Artículo Original

Modelo heurístico de formación integral en la especialización quirúrgica: Una propuesta fenomenológico-hermenéutica desde la experiencia clínica y educativa

A heuristic model for comprehensive surgical training: A hermeneutic phenomenological proposal based on clinical and educational experience

Da Silva, Manuel

Manuel Da Silva
mdasilvamartins@hotmail.com
Médico Especialista en Neurocirugía, Doctor en Ciencias de la Educación. Profesor Asistente, Cátedra de Anatomía Normal, Escuela de Medicina "Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela; Jefe de Servicio de Neurocirugía, Hospital Jesús Yerena de Lídice, Caracas, Venezuela.

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 15, núm. 3, e480, 2026
revistadpgmeducv@gmail.com

Recepción: 04 de septiembre de 2026
Aprobación: 02 de noviembre de 2026

DOI: https://doi.org/10.37910/RDP.2026.15.3.e480

Cómo citar: Da Silva, M. Modelo heurístico de formación integral en la especialización quirúrgica: una propuesta fenomenológico-hermenéutica desde la experiencia clínica y educativa. Rev. Digit Postgrado 2026; 15(3): e480.doi.10.37910/RDP.2026. 15.3. e480

Resumen: Introducción: La formación quirúrgica enfrenta tensiones entre los marcos curriculares normativos y la complejidad de los escenarios clínico-docentes reales, donde el aprendizaje no puede reducirse al dominio técnico ni al cumplimiento de competencias observables. Objetivo: Generar un modelo heurístico de formación integral en la especialización quirúrgica, desde un enfoque fenomenológico-hermenéutico, orientado a comprender las experiencias, tensiones y horizontes ético-pedagógicos de residentes, docentes y dirigentes académicos. Métodos: Se desarrolló una investigación cualitativa interpretativa, sustentada en principios del análisis fenomenológico interpretativo, en un programa universitario de cirugía de columna vertebral. Participaron nueve informantes: cuatro residentes, tres docentes quirúrgicos y dos dirigentes académicos. La producción de información incluyó cuestionarios reflexivos abiertos, observación participante, conversaciones colaborativas y diario reflexivo del investigador. El análisis transitó desde una codificación inductiva de temas emergentes hacia una integración abductiva de ejes transversales y nudos críticos. Resultados: Se generó un modelo estructurado en cuatro dimensiones interdependientes: ontológica-personal, relacional-pedagógica, práctico-reflexiva y ético-institucional, articuladas en un campo hermenéutico de formación. El modelo permite comprender juicio clínico, identidad profesional, vínculo pedagógico, deliberación ética y corresponsabilidad institucional como fenómenos interdependientes de una praxis formativa situada. Conclusiones: El modelo constituye una matriz abierta y flexible con potencial para orientar la formación en contextos clínico-docentes y para su transferencia conceptual a otras especialidades quirúrgicas.

Palabras clave: Educación médica, Formación quirúrgica, Especialización quirúrgica, Modelo heurístico, Fenomenología hermenéutica, Estudio cualitativo.

Abstract: Introduction: Surgical training faces tensions between normative curricular frameworks and the complexity of clinical training settings, where learning cannot be reduced to technical mastery or the achievement of observable competencies. Objective: To develop a heuristic model for comprehensive surgical training, using a hermeneutic phenomenological approach to understand the experiences, tensions, and ethical and pedagogical horizons of residents, surgical faculty, and academic leaders. Methods: An interpretive qualitative study grounded in the principles of interpretative phenomenological analysis was conducted within a university-based spine surgery program. Nine participants were included: four residents, three surgical faculty members, and two academic leaders. Data generation involved open-ended reflective questionnaires, participant observation, collaborative conversations, and the researcher's reflective journal. The analysis progressed from inductive coding of emergent themes to an abductive integration of cross-cutting thematic axes and critical tensions. Results: A model was developed comprising four interdependent dimensions: ontological-personal, relational-pedagogical, practical-reflective, and ethical-institutional, integrated within a hermeneutic field of training. The model provides a framework for understanding clinical judgment, professional identity, pedagogical relationships, ethical deliberation, and shared institutional responsibility as interdependent phenomena within a situated educational praxis. Conclusions: The model constitutes an open and flexible framework with the potential to guide training in clinical educational settings and support conceptual transfer to other surgical specialties.

