerca que la inteligencia emocional trasciende el reconocimiento emocional para convertirse en una herramienta transformadora de la interacción pedagógica. Tal como lo ofreció la narrativa del actor social C, en los siguientes términos: "no se trata únicamente de reconocer mis propias emociones o la de los estudiantes, también de integrar esa comprensión cercana en la interacción pedagógica, transformando cada experiencia educativa en un espacio de confianza, respeto de aprendizaje profundo" (REPEYO, ASC, L: 9-17).

Viéndolo de esta manera, la inteligencia emocional se convierte en catalizador de un proceso educativo humanizado en Ciencias de la Salud, en el cual la comunicación sensible y la empatía frente a la incertidumbre de la práctica clínica, constituyen elementos indispensables que se han de manifestar en todas las actividades y procesos tal como lo expresó más adelante el mismo actor social C (COMHUMS (ASC, L: 18-23). De igual forma, la integración afectivo-ética que destacó, según el código (INAFETF (ASC, L: 24-30), me permite comprender que la inteligencia emocional tiende puentes entre la experticia clínica y la praxis docente, favoreciendo relaciones interpersonales significativas que modelan el profesionalismo futuro del médico en formación. Esta mirada se confirma en experiencias concretas de aula, tal como lo manifestó este actor social según el código (GESEMP, ASC, L: 38-46), donde recordó un caso en el cual un estudiante, ansioso durante una práctica de endoscopia, encontró en la conexión emocional y el reconocimiento de sus esfuerzos, un recurso de apoyo para superar el miedo.

Dadas estas circunstancias, lo mencionado trasciende una vez más que, la gestión emocional como estrategia pedagógica también transforma la dificultad en oportunidad de crecimiento y desarrollo profesional. En el mismo orden de ideas, traigo el referente del actor social C (ASC), en los aportes que me develó según los códigos (ESERELA, ASC, L: 54-58) y (CLIEMPO, ASC, L: 80-90) a partir de los cuales pude comprender que la inteligencia emocional, constituye la esencia relacional de la enseñanza.

El diseño de actividades progresivas, la retroalimentación personalizada además del esfuerzo positivo, se convierten en práctica que consolidan un clima emocional positivo, donde los estudiantes mejoran su desempeño técnico y a la vez, fortalecen su seguridad emocional. En

síntesis, la inteligencia emocional como parte de esta primera direccionalidad, se articula en el ser y hacer del médico-docente otorgando sentido ético, sensibilidad humana profunda en la enseñanza clínica en Ciencias de la Salud. La comprensión integral de los elementos asimilados en esta primera direccionalidad de la aproximación teórica emergente, se pueden visualizar en la figura 17.



Figura 17. Inteligencia emocional en el ser y hacer del docente

Fuente: elaboración propia (2025)

Interpretar la inteligencia emocional como mediación que transforma la incertidumbre y vulnerabilidad en aprendizajes significativos.

Esta segunda direccionalidad de la aproximación teórica emergente, que construí al integrar el discurso de los actores sociales y trascenderlos con la convicción que la docencia en Ciencias de la Salud no trascurre únicamente en el plano especializado del ser y hacer en el aula, sino que se abre como un espacio sensible donde la incertidumbre y vulnerabilidad del estudiante encuentran en la inteligencia emocional un puente transformador hacia los aprendizajes significativos. Como así lo expresan Lisigurski et al. (2021), en la siguiente cita traducida textualmente:

(...) si bien reconocemos que todavía hay lagunas en el conocimiento y escasez de evidencia científica, seguimos creyendo que asignar más esfuerzo y recursos a la investigación, el desarrollo y la implementación de programas de capacitación de inteligencia emocional tienen el potencial de enriquecer la comprensión de cómo educar a médicos eficaces, integrales y resilientes (s/n).

Esta cita me da a comprender que este tipo de implementos en programas académicos de formación en inteligencia emocional mantienen el potencial invaluable para el ser y hacer del docente en la praxis pedagógica con atención a la combinación de los contenidos curriculares especializados y al mismo tiempo, a la dimensión humana que acompaña el proceso formativo integral. De modo que la postura de los precitados autores impacta los requerimientos de ampliar investigaciones como la actual sobre la inteligencia emocional. Un Constructo epistemológico del ser y hacer del docente de Ciencias de la Salud como evidencia empírica significativa en este campo, lo cual me invita a reconocer que la formación de médicos eficaces, integrales y más sensibles a las condiciones del otro, depende de integrar la inteligencia emocional como un eje transversal en la enseñanza.

Aunado a ello, la praxis docente en el Decanato de Ciencias de la Salud, particularmente sentido en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, debe propiciar espacios donde el manejo consciente de las emociones (propias y ajenas) se constituya en una herramienta pedagógica. De modo que, esta articulación entre lo científico y lo humano, ha de expandir el horizonte de nuevas realidades paradigmáticas donde la enseñanza adquiere un carácter más humanizado, al permitir que el estudiante aprenda a diagnosticar o intervenir, así como a

desarrollar competencias emocionales para enfrentar con serenidad, empatía y gestión emocional los desafíos inherentes al ejercicio clínico mismo.

Este contexto indagado y de carácter emergente que propongo en esta segunda direccionalidad de la aproximación teórica, denota realidades que van más allá de los relatos de los actores sociales cuando evidencian por ejemplo, en el caso del actor social C (ASC) que el manejo consciente de las emociones en el aula (MEDEMOC, ASC, L: 136-142) permite al docente convertirse en un mediador que sostiene estudiante en escenarios de tensión y riesgos, transformando la angustia inicial que devienen en el momento de las prácticas en oportunidades de crecimiento profesional.

Del mismo modo, intensifico esta interpretación en el ámbito de la serenidad y resiliencia, al trascender la opinión del actor social C (ASC) en términos de la significancia concedida a ambos elementos de la inteligencia emocional, según el código (SERRES, ASC, L: 151-156), cuando emergió su narrativa en la expresión de una estrategia pedagógica que no niega el aspecto emocional en el ser y hacer del docente, sino que acoge y orienta su praxis pedagógica, creando un clima formativo donde la vulnerabilidad se resignifica en fortaleza colectiva.

El reconocimiento que cada gesto docente actúa como un espejo en la relación pedagógica con sus estudiantes, se evidencia en el hecho de sostener emocionalmente al grupo (SOSEMG, ASC, L: 157-165), en tanto la inteligencia emocional se convierte en un recurso pedagógico indispensable al generar vínculos auténticos y transformadores. Por lo tanto, la vivencia de acompañar a un estudiante frente al impacto emocional de su hallazgo clínico, muestra que el clima emocional positivo más allá de lo significado por el actor social C (ASC), (CLIEMP, ASC, L: 168-184) dan lugar a su trascendencia más allá del aula, al extender su potencia a la dimensión ética y humana de la práctica clínica, confirmando que enseñar medicina, implica también educar en humanidad.

De este modo, la inteligencia emocional en la praxis docente la significa como Constructo epistemológico del ser y hacer más allá del aula, al confirmar que la inteligencia emocional se constituye en una mediación permanente como motor de aprendizaje profundo y éticamente comprometido, al proyectar al docente hacia un rol medular en la acción generadora de cambios que integra sensibilidad, juicio reflexivo y compromiso socio pedagógico, configurando así un

horizonte educativo capaz de impactar la formación profesional y humana en el Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Con base a los señalamientos interpretados anteriormente que comprende la inteligencia emocional como mediación transformadora, construí la figura 18 en la representatividad del texto significado de esta cualidad en el ser y hacer del docente, al resignificar la incertidumbre y la vulnerabilidad, transformando las experiencias de aprendizaje profundo que permanecen y se multiplican en el futuro médico fortalecido desde la resiliencia docente, en tanto abre espacio para un ejercicio pedagógico ético, sensible y orientado a la formación integral. De este modo, otorgo significado medular a los escenarios asociados de la gestión de la incertidumbre, la resiliencia y el aprendizaje ético y la trascendencia formativa.



Figura 18. Mediación hacia el aprendizaje significativo

Fuente: elaboración propia (2025)

Asumir un marco formativo donde la inteligencia emocional posibilite la construcción de humanidad, integralidad y praxis dialógica

Esta tercera direccionalidad de la aproximación teórica emergente, impacta igualmente mi ser y hacer en términos de asumir la inteligencia emocional como marco formativo en la docencia en el Decanato de Ciencias de la Salud al implicar el reconocimiento que cada error, silencio y palabra compartida en el aula con mis estudiantes también se constituye en un espacio de humanización y de praxis dialógica. En este sentido, los discursos inherentes al aprendizaje desde el error (APRERR, ASD, L: 35-47) y las condiciones de la sensibilidad para leer los silencios (SENSIL, ASD, L: 105-114), los trasciendo significativamente cuando me evidencian que el médico-docente más allá de corregir procedimientos técnicos, debe desplegar una mediación emocional que convierta la vulnerabilidad en posibilidad de crecimiento y desarrollo profesional del futuro médico.

En esos mismos términos, nutrido además por la mediación lingüística (MEDLIN, ASD, L: 119-130) y el sentido humano de la enseñanza (SENHUME, ASD, L: 140-148), que reconozco más allá de la narrativa experiencial del actor social D (ASD) me configura dentro de una praxis pedagógica en la cual la escucha, flexibilidad y la empatía, se convierten en fuerzas transformadoras para la construcción de integridad profesional, así como de humanidad compartida en escenarios clínicos y formativos. Puedo sustentar estos argumentos, desde la perspectiva de Antonopoulou (2024) quienes refieren, en la siguiente cita traducida textualmente, que:

(...) la Inteligencia Emocional no es un concepto singular y homogéneo, sino una combinación de varios componentes interconectados. La integración de la autoconciencia, la autorregulación, la motivación y la empatía permite a las personas desenvolverse eficazmente en su entorno social, convirtiendo la inteligencia emocional (IE) en un activo valioso tanto en los ámbitos personal como profesional (p.78).

La cita que precede me lleva a reflexionar en torno a la construcción de humanidad, integralidad y praxis pedagógica en el ser y hacer del docente, lo cual supone comprender que este Constructo epistemológico más allá de las habilidades mencionadas en la formación del médico, representa un entramado complejo de dimensiones interdependientes. En esa línea, se plantea que la inteligencia emocional no es un concepto singular y homogéneo, es una combinación de varios componentes interconectados, al punto que la integración de la

autoconciencia, autorregulación, motivación y empatía, fundamentan el desenvolvimiento eficaz de las personas en su entorno social, convirtiendo la inteligencia emocional en un activo significativo tanto para los ámbitos personales como profesionales. A continuación, la figura 19.

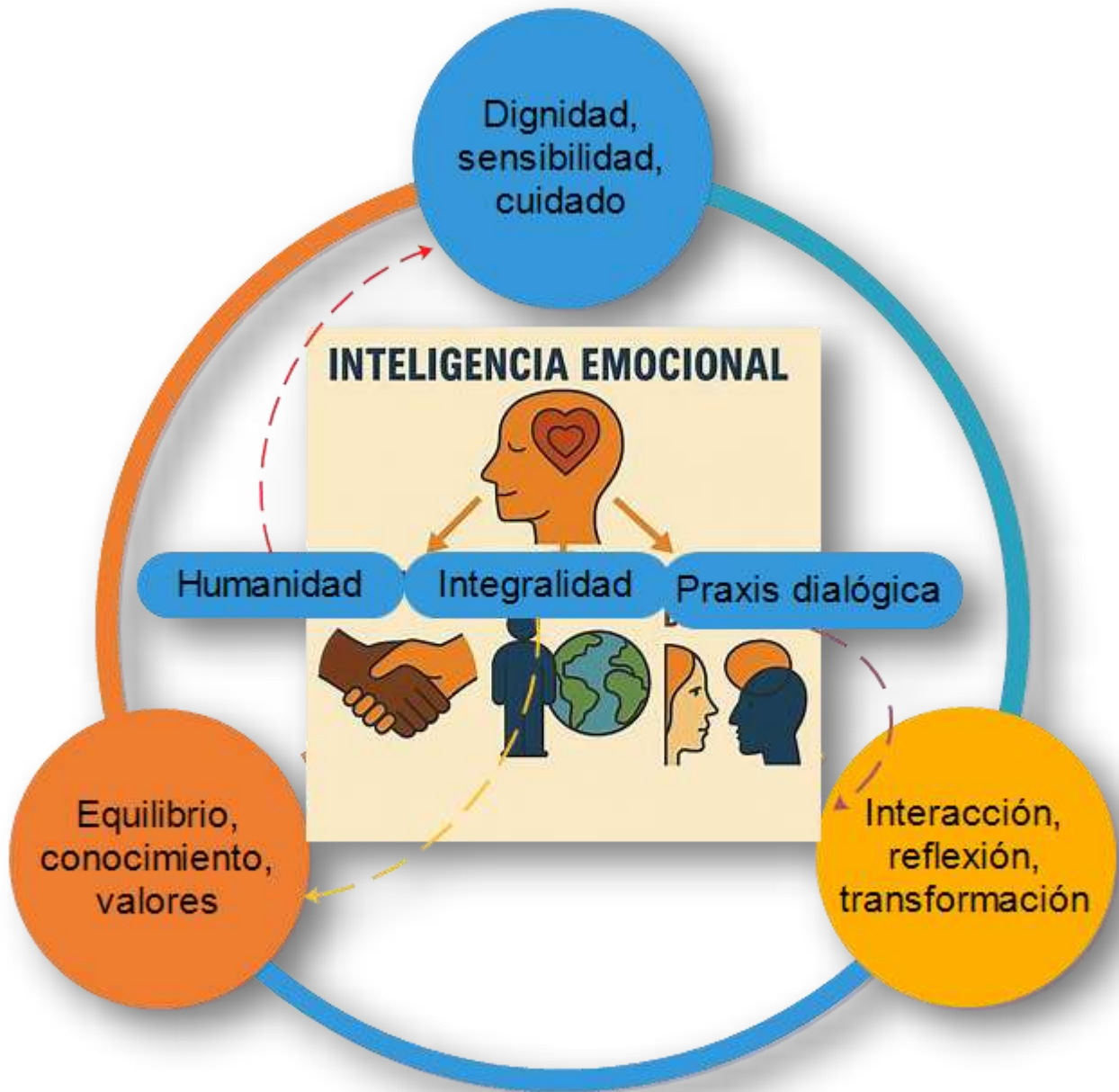


Figura 19. Construcción de humanidad, integralidad y praxis dialógica

Fuente: elaboración propia (2025)

Dadas estas realidades, visualizadas en la figura 20, refuerzo la idea que la praxis docente en el Decanato de Ciencias de la Salud, debe trascender la disciplinariedad definida en el currículo, para configurarse en un espacio de integralidad donde cada interacción promueva la autocomprensión, regulación emocional y empatía, generando vínculos pedagógicos humanizantes. En consecuencia, la enseñanza sostenida en inteligencia emocional articula efectos clave de la humanidad, en la praxis dialógica, dando lugar a una formación ética, sensible y renovada.

Interés contributivo de la aproximación teórica

El interés contributivo de la aproximación teórica emergente lo significo en diferentes dimensiones que se entrecruzan dentro de la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud. A tal efecto, en el ámbito educativo, aporta una nueva mirada formativa integral, sensible y humana en la praxis pedagógica, donde la inteligencia emocional se convierte en un eje articulador del aprendizaje profundo, dialógico y éticamente comprometido en tanto se valora el reconocimiento que la formación docente no sólo implica transmisión de saberes, va más allá de ello en el acompañamiento emocional que humaniza los procesos de enseñanza-aprendizaje del futuro médico.

