

Raíces del saber

fundamentos epistemológicos
de la educación en enfermería



Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería

Monica Motta Lino
Angelica Isabel Romero Daza
Beatriz Elizabeth Martinez-Talavera
Jessica Belen Rojas Espinoza
Marcela Carrillo Pineda
Paola Katherine Niño Rincón

**CONSELHO EDITORIAL
PERMANENTE**

Ivanio Dickmann - **Editor-chefe**
Hudson Mandotti de Oliveira - **Sudeste**
Joaquim A. P. Pinheiro - Centro - **Oeste**
Rachel Karpinski - **Sul**
Volmir José Brutscher - **Nordeste**
Ivanilde Apoluceno de Oliveira - **Norte**

**CONSELHO EDITORIAL
INTERNACIONAL**

Daniel Mario Carceglia - **Argentina**
Fausto Franco Martinez - **Espanha**
Miguel Escobar Guerrero - **México**
Jorge Alejandro Santos - **Argentina**
Victor Adrián Díaz Esteves - **Uruguai**
Alfonso Torres Carillo - **Colômbia**

CONSELHO EDITORIAL NACIONAL

CONSELHEIROS/AS - SUL
Denise A. de Azambuja Zocche - **SC**
Fernanda dos Santos Paulo - **RS**
Fabio Frá Fernandes - **RS**
Márcio Luis Marangon - **PR**
Márcio Nonato Diniz Ferreira - **PR**

CONSELHEIROS/AS - NORDESTE
Roberta de Oliveira Couto Barreto - **SE**
José Raimundo Oliveira Lima - **BA**
José Eduardo da Silva - **PE**
Simone Coelho Amestoy - **PE**
Wesley da Silva Rodrigues - **PI**

CONSELHEIROS/AS - NORTE
Wanderson da Silva Quinto - **PA**
Rafael Fernandes Titan - **PA**
Sebastião Matos da Silva - **AM**
Sanderson Silva de Moura - **AC**
Anthony Costa Zabilini - **RR**

CONSELHEIROS/AS - CENTRO-OESTE
Leny Lobo Dias - **MS**
Danielle Pereira da Costa - **DF**
Ana Edith Farias Lima - **TO**
João Paulo Langsdorff Serafim - **GO**
Paula Torres Fernandes - **MT**

CONSELHEIROS/AS - SUDESTE

Wallace Ferreira - **RJ**
Marcelo La Carretta E. L. da Cunha - **MG**
Willian Villaroel Domingues - **SP**
Wallace Rocha Armani - **MG**
César Ferreira da Silva - **MG**

Como citar

Lino MM, Romero Daza AI, Martinez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. 331 p. (RIIEE 15 años). ISBN: 978-65-5203-487-8. Doi: [10.5281/zenodo.17819176](https://doi.org/10.5281/zenodo.17819176)

R149 Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería / Monica Motta Lino... [et al.]. – Veranópolis, RS: Diálogo Freiriano, 2025.
331 p.; 15,5 x 22,5 cm. (RIIEE 15 años)

ISBN 978-65-5203-487-8

1. Enfermagem – estudo e ensino. 2. Educação.
3. Conhecimento. I. Lino, Monica Motta. II. Daza, Angelica Isabel Romero. III. Martinez-Talavera, Beatriz Elizabeth. IV. Espinoza, Jessica Belen Rojas. VI. Título.

CDU 616-083:37

Catálogo na fonte: Bruna Heller (CRB10/2348)

Índice para catálogo sistemático:

1. CDU: Enfermagem 616-083
2. CDU: Educação 37



EDITORA

Diálogo Freiriano

CNPJ 20.173.422/0001-76
Av. Júlio de Oliveira, 295/303 - Centro
CEP 95.330-000 - Veranópolis/RS
☎ (54) 92000-1738

✉ Editora Diálogo Freiriano
@ editoradialogofreiriano
🌐 www.dialogofreiriano.com.br
✉ editora@dialogofreiriano.com.br



Grupo Coordinador RIIEE 2024-2029

Dra. Monica Motta Lino | ORCID: 0000-0003-0828-7969

Líder de la RIIEE

Mgs. Paola Katherine Niño Rincón | ORCID: 0000-0003-1015-6132

Secretaria de la RIIEE

Dra. Jessica Belen Espinoza | ORCID: 0000-0003-4444-0123

Dra. Beatriz Elizabeth Martínez-Talavera | ORCID: 0000-0002-4179-6215

Coordinadoras de la Región México y el Caribe

Dra. Marcela Carrillo Pineda | ORCID: 0000-0002-3200-8600

Coordinadora de la Región Andina

Mgs. Angélica Isabel Romero Daza | ORCID: 0000-0002-8332-411X

Secretaria Región Andina

Dra. Carla Ramírez | ORCID: 0000-0001-6457-479X

Coordinadora Región Cono Sur - Chile

Dr. Fernando Gómez | ORCID: 0000-0002-0595-0780

Coordinador Región Con Sur- Argentina

Dr. Gilberto Tadeu Reis Da Silva | ORCID: 0000-0003-3924-2122

Dra. Kenia Lara da Silva | ORCID: 0000-0002-6190-5298

Coordinadores Región Brasil

Dra. María de Fátima Frade | ORCID: 0000-0002-6190-5298

Coordinadora Región Ibérica



Revisión / Diagramación

Dra. Roberta Waterkemper

ORCID: 0000-0001-9066-7666



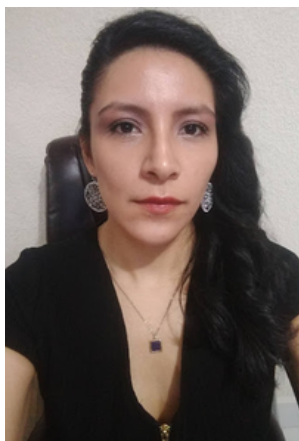
Información sobre las organizadoras



Dra. Monica Motta Lino. Enfermera, Magister y Doctora en Enfermería. Docente en la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil. Investigadora de Productividad en Desarrollo Tecnológico y Extensionismo Innovador por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico - DT/CNPq/Brasil. Posdoctorado en la Universidad Central de Florida (UCF), Estados Unidos. Líder del Laboratorio Interdisciplinario de Tecnologías Educativas en Salud (LITES). Coordinadora de la Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE). ORCID: 0000-0003-0828-7969