Keywords: Medical education, Surgical training, Surgical specialization, Heuristic model, Hermeneutic phenomenology, Qualitative study.

INTRODUCCIÓN

La formación de especialistas quirúrgicos enfrenta desafíos derivados de la complejidad clínica, la presión asistencial y la incorporación de nuevas tecnologías, que han impulsado la revisión de los modelos de enseñanza y la búsqueda de propuestas formativas más integrales y adaptativas. [1, 2] La educación basada en competencias ha contribuido a definir resultados de aprendizaje y orientar la evaluación; [3, 4] sin embargo, su aplicación restringida a desempeños observables puede dejar en segundo plano la identidad profesional, el vínculo pedagógico y las condiciones institucionales del aprendizaje. [5 - 7] La distancia entre el currículo formal y la experiencia clínica cotidiana hace necesario comprender cómo se aprende, se enseña y se llega a ser especialista.

La experiencia clínica adquiere valor educativo cuando puede examinarse críticamente: Dewey [8] destaca su reconstrucción reflexiva; Schön, [9] la reflexión en la acción; y Lave y Wenger, [10] la participación progresiva

en comunidades de práctica. La educación dialógica de Freire [11] y la crítica de Illich [12] a la institucionalización excesiva del saber invitan a examinar las relaciones y estructuras que favorecen o dificultan esa transformación. La práctica quirúrgica también supone el reconocimiento del aprendiz [13] y el compromiso con bienes internos de la profesión, particularmente el cuidado prudente del paciente. [14]

La fenomenología hermenéutica permite interpretar los significados atribidos a esta experiencia por quienes aprenden, enseñan y conducen académicamente el programa. [15 - 17] Por su parte, la heurística ofrece una orientación flexible para deliberar en situaciones complejas, sin convertir el juicio en un atajo irreflexivo. [18, 19] Desde estas perspectivas, este estudio tuvo como propósito generar un modelo heurístico de formación integral en la especialización quirúrgica a partir de las experiencias de residentes, docentes y dirigentes académicos de un programa universitario de cirugía de columna vertebral.

El interés por un modelo integral responde a una dificultad concreta: una misma situación clínica puede ofrecer una oportunidad de aprendizaje o convertirse en una tarea repetitiva, según la supervisión, el tiempo disponible y la posibilidad de comprender lo ocurrido. Asimismo, las exigencias de atención del paciente y enseñanza del residente son simultáneas; su relación depende de decisiones pedagógicas e institucionales. Interpretar estas condiciones requiere escuchar perspectivas que pueden coincidir o discrepar sin reducirlas a una única evaluación del programa.

La elección de la cirugía de columna como escenario empírico respondió a la intensidad de sus decisiones técnicas y a la continuidad de las relaciones docentes durante la subespecialización. No se propuso describir únicamente una disciplina, sino examinar un fenómeno formativo que también puede aparecer en otras áreas quirúrgicas. El alcance del análisis, por tanto, depende de la profundidad con que se comprendan las experiencias de ese escenario y de la claridad con que se indiquen sus límites.

MÉTODOS

Diseño y contexto. Se realizó una investigación cualitativa interpretativa de orientación fenomenológico-hermenéutica en un programa universitario de subespecialización en cirugía de columna vertebral. El estudio buscó comprender los sentidos atribuidos a la formación quirúrgica en sus relaciones clínicas, pedagógicas e institucionales. [15 - 17, 20, 21] Se apoyó en principios del análisis fenomenológico interpretativo (AFI), especialmente la atención a la experiencia vivida y la doble hermenéutica: los participantes interpretan su mundo formativo y el investigador interpreta esas comprensiones. [22] El contexto específico se asumió como punto de partida para una posible transferencia conceptual a otros programas de especialización.

Participantes y posición del investigador. Se utilizó un muestreo intencional criterial para seleccionar nueve informantes con experiencia directa en el programa: cuatro residentes —dos egresados y dos cursantes, procedentes de neurocirugía y traumatología y ortopedia—, tres docentes quirúrgicos y dos dirigentes académicos. Esta composición permitió considerar distintos momentos de la trayectoria formativa y contrastar las perspectivas de quienes aprenden, enseñan y participan en la conducción académica del programa. La suficiencia de participantes se valoró según la riqueza y profundidad de la información y la suficiencia interpretativa alcanzada, sin pretender representatividad estadística. [20 - 22]

El investigador, neurocirujano y docente vinculado al campo estudiado, reconoció su implicación en el fenómeno. Registró sus precomprensiones y decisiones analíticas en un diario reflexivo y contrastó sus interpretaciones con las voces de los participantes y los demás registros. En coherencia con el enfoque fenomenológico-hermenéutico, su experiencia situada se asumió como recurso interpretativo sometido a examen reflexivo, sin sustituir los testimonios.