Desde el punto de vista social, esta aproximación teórica generada en su carácter emergente responde a la necesidad de formar profesionales de la salud con sensibilidad ética y capacidad de sostener al otro en la vulnerabilidad, más allá del diagnóstico clínico o de la técnica. En este sentido, contribuye a reducir las brechas relacionales y comunicativas entre docentes, estudiantes y pacientes, fortaleciendo la empatía, la resiliencia y la corresponsabilidad social.

Destaco también el aporte de esta aproximación teórica en el eje curricular, al integrar la inteligencia emocional como componente transversal en los programas de Ciencias de la Salud, se vincula el conocimiento disciplinar con habilidades socio emocional están indispensables en este tipo de profesionales, al tiempo que se ofrece un marco para diseñar y evaluar currículos innovadores que equilibren el rigor científico con el cuidado humano, el juicio crítico y la praxis colaborativa.

En los mismos términos, el aporte significativo en las Ciencias de la Salud, permite reconceptualizar la práctica docente como espacio formativo integral, donde la gestión emocional incluye calidad de enseñanza clínica y en el sistema de relaciones con los pacientes en el futuro profesional. Del mismo modo, favorece el desarrollo de profesionales íntegros, recipientes y éticamente orientados, mejor preparados para enfrentar la incertidumbre y la vulnerabilidad en contextos sanitarios.

Por su parte, la contribución de esta aproximación teórica a la línea de Investigación definida en el comportamiento organizacional y productividad, es significativa en tanto, este Constructo epistemológico ofrece una base para complementar cómo la inteligencia emocional impacta en la productividad académica y clínica, en la gestión saludable de las relaciones laborales, y en la construcción de entornos organizacionales sostenibles en instalaciones educativas y de salud. Asimismo, propongo que la inteligencia emocional docente no sólo mejora la praxis pedagógica, sino que también fortalece la cohesión, el liderazgo y la efectividad organizacional, generando un aporte innovador y pertinente como producto de investigación en el PIDE.

Macroconceptos generados

Los macroconceptos que presento continuación, emergieron como hallazgos significativos del proceso investigativo, producto de una síntesis comprensiva orientada al alcance de la mayor densidad teórica. En consonancia con los planteamientos de Barnett-Page y Thomas (2009), la síntesis cualitativa, en sus diversas modalidades, constituye una herramienta fundamental en la integración comprensiva que trasciende los hallazgos fragmentados de cada estudio particular, hacia la construcción de marcos interpretativos emergente que responden a la lógica en el campo educativo y de la salud. Así, los macroconceptos que a continuación se interpretan, fueron derivados en esta investigación de manera inductiva y en la constante comparación de la información trascendida, representan el núcleo sustantivo de la aproximación teórica sobre la inteligencia emocional en el ser y hacer del docente.

Hermenéutica del equilibrio afectivo ético-relacional

El macroconcepto del equilibrio afectivo ético-relacional se configura como una categoría de orden superior integradora que busca trascender la visión instrumental de la educación médica, colocando en el centro la dimensión humana del proceso formativo, lo cual supone la capacidad de articular la efectividad con los principios éticos y las interacciones relacionales, de modo que las prácticas pedagógicas o profesiones no se limite al dominio técnico o cognitivo en términos aislados o fragmentados de la realidad, sino que se incorporen aspectos clave de la sensibilidad hacia el otro, el reconocimiento de la dignidad y la apertura al diálogo como praxis de encuentro.

Sobre la base de estos planteamientos argumenta Zhang (2023), según la siguiente cita traducida textualmente de sus hallazgos: “(...) en el entorno de enseñanza moderna centrada en el estudiante, el dominio efectivo tenía un gran valor para el desarrollo integral de los estudiantes de medicina tendieron a enfocarse en el aprendizaje de conocimientos y habilidades especializados” (s/n).

Esta observación me develó desde el precitado autor, reconocer una tensión estructural inherente a la hegemonía de lo cognitivo-técnico frente a la invisibilidad de lo afectivo-relacional. Desde una perspectiva hermenéutica, este desequilibrio limita la formación de profesionales competentes en el pleno ejercicio científico, además de afectar la construcción de sujetos éticamente responsables y capaces de sostener vínculos significativos con los otros. Se ha de asimilar que el equilibrio afectivo ético-relacional, entonces, invita a repensar la praxis educativa y profesional como una dinámica de integración donde el conocimiento científico no se opone a la afectividad, sino que encuentra en ella un soporte para organizarse y protegerse de forma concreta.

En la práctica clínica o pedagógica, este equilibrio se traduce en gestos significativos de empatía en la realidad del mejor desenvolvimiento humano y social, en la escucha activa como ética del cuidado y en la deliberación dialógica que legitima la voz del otro como parte constitutiva del proceso. Así, al comprender este macro concepto asumo que el desafío de la educación en la praxis profesional en contextos complejos no radica en la transmisión de saberes

o desarrollar habilidades, se trata de configurar un ethos relacional, donde la afectividad, ética y la intersubjetividad se entretajan como una misma sinergia de actuaciones.

Hermenéutica de la autogestión resiliente de emociones

En términos significativo de este segundo macroconcepto generado como orden superior del conocimiento investigativo, considero su apropiación en cuanto a la connotación que abre el horizonte interpretativo trascendente más allá de la mera descripción de habilidades emocionales que debe sostener el médico-docente para situarse en la comprensión profunda acerca de cómo el sujeto, en su rol simultáneamente clínico y pedagógico, reconstruye sentido frente a la tensión, el desgaste emocional frente a las demandas ético-profesionales de su praxis. No se trata únicamente de resistir la adversidad, sino de interpretarlas, resignificarla y transformarla en un acto de autogestión, donde la emocionalidad se convierte en un recurso simbólico y espiritual configurando modos de enseñar y acompañar pedagógicamente a los futuros profesionales de la medicina.

En este orden de ideas, la resiliencia se concibe como el proceso dinámico, interior-exterior, que articula dimensiones personales (autoconciencia, autorregulación, espiritualidad), relacionales (apoyo familiar, en redes colegiales, comunidad educativa) y contextuales (demandas institucionales, factores socioculturales). La autogestión resiliente de emociones, entonces, cursa una dinámica significada en la práctica hermenéutica, en tanto implica reinterpretar las experiencias críticas, no sólo para el afrontamiento, sino también para el fortalecimiento de la identidad del médico-docente como formador y ser humano. Siguiendo el mismo pensamiento de Chan y Dennis (2018), traigo a la argumentación la siguiente cita traducida textualmente:

(...) los educadores médicos tienen el potencial de desempeñar un papel importante al abordar los problemas de resiliencia en todo el proceso de formación médica (...) Los educadores médicos presentan niveles de resiliencia comparables, por lo que se destaca la importancia de considerar factores externos, como las influencias contextuales y socioculturales, además de los factores individuales al abordar la resiliencia. Dejando de lado los factores psicológicos y demográficos, los profesionales de la salud también han reportado una amplia gama de factores internos y externos que facilitan y dificultan su resiliencia. Algunos ejemplos incluyen la intensificación del trabajo, los pacientes desafiantes, la preparación para la práctica, el equilibrio entre la vida laboral y personal, el apoyo de familiares y amigos, la conexión con colegas, las características personales como la autorreflexión, búsqueda de ayuda y la espiritualidad (s/n).

Esta cita ilumina la hermenéusis del macroconcepto, al evidenciar que la resiliencia del médico-docente además de comprender los factores internos de la personalidad, es innegable que está inevitablemente atravesada por las condiciones contextuales, socioculturales y relacionales. Desde una lectura profunda a esta realidad, lo mencionado me confirma que la autogestión resiliente de emociones no emerge en el vacío, está incrustada en el tejido de significados que vincula el yo interior del médico-docente con las estructuras externas de su práctica profesional. De este modo, la hermenéutica de la autogestión resiliente me da luces significativas para desentrañar cómo las emociones, más que respuestas automáticas, son espacios de interpretación y sentido que se negocian entre lo personal, lo comunitario y lo institucional.

Hermenéutica de la praxis formativa dialógica con sensibilidad auténtica

La praxis formativa del médico-docente exige ser comprendida en torno a una dimensión dialógica que trasciende la simple transmisión de conocimientos para configurarse en un espacio de encuentro humano, donde la sensibilidad auténtica se convierta en el eje de una pedagogía ética y reflexiva. En este horizonte, el diálogo más que un recurso instrumental para poder entenderse con el otro, es una experiencia hermenéutica que permite la co-construcción de sentidos, el reconocimiento de los estudiantes como una persona integral y emocional, en tanto se convierte en el legítimo interlocutor frente a la cobertura hacia la comprensión compartida del cuidado y del aprendizaje en el ámbito clínico. En este sentido, Kuper et al. (2019) acierta en la siguiente cita traducida, lo siguiente:

(...) formar a los futuros médicos para ofrecer una atención compasiva, equitativa y centrada en la persona, sigue siendo un desafío para los educadores médicos. Los diálogos ofrecen una oportunidad para extender la educación centrada en la persona hacia la atención clínica. A diferencia de las discusiones, los diálogos fomentan el compartir de la autoridad, la experiencia y las perspectivas para promover nuevas formas de comprenderse a uno mismo y al mundo. No se han identificado los mejores métodos para implementar la enseñanza dialógica en la educación médica...(s/n).

La hermenéutica de este planteamiento, me sitúa frente al requerimiento del médico-docente hacia la intencionalidad de un proceso formativo que no se reduce a la técnica misma ni al dominio clínico en particular, sino que abre la posibilidad de mayor sensibilidad, escucha activa

y construcción de vínculos auténticos. La praxis dialógica, así entendida, actúa como mediación formativa que nutre la resiliencia profesional, la ética relacional y la consolidación de una identidad pedagógica sensible y coherente con la dignidad humana.

Asimismo, puedo comprender que la praxis formativa dialógica con sensibilidad auténtica se configura como el marco ético-pedagógico que ha de dominar el acto educativo cuando se trasciende la transmisión unidireccional de conocimientos y se convierte en experiencia compartida. La sensibilidad auténtica, expresada en la apertura hacia la alteridad, constituye el fundamento de un diálogo transformador que humaniza las relaciones y propicia un aprendizaje mutuo entre educador y educando.

Desde esta perspectiva, el médico-docente acompaña el proceso de profesionalización y al mismo tiempo asume la formación como un acontecimiento intersubjetivo donde la escucha activa, reciprocidad y construcción de sentido participativo fortalecen la dimensión ética y humanística de la medicina. De este modo, la praxis formativa dialógica adquiere un carácter configurador de identidades profesionales comprometidas con el cuidado integral más aun, con el reconocimiento del otro en su dignidad y complejidad existencial.

Hermenéutica de la gestión ética-empática en la formación integral

Este macroconcepto de interés significativo en la gestión ética-empática en la formación integral del médico, me da a entender un campo de comprensión fundamental en la cual la ética y la empatía no se presentan como senderos aislados en la práctica educativa, sino como dimensiones interdependientes que configuran el ser y el hacer del educador en medicina. Desde la perspectiva planteada por Patel et al. (2019), se tiene la siguiente cita textual traducida, al reflejar que:

(...) la empatía y la compasión son elementos fundacionales de la práctica médica y pilares vitales de la atención sanitaria de alta calidad. Son términos estrechamente relacionados, donde la empatía se define como la capacidad de percibir, sentir y comprender las emociones de otro, y la compasión, como una respuesta emocional al dolor o sufrimiento del otro, que implica un deseo auténtico de ayudar. Ambas son esenciales en el cuidado de los pacientes, en tanto, la empatía (esto es, la comprensión del sufrimiento del otro) es necesaria para estimular la compasión (s/n).

Esta comprensión hermenéutica me orienta al reconocimiento que la praxis formativa en Ciencias de la Salud, no puede desvincularse de la vivencia ética-empática, puesto que es en ese

cruce donde se gesta la integralidad formativa. De esta manera, la gestión ética-empática se entiende como un proceso que articula sensibilidad y responsabilidad, donde el médico-docente no sólo transmite el conocimiento de su especialidad clínica, sino que modela actitudes y disposiciones afectivas que invitan a los futuros profesionales a vivenciar las Ciencias de la Salud como vocación de cuidado y justicia.

La formación integral se despliega entonces, en una doble dirección: por un lado, en el reconocimiento de la dignidad y el sufrimiento del otro como núcleo de la práctica clínica, y por otro, en la construcción de una identidad profesional que integra el saber científico con la compasión auténtica. En este horizonte, la hermenéutica otorga las bases éticas y empáticas, que se convierten en ejes de una pedagogía médica capaz de humanizar tanto el acto formativo como el acto clínico, instaurando una praxis que reconcilia el conocimiento con el cuidado de la vida.

Por lo tanto, en la apropiación significativa de este macroconcepto en cuanto a la hermenéutica de la gestión ética-empática en la formación integral en Ciencias de la Salud, doy cabida a resaltar que la ética y la empatía no se reducen a las habilidades técnicas o los protocolos de interacción necesarios de asumir en la praxis pedagógica en términos de la inteligencia emocional, se trata de dimensiones fundadas antes de una praxis docente que se vive y se consolida en el encuentro formativo.

Es por ello que, interpreto la sensibilidad y la ética unida a la empatía como un proceso dinámico, sinérgico, de unión de voluntades donde el médico-docente, al reconocer el sufrimiento humano y responder con compasión genuina, trasmite el conocimiento clínico y el modelo de valores que modelan el carácter profesional del futuro médico. Esta apropiación me da a entender que la integralidad en la formación en Ciencias de la Salud, no surge de la acumulación de contenidos disciplinares, sino de la apertura dialógica a la alteridad, en la cual se generan espacios formativos comprometidos con el otro, bien sea paciente o estudiante, en tanto se convierte en transformador del quehacer pedagógico y clínico.

Hermenéutica del lenguaje reflexivo para el aprendizaje humano integral

En el caso de la hermenéutica del lenguaje reflexivo para el aprendizaje humano integral del médico-docente, interpretado en este macroconcepto, entiendo su fundamentación frente a

la posibilidad de convertir la palabra en vehículo de autocomprensión y transformación de realidades sensibles inherentes a la inteligencia emocional. En el proceso formativo, el lenguaje deja de ser un instrumento unidireccional de transmisión de saberes para convertirse en mediación dialógica que permita al docente confrontar sus experiencias, reconocer sus límites y resignificar la práctica pedagógica. La reflexividad lingüística, desde esta perspectiva, más allá del registro cognitivo de lo vivido, configura un acto ético en el cual la narración de aciertos, errores y dilemas devela la dimensión humana y profesional de quien educa y cura. En este marco, el lenguaje se abre como un espacio hermenéutico donde el decir se entrelaza con el comprender, posibilitando que la práctica médica y docente encuentren sentido más allá de lo técnico y lo normativo.

En palabras traducidas textualmente de la investigación de Artioli et al. (2021) señala lo siguiente: "la escritura reflexiva ofrece una oportunidad los profesionales de la salud y a los estudiantes para aprender de sus errores, éxitos, ansiedades y preocupaciones que, de otro modo, permanecerían inconexos y carentes de valor" (s/n). Esta afirmación se inserta en la comprensión del macroconcepto, al evidenciar que la escritura reflexiva (como forma privilegiada de lenguaje) ordena lo disperso, así como lo resignifica, al convertir la experiencia en aprendizaje integral. Dadas estas especificidades, lo que de otra manera permanecería fragmentado, encuentra en el acto de la escritura reflexiva un camino hacia la integración, constituyendo un recurso formativo que transforma la práctica docente y clínica en escenario de aprendizaje ético y humano. Así, la hermenéutica del lenguaje reflexivo, lo concibo como praxis formativa trascendente de lo instrumental y orientada hacia la construcción de un aprendizaje humano integral.

En este orden de ideas, el médico-docente, al narrar y analizar sus vivencias, generó un movimiento de autoformación que impacta no sólo en su manera de enseñar, sino también en su modo de ejercer la medicina. Esta reflexión da cabida a un puente significativo entre teoría y práctica, entre el saber técnico y la sensibilidad a ética, y entre el yo profesional y el otro vulnerable. En consecuencia, la apropiación de este macro concepto me invita a entender el aprendizaje como un proceso dialógico y transformador, donde el lenguaje reflexivo se convierte

en camino de autenticidad y responsabilidad hacia el cuidado integral del ser humano. Adicionalmente, los precitados autores señalan que:

(...) la reflexión puede entenderse como una forma de procesamiento mental o pensamiento utilizado por los aprendices para cumplir un propósito o alcanzar algún resultado anticipado. Esta definición recuerda la visión de Boud y sus colegas acerca de la reflexión como una actividad intencional dirigida hacia metas. Para estos autores, la reflexión implica un proceso de tres etapas, que incluye la re memorización de la experiencia, la atención a los propios sentimientos y la reevaluación de la experiencia. Este proceso puede ser facilitado por prácticas reflexivas, entre las cuales la escritura reflexiva es una de las principales herramientas (s/n).

Puedo destacar el aporte de los precitados autores hacia la comprensión de este macroconcepto del lenguaje reflexivo para el aprendizaje humano integral, al mostrar que este proceso no es un acto espontáneo, es un escenario activo estructurado y teleológico. La inclusión de la escritura reflexiva como herramienta privilegiada destaca que el lenguaje escrito se convierten mediador hermenéutico, en tanto permite traer al presente experiencias pasadas, conectarlas con las emociones y resignificarlas en un marco de aprendizaje integral. En este sentido, el lenguaje reflexivo se fundamenta en el puente interpretativo entre vivencias y saberes, favoreciendo la transformación tanto del propio docente como de su praxis formativa en medicina.

Hermenéutica del aprendizaje contextual de realimentación colectiva

En este macroconcepto construido en el proceso investigativo como fundamento comprensivo de nivel superior, se adquiere densidad teórica al entender la retroalimentación colectiva como una praxis interpretativa situada, en la cual la voz del docente, la experiencia del aprendiz y las mediaciones institucionales, se entrelazan en un tejido de significados que abre paso al aprendizaje conceptual, el cual se potencia cuando este ciclo va se convierte en un acto reflexivo y relacional, permitiendo al futuro profesional de la salud la adquisición de competencias técnicas además de reconstruir su identidad ética, clínica y humana.

De esta manera, la hermenéutica del médico-docente más allá de la interpretación de sus desempeños curriculares y de programas pertinentes en Ciencias de la Salud, se construye en la mediación transformadora que integra espacios de diálogos significativos, contextos sanitarios y formación integral de avance e innovación en la práctica pedagógica, lo que significa que, este

enfoque promueve la reflexión crítica, la retroalimentación activa y la interacción colaborativa entre pares y estudiantes, generando aprendizajes sostenibles que trascienden la práctica clínica tradicional. La siguiente postura de Fullerton et al. (2021) que traduce textualmente, fundamenta lo anteriormente mencionado:

(...) la educación clínica ha pasado a un modelo basado en competencias con énfasis en el aprendizaje y la evaluación en lugar de trabajo que, a su vez, depende de la retroalimentación para ser eficaz. Por lo tanto, la comprensión de la retroalimentación ha cambiado de ser información sobre un desempeño dirigido al estudiante que realiza la tarea, a un diálogo que le permite actuar y desarrollarse. En la educación de los profesionales de la salud, este proceso es una interacción compleja entre el aprendiz, el supervisor y el sistema de salud (s/n).

La cita anterior me permite interpretar un matiz esencial al significar el macroconcepto de la hermenéutica del aprendizaje contextual de realimentación colectiva-del médico docente, al situar esta singularidad de actividades y procesos más allá de un acto unidireccional, en torno a los espacios dialógicos donde convergen experiencias, saberes y mediaciones del mismo sistema universitario, particularmente referido a las Ciencias de la Salud. Esta convicción, me hace pensar sobre el tránsito que se desarrolla durante el proceso de realimentación informativa hacia el hecho de dialogar con el otro, por lo que se asume un giro epistémico resignificado en el acto educativo: no se trata sólo de transmitir juicios, sino de abrir horizontes de comprensión donde el médico-docente y el estudiante de medicina se reconocen mutuamente en un proceso de co-aprendizaje.

La complementariedad sobre estos hechos en la comprensión del aprendizaje contextual de realimentación colectiva del médico en Ciencias de la Salud, se profundiza al reconocer que la retroalimentación constituye una herramienta invaluable para facilitar el aprendizaje y el desarrollo profesional a lo largo de la formación médica y más allá. Tal como lo plantean Natesan et al. (2023), pese a la relevancia de este proceso, las variaciones en su práctica evidencian la necesidad de guías basadas en la evidencia para orientar las mejores estrategias. En esos mismos términos, los factores como la limitación de tiempo, la variabilidad de la gravedad clínica y los flujos de trabajo en entornos como el servicio de emergencias, por ejemplo, plantean desafíos específicos al ofrecer retroalimentación efectiva.

Por lo tanto, confluó en esta perspectiva comprensiva que el macroconcepto que sustenta la aproximación teórica generada, conjuntamente con los anteriormente interpretados,

Eje ontológico

La ontología como ciencia del ser, en esta aproximación teórica ejerce su sensibilidad en el médico-docente, traducido en la comprensión de su identidad como sujeto que existe y actúa dentro de un entramado formativo y clínico. Entiendo que el ser del médico-docente, se define en escenarios de tensión entre la práctica asistencial y la pedagógica, lo cual devela un modo de habitar la realidad educativa en salud desde supuestos ontológicos que legitiman su rol más allá de ser trasmisor de conocimientos especializados a las nuevas generaciones de médicos, también es un formador integral que fundamenta realidades contextuales y perspectivas humanas. En este ejercicio ontológico, traigo a colación las afirmaciones de MacLeod et al. (2021) cuando destaca en sus investigaciones que:

(...) en los casos que utilizamos para la educación reproducen supuestos filosóficos incuestionables sobre la naturaleza de la realidad. La filosofía de la ciencia sostiene que todos los campos, incluida la educación médica, se constituyen mediante un conjunto de principios filosóficos, que incluyen la ontología (lo real) (...) y en su forma más simple, la ontología puede definirse como la ciencia del ser.

Al asumir estos razonamientos en el eje ontológico, reconozco en esta aproximación teórica que el hacer del médico-docente, además, no puede comprenderse sin atender a su ser existencial, manifestado en la interacción dialógica, la práctica clínica, y en la mediación pedagógica dado ese acercamiento natural con los estudiantes donde se manifiesta su existencia como agente transformador. La ontología, en este sentido, se expresa en la forma en la cual el médico-docente configura realidades de aprendizaje, interpreta situaciones complejas y moviliza la retroalimentación colectiva como praxis constitutiva de la educación en Ciencias de la Salud.

Ahora bien, la complementariedad comprensiva que fundamenta el eje ontológico en esta aproximación teórica respecto al ser y hacer del médico-docente, encuentra su refuerzo conceptual en los planteamientos de Michalowski et al. (2021), quienes destacan que una ontología es una especificación de una conceptualización. Es una descripción de los conceptos y relaciones que pueden existir para un agente o una comunidad de agentes. Las ontologías permiten el intercambio y la reutilización del conocimiento, y sirven como un acuerdo para usar un vocabulario de manera coherente (aunque no completo) con respecto a la teoría especificada

Bajo esta perspectiva, la ontología del médico-docente viene a representar según mi entendimiento, como la configuración de un ser que se reconoce en sus interacciones con la comunidad de aprendizaje, y cuyo hacer se orienta a mediar, compartir y reutilizar conocimientos dentro de un marco de coherencia pedagógica, sensible y reflexiva. El ser se expande como un agente colectivo que participa de redes semánticas de significados en Ciencias de la Salud, al tiempo que estructuran la realidad educativa y clínica. Ontológicamente, el médico-docente se destaca en su hacer como una doble condición: es depositario de saberes disciplinares, y al mismo tiempo creador de relaciones y conceptualizaciones que hacen posible la comprensión además de la praxis educativa situada en contextos clínicos.

De allí que, en la dimensión práctica, el hacer del médico-docente implica movilización de dichas ontologías para procesos formativos que trasciende la transmisión de información estándar y favorecen la personalización del aprendizaje. Tal como lo destacan Michalowski et al. (2021), el uso de ontologías en entornos educativos y clínicos abre la posibilidad de capturar, organizar y aplicar conocimientos de manera dinámica y contextualizada, implicándose en un repensar que realimenta el hacer colectivo del acto pedagógico como construcción ontológica compartida. De este modo, la ontología del médico-docente, se traduce en la capacidad de modelar realidades formativas, articular lenguajes comunes y promover un aprendizaje situado que, al tiempo que humaniza, también personaliza la experiencia de formación médica.

Eje epistemológico

El eje epistemológico resalta que el conocimiento del médico-docente más allá de lo técnico cognitivo, requiere una integración con el contexto, la deliberación ética y la inteligencia emocional como mediación reflexiva. La fuerza de la epistemología se manifiesta en el reconocimiento que el saber no es estático, sino dinámico, situado y relacional, articulando la capacidad de integrar información sensible con las dimensiones humanas, emocionales y morales desde la práctica. En esos términos, retomo los planteamientos del Millhollin et al. (2025), en algunos elementos representativos de la cita textual traducida donde señalan que:

(...) la práctica médica es compleja, ambigua y dinámica. Requiere más que conocimiento técnico; exige la aplicación de la sabiduría (...) la investigación arrojó tres conclusiones principales. Primero, nuestro análisis sugiere que la competencia sabia en la capacidad de integrar eficazmente el

conocimiento médico con el contexto clínico para abordar los objetivos del paciente y del médico. Segundo, describimos este proceso deliberativo utilizando un modelo tripartito de resolución de problemas (el TMMW), que comparte rasgos de los sistemas adaptativos complejos y se anima por una economía moral distintiva. Tercero, las competencias clínicas pueden mapearse en este modelo tripartito de sabiduría. Dichos marcos ampliados pueden reconocer mejor las interdependencias e interacciones que ocurren entre competencias individuales y dar cuenta de los roles de la metacognición y la experiencia adaptativa en la coordinación de la atención centrada en el paciente (s/n).

Dada esta caracterización, en el ser y hacer del médico-docente, la inteligencia emocional constituye una competencia epistémica esencial para interpretar la ambigüedad clínica, comprender las necesidades emocionales del paciente y regular sus propias respuestas afectivas, favoreciendo decisiones prudentes. En el hacer del médico-docente, esta convicción se traduce en la aplicación de un modelo de sabiduría práctica que permite gestionar la complejidad, coordinar interdependencias y generar procesos de realimentación afectivo cognitiva enriqueciendo tanto la práctica médica como la enseñanza. En concreto, la epistemología se configura acá como un entramado que reconoce la interacción entre conocimiento, contexto y emocionalidad, consolidando una praxis pedagógica y clínica orientada a la integralidad y al cuidado centrado en la persona.

Ahora bien, en este eje epistemológico la concreción del construccionismo social en la docencia clínica hacia la formación médica, se reconoce que el conocimiento no preexiste al margen de las prácticas, en tanto se co-construye en interacciones situadas donde docentes y residentes negocian significados, normas y formas pálidas de ver y hablar. Sobre los casos al respecto, destaca Cantillon et al. (2022) que las culturas disciplinares configuran identidades y pedagogía distintas en tanto la cirugía privilegia relaciones de coaching proximal y riesgo reputación al en una práctica con base; adquiriendo sentido en el hecho que la medicina interna favorece relaciones más distales y discursivas, centradas en representaciones abstractas del paciente. En ambos mundos, el mismo lenguaje, los intereses compartidos y un sistema de creencias (que cuenta como buen juicio, evidencia, éxito) se sedimentan en la praxis cotidiana y definen cuáles emociones son legítimas, cómo se expresa y de qué manera se pueden regular durante la enseñanza.

Destaco del mismo modo que la inteligencia emocional es una fuerza epistemológica situada, como competencia epistémica: habilita a leer el contexto, modular la comunicación y

sostener la deliberación clínica cuando hay ambigüedad o algún riesgo en juego. La evidencia reciente en educación médica muestra que intervenciones de inteligencia emocional y resiliencia mejoran habilidades relacionales y se sostienen en el tiempo, lo que significa que esta conceptualización media la co-construcción de significados clínicos para saber (quién habla, cómo se valida, cuándo se interrumpe, qué se prioriza) y, por tanto, afecta directamente la calidad del conocimiento práctico que emerge en el equipo.

Desde la perspectiva de la identidad profesional (intrínsecamente social y relacional), las revisiones recientes proponen entender la formación como trabajo identitario distribuido en redes y discursos, coherentes con el construccionismo social, dado que las posiciones de buen docente/buen residente, se negocian en prácticas y lenguajes compartidos. Éstos marco recomiendan intervenciones situadas y co-diseñadas con clínicos, ancladas en culturas específicas en cada área disciplinar, alineadas con el sentido que atribuyen Cantillon et al. (2022) en términos del rol modelado en identidad profesional; desde educación médica, la idea construccionista en el saber-a ser docente nace de comunidades discursivas con intereses y valores compartidos.

En este orden de ideas, cuando se comparte también el lenguaje, al explicitar palabras-puente y guiones de feedback (qué se nombra, cómo, con qué evidencias/afectos) para alinear significados entre cirugía y medicina sin perder sus identidades locales, también tomamos provecho de los principios del construccionismo social. Igualmente se comparten normas emocionales explícitas, acordadas en reglas de expresión/regulación emocional en pases de visitas a hospitales o quirófanos, por ejemplo, al señalar incertidumbre o error sin dañar la gerencia del médico. En las comunidades de prácticas reflexivas como microespacios de reflexión guiadas donde se analizan discursos, poder y afectos, ampliando la influencia del razonamiento clínico y en la autoría identitaria del aprendiz.

Asimismo, en intervenciones situadas por especialidad, en tanto se diseña el desarrollo docente específico a la cultura de servicio, en colaboración con clínicos, para transformar la enseñanza en el trabajo, no sólo su evaluación formal. En concreto, el ser del médico-docente se define como un nodo relacional que fundamenta y negocia creencias y lenguajes compartidos; el hacer se expresa en prácticas pedagógicas que coordinan emociones razón para producir

conocimiento clínico fiable en contextos culturalmente situados. La inteligencia emocional funciona como dispositivo epistemológico que mantiene abiertas las condiciones de diálogo, permite la lectura fina del contexto y favorece la autoría del aprendiz dentro de la cultura de su especialidad, justo el terreno donde, como subrayan los precitados autores, se cuelga la calidad y consistencia de la educación clínica.