Producción y análisis de la información. Se utilizaron cuestionarios reflexivos abiertos, observación participante, conversaciones colaborativas y diario reflexivo. Los cuestionarios exploraron experiencias de aprendizaje, supervisión, identidad, organización y propuestas de mejora mediante ejes orientadores flexibles (Tabla 1), que no funcionaron como categorías previas de codificación. La observación atendió a interacciones, correcciones, silencios y tensiones asistenciales en escenarios clínico-docentes. Las conversaciones profundizaron sentidos emergentes; el diario documentó observaciones, decisiones y desplazamientos interpretativos.

TABLA 1. Ejes orientadores de los cuestionarios reflexivos aplicados a informantes clave

Eje orientador	Aspectos explorados	Participantes consultados
Experiencia formativa	- Vivencia general del programa - Impacto en identidad profesional - Momentos significativos (cirugías, mentorías, retroalimentación)	Residentes, Profesores
Aprendizajes y competencias	- Desarrollo de habilidades técnicas (quirúrgicas, mínimamente invasivas) - Desarrollo de habilidades no técnicas (ética, comunicación, trabajo en equipo) - Pensamiento crítico y aprendizaje autónomo	Residentes
Relación pedagógica y mentoría	- Vínculo profesor-residente - Estilos de enseñanza - Calidad de la retroalimentación - Rol ético del docente	Residentes, Profesores
Preparación académica y científica	- Solidez de la formación teórica - Integración ciencia-práctica - Investigación y análisis crítico - Equilibrio teoría-práctica	Residentes, Profesores, Dirigentes
Rol y motivación del profesor	- Experiencia docente - Motivaciones para enseñar - Desafíos en la enseñanza - Necesidad de formación pedagógica y actualización	Profesores, Dirigentes
Uso de tecnologías	- Simulación y recursos digitales - Técnicas mínimamente invasivas - Limitaciones de acceso tecnológico - Impacto en el aprendizaje	Residentes, Profesores, Dirigentes
Organización y estructura del programa	- Proporción teoría/práctica/reflexión - Logística: horarios, rotaciones, acceso a quirófano - Evaluación de residentes y docentes - Número de residentes/profesor	Residentes, Profesores, Dirigentes
Recursos y sostenibilidad	- Recursos financieros y tecnológicos - Infraestructura y espacios (quirófanos, bibliotecas, simuladores) - Estrategias de sostenibilidad (alianzas, becas, financiamiento)	Profesores, Dirigentes
Tensiones y desafíos	- Sobrecarga asistencial vs. enseñanza - Limitaciones institucionales y burocráticas - Motivación de residentes y profesores	Residentes, Profesores, Dirigentes
Propuestas de mejora	- Ajustes en estructura y metodología - Mayor integración académica e investigativa - Profesionalización docente - Evaluaciones periódicas y objetivas	Residentes, Profesores, Dirigentes

Las técnicas aportaron perspectivas complementarias de la experiencia formativa: los cuestionarios favorecieron relatos reflexivos elaborados por los propios actores; la observación permitió atender a aspectos tácitos de la interacción; las conversaciones ayudaron a precisar expresiones y explorar discrepancias; y el diario conservó la trayectoria interpretativa del investigador. El cruce entre lo expresado, lo observado y lo reflexionado permitió situar cada interpretación en la experiencia clínica concreta.

El análisis fue manual, inductivo, iterativo y reflexivo. La lectura reiterada permitió reconocer expresiones significativas, recurrencias, tensiones y silencios. Mediante codificación abierta, se agruparon códigos en temas interpretativos según el lugar de enunciación de residentes, docentes y dirigentes. La comparación entre grupos permitió integrar temas en ejes transversales e identificar nudos críticos del proceso formativo. Los ejes y nudos críticos se articularon con la experiencia reflexiva del investigador y los referentes pedagógicos, hermenéuticos y éticos para construir abductivamente la arquitectura del modelo. [23, 24] El proceso comprendió movimientos interpretativos interrelacionados, no etapas rígidas ni deducciones desde categorías prefijadas.