Eje axiológico

El eje axiológico en la construcción teórica respecto al ser y hacer del médico-docente en Ciencias de la Salud, se concentra en los valores que orientan tanto la identidad profesional como la praxis pedagógica. En este sentido, los aportes de Ignatenko et al. (2021) resultan fundamentales en la comprensión que los valores no son estáticos, evolucionan con las transformaciones históricas, legales y socioculturales. En este orden de ideas, estos autores dan a entender en esta cita traducida textualmente que:

(...) la profesión médica, al igual que la mayoría de los campos de actividad modernos, está influenciada por el tiempo, que cambia no sólo la percepción de la profesión por parte de otros y de los propios profesionales, sino también de su campo legal. Todo esto se refleja en el contenido de la educación, en los requerimientos éticos hacia los representantes de cada profesión. La medicina, al incluir a las profesiones médicas, es una rama de la ciencia moderna significativamente influida por el mundo cambiante. (...) El cambio en la comprensión del deber ha llevado también a un cambio en los fundamentos axiológicos de la profesión médica (p.284).

Esta cita me permite argumentar que el médico-docente además de transmitir los conocimientos clínicos o técnicos, de su área del conocimiento específico, también es un ejemplo a seguir en el sistema de valores que da sentido al ejercicio profesional donde la responsabilidad social, la ética del cuidado, la justicia en la atención, la integridad académica y la solidaridad interprofesional son valores representativos de su práctica pedagógica en al menos tres dimensiones: valores universales y humanistas, designados en el respeto por la dignidad humana, la equidad en el acceso a la salud y la empatía como eje transversal del aprendizaje clínico.

Asimismo, los valores profesionales y deontológicos en conformidad con el compromiso de la ética médica, la actualización científica permanente y la transparencia en la toma de decisiones. En lo que se refiere los valores pedagógicos y sociales, se identifica la promoción de

una cultura del diálogo, el reconocimiento de la diversidad cultural y la formación de estudiantes con conciencia crítica y reflexiva.

En suma, el eje axiológico articula competencias con valores. Tal como lo refieren los precitados autores, las competencias profesionales (clínicas, investigativas, organizacionales) sólo adquieren sentido cuando están ancladas en valores que orientan la conducta y la responsabilidad social del futuro médico. La axiología, entonces, es la fuerza vital que sostiene la credibilidad de la profesión ante la sociedad y orienta el ser y el hacer del médico-docente como referente de integridad moral y ética profesional.

En este contexto, la inteligencia emocional se inserta como un valor-competencia que permite al médico-docente regular sus emociones, sostener relaciones significativas de carácter pedagógico en el acompañamiento empático al guiar procesos de formación trascendentes más allá de la técnica al convertirse en experiencias de formación integral en Ciencias de la Salud. Este eje axiológico entonces, consolida en la aproximación teórica emergente, al médico-docente como un actor formador de saberes críticos, así como de personas con conciencia moral y compromiso social, capaces de actuar con responsabilidad ética en entornos de creciente complejidad de cambio.

Eje pedagógico

Al reconocer los aspectos emocionales como recurso formativo en la acción pedagógica del médico-docente, se amplifica el recurso formativo al priorizar situaciones inherentes a la vulnerabilidad pedagógica, la empatía, responsabilidad y honestidad reflexiva, donde el educador debe modelar la integración de emociones y criterios técnicos, legitimando la experiencia afectiva del estudiante como componente valioso, no como fallas o limitaciones. Desde esta perspectiva, asumo los planteamientos de Loon (2013) según la cita traducida textualmente, donde presentaron sus hallazgos significativos en tanto:

(...) el análisis mostró que la preocupación principal de los estudiantes al enfrentar situaciones emocionalmente desafiantes durante su educación basada en el trabajo, fue la lucha por alcanzar y mantener un enfoque profesional. Reportaron distintas estrategias para gestionar sus sentimientos y como estas estrategias condujeron a consecuencias diversas. En el proceso, los estudiantes describieron además arribar a conocimientos sobre sus propias necesidades y deficiencias. Consideramos que este desarrollo de la autoconciencia el conocimiento propio

resultante, constituyen una parte importante del proceso continuo de socialización en la formación de la identidad profesional (s/n).

Dadas estas consideraciones, asumo que las situaciones emocionalmente desafiantes pueden considerarse como oportunidad o catalizadores para el desarrollo de los estudiantes en términos de ajustar ese impacto de las emociones en la educación médica sobre la base del proceso de formación de la identidad profesional permitiendo ofrecer apoyo más efectivo y eficiente en términos de la educación médica. De esta manera, la cita destaca el interés en las emociones en la práctica clínica, como datos epistémicos relevantes, de allí que es prioridad gestionarlas y reflexionar sobre ellas para generar conocimientos reflexivos en términos de autoconciencia, valores, sensibilidad humana, al tiempo que se alimenta la identidad profesional. La inteligencia emocional acá se convierte en un saber práctico que informa juicios clínicos, decisiones éticas y estilos de enseñanza como Constructo epistemológico.

De esta manera, propongo estrategias concretas en la pedagogía en Ciencias de la Salud, las cuales deben estar diseñadas para ser aplicables en distintos contextos clínicos como urgencias, quirófano, internado, a su vez, han de estar alineadas a lo emocional con la práctica docente. Identificar las estrategias in situ, generan emociones emergentes, impactos en la acción y aprendizaje esperado, lo cual favorece regulación emocional inmediata y reduce la acumulación de estrés.

Igualmente, las tareas de reflexión periódica con prompts centrados en emociones, decisiones y aprendizajes, en la revisión formativa por el tutor, constituyen eventos narrativos profesionales de interés para el autoconocimiento. La estrategia del coaching emocional y mentor y al longitudinal, con el emparejamiento tutor-estudiante, permite la supervisión emocional sostenida, con objetivo de desarrollo personal entendidos en la tolerancia a la incertidumbre.

Del mismo modo, los rituales reflexivos en equipo (micro comunidades de prácticas, encuentran inherencia en las actividades interprofesionales donde se discutan casos complejos desde lo clínico y lo emocional, promoviendo lenguaje compartido y des normalizando la estigmatización emocional. De forma similar el mapeo de emociones de afrontamiento para enseñar y practicar técnicas como la respiración, el reencuadre cognitivo, solicitud de ayuda,

entre otros, se proponen como estrategias involucradas en parte del currículo, normalizando su uso profesional.

Al mismo tiempo, el feedback normativo que incluye la esfera afectiva dentro de rúbricas que consideran aspectos comunicacionales y regulación emocional, no para sancionar, sino para guiar el crecimiento profesional, se han de activar en la praxis pedagógica. La contextualización por especialidades y adaptaciones culturales en términos de apropiación disciplinar, como en la parte quirúrgica, medicina interna, demandan adaptaciones en entornos de alta observación el riesgo reputación al (quirófano) en tanto deben priorizarse las estrategias de coaching proximal y simulación de alta fidelidad emocional; tal como lo proponen Cantillon et al. (2022), en unidades más discursivas (medicina interna) que potenciarán clubes de casos reflexivos y debriefing (retroalimentación posterior) de carácter ético centrado en representaciones clínicas. La pedagogía emocional debe diseñarse con los clínicos que habitan esos mundos para asegurar legitimidad cultural y factibilidad.

En términos de evaluación y evidencia de impacto, para que estas estrategias se integren en la formación del futuro médico, es requisito impostergable los cambios en autoconciencia (instrumentos reflexivos), indicadores de bienestar, calidad de feedback recibido y percibido, integración de emociones en razonamiento clínico (estudios cualitativos longitudinales) y datos de desempeños en escenarios simulados. El enfoque mixto al integrar narrativas y métricas formativas, permitirá evaluar la eficacia y ajustar intervenciones.

En este escenario, el rol del médico-docente para resaltar su ser y hacer se conjugan, por una parte cuando el docente desde el ser debe presentarse como co-aprendiente reflexivo, legitimando las experiencias afectivas y modelando regulación emocional; por otra parte, en el hacer del docente, se han de facilitar experiencias seguras para el procesamiento emocional, propiciar andamiaje reflexivo, ofrecer feedback que integre afecto y técnica, y co-diseñar con estudiantes y clínicos prácticas situadas que transformen la emoción en conocimiento profesional.

Eje teleológico

La perspectiva teleológica de la ciencia médica, en el entorno de la educación de los nuevos médicos, no se limita a transmitir información especializada y disciplinar de acuerdo con los programas curriculares, orienta más bien, su finalidad hacia la formación integral de un profesional con competencias emocionales, humanistas y sociales. En palabras de Han et al. (2019) en la siguiente cita traducida textualmente expone que:

(...) la educación médica debe evolucionar porque los futuros médicos encontrarán pacientes en contextos de atención sanitaria muy distintos a los actuales. Los sistemas de salud digitalizados y ubicuos permiten tanto a médicos como a pacientes acceder fácilmente a la información biomédica. La expansión exponencial del conocimiento médico exige que estos galenos no sólo recuerden, sino que actualicen lo que saben y seleccionen la información correcta de entre un exceso de opciones. La inteligencia artificial reducirá los esfuerzos necesarios para interpretar datos digitales y mejorará su capacidad para establecer diagnósticos y pronósticos. Por lo tanto, el aspecto no analítico y humanista de la medicina será más enfatizado, en tanto es difícil sustituirlos con tecnología (s/n).

Esta cita me muestra que, aunque la tecnología en la inteligencia artificial ocupe un papel central en el futuro de la medicina, la praxis pedagógica debe salvaguardar el valor ontológico y axiológico del encuentro humano, como fin último, se entienden tres dimensiones claves y novedosas en este eje teleológico. La formación curricular orientada hacia el futuro, lo que significa que el currículo no puede permanecer estático; deben incorporar estrategias innovadoras (aprendizaje colaborativo, simulación clínica, entornos digitales gamificados) que reconozcan el perfil del estudiante interconectado, al tiempo que también demandan apoyo psicosocial y retroalimentación constante.

En cuanto al comportamiento organizacional para la productividad, el fin teleológico de este Constructo epistemológico da cuenta que la institución de salud y la universidad, como sistemas abiertos, según lo exponen Han et al. (2019) deben adaptarse a los cambios globales y tecnológicos. La productividad de un sistema de formación médica no se mide sólo en rendimiento técnico, sino en la capacidad de formar médicos que gestionen emociones, frente a la incertidumbre y los contextos complejos.

Asimismo, en el marco entendida de la dimensión humanista y emocional, la teleología de la ciencia médica orienta la enseñanza hacia un fin trascendente: mantener la centralidad del paciente como ser humano. Al combinar estas ideas en el sendero de la inteligencia emocional,

ésta se convierte en un pilar de la epistemología del médico-docente, al permitir que la enseñanza se articule con la empatía, la autorregulación y la reflexión crítica en contextos clínicos desafiantes. En este sentido, la praxis pedagógica de los docentes en Ciencias de la Salud, debe ser intencionalmente transformadoras, integrando tecnología y humanismo como fin último, lo que se traduce en un currículo que, además de contenidos biomédicos, incorpore espacios de reflexión, de retroalimentación emocional y acompañamiento pedagógico orientado al desarrollo de una identidad profesional resiliente y ética.

Ahora bien, el eje teleológico en la educación médica como finalidad normativa y transformadora interpela la pregunta por el para qué formar: no se trata únicamente de reproducir competencias técnicas, sino de orientar la formación hacia fines profesionales, éticos y sociales que respondan a los desafíos del siglo XXI. Desde esta perspectiva traigo a colación la investigación de Posen y Licen (2025) quienes describen la transformación digital como un motor que reconfigura prácticas pedagógicas, exigencias de formación y la infraestructura institucional.

Estas ideas reforzadas por Han et al. (2019) se complementan mostrando que la tecnología y la inteligencia artificial desplazan el énfasis en la memorización hacia la actualización continua y refuerzan lo humanista como aquello irremplazable por máquinas. Teleológicamente el objetivo último de la educación en salud, debe ser la formación de profesionales capaces de integrar herramientas tecnológicas, juicio clínico y sensibilidad humana, es decir, médicos competentes técnicamente, sin embargo. Ha de mantener una finalidad moral y social que se reconozca en el cuidar, deliberar éticamente y sostener relaciones de confianza.

Al integrar las autorías citadas, dentro de las finalidades y medios, avanzan en los resultados de Prosen & Licen (2025) al señala que la digitalización demanda re evaluación pedagógica, desde las herramientas interactivas, aprendizaje centrado en el estudiante y desarrollo profesional docente continua. Por su parte, Han et al. (2019) activa la razón que, ante el avance de la inteligencia artificial y sistemas ubicuos, la teleología debe priorizar la dimensión analítica/humanista. La complementar adhesión queda clara de este el fundamento de la teleología que es humana y ética; los medios (digitales) son facilitadores que, bien integrados, potencian esa finalidad. Por tanto, la misión curricular es doble y coherente. Por una parte, formar para la era digital con base a las capacidades de gestión de información, alfabetización

digital y adaptación tecnológica, por otra parte, formar para la era humana desde la perspectiva de la empatía, responsabilidad, tolerancia a la incertidumbre y toma ética de decisiones, manteniendo la primacía del sentido profesional como horizonte regulador.

Dentro de las implicaciones curriculares, reconocidas en la estructura, contenidos y secuenciación teleológica mente orientada, se tiene que el currículo orientado por fines a través de los programas, debe reorientarse a partir de fines profesionales claros (por ejemplo, médico capaz de integrar evidencia, tecnología y cuidado empático) y las competencias curriculares se derivan de esos fines. En el marco entendido de la integración horizontal y vertical, la combinación de conocimientos biomédicos, humanidades médicas y competencias digitales en este transversales y por niveles (pregrado, posgrado, formación continua) son sensibles al asegurar la coherencia teleológica. El aprendizaje activo y centrado en problemas reales, dentro de casos que demanden manejos de datos digitales más la deliberación ética y regulación emocional, se pueden concentrar en simulaciones mixtas virtual/presencial, con fidelidad cognitiva y afectiva.

La evaluación teleológicamente alineada en rúbricas que ponderen no sólo el desempeño técnico sino la capacidad de actualización, colaboración digital y competencia afectiva (empatía, regulación emocional, responsabilidad). La formación docente continua para el desarrollo profesional articulada al conocimiento tecnológico-pedagógico-contenido con formación en coaching emocional y feedback contextualizado.

En el sendero abierto del comportamiento organizacional y productividad, hacia la conformación de sistemas formativos adaptativos, Han et al. (2019) los caracterizan como sistemas abiertos, donde las universidades y hospitales son organizaciones que negocian recursos y demandas externas. La teleología curricular exige que la estructura organizacional facilite la consecución de fines: políticas de tiempo docente protegido para innovación pedagógica; incentivos a la co-creación curricular con clínicos; plataformas integradas como la simulación y unidades de desarrollo docente. La productividad pasa a comprenderse no sólo por indicadores cuantitativos (número de egresados, rotaciones, publicaciones) sino por indicadores cualitativos que reflejen la misión representativa de la calidad del cuidado centrada en el paciente, retención profesional, competencia para manejar tecnología y sostenibilidad

emocional del personal. La emocionalidad afecta productividad, en tanto los equipos emocionalmente regulados muestran mejor comunicación, menos descastes y mayor desempeño clínico-pedagógico.

La emocionalidad como condición teleológica y como medio pedagógico dado que la medicina es intervención humana y medio por qué es un instrumento para alcanzar fines, se retoman los razonamientos de Prosen & Licen (2025) cuando destacan la necesidad de apoyo docente formación digital; con énfasis en el humanismo como valor diferencial. Con esto en mente, la inteligencia emocional debe ser pieza curricular explícita para el desarrollo de la autoconciencia, regulación, empatía y habilidades de soporte en entornos digitales (por ejemplo, comunicación empática por telemedicina). Estrategias concretas como la realimentación estructurada, las mentorías longitudinales, la simulación con carga afectiva, e-portafolios reflexivos y rúbricas que incluyan dimensiones emocionales. Estas prácticas vinculan la teleología formativa con la sal organizacional y la productividad sostenible.

En esos términos emergen algunas recomendaciones operativas para articular teleología, tecnología y emocionalidad, como son la formulación de declaraciones teleológicas institucionales que prioricen el humanismo junto a la competencia digital; el rediseño curricular por fines, donde la inteligencia emocional y la alfabetización digital sean ejes transversales; la implementación de comités mixtos (docentes, clínicos, estudiantes) para co-diseñar implementaciones tecno pedagógicas contextualizadas; crear métricas de productividad ampliadas bajo el lente del desempeño técnico, satisfacción del paciente, resiliencia docente y gestión de errores. Invertir en capacitación docente y en infraestructura que permita prácticas híbridas de alta fidelidad.

En concreto, el eje teleológico de la educación en Ciencias de la Salud exige situar el fin humanista como norte regulador de todo diseño curricular y organizacional, mientras se apropia de la tecnología como medio potenciador. La inteligencia emocional, así, deja de ser un añadido y se convierten componente teleológico: forma parte del propósito último de la formación médica y del modo en el cual las instituciones organizan recursos y prácticas para que emerjan de sus senos, los profesionales productivos, éticos y adaptativos en un mundo digitalizado. A continuación, en la figura 21, presento la representatividad ideal de esta aproximación teórica.

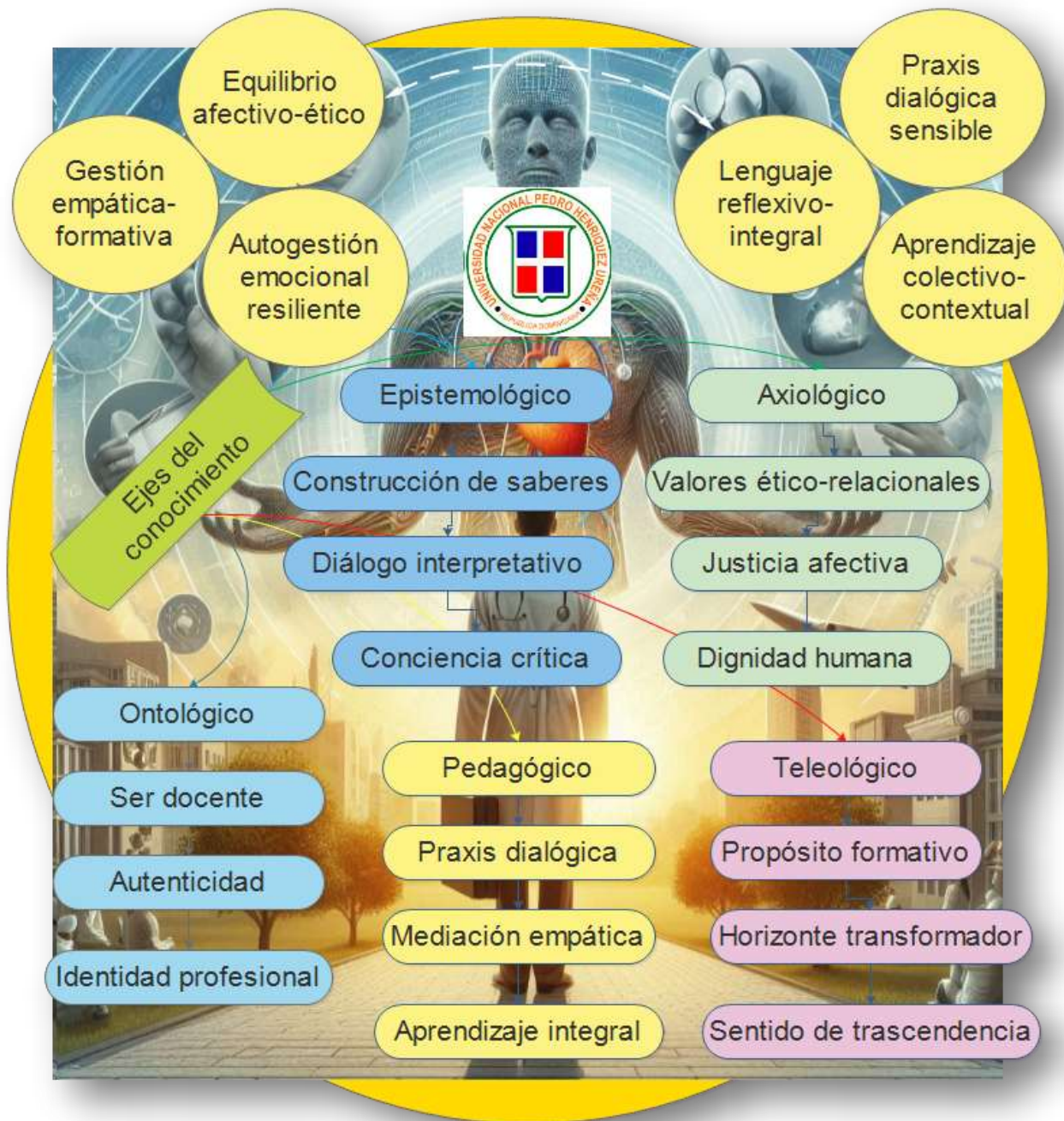


Figura 21. Hermenéutica de la inteligencia emocional: Constructo epistemológico del ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud

Fuente: elaboración propia (2025)

La figura 21 representa gráficamente el conocimiento generado en esta investigación sobre la inteligencia emocional entendida como Constructo epistemológico que articula el ser y el hacer del docente en Ciencias de la Salud en la Universidad Pedro Henríquez Ureña (República Dominicana). El aspecto inteligible que emerge en esta comprensión trascendente se asienta en los cinco ejes del conocimiento: ontológico, epistemológico, axiológico, pedagógico y teleológicos, y a su vez, sintetiza, en su cúspide, los macro conceptos integradores identificados durante el proceso analítico-reflexivo trascendente, en el marco de la gestión empática-formativa; equilibrio afectivo-ético; autogestión emocional resiliente; praxis dialógica sensible; lenguaje reflexivo-integral; aprendizaje colectivo-contextual.

En el ontológico se visualiza al docente como ser sensible y auténtico cuya identidad profesional es fundamento de una pedagogía situada. El "estar ahí" pedagógico se constituye como condición de posibilidad del hacer emocional en la formación médica, trascendiendo la mera transmisión técnico-disciplinar y orientándose al cuidado del otro. En el eje epistemológico, los saberes se articulan mediante un lenguaje compartido y un diálogo interpretativo que legitiman intereses comunes en el escenario clínico-pedagógico y al mismo tiempo, activan una práctica educativa con conciencia reflexiva ante realidades situadas de la salud.

El eje axiológico enfatiza la centralidad de los valores éticos-relacionales como la justicia afectiva, dignidad humana, responsabilidad profesional, como matriz que organiza los espacios intersubjetivos al orientar la praxis pedagógica trascendente, dominio de la responsabilidad, el compromiso, la sensibilidad frente a las necesidades del otro y el referente humano que domina las condiciones del hacer del docente.

En el eje pedagógico, la intensidad de la praxis dialógica y la mediación empática del docente, configuran estrategias que permiten comprender y responder a las necesidades de los estudiantes, favoreciendo la productividad de un aprendizaje integral que transforma al ser y hacer de nuevas realidades paradigmáticas que trascienden las aulas y los hospitales. En cuanto al eje teleológico, dirige la mirada hacia los fines formativos desde los programas curriculares que deben revisarse conforme a un nuevo horizonte transformador que active el sentido de trascendencia y propósito en la enseñanza médica.

MOMENTO VI

SÍNTESIS Y APRENDIZAJES REFLEXIVOS

La reflexión investigativa es un acto de trascendencia: reconoce en la incertidumbre la semilla del saber y en la conciencia crítica la posibilidad de humanizar el conocimiento.

Beatriz López

En este momento de las reflexiones, me dispongo a abrir un espacio donde la palabra se convierte en un umbral para nuevos pensamientos que configuran el ser y el hacer del docente en Ciencias de la Salud. Reconozco que este tramo del estudio me servirá para dar a entender el cumplimiento de las intencionalidades alcanzadas, a la vez que, percibo situar la voz investigativa en un horizonte de sentido más amplio. El despliegue del discurso de características sostenido a través de una metáfora, ilumina con sutileza la trascendencia de los hallazgos en el recorrido investigativo.

Metáfora del río de aguas profundas

Imaginemos el fenómeno investigado como un río de aguas profundas, cuyas corrientes representa la riqueza de sentidos y significados otorgados por los docentes a la inteligencia emocional en su ser y hacer. Cada corriente, con su intensidad y dirección, refleja la diversidad de experiencias que fluyen en el escenario de las Ciencias de la Salud, donde la práctica docente se convierte en un cauce vivo de aprendizajes y reflexiones conjuntas en su ámbito de trascendencia formativa. En su recorrido, el río recoge emociones, narrativas y saberes que, al entrelazarse, dan forma a un caudal epistémico capaz de transformar la mirada sobre la docencia. De este modo, el río no solamente fluye en su naturaleza, sino que fertiliza sus orillas, resignifica conceptos y abre pasos hacia un horizonte más amplio de comprensión y praxis pedagógica del médico-docente.

El cumplimiento de la primera intencionalidad específica planteada para develar los sentidos y significados que los docentes otorgan a la inteligencia emocional como Constructo epistemológico de su ser y hacer en Ciencias de la Salud, fue logrado a través de un proceso hermenéutico de apertura, escucha atenta y diálogo profundo con las voces participantes de los médicos-docentes en la realidad del fenómeno de estudio. Tal como el río de aguas profundas que avanza recogiendo en sus afluentes nuevas corrientes, este estudio siguió recorridos metodológicos que nutrieron la información a través de las narrativas de las experiencias y vivencias que manifestaron en su hacer pedagógico como testimonio fehaciente y natural del fenómeno de estudio.

Cada afluente representó una vertiente distinta al punto que la vivencia emocional, el quehacer pedagógico, la relación con los estudiantes y la dimensión ética del ejercicio docente, se configuraron en una malla semántica de significados que fueron transparentes en ese develamiento y cercanía con los actores sociales. Al confluir todas estas aguas, el río adquirió mayor caudal y profundidad, haciendo visible la riqueza de significados ocultos, bajo la superficie de la cotidianidad.

De este modo, lo develado no fue un simple conjunto de ideas dispersas, sino un cuerpo vivo de comprensiones que fluyó, transformando la concepción misma de la inteligencia emocional en el marco académico y humano de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, concretamente en el Departamento de Ciencias de la Salud. En este orden de ideas, las fuentes invisibles, simbolizaran la develación de los sentidos que emergieron del manantial interior del docente, aquello que nutre su experiencia silenciosa pero vital.

En cuanto al logro alcanzado respecto a la segunda intencionalidad del estudio que planteó comprender los elementos significativos emergentes de las experiencias vividas en torno a la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud, plasme en el reconocimiento de las huellas que cada experiencia dejó en el itinerario vital, pedagógico y formativo de los futuros médicos. Si seguimos la metáfora del río de aguas profundas, estos elementos significativos emergentes se asemejan a remolinos y reflejos que aparecen en la superficie, develando la profundidad del cauce.

En este orden de ideas, el proceso hermenéutico permitió descubrir que los docentes, en medio de la cotidianidad de la enseñanza, reconoce la inteligencia emocional como brújula orientadora en la relación con los estudiantes, dado que connota una herramienta que fortalece la capacidad de escucha activa y empatía en los escenarios del aula y de la clínica, en torno a un horizonte ético que dignifica el acto pedagógico.

Estas emergencias se fueron configurando como piedras que dan forma al lecho del río, sosteniendo su curso y ofreciéndole estabilidad; al mismo tiempo, cada experiencia relatada añadió matices al caudal, mostrando que comprender no se limita a observar, si no dejarse tocar por la fuerza vital de lo narrado. En esos términos, la confluencia de vivencias significativas, la reflexión trascendente de la investigadora, desde el ser y hacer del docente, se convirtieron también en elementos naturales como navegantes dentro del mismo río profundo, descubriendo que la comprensión no es un punto de llegada, sino un viaje continuo en el oleaje de la interpretación compartida.

La tercera intencionalidad investigativa entendida para interpretar la configuración hermenéutica del significado de la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer docente, encontró su cauce de manifestaciones en los escenarios activos que, como afluentes vigorosos, dieron empuje al proceso investigativo a través de un lenguaje común construido sobre la base de los intereses y la dinámica sinérgica que activa la formación integral de los futuros médicos. Siguiendo la metáfora del río de aguas profundas, estos escenarios los concebí como confluencias donde las voces narrativas de los docentes se entrelazan o en sus significados y experiencias, generando corrientes que no sólo alimentaron el caudal, también lo orientaron hacia un mar de comprensiones en el Constructo epistemológico más amplio, donde cada escenario (las entrevistas a profundidad, los relatos de las experiencias, en las esencias de sus conciencias, las interpretaciones compartidas en la realidad del fenómeno de estudio) se constituyeron en remanso vivo de sentido, en espacio donde la palabra se transformó en agua que dinamiza y renueva.

La hermenéutica, en este fluir, permitió que los significados emergieron como un entramado integral que configura la visión significativa de la inteligencia emocional dentro de la brújula ética, el horizonte formativo y la energía vital en el acto pedagógico del médico-docente,

tanto en las aulas como en los enfoques clínicos dentro de sus especialidades y disciplinas del hacer. De esta manera, interpretar no fue simplemente descifrar lo dicho, se trató de dejar que las mismas narrativas fluyeran y modelarán el cauce del río desde su profundidad sensible, cognitiva y eminentemente humana, develando la profundidad de un saber que se construye en movimiento, en diálogo y desde la fuerza expresiva de carácter natural.

El cumplimiento de la cuarta intencionalidad, propuesta para resignificar los aspectos conceptuales y emergentes sobre la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer docente, se alcanzó al permitir que el proceso hermenéutico que me permitió develar los sentidos y significados, fueron reorganizados en un horizonte renovado de comprensión, otorgando un giro lingüístico a la realidad del fenómeno de estudio. En este trayecto, la metáfora del río de aguas profundas se expandió hacia su desembocadura, donde las corrientes no se disuelven, sino que se integran en un océano mayor de saberes, abriendo nuevas posibilidades interpretativas y epistemológicas.

Los ámbitos de trascendencia se manifestaron en tres niveles: en lo personal, al fortalecerme como docente en términos de la autoconciencia y la autogestión como dimensiones centrales de mi praxis pedagógica; de la misma manera, en el aspecto pedagógico, esta intencionalidad investigativa fue de alcance profundo al integrar la inteligencia emocional como fundamento que resignifica la enseñanza en Ciencias de la Salud, dándole un carácter humano, reflexivo y ético.