Los temas se mantuvieron inicialmente vinculados al grupo de procedencia para evitar que una convergencia general borrara diferencias entre residentes, docentes y dirigentes. Los ejes transversales se

elaboraron cuando los temas revelaron relaciones entre experiencias antes examinadas por separado. Los nudos críticos, a su vez, condensaron contradicciones persistentes entre propósitos educativos y condiciones de trabajo. En la integración abductiva se buscó una explicación que hiciera inteligibles estas relaciones sin forzar los datos a encajar en un esquema teórico predefinido.

Consideraciones éticas. El estudio fue aprobado por el comité de ética del Departamento de Estudios Doctorales de la Universidad Latinoamericana y del Caribe. Todos los participantes conocieron la finalidad de la investigación, otorgaron consentimiento informado y participaron voluntariamente. Se garantizó la confidencialidad y la omisión de datos identificadores, de acuerdo con la Declaración de Helsinki. [25]

RESULTADOS

Temas emergentes según los actores participantes: El análisis fenomenológico-hermenéutico permitió identificar temas emergentes vinculados con la experiencia de formación en la especialización quirúrgica. Estos temas expresaron sentidos diferenciados según el lugar ocupado por cada actor dentro del proceso formativo. Los residentes destacaron la progresión del aprendizaje, la necesidad de acompañamiento docente, la confianza, la retroalimentación y la construcción de autonomía. Los docentes resaltaron la responsabilidad pedagógica del cirujano, la enseñanza del juicio clínico, la supervisión ética y la tensión entre asistencia y docencia. Por su parte, los dirigentes académicos subrayaron la importancia de las condiciones institucionales, la evaluación formativa, la cultura investigativa y el fortalecimiento de la organización académica del programa. En conjunto, estos temas permitieron comprender la formación quirúrgica como experiencia técnica, relacional, ética e institucionalmente situada (Tabla 2).

TABLA 2. Síntesis de temas emergentes según actores participantes

Actor participante	Núcleos temáticos emergentes	Sentido interpretativo
Residentes	Motivación formativa, incertidumbre inicial, aprendizaje progresivo, confianza docente, participación supervisada, retroalimentación, construcción de autonomía e identidad profesional	La formación es vivida como un tránsito gradual hacia la autonomía quirúrgica, condicionado por el acompañamiento, el reconocimiento y la posibilidad de aprender desde la práctica.
Docentes quirúrgicos	Responsabilidad pedagógica, enseñanza del juicio clínico, modelaje profesional, tensión asistencia-docencia, supervisión ética, corrección formativa, reflexión en la acción	La enseñanza quirúrgica exige integrar técnica, criterio, prudencia y acompañamiento reflexivo en escenarios clínicos reales.
Dirigentes académicos	Organización curricular, evaluación formativa, cultura investigativa, reconocimiento institucional del rol docente, condiciones académicas, integración asistencia-docencia	La formación quirúrgica requiere condiciones institucionales que sostengan la calidad pedagógica y la construcción integral del especialista.

Ejes temáticos transversales. La integración de los temas emergentes permitió reconocer ocho ejes transversales en las experiencias de residentes, docentes y dirigentes académicos: motivación y sentido formativo; lenguaje pedagógico y vínculo humano; equilibrio entre asistencia y docencia; práctica reflexiva y aprendizaje situado; reconocimiento e identidad profesional; evaluación formativa y retroalimentación; condiciones institucionales y cultura investigativa; y dimensión ética y trascendencia del rol quirúrgico. En conjunto, estos ejes articularon las experiencias individuales en una comprensión multidimensional del proceso formativo y constituyeron la base interpretativa para la posterior construcción del modelo heurístico de formación integral (Tabla 3).

TABLA 3. Ejes temáticos transversales del proceso compartido

	Eje temático transversal	Sentido dentro del proceso formativo
1	Motivación y sentido formativo	Sostiene la vocación, el compromiso y la disposición del residente hacia el aprendizaje quirúrgico.
2	Lenguaje pedagógico y vínculo humano	Configura la calidad de la relación docente-residente y favorece el reconocimiento del aprendiz.
3	Equilibrio entre asistencia y docencia	Expresa la tensión entre productividad clínica y responsabilidad formativa.
4	Práctica reflexiva y aprendizaje situado	Permite transformar la experiencia clínica en aprendizaje significativo.
5	Reconocimiento e identidad profesional	Favorece la construcción progresiva del residente como sujeto quirúrgico autónomo.
6	Evaluación formativa y retroalimentación	Orienta el aprendizaje mediante corrección, seguimiento y acompañamiento sistemático.
7	Condiciones institucionales y cultura investigativa	Sostiene la calidad académica del programa y la integración entre asistencia, docencia e investigación.
8	Dimensión ética y trascendencia del rol quirúrgico	Integra prudencia, responsabilidad, deliberación y sentido humano en la formación del especialista.

Nudos críticos del proceso formativo. La interpretación de los ejes transversales permitió identificar tres nudos críticos: disociación entre práctica intensiva y pedagogía reflexiva, expresada en la reducción de espacios de explicación, deliberación y retroalimentación ante la presión asistencial; déficit de condiciones institucionales, manifestado en insuficiente tiempo protegido, reconocimiento docente, políticas pedagógicas y consolidación de la cultura investigativa; e invisibilización del rol pedagógico del cirujano-docente, cuya función formativa quedaba subordinada a la productividad asistencial. Estas tensiones mostraron que la exposición clínica y el dominio técnico requieren acompañamiento reflexivo y condiciones institucionales para la formación.

DISCUSIÓN

Los ejes temáticos transversales y los nudos críticos revelaron sentidos compartidos y tensiones estructurales que requirieron una interpretación articulada. Estos resultados coinciden con la literatura sobre la influencia del currículum oculto, las condiciones institucionales y la presión asistencial en el aprendizaje clínico, [5, 6] y dialogan con las críticas a una comprensión de la competencia restringida a desempeños observables. [3, 4, 7] La interpretación hermenéutica, orientada por una lógica abductiva, permitió integrar estos resultados en una arquitectura comprensiva del proceso formativo. [15 - 17, 23, 24]

Los nudos críticos se comprendieron como expresiones de limitaciones estructurales del sistema formativo. Su interpretación permitió reconocer dónde se fragmenta la experiencia y qué aspectos requieren fortalecerse: el vínculo ético-pedagógico, la reflexión situada y la corresponsabilidad institucional. Esta integración sustentó la construcción del modelo heurístico como propuesta orientadora para una formación quirúrgica integral.

Configuración abductiva de la arquitectura formativa del modelo

El modelo heurístico de formación integral en la especialización quirúrgica surgió de la integración abductiva entre temas emergentes, ejes transversales, nudos críticos, experiencia reflexiva del investigador y

referentes pedagógicos, fenomenológico-hermenéuticos y axiológicos. [8 - 17, 23, 24] Su arquitectura constituye una síntesis interpretativa de la experiencia estudiada, concebida como una matriz flexible y situada. Su carácter heurístico orienta la comprensión y la deliberación ante la incertidumbre y complejidad del aprendizaje quirúrgico, sin establecer una ruta curricular cerrada. [18,19]

La Figura 1 presenta la arquitectura integrada del modelo, organizada en cuatro dimensiones interdependientes: la ontológica-personal concibe al residente como sujeto ético con una identidad profesional en construcción; la relacional-pedagógica sitúa el vínculo docente-residente como espacio de reconocimiento, confianza y mediación formativa; la práctico-reflexiva articula acción, juicio clínico, retroalimentación y reflexión en la experiencia situada; y la ético-institucional comprende las condiciones organizacionales, académicas y culturales que habilitan o limitan la formación. Estas dimensiones confluyen en el campo hermenéutico de formación, núcleo articulador e interpretativo que les otorga unidad y coherencia. Este campo no constituye una dimensión adicional, sino el espacio donde prácticas, saberes, valores, subjetividades, vínculos y tensiones institucionales adquieren sentido como partes de una misma experiencia formativa. Por su parte, los siete principios rectores aportan orientación ética, pedagógica y epistémica a esta arquitectura.