También debo apuntar en esta intencionalidad cumplida en la parte institucional y social, en tanto al proyectar este Constructo epistemológico como una contribución a la formación de profesionales de la salud más sensibles, competentes y conscientes de la integridad de la vida humana, se apunta hacia la renovación y el cambio. De este modo, la resignificación lograda no se reduce a un ajuste conceptual, se trata de la representatividad de un salto cualitativo de interés que sitúa a la inteligencia emocional como eje transversal en la construcción de subjetividades docentes y en el marco entendido del impacto transformador en escenarios situados de las Ciencias de la Salud.

Al cierre de estas reflexiones y reimaginando el ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud, interpreto nuevamente el río de aguas profundas como metáfora central, y en este

momento investigativo de cierre, entrelazó todas las corrientes que han nutrido el trayecto investigativo, configurando una malla semántica de significados que develó, comprendió, interpreto y re significó la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer del docente en Ciencias de la Salud. Cada afluente me enriqueció de experiencias vividas y narradas en tanto descubrí desde el reconocimiento que enseñar no es sólo instruir en lo teórico IE en la especialidad disciplinar el conocimiento médico, se trata de gestionar emocionalmente los silencios y las angustias frente al sufrimiento humano, hasta la apertura de espacios de diálogo que transforma la práctica cotidiana en una praxis dialógica sensible.

En este orden de ideas, la voz del estudiante adquiere legitimidad y la enseñanza se convierte en un encuentro entre dos seres el médico-docente y los estudiantes. Estas aguas profundas también se remansan en la autenticidad del vínculo formativo donde el rigor académico convive con la cercanía afectiva, y se expanden en la ética y empatía que resignifica los actores sociales en cada acto clínico como una oportunidad para humanizar el saber médico. Por lo tanto, las corrientes confluyen en un solo transitar que muestra la significativa vida de la inteligencia emocional al no reducirla a una categoría abstracta, sino que emergió como horizonte vivo de una evolución pedagógica, un formar en humanidad y un acompañamiento consciente que, desde la resiliencia y el equilibrio afectivo-ético, proyecta al docente hacia un quehacer donde el conocimiento curricular y la sensibilidad humana fluyen en armonía.

El río, en su desembocadura, me develó que las intencionalidades específicas fueron más que caminos cumplidos, se convirtieron en trayectorias transformadoras que configuraron un nuevo paisaje epistemológico de co-construcción dentro de un lenguaje común que domina el escenario de la enseñanza en Ciencias de la Salud. En este flujo convergieron la gestión emocional reflexiva, que me permitió reconocer y canalizar las emociones propias y ajenas sin paralizar la acción profesional y la praxis dialógica sensible, donde la interacción con los estudiantes se ha de convertir en un espacio de escucha constante, acompañamiento pedagógico y aprendizaje compartido. Asimismo, se reflejó la evolución pedagógica que articulo con los saberes técnicos y la sensibilidad ética, promoviendo vínculos auténticos al fortalecer la formación integral en medicina, evidenciando un paisaje epistemológico constructivo renovado.

REFERENCIAS

- Abdel Hadi, S. A., & Gharaibeh, M. (2023). The role of self-awareness in predicting the level of emotional regulation difficulties among faculty members. *Emerging Science Journal*, 7(4), 1274–1293. <https://doi.org/10.28991/ESJ-2023-07-04-017>
- Abramowski, A. (2024). Los afectos y las emociones en el campo educativo: Más allá de las “pedagogías de”. *Espacios en Blanco. Serie Indagaciones*, 1(34), 31–47. <https://doi.org/10.37177/UNICEN/EB34-391>
- 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>
- Ahmed, S. K., Mohammed, R. A., Nashwan, A. J., Ibrahim, R. H., Abdalla, A. Q., Ameen, B. M. M., & Khahir, R. M. (2025). Using thematic analysis in qualitative research. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 6, 100198. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2025.100198>
- Alcaraz, M. (2023). *Competencias emocionales de futuros docentes de Educación Secundaria Obligatoria* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. Universidad de Murcia, Escuela Internacional de Doctorado. <https://digitum.um.es/handle/10201/131814>
- Andersson, H., Svensson, A., Frank, C., Rantala, A., Holmberg, M., & Bremer, A. (2022). Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: An integrative systematic review. *BMC Medical Ethics*, 23(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00766-z>
- Andreassen, P., & Malling, B. (2019). How are formative assessment methods used in the clinical setting? A qualitative study. *International Journal of Medical Education*, 10, 208–215. <https://doi.org/10.5116/ijme.5db3.62e3>
- Antonopoulou, H. (2023). The value of emotional intelligence: Self-awareness, self-regulation, motivation, and empathy as key components. *Technium Education and Humanities*, 8, 78-92. <https://doi.org/10.47577/teh.v8i.9719>
- Artioli, G., Deiana, L., De Vincenzo, F., Raucci, M., Amaducci, G., Bassi, M. C., Di Leo, S., Hayter, M., & Ghirotto, L. (2021). Health professionals and students' experiences of reflective writing in learning: A qualitative meta-synthesis. *BMC Medical Education*, 21(1), 394. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02831-4>
- Atwater, A. M. (2021). *Online instructors' use of emotional intelligence in higher education distance learning* (Tesis doctoral, Walden University). ProQuest Dissertations Publishing.
- Baghdadi, B., & Haghigat, S. (2024). The effectiveness of emotion regulation training on self-awareness in female university students. *Psychology of Woman Journal*, 5(1), 151–158. <https://doi.org/10.61838/kman.pwj.5.1.18>
- Barnett-Page, E., & Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: A critical review. *BMC Medical Research Methodology*, 9, 59. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-59>
- Barrera, D. (2020). La investigación narrativa de saber pedagógico: una perspectiva sociocultural. *Cuadernos de Lingüística Hispánica*, (35), 199-220.
- Beheshti, A., Arashlow, F. T., Fata, L., Barzkar, F., & Baradaran, H. R. (2024). The relationship between empathy and listening styles is complex: Implications for doctors in training. *BMC Medical Education*, 24(1), 267. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05258-9>
- Bennasar, M; Lanza V; Sánchez, V. (2020) La formación docente universitaria, desde una perspectiva crítica de sus actores. Instituto Superior de Formación Docente Salomé Ureña, República Dominicana. *Revista Educación Superior*. Año XIX No. 30. Julio-Diciembre, 2020
- Benoit, C. G. (2023). La escucha empática, una habilidad fundamental para el trabajo colaborativo docente. *Revista San Gregorio*, (54), 166-182. <https://doi.org/10.36097/rsan.v0i54.2213>

- Berenshtein, Y., Tesler, R., Hochwald, I. H., & Green, G. (2023). The perspectives of health sciences students the new way of learning: Mixed methods design. *Digital Health*, 9, 20552076231216539. <https://doi.org/10.1177/20552076231216539>
- Bisquerra, R. (2005). La educación emocional en la formación del profesorado. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 95-114. Universidad de Zaragoza.
- Bisquerra, R. (2018). *Educación emocional y bienestar*. Madrid: Wolters Kluwer.
- Bingham, A. J. (2023). From Data Management to Actionable Findings: A Five-Phase Process of Qualitative Data Analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231183620>
- Blakemore, T., & Agllias, K. (2018). Student Reflections on Vulnerability and Self-awareness in a Social Work Skills Course. *Australian Social Work*, 72(1), 21-33. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2018.1516793>
- Briedé, S., de Winter, M. A., van Charldorp, T. C., van der Pol, C. J., van de Peppel, J., & van den Muijsenbergh, M. (2022). The effect of physician training and patient education on the discussion of care decisions at the internal medicine outpatient clinic. *BMC Health Services Research*, 22, 1569. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08901-7>
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Feedback in the clinical setting. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), 460. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02280-5>
- Burr, V., & Dick, P. (2017). Social constructionism. En B. Gough (Ed.), *The Palgrave handbook of critical social psychology* (pp. 59-80). *Palgrave Macmillan*. https://doi.org/10.1057/978-1-137-51018-1_4
- Cantillon, P., De Grave, W., & Dornan, T. (2022). The social construction of teacher and learner identities in medicine and surgery. *Medical Education*, 56(6), 614-624. <https://doi.org/10.1111/medu.14727>
- 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>
- Cásares, D. (2011). *Líderes y educadores, el maestro, creador de una nueva sociedad*. México: Limusa
- Chan, L., & Dennis, A. (2019). Resilience: A nationwide study of medical educators. *MedEdPublish*, 8(2), 20. <https://doi.org/10.15694/mep.2019.000020.2>
- Coffey, A. y Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Contreras, L. M., Laguado, E., Jaimes, N. E., Pico, M., & Villamizar, M. L. (2024). Socioemotional skills in the teaching-learning process mediated by medium- and high-fidelity clinical simulation in nursing students: Protocol for a scoping review. *JMIR Research Protocols*, 13, e56436. <https://doi.org/10.2196/56436>
- Contreras, S., & Romero, F. (2020). Concepciones sobre afectividad en docentes que trabajan en aulas hospitalarias en Chile. *Educación*, 29(56), 27-47. <https://doi.org/10.18800/educacion.202001.002>
- Cook, T. y Reichart, C. (1995). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.
- Córdova, A., Caballero-García, A., Drobnic, F., Roche, E., & Noriega, D. C. (2023). Influence of stress and emotions in the learning process: The example of COVID-19 on university students: A narrative review. *Healthcare*, 11(12), 1787. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121787>
- Crotty, M. (1998). *Las fundaciones de la investigación social*. Sydney, Allen y Unwin.
- Day, C. (2016). *Pasión por enseñar, la identidad personal y profesional del docente y sus valores*. Madrid: Narcea Editores.
- D'Amico, A., & Geraci, A. (2023). Más allá de la inteligencia emocional: El nuevo constructo de la inteligencia metaemocional. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1096663. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1096663>
- De Los Santos, J. R. (2023). *Emotional intelligence of leaders in higher education and its impact on employees* (Tesis doctoral, Abilene Christian University). Digital Commons @ ACU. <https://digitalcommons.acu.edu/etd/590>

- De Miguel, M. (1988). *Los paradigmas de investigación educativa*. Madrid: Narcea.
- De Vivas, M. (1994). *Investigación cualitativa: Manual para la recolección y análisis de la información*. Caracas: Editorial Ciencia.
- Delors, J (1994). Los cuatro pilares de la educación en: *La Educación encierra un tesoro*. México: El Correo de la UNESCO, 91-103.
- Denzin, N.K (1989). *Biografía interpretativa*. Newbury Park, CA: Sage
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Coords.). (2012). *Manual de investigación cualitativa* (Colección Biblioteca de educación. Herramientas universitarias). Gedisa.
- Dilthey, G. (1976). *La esencia de la filosofía*. Buenos Aires: Losada
- Echeverría, P. (2024). The Development of a Dialogical Pedagogical Agency in Initial Teacher Formation Programs: A Critical Inquiry. *Journal of Transformative Education*, 23(1), 59-78. <https://doi.org/10.1177/15413446241262014>
- El-Sherif, H. M. (2017, febrero). *Transcendental and hermeneutic phenomenological research approaches*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23076.27522>
- Emeljanovas, A., Sabaliauskas, S., Mežienė, B., & Istomina, N. (2023). The relationships between teachers' emotional health and stress coping. *Frontiers in Psychology*, 14, 1276431. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1276431>
- Fariñas, G. (2007). *Desafíos del Currículum en la Educación Superior y el desarrollo del pensamiento complejo*. *Complexus*, 3(2).
- Flick, U. (2022). *An Introduction to Qualitative Research* (7.ª ed.). Sage
- Freire, P. (1979). *La pedagogía del oprimido*. Montevideo: Tierra Nueva.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía: Saberes necesarios para la práctica educativa*. Siglo XXI Editores.
- Fischer, M. A., Mazor, K. M., Baril, J., Alper, E., DeMarco, D., & Pugnaire, M. (2006). Learning from mistakes: Factors that influence how students and residents learn from medical errors. *Journal of General Internal Medicine*, 21(5), 419–423. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00420.x>
- Fleer, J., Smit, M. J., Boer, H. J., Knevel, M., Velthuis, F., Trippenzee, M., ... Scholtens, S. (2024). An evidence-informed pedagogical approach to support professional identity formation in medical students: AMEE Guide No. 171. *Medical Teacher*, 47(4), 580-588. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2387809>
- Fredholm, A., Manninen, K., Hjelmqvist, H., & Silén, C. (2019). Authenticity made visible in medical students' experiences of feeling like a doctor. *International Journal of Medical Education*, 10, 113-121. <https://doi.org/10.5116/ijme.5cf7.d60c>
- Fullerton, P. D., Sarkar, M., Haque, S., & McKenzie, W. (2022). Culture and understanding the role of feedback for health professions students: Realist synthesis protocol. *BMJ Open*, 12(2), e049462. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049462>
- Gadamer, H. (1987). *Hermenéutica filosófica*. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.uma.es/gadamer/General.htm>. [Consulta: 2013, febrero 20].
- Gibbs, G. R. (2012). *Analysing qualitative data*. Sage
- Giménez, M., Maldonado, S., & Prado-Gascó, V. (2023). Influence of emotional skills on attitudes towards communication: Nursing students vs. nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 4798. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064798>
- Goleman, D. (2003). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Paidós.

- González de Flores, G. y Hernández, T. (2011). *Interpretación de la evidencia cualitativa. Más allá del Glater*. Ediciones Gema. Barquisimeto.
- Green, J., Willis, K., Hughes, E., Small, R., Welch, N., Gibbs, L., & Daly, J. (2007). Generating best evidence from qualitative research: The role of data analysis. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(6), 545–550. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2007.00141.x>
- Guba, E.G y Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus.
- Han, E. R., Yeo, S., Kim, M. J., Lee, Y. H., Park, K. H., & Roh, H. (2019). Medical education trends for future physicians in the era of advanced technology and artificial intelligence: An integrative review. *BMC Medical Education*, 19(1), 460. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1891-5>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana de España.
- Horne, L. H. (2025). The differences in emotional intelligence within schools that have adopted Glasser's Choice Theory: A causal-comparative analysis (Tesis doctoral, Liberty University). Liberty University Digital Commons. <https://digitalcommons.liberty.edu/doctoral/6877>
- Hsu, W. C., Fuh, L. J., & Liao, S. C. (2024). Tickling the heart: Integrating social emotional learning into medical education to cultivate empathetic, resilient, and holistically developed physicians. *Frontiers in Medicine*, 11, 1368858. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1368858>
- Husserl, E (1976). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. (traducción del alemán de José Gaos), México D.F./Buenos Aires: FCE, 1949.
- Ignatenko, O., Fateeva, Y., Fomina, T., & Altuhova, O. (2021, January). *Axiological foundations of modern medical education*. En VIII International Scientific and Practical Conference "Current problems of social and labour relations" (ISPC-CPSLR 2020). <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210322.125>
- Irgin, P. (2025). Understanding emotional well-being and self-directed professional development of language teachers in a private school: An ecological perspective. *International Journal of Applied Linguistics*, 0(1), 1–13. <https://doi.org/10.1111/ijal.12703>
- Jepsen, I., Toxvig, L., & Nielsen, A. (2021). Teaching epistemology – Workshop as a method for making epistemology relevant to students. *MedEdPublish*, 10, 140. <https://doi.org/10.15694/mep.2021.000140.1>
- Johnson, D. R. (2015). Emotional intelligence as a crucial component to medical education. *International Journal of Medical Education*, 6, 179–183. <https://doi.org/10.5116/ijme.5654.3044>
- Kadovic, M., Miksic, S., & Lovric, R. (2022). Ability of emotional regulation and control as a stress predictor in healthcare professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 541. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010541>
- Kalter, M., Bollen, K., Euwema, M., & Verbeke, A. L. (2021). A matter of feelings: Mediators' perceptions of emotion in hierarchical workplace conflicts. *Frontiers in Psychology*, 12, 629768. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.629768>
- Karantzas, G., Simpson, J. A., & Haslam, N. (2023). Dehumanization: Beyond the intergroup to the interpersonal. *Current Directions in Psychological Science*, 32(6), 565–573. <https://doi.org/10.1177/09637214231204196>
- Khassawneh, O., Mohammad, T., Ben Abdallah, R., & Alabidi, S. (2022). The relationship between emotional intelligence and educators' performance in higher education sector. *Behavioral Sciences*, 12(12), 511. <https://doi.org/10.3390/bs12120511>
- Król, Z., & Lubacz, J. (2024). On why Quine's ontological relativity requires reconsideration. *Foundations of Science*, 29, 821-845. <https://doi.org/10.1007/s10699-022-09868-8>