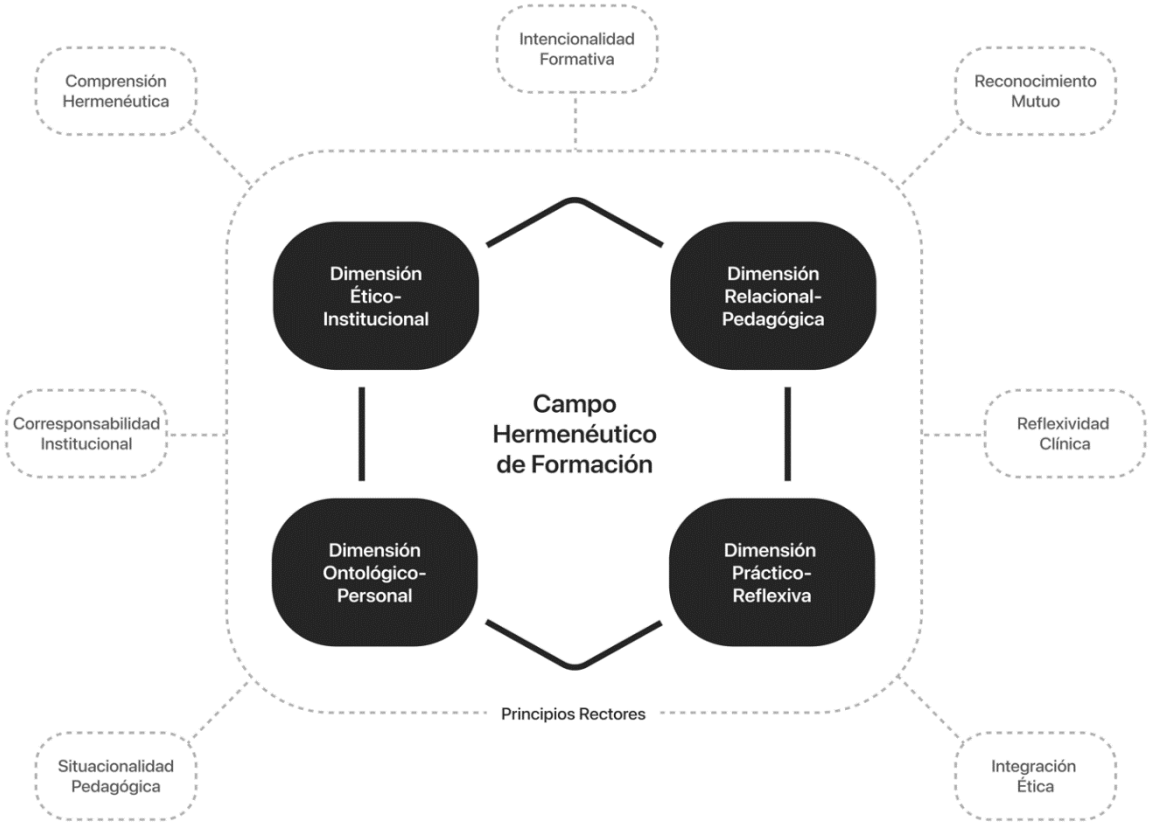


FIGURA 1. Modelo heurístico de formación integral en la especialización quirúrgica: dimensiones, principios rectores y campo hermenéutico de formación

Desde esta perspectiva, la formación quirúrgica trasciende la adquisición de habilidades técnicas y competencias observables. [3, 4, 7] El residente se constituye progresivamente como especialista mediante la participación clínica, el acompañamiento docente, la reflexión y la corresponsabilidad institucional. [8 - 14]
Anclaje teórico del modelo heurístico. El modelo articula fundamentos fenomenológico-hermenéuticos, pedagógicos, axiológico-éticos y abductivos para comprender la formación quirúrgica como una experiencia situada, relacional y reflexiva.

Desde la fenomenología hermenéutica, la experiencia vivida y las voces de residentes, docentes y dirigentes académicos permiten comprender la construcción de identidad, juicio clínico, vínculo pedagógico y responsabilidad profesional. La interpretación sitúa estos procesos en sus contextos históricos y relacionales. (15 - 17)

El fundamento pedagógico integra la experiencia como base del aprendizaje, la reflexión en la acción y la participación progresiva en comunidades de práctica. (8 - 10) Estos aportes permiten comprender cómo la experiencia clínica se transforma en aprendizaje mediante acompañamiento, deliberación y retroalimentación. Freire [11] incorpora una perspectiva crítica y humanizante: el diálogo, la problematización y el reconocimiento del educando como sujeto favorecen la construcción de autonomía y cuestionan una enseñanza meramente transmisiva, sin desconocer la responsabilidad clínica y docente del formador. La crítica de Illich [12] a la institucionalización excesiva del saber permite examinar cómo las lógicas burocráticas y técnico-funcionales pueden debilitar el sentido pedagógico de la formación. Este aporte sustenta una dimensión ético-institucional que interroga las condiciones necesarias para enseñar, reflexionar y asumir corresponsablemente el proceso educativo.