- Kuper, A., Boyd, V. A., Veinot, P., Abdelhalim, T., Bell, M. J., Feilchenfeld, Z., Najeeb, U., Piquette, D., Rawal, S., Wong, R., Wright, S. R., Whitehead, C. R., Kumagai, A. K., & Richardson, L. (2019). A dialogic approach to teaching person-centered care in graduate medical education. *Journal of Graduate Medical Education*, 11(4), 460–467. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-19-00085.1>
- Kvale, S. y Brinkmann, S. (2015) *Entrevistas: Aprendiendo el arte de la entrevista de investigación cualitativa*. Tercera edición, Sage Publications, Thousand Oaks, CA
- Lalomia, A. (2024). *La inteligencia emocional en el contexto educativo: Prácticas innovadoras en aulas de educación primaria* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. Digitum: Repositorio Institucional de la Universidad de Murcia. <https://digitum.um.es/>
- Lambert, S. D., & Loiselle, C. G. (2008). Combining individual interviews and focus groups to enhance data richness. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 228-237. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04559.x>
- Lange, A. A., Bonvin, R., Guttormsen, S., & Zambrano Ramos, S. C. (2024). Physicians' emotion awareness and emotion regulation training during medical education: A systematic scoping review protocol. *BMJ Open*, 14(5), e080643. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080643>
- Latorre, A. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: GR92
- Laughy, W. F., Atkinson, J., Craig, A. M., Douglas, L., Brown, M. E., Scott, J. L., Alberti, H., & Finn, G. M. (2021). Empathy in medical education: Its nature and nurture – A qualitative study of the views of students and tutors. *Medical Science Educator*, 31(6), 1941–1950. <https://doi.org/10.1007/s40670-021-01430-8>
- Liao, L. (2017). The physician as person framework: How human nature impacts empathy, depression, burnout, and the practice of medicine. *Canadian Medical Education Journal*, 8(4), e92–e96. <https://doi.org/10.36834/cmej.36895>
- Lisigurski, M. Z., Shaikh, U., & Toston, B. (2021). Physicians' emotional intelligence: Improving performance while reducing burnout. *HCA Healthcare Journal of Medicine*, 2(1), 17-21. <https://doi.org/10.36518/2689-0216.1074>
- Lonn, A., Weurlander, M., Seeberger, A., Hult, H., Thornberg, R., & Wernerson, A. (2023). The impact of emotionally challenging situations on medical students' professional identity formation. *Advances in Health Sciences Education*, 28(5), 1557–1578. <https://doi.org/10.1007/s10459-023-10229-8>
- López, È., & Bisquerra, R. (2024). Educar en las emociones en tiempos de crisis. *RELIEVE. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 30(1). Universidad de Granada. <https://doi.org/10.7203/relieve.30.1>
- López Rupérez, F. (2022). El enfoque del currículo por competencias. Un análisis de la LOMLOE. *Revista Española de Pedagogía*, 80 (281), 55-68. <https://doi.org/10.22550/REP80-1-2022-05> <https://revistadepedagogia.org/>.
- Lungu, M. (2022). The coding manual for qualitative researchers [Review of the book *The coding manual for qualitative researchers*, by J. Saldaña]. *American Journal of Qualitative Research*, 6(1), 232–237. <https://doi.org/10.29333/ajqr/12085>
- Luong, V., Ajjawi, R., Burm, S., Olson, R., & MacLeod, A. (2024). Unravelling epistemic injustice in medical education: The case of the underperforming learner. *Medical Education*, 58(11), 1286-1295. <https://doi.org/10.1111/medu.15410>
- MacLeod, A., Luong, V., Cameron, P., Burm, S., Field, S., Kits, O., Miller, S., & Stewart, W. A. (2023). Case-informed learning in medical education: A call for ontological fidelity. *Perspectives on Medical Education*, 2(1), 120–128. <https://doi.org/10.5334/pme.47>
- Marais, D. L. (2024). It's very difficult to set the boundaries, it's human nature to want to respond: Exploring health professions educators' responses to student mental health difficulties through a positioning theory lens. *Advances in Health Sciences Education*, 29(1), 67-88. <https://doi.org/10.1007/s10459-023-10254-7>
- Martín, D. y Boeck, K. (2003). *Qué es la inteligencia emocional*, España: EDAF.

- Martínez, M. (2006). *El paradigma emergente. Hacia una nueva teoría de la racionalidad científica*. México: Trillas
- Matthes, E., & Rotthoff, T. (2024). The pedagogical relationship in medical education and training: A critical analysis. *GMS Journal of Medical Education*, 41(4), Doc49. <https://doi.org/10.3205/zma001704>
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1983). ¿Qué es la inteligencia emocional? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds). *Desarrollo emocional e inteligencia emocional: implicaciones para los educadores* (p. 3-31), Nueva York: Basic Books.
- Mayer, J.D., Salovey, P & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. En R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence* (2nd ed) (pp. 396-420). New York: Cambridge.
- McNulty, J. P., & Politis, Y. (2023). Empathy, emotional intelligence and interprofessional skills in healthcare education. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 54(2), 238-246. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2023.02.014>
- Miccas, F. L., & Batista, S. H. (2014). Educação permanente em saúde: metassíntese [Permanent education in health: a review]. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 170-185. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004498>
- Michalowski, M., Wilk, S., Michalowski, W., O'Sullivan, D., Bonaccio, S., Parimbelli, E., Carrier, M., Le Gal, G., Kingwell, S., & Peleg, M. (2021). A health eLearning ontology and procedural reasoning approach for developing personalized courses to teach patients about their medical condition and treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7355. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147355>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Millhollin, J., Lee, W. W., Weststrate, N. M., Osterberg, L., & Woodruff, J. N. (2025). Seeking medical wisdom: Development of a physician-defined practical model of wise competence. *Medical Education*, 59(9), 938–949. <https://doi.org/10.1111/medu.15709>
- Ministerio de Educación de la República Dominicana (2018). *Pacto Nacional de la Reforma Educativa en la República Dominicana (2014-2030)*. Autor.
- Morin, E. (2000). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Caracas: FACES / Universidad Central de Venezuela.
- Naeem, M., Ozuem, W., Howell, K., & Ranfagni, S. (2023). A Step-by-Step Process of Thematic Analysis to Develop a Conceptual Model in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231205789>
- 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>
- Nejadsarvari, N., Abbasi, M., Borhani, F., Ebrahimi, A., Rasooli, H., Kalantar Motamedi, M. H., Kiani, M., & Bazmi, S. (2015). Relationship of moral sensitivity and distress among physicians. *Trauma Monthly*, 20(2), e26075. <https://doi.org/10.5812/traumamon.26075>
- Nicolescu, B. (2008). *Transdisciplinarietà. El manifiesto*. Editorial Multiversidad Mundo Rea.
- Omid, A., Haghani, F., & Toufan, N. (2024). Developing a model for clinical teaching with emotional intelligence. *BMC Medical Education*, 24, 1404. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06349-3>
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Informe sobre la salud en el mundo 1996. Combatir las enfermedades, promover el desarrollo*. (Resumen). Naciones Unidas: autor.
- Packard, A. B. (2021). *Managing emotions: Teachers' use of emotional intelligence* (Tesis doctoral, Northeastern University). ProQuest Dissertations Publishing. <https://doi.org/10.17760/D20412901>

- Patel, S., Pelletier-Bui, A., Smith, S., Roberts, M. B., Kilgannon, H., Trzeciak, S., & Roberts, B. W. (2019). Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLOS ONE*, 14(8), e0221412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221412>
- Patton, M.Q. (1978). *Evaluación centrada en la utilización*. Beverly Hills: Sege.
- Pelto, P.J. y Pelto, G.H. (2004). *Investigación antropológica. La estructura de la indagación*. Cambridge Universidad Press, Nueva York. Distribuidor: Cambridge University Press.
- Pereira, J. (2020). *La inteligencia emocional del líder como estrategia de cambio en las organizaciones*. tesis doctoral. Universidad Rafael Bellosó Chacín. Maracaibo-Venezuela
- Pérez Serrano, G. (1998). *Investigación cualitativa: retos e interrogantes*. I y II. Métodos. Madrid: La Muralla.
- Perrenoud, P. (2004). *Diez nuevas competencias para enseñar*. Graó.
- Pervin, N., & Mokhtar, M. (2022). The interpretivist research paradigm: A subjective notion of a social context. *International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development*, 11(2). <https://doi.org/10.6007/IJARPED/v11-i2/12938>
- Piaget, J. (1978). *La psicología de la inteligencia*. Madrid: Crítica.
- Pourtois, J. y Desmet, H. (1992). *Epistemología e instrumentación en ciencias humanas*. Barcelona: Herder.
- Pozo, J. I. (2006). *La práctica docente como ciencia de la educación*. Ediciones Morata.
- Prosen, M., & Ličen, S. (2025). Evaluating the digital transformation in health sciences education: A thematic analysis of higher education teachers' perspectives. *BMC Medical Education*, 25, 820. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07420-3>
- Puertas Flores, C. (2024). Emotional foundations and educational development. En É. Laurent (Ed.), *Emotional intelligence: Understanding, influencing, and utilizing emotions*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1004010>
- Raghubir, A. E. (2018). Emotional intelligence in professional nursing practice: A concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 126-130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.004>
- Richards, L. (2020). *Handling qualitative data: A practical guide* (4th ed.). SAGE Publications.
- Rieveltdt, F. (2020). *Inteligencia Emocional y competencias del docente universitario*. Tesis Doctoral Universidad Federico Henríquez y Carvajal (UFHEC). República Dominicana
- Rivero, N. (2020). *Enfoques epistemológicos y estilos de pensamiento*. Tesis doctoral. Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP), Santo Domingo.
- Rodas, A. (2020). *Inteligencia emocional de docentes y estudiantes y la gestión del proceso enseñanza aprendizaje*. Tesis doctoral, Universidad Pedro Luis Gallo, Perú.
- Rodríguez, A. (2024). *Constructo teórico sobre la inteligencia emocional y estrés laboral desde la perspectiva de los docentes* [Tesis doctoral, Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Instituto Pedagógico Rural "Gervasio Rubio"].
- Rodríguez U., I. (2020). *Programa de adiestramiento en inteligencia emocional para docentes del Centro de Estudios avanzados*. Tesis doctoral en enfermería, Universidad Católica de Santo Domingo.
- Rojas, J. (2010). *La investigación cualitativa: Epistemología, metodología y herramientas*. Editorial Trillas.
- Rojas de E, B. (2010). *Investigación cualitativa. Fundamentos y Praxis*. FEDUPEL. Caracas.
- Rubio, M., Sánchez-Ronco, M., Mohedano, R., & Hernando, A. (2018). The impact of participatory teaching methods on medical students' perception of their abilities and knowledge of epidemiology and statistics. *PLOS ONE*, 13(8), e0202769. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202769>

- Rusque, A. (2007). *De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa*. Venezuela: Vadell Hermanos.
- Saldaña, J. (2015). *The coding manual for qualitative researchers*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sandín, M. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Segal, J. (2003). *Su Inteligencia Emocional*. Madrid: Grijalbo
- Simmons, S. y Simmons, J. (1998). *¿Cómo medir la inteligencia emocional?* Madrid: EDAF.
- Shrivastava, S. R., & Shrivastava, P. S. (2023). The sound of silence: Enhancing medical education through moments of quiet. *Hamdan Medical Journal*, 16(3), 296–299. https://doi.org/10.4103/hmj.hmj_83_23
- Stalin, P. (2024). Emotional intelligence in health care. *Journal of Current Research in Scientific Medicine*, 10(1), 1-2. https://doi.org/10.4103/jcrsm.jcrsm_40_24
- Stathopoulou, M., Gauci, P. V., Liontou, M., & Melo-Pfeifer, S. (2023). *Mediation in Teaching, Learning & Assessment (METLA): A teaching guide for language educators [Teaching guide]*. Council of Europe. ISBN 978-92-871-9456-5.
- Strmiska, Z. (1981). *Medios de producción teórica en sociología la dialéctica y las dialécticas*. (Folleto traducido por Delmont, J.L.) Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Stull, M. J., & Duvivier, R. J. (2017). Teaching physicians to teach: The underappreciated path to improving patient outcomes. *Academic Medicine*, 92(4), 432–433. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001613>
- Taylor, S. J., Bogdan, R., & DeVault, M. L. (2016). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource* (4.ª ed.). Wiley.
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Toufan, N., Omid, A., & Haghani, F. (2023). The double-edged sword of emotions in medical education: A scoping review. *Journal of Education and Health Promotion*, 12, 52. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_644_21
- Vaara, E., Aranda, A. M., & Etchanchu, H. (2024). Discursive Legitimation: An Integrative Theoretical Framework and Agenda for Future Research. *Journal of Management*, 50(6), 2343-2373. <https://doi.org/10.1177/01492063241230511>
- Valente, S., Lourenço, A. A., Dominguez-Lara, S., Derakhshan, A., Németh, Z., & Almeida, L. S. (2022). Teachers' emotion regulation: Implications for classroom conflict management. *Australian Journal of Teacher Education*, 47(8), 18–39. <http://dx.doi.org/10.14221/ajte.2022v47n8.2>
- Valore, P. (2024). Ontological relativity and conceptual analysis as theoretical frameworks for epistemic injustice: Exploring applications. *Metaphilosophy*, 55(2), 264–279. <https://doi.org/10.1111/meta.12669>
- Van Bruggen, J., Chen, H., van der Schaaf, M., & et al. (2025). Evolving health professions educators' work engagement in teaching while combining roles in an academic medical center. *BMC Medical Education*, 25, 1035. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07628-3>
- Vygotsky, L. (1992). *Pensamiento y lenguaje. Teoría el desarrollo cultural de las funciones psíquicas*. México: Quinto Sol.
- Villalobos-Martínez, J. L., Florez-Romero, G. A. y Londoño-Vásquez, D. A. (2017). La escuela y la familia en relación con el alcance del logro académico. La experiencia de la Institución Educativa Antonio José de Sucre de Itagüí (Antioquia) 2015. *Aletheia. Revista de Desarrollo Humano, Educativo y Social Contemporáneo*, 9(1), 58-75.
- Waddimba, A. C., Scribani, M., Hasbrouck, M. A., Krupa, N., Jenkins, P., & May, J. J. (2016). Resilience among employed physicians and mid-level practitioners in Upstate New York. *Health Services Research*, 51(5), 1706–1734. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12499>

- Yoo, J., & Carter, D. (2017). Teacher emotion and learning as praxis: Professional development that matters. *Australian Journal of Teacher Education*, 42(3), 38-52. <https://doi.org/10.14221/ajte.2017v42n3.3>
- Zhang, Z., Hu, Q., Xu, C., Zhou, J., & Li, J. (2022). Medical teachers' affective domain teaching dilemma and path exploration: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 22(1), 883. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03870-1>
- Zhao, H., Li, D., & Zhong, Y. (2022). Teacher emotion and pedagogical decision-making in ESP teaching in a Chinese university. *Frontiers in Psychology*, 13, 955474. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.955474>

ANEXOS

ANEXO A1
CONVERSACIONES PRELIMINARES

CONVERSACIÓN INFORMAL CON EL DOCTOR DE ANATOMÍA (UN) DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

Doctor, ¿cómo considera usted que la dimensión humana del docente influye en la formación de los estudiantes de Ciencias de la Salud en la actualidad?