En lo axiológico, el modelo integra el reconocimiento del sujeto en formación, [13] junto con la comprensión de la práctica profesional como actividad orientada por bienes internos, prudencia y compromiso con el paciente. [14] Esta articulación vincula la construcción de identidad y las relaciones pedagógicas con la responsabilidad ética del especialista.

Finalmente, la abducción articula los resultados empíricos, las tensiones formativas, la experiencia reflexiva del investigador y los referentes teóricos en una matriz comprensiva. Constituye así el fundamento de una construcción interpretativa plausible, situada y abierta a revisión. [23, 24]

Principios rectores del modelo heurístico. Los principios rectores derivan del estudio y constituyen el núcleo ético-formativo del modelo. Surgen de la integración abductiva entre los resultados empíricos, la reflexión del investigador y los referentes teóricos. [8 - 17, 23, 24] Son orientaciones flexibles vinculadas con las dimensiones del modelo y las tensiones del proceso formativo:

1. Intencionalidad formativa: la formación debe ser un proceso deliberado, ético y reflexivo.
2. Reconocimiento mutuo: el vínculo pedagógico se funda en el reconocimiento del otro como sujeto ético y formativo.
3. Reflexividad clínica: el juicio quirúrgico se construye mediante la acción y la deliberación crítica sobre la experiencia.
4. Integración ética: la ética atraviesa el acto formativo, especialmente en situaciones de alta responsabilidad clínica.
5. Situacionalidad pedagógica: la enseñanza se adapta a las condiciones reales, cambiantes y complejas del entorno clínico.
6. Corresponsabilidad institucional: el compromiso educativo requiere sostén estructural, académico e institucional.
7. Comprensión hermenéutica: la formación es una práctica interpretativa que construye sentido desde la experiencia vivida.

En consonancia con el carácter abierto del modelo, estos principios aportan coherencia ética, pedagógica y epistémica, y orientan su aplicación situada sin establecer rutas rígidas. [18, 19]

Aplicabilidad, originalidad y proyecciones del modelo heurístico. El modelo ofrece una matriz interpretativa para orientar la formación desde la práctica quirúrgica cotidiana. Puede apoyar la retroalimentación en acto, la tutoría reflexiva, la deliberación clínica y el acompañamiento progresivo, articulando las exigencias asistenciales con el desarrollo del juicio clínico, el vínculo pedagógico y la identidad profesional. [6, 8 - 11]

Su aporte original reside en integrar fundamentos epistemológicos, fenomenológico-hermenéuticos, ético-axiológicos y pedagógicos en una arquitectura multidimensional que permite comprender cómo el residente se constituye progresivamente en especialista. Esta perspectiva amplía la mirada centrada en la técnica y el

desempeño observable, incorporando las relaciones y condiciones que configuran la experiencia formativa. (3, 4 - 7)

Aunque surgió de un programa de cirugía de columna vertebral, sus dimensiones y principios ofrecen posibilidades de transferencia conceptual hacia especialidades con tensiones semejantes. Su aplicación requiere adaptación al contexto y evaluación posterior; complementa los marcos curriculares y los sistemas de evaluación al visibilizar la disociación entre asistencia y docencia, las limitaciones institucionales y el insuficiente reconocimiento del cirujano-docente. Su potencial consiste en orientar mejoras sustentadas en la reflexión, el vínculo ético y la corresponsabilidad institucional.

CONCLUSIONES

La interpretación de las experiencias estudiadas permite concluir que la formación quirúrgica integral requiere articular la práctica clínica con el acompañamiento pedagógico, la reflexión y el respaldo institucional. La exposición a procedimientos, por sí sola, no explica la construcción del juicio clínico, la autonomía y la identidad profesional del especialista.