El docente debe ser persona, muy humana, estamos en una época difícil, donde los valores se han distorsionados, donde la gente no vive, sobrevive, y el docente puede ser un vehículo para que los estudiantes tengan un sentido de vida más positivo, pero para ello el docente tiene que cambiar su forma de pensar dejar de centrarse en los contenidos y permitir más la creatividad del estudiante, la expresión de sus sentimientos, demostrar flexibilidad. (Conversación informal, doctor UN, marzo 23, 2024).

En ese contexto, ¿qué cambios prácticos cree usted que deberían implementar los docentes para fortalecer la inteligencia emocional en los estudiantes?

Creo que los docentes debemos empezar por replantearnos nuestras formas de enseñar; dejar de centrarnos únicamente en los contenidos disciplinares y abrir espacio para la creatividad, la expresión de sentimientos y la flexibilidad. Este tipo de escenarios permite el desarrollo de habilidades emocionales y de manejo de personal, fortaleciendo la inteligencia emocional y promoviendo un sentido de vida más positivo, lo cual repercute directamente en la capacidad de interacción y aprendizaje en la práctica clínica (Conversación informal, doctor UN, marzo 23, 2024).

CONVERSACIÓN INFORMAL CON EL DOCTOR DE CIRUGÍA I (CI) DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

Doctor, ¿cómo percibe usted que la prioridad del “ser” sobre el “saber” impacta en la formación integral de los estudiantes de Ciencias de la Salud?

Yo creo que el docente debe tender menos hacia el saber y más hacia el ser porque los estudiantes de ahora son criados con otra mentalidad sin importar de qué estatus económico sean, se crían aislados encerrados en su mundo tecnológico, sin afecto, ¿se ocupan puro de satisfacer las necesidades materiales y no las afectivas y si el docente también se va a centrar sólo en que aprendan y no los va a dejar expresarse entonces ¿Qué tipo de personas van a ser esos estudiantes? (Conversación informal, doctor CI, marzo 29, 2024).

Entonces, considerando esa realidad de los estudiantes, ¿qué debería hacer un docente para favorecer su desarrollo emocional y humano?

El docente debe permitir que los estudiantes se expresen, que muestren sus emociones y desarrollen habilidades de interacción humana. Si solo se centra en el conocimiento técnico, los estudiantes crecerán como personas incompletas, sin sensibilidad ni conciencia ética. La educación en la medicina no es solo transmisión de información; debe formar seres humanos capaces de conectar, empatizar y manejar sus emociones, fortaleciendo así su inteligencia emocional (Conversación informal, doctor CI, marzo 29, 2024).

CONVERSACIÓN INFORMAL CON LA DRA. DE MICROBIOLOGÍA (MB) DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA

Doctora, ¿cómo cree usted que la capacidad del docente para conectar emocionalmente con los estudiantes influye en su motivación y aprendizaje?

Al hablar del docente en la actualidad, entiendo que tiene que ser hábil para interactuar con el estudiante, expresar sentimientos, emociones y comprender los de ellos, tiene que permitirles ser para que ellos puedan de verdad sentirse motivados para aprender y construyan su propio conocimiento. Sin embargo, en muchos contextos de formación en Ciencias de la Salud, como ocurre en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, esta dimensión emocional ha sido relegada por una enseñanza tecnificada, rígida y despersonalizada, lo cual pudiera entenderse como una disociación entre la formación profesional y el desarrollo humano integral, constituyéndose en un serio obstáculo epistemológico y ético para el docente actual. (Conversación informal, doctora MB, abril 18, 2024).

Entonces, considerando estos obstáculos en la formación actual, ¿qué estrategias debería implementar un docente para fomentar tanto el aprendizaje técnico como el desarrollo humano integral?

El docente debe integrar espacios de diálogo emocional, escuchar activamente y validar las experiencias de los estudiantes. Debe equilibrar la transmisión de conocimientos con la atención a la dimensión afectiva, promoviendo autonomía, creatividad y responsabilidad ética, de manera que se fortalezca la inteligencia emocional y el compromiso humano de futuros profesionales de la salud (Conversación informal, doctora MB, abril 18, 2024).

ANEXO A2

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PARTICIPANTES



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: INTELIGENCIA EMOCIONAL. CONSTRUCTO EPISTEMOLÓGICO DEL SER Y HACER DE LOS DOCENTES DE CIENCIAS DE LA SALUD
2. Propósito de la investigación: Generar una aproximación teórica emergente sobre la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.
3. Responsable de la investigación: Beatriz Magalys López Navas
4. Lugar y fecha de la aplicación de la investigación: UPEL-IPB, septiembre, 2025
5. Duración de la investigación: 18 meses
6. Descripción de la participación (opcional): Fue de carácter voluntaria, activa y consciente, contribuyendo con sus experiencias, percepciones y reflexiones sobre la práctica docente y la inteligencia emocional en Ciencias de la Salud
7. Condiciones de la participación: Las condiciones incluyeron voluntariedad, anonimato, respeto a la confidencialidad, libertad para expresar opiniones sin coacción, comprensión del propósito del estudio y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin repercusiones
8. Consentimiento del participante: He recibido, leído y comprendido la información proporcionada sobre los objetivos, características, condiciones y relación riesgos/beneficios de esta investigación. Declaro que participo de manera voluntaria, con la posibilidad de retirarme en cualquier momento sin consecuencias. Asimismo, entiendo que puedo aclarar dudas con el investigador responsable o el Comité de ética. Acepto participar, respetando el protocolo y proporcionando información veraz, con plena confidencialidad.

Firma del responsable de la investigación

CI: V-17.468.472, Correo electrónico:

Contacto celular/teléfono:

lugar y fecha: Barquisimeto, Mayo 16 de 2025

C.C: participante y Comité de ética

Actor social A

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: INTELIGENCIA EMOCIONAL. CONSTRUCTO EPISTEMOLÓGICO DEL SER Y HACER DE LOS DOCENTES DE CIENCIAS DE LA SALUD
2. Propósito de la investigación: Generar una aproximación teórica emergente sobre la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.
3. Responsable de la investigación: Beatriz Magalys López Navas
4. Lugar y fecha de la aplicación de la investigación: UPEL-IPB, septiembre, 2025
5. Duración de la investigación: 18 meses
6. Descripción de la participación (opcional): Participó compartiendo experiencias, percepciones y reflexiones sobre la inteligencia emocional en la formación en Ciencias de la Salud, contribuyendo con información significativa para el análisis del fenómeno
7. Condiciones de la participación: La participación se realizó de manera voluntaria, confidencial y sin presiones externas, pudiendo retirarse en cualquier momento. Se garantiza que sus aportes serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación cualitativa.
8. Consentimiento del participante: He recibido, leído y comprendido la información proporcionada sobre los objetivos, características, condiciones y relación riesgos/beneficios de esta investigación. Declaro que participo de manera voluntaria, pudiendo retirarme en cualquier momento sin repercusiones. Además, comprendo que puedo aclarar cualquier duda con el investigador responsable o el Comité de Ética. Acepto participar, respetando el protocolo establecido y proporcionando información veraz, bajo estricta confidencialidad y uso exclusivo con fines académicos.

Firma del responsable de la investigación

CI: V-17.468.472, Correo electrónico:

Contacto celular/teléfono:

Lugar y fecha: Barquisimeto, Mayo 16 de 2025

C.C: participante y Comité de ética

Actor social B

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: INTELIGENCIA EMOCIONAL. CONSTRUCTO EPISTEMOLÓGICO DEL SER Y HACER DE LOS DOCENTES DE CIENCIAS DE LA SALUD
2. Propósito de la investigación: Generar una aproximación teórica emergente sobre la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.
3. Responsable de la investigación: Beatriz Magalys López Navas
4. Lugar y fecha de la aplicación de la investigación: UPEL-IPB, septiembre, 2025
5. Duración de la investigación: 18 meses
6. Descripción de la participación (opcional): Participó mediante entrevistas y conversaciones informales, compartiendo sus experiencias, percepciones y reflexiones sobre la práctica docente en Ciencias de la Salud. Su aporte se centró en aspectos relacionados con la inteligencia emocional, la interacción con los estudiantes y la mediación de situaciones pedagógicas complejas, contribuyendo a la construcción de un conocimiento profundo sobre el ser y hacer del docente.
7. Condiciones de la participación: Se desarrolló de manera voluntaria y consciente, respetando su disponibilidad y disposición para colaborar en las actividades de la investigación. Se garantizó confidencialidad absoluta de la información proporcionada y el uso exclusivo para fines académicos. Asimismo, se aseguró que podría retirarse en cualquier momento sin repercusiones, y que tendrá la oportunidad de aclarar dudas o consultas directamente con el investigador responsable o el Comité de Ética institucional.
8. Consentimiento del participante: He recibido, leído y comprendido toda la información proporcionada acerca de los objetivos, características, condiciones y la relación riesgos/beneficios de esta investigación. Declaro que participo de manera completamente voluntaria y consciente, con la libertad de retirarme en cualquier momento sin que ello genere consecuencias adversas. Asimismo, comprendo que puedo plantear cualquier inquietud o aclaración con el investigador responsable o con el Comité de Ética de la institución. Acepto participar, respetando el protocolo establecido y proporcionando información veraz, con absoluta confidencialidad.
9. Firma del responsable de la investigación
Cl: V-17.468.472, Correo electrónico: Actor social C
Contacto celular/teléfono: Seudónimo o huella dactilar del
lugar y fecha: Barquisimeto, Mayo 16 de 2025 participante consistente
C.C: participante y Comité de ética



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: INTELIGENCIA EMOCIONAL. CONSTRUCTO EPISTEMOLÓGICO DEL SER Y HACER DE LOS DOCENTES DE CIENCIAS DE LA SALUD
2. Propósito de la investigación: Generar una aproximación teórica emergente sobre la inteligencia emocional como Constructo epistemológico del ser y hacer de los docentes de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.
3. Responsable de la investigación: Beatriz Magalys López Navas
4. Lugar y fecha de la aplicación de la investigación: UPEL-IPB, septiembre, 2025
5. Duración de la investigación: 18 meses
6. Descripción de la participación (opcional): Participó activamente proporcionando información basada en su experiencia profesional y vivencias docentes en Ciencias de la Salud, compartiendo reflexiones sobre la inteligencia emocional, sus prácticas pedagógicas y la interacción con los estudiantes, contribuyendo así a la comprensión profunda del fenómeno estudiado.
7. Condiciones de la participación: La participación del actor social D se desarrolla de manera voluntaria, con plena libertad para retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Además, se garantiza la confidencialidad de la información proporcionada, el respeto al protocolo de investigación y la posibilidad de aclarar dudas o inquietudes con el investigador responsable o con el Comité de Ética de la institución, asegurando un ambiente seguro y respetuoso durante todo el proceso
8. Consentimiento del participante: He recibido, leído y comprendido toda la información suministrada sobre los objetivos, características, condiciones y relación riesgos/beneficios de esta investigación. Declaro que participo de manera voluntaria, con libertad para retirarme en cualquier momento sin repercusiones. Entiendo que puedo aclarar dudas con el investigador responsable o el Comité de Ética. Acepto participar, respetando el protocolo establecido y proporcionando información veraz, con plena confidencialidad y compromiso con la integridad del estudio.
9.

Firma del responsable de la investigación	
CI: V-17.468.472, Correo electrónico:	Actor social D
Contacto celular/teléfono:	Seudónimo o huella dactilar del
lugar y fecha: Barquisimeto, Mayo 16 de 2025	participante consistente
C.C: participante y Comité de ética	

ANEXO A3

PREGUNTAS ORIENTADORAS DE LA ENTREVISTA

PREGUNTAS ORIENTADORAS

¿Qué significado tiene para usted la inteligencia emocional en su manera de ser y actuar como docente en el aula de Ciencias de la Salud?

¿Podría compartir alguna experiencia donde se haya manifestado su ser y hacer docente en el aula de Ciencias de la Salud, en relación con la inteligencia emocional?

¿Podría compartir alguna vivencia que haya marcado su forma de relacionarse con los estudiantes en el aula de Ciencias de la Salud?

¿Cómo se ha ido transformando su forma de enseñar y estar con los estudiantes a lo largo del tiempo?

¿Cuáles prácticas pedagógicas, actividades o situaciones en su labor docente le han permitido comprender mejor su manera de actuar y relacionarse con sus estudiantes en el aula?

¿Pudiera agregar algo más en relación con el fenómeno de estudio?

RESUMEN CURRICULAR

Beatriz Magalys López Navas

Email: bmln1415@gmail.com

bmln14@hotmail.com

Información Personal:

Cédula de identidad: v-17.468.472.

Fecha de nacimiento: 14 diciembre de 1984.

Dirección: calle E casa 165, plaza Beller, Dajabón, República Dominicana.

Teléfono: +1 829-351-8658.

Datos Académicos:

- Doctora en Medicina, Escuela Latinoamericana de Medicina. Habana – Cuba, 2010.
- Médico Cirujano. (Revalida), Universidad Nacional Experimental “Rómulo Gallegos” Estado Guárico. Venezuela, 2010.
- Especialista en Traumatología y Ortopedia, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Hospital general “Dr. Pastor Oropeza Riera” .Estado Lara, Venezuela, 2016.
- Magíster Scientiarum en Educación Superior Mención Docencia Universitaria, Universidad Fermín Toro. Estado Lara, Venezuela, 2018.
- Doctora en Medicina. (Revalida), Universidad Autónoma de Santo Domingo. Santo Domingo, R.D, 2022.

Experiencia Laboral:

- Médico residente de Postgrado de traumatología y ortopedia, Hospital Pastor Oropeza Riera. IVSS. Barquisimeto- estado Lara. Venezuela, 2014-2016.
- Especialista en traumatología y ortopedia, 2016-Actualidad. (Incluye trabajos en varias instituciones durante este periodo).

Cursos y Diplomados:

- Ecografista Integral, Centro superior de Estudios Ecográficos, Barquisimeto-Estado Lara, Venezuela, 2013.

- Diplomado en Auditoria Médica Descriptiva, Instituto Medico Global Tecnológico. IMGLOTEC, Santo Domingo, R.D, 2022.
- Curso Básico De Técnicas Artroscópicas De Rodilla, Farmaconal Quirúrgica, Santo Domingo, R.D, 2024.
- Curso Básico De Técnicas Artroscópicas De Hombro, Farmaconal Quirúrgica, Santo Domingo, R.D, 2024.
- Entrenamiento Intermedio Artroscopia De Rodilla, Centro Latinoamericano de Entrenamiento Medico e investigación, Cundinamarca, Colombia. 2025.