El modelo heurístico aporta una comprensión articulada de estos procesos y permite reconocer que las tensiones formativas comprometen tanto las relaciones entre docentes y residentes como las condiciones en que enseñan y aprenden. Desde esta perspectiva, fortalecer la formación exige hacer explícita la intencionalidad educativa de la práctica, reconocer el papel pedagógico del cirujano-docente y asumir institucionalmente la responsabilidad de sostenerlo.

La propuesta ofrece una orientación situada para revisar y mejorar los procesos formativos. Su contribución a otros contextos dependerá de la adaptación de sus dimensiones y principios, así como del estudio de su aplicación en la práctica.

REFERENCIAS

1. Hanke RE, Pang JH, Spencer BL, Faridmoayer E, Tipton AE, Nagaraj M. Future of surgical training will include major shift in education model. Bull Am Coll Surg. 2023 [citado 10 jun 2026];108(8):14-9. Disponible en: https://www.facs.org/for-medical-professionals/news-publications/news-and-articles/bulletin/2023/august-2023-volume-108-issue-8/future-of-surgical-training-will-include-major-shift-in-education-model/.
2. Kate V, Kalayarasan R. Advancing surgical education globally: training NextGen surgeons. Int J Adv Med Health Res. 2024;11(1):1-3. DOI: 10.4103/ijamr.ijamr_102_24.
3. Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. Med Educ. 2005;39(12):1176-7. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x.
4. Frank JR, Snell LS, Ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. Med Teach. 2010;32(8):638-45. DOI: 10.3109/0142159X.2010.501190.
5. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med. 1998;73(4):403-7. DOI: 10.1097/00001888-199804000-00013.
6. Dornan T, Boshuizen H, King N, Scherpbier A. Experience-based learning: a model linking the processes and outcomes of medical students' workplace learning. Med Educ. 2007;41(1):84-91. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02652.x.
7. Hodges BD. The shifting discourses of competence. In: Hodges BD, Lingard L, editors. The question of competence: reconsidering medical education in the twenty-first century. Ithaca (NY): Cornell University Press; 2012. p. 14-41. DOI: 10.7591/9780801465802-005.
8. Dewey J. Experience and education. New York: Macmillan; 1938.
9. Schön DA. The reflective practitioner: how professionals think in action. New York: Basic Books; 1983.
10. Lave J, Wenger E. Situated learning: legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press; 1991. DOI: 10.1017/CBO9780511815355.
11. Freire P. Pedagogía del oprimido. 2.ª ed. México: Siglo XXI Editores; 2005.

12. Illich I. Deschooling society. New York: Harper & Row; 1971.
13. Honneth A. The struggle for recognition: the moral grammar of social conflicts. Cambridge: Polity Press; 1995.
14. MacIntyre A. After virtue: a study in moral theory. 2nd ed. Notre Dame (IN): University of Notre Dame Press; 1984.
15. Gadamer HG. Truth and method. 2nd rev. ed. London: Continuum; 2004.
16. Van Manen M. Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. Albany (NY): State University of New York Press; 1990.
17. Ricoeur P. Time and narrative. Vol. 1. Chicago: University of Chicago Press; 1984.
18. Feufel MA, Flach JM. Medical education should teach heuristics rather than train them away. Med Educ. 2019;53(4):334-44. DOI: 10.1111/medu.13789.
19. Altabbaa G, Raven AD, Laberge J. A simulation-based approach to training in heuristic clinical decision-making. Diagnosis (Berl). 2019;6(2):91-9. DOI: 10.1515/dx-2018-0084.
20. Denzin NK, Lincoln YS, editors. The SAGE handbook of qualitative research. 4th ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2011.
21. Flick U. An introduction to qualitative research. 6th ed. London: SAGE Publications; 2018.
22. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research. London: SAGE Publications; 2009.
23. Timmermans S, Tavory I. Theory construction in qualitative research: from grounded theory to abductive analysis. Sociol Theory. 2012;30(3):167-86. DOI: 10.1177/0735275112457914
24. Tavory I, Timmermans S. Abductive analysis: theorizing qualitative research. Chicago: University of Chicago Press; 2014. DOI: 10.7208/chicago/9780226180458.001.0001.
25. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants. JAMA. 2025;333(1):71-4. DOI: 10.1001/jama.2024.21972.