Mgs. Angélica Isabel Romero Daza. Magister en Enfermería, con énfasis en Cuidado a las personas, cuidado a colectivos. Docente Titular y Líder del Comité de Autoevaluación del programa Enfermería de la Universidad Popular del Cesar (UPC), Colombia. Investigadora Junior, reconocida por el Ministerio de Ciencias, tecnología e innovación de Colombia. Miembro del grupo de Investigación Pedagogía y educación en Salud, categoría A de Minciencias. Secretaria de la región Andina de la Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8332-411X>





Dra. Beatriz Elizabeth Martínez-Talavera. Enfermera. Maestra en Enfermería Quirúrgica. Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex). Doctora en Investigación e Innovación Educativa. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Diplomada en Profesionalización de la Producción Científica, Investigación Académica, Neurociencia e Inteligencia Artificial aplicada a la Educación. Profesora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMex. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel Candidata, en México. Miembro Sigma Theta Tau International (STTI) y de Watson Caring Science Institute (WCSI), Vocal de Educación para el Colegio de Profesionales de la Enfermería del Estado de México, A.C. Investigadora en el área educativa, social e histórica a nivel nacional e internacional; autora y coautora de artículos y libros en las mismas líneas de investigación. ORCID: 0000-0002-4179-6215

Dra. Jessica Belen Rojas Espinoza. Enfermera, Maestra en Enfermería, Doctora en Ciencias de la Salud. Es profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx. Integrante del Cuerpo Académico Consolidado "Cuidado Profesional de Enfermería", con reconocimiento de perfil deseable PRODEP y reconocimiento como SNII Nivel I. Es Coordinadora de la Región México y El Caribe de la Red Internacional de Investigación y Educación en Enfermería (RIIEE). Miembro del Grupo Coordinador de las Redes Internacionales de Enfermería y Presidenta del Colegio de Profesionales de la Enfermería del Estado de México, A.C.. ORCID: 0000-0003-4444-0123





Dra. Marcela Carrillo Pineda. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Enfermera y Magister en Salud Colectiva por la Universidad de Antioquia; Doctora en educación y sociedad por la Universidad de Barcelona; y estudios postdoctorales en la Universidad California San Francisco (USA). Coordinadora del grupo de Investigación de Promoción de la Salud de la Universidad de Antioquia y coordinadora del Nodo Andino de la RIIIEE – Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3200-8600>



Mgs. Paola Katherine Niño Rincón. Magister en Docencia, Especialista en Cuidado Crítico Pediátrico, Docente de la Universidad Popular del Cesar (UPC) Colombia. Docente investigadora, Líder de Docencia Servicio del Programa de Enfermería, Miembro del Comité de Autoevaluación con fines de Renovación de Registro Calificado y Acreditación del Programa de Enfermería, Par académico por el Consejo Nacional de Acreditación, Miembro de grupo de Investigación Pedagogía y Educación en Salud, categorizado en A por Colciencias, líder del semillero de investigación Transformación y Secretaria de la Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería. ORCID: 0000-0003-1015-6132

SUMÁRIO

Apresentación	11
Prefácio	12
Capítulo 1 Obstáculos epistemológicos à inovação tecnológica na educação em Enfermagem no Brasil: entre rupturas e permanências.....	18
Capítulo 2 Teorias de suporte na Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Saúde Materna e Obstétrica.....	30
Capítulo 3 Epistemología enfermera, una experiencia en el currículo formativo.....	45
Capítulo 4 Equilíbrio entre o ensino expositivo e as metodologias participativas no Ensino de Enfermagem.....	63
Capítulo 5 Educação em Enfermagem no Brasil: lições apre(e)ndidas nas Pedagogias de Paulo Freire.....	77
Capítulo 6 Reflexión crítica de los fundamentos epistemológicos y teóricos de la educación en enfermería en México.....	93
Capítulo 7 La metodología CARPES como estrategia de innovación didáctica en enfermería.....	113
Capítulo 8 Modelo educativo por competencias en enfermería: integrando enseñanza, investigación y práctica para el cuidado profesional.....	126
Capítulo 9 Epistemología intercultural en la formación en enfermería: saberes diversos.....	153
Capítulo 10 Fundamentos epistemológicos de la formación enfermera en Argentina: una lectura situada de la Resolución 2721/15.....	169
Capítulo 11 De la práctica a la teoría: por una nueva epistemología de formación en Enfermería para Colombia.....	181
Capítulo 12 Tendencias Epistemológicas y la Inteligencia Artificial en la Formación Integral de Enfermería en Bolivia.....	193

SUMÁRIO

Capítulo 13 Reconectando raíces y horizontes en la educación de la Enfermería Peruana.....	206
Capítulo 14 Innovación curricular en enfermería desde el paradigma de la transformación: Experiencia formativa en el norte de Chile.....	219
Capítulo 15 La humanización comienza por casa.....	231
Capítulo 16 Formación de enfermería con enfoque social, reflexivo y humanizado en Chile.....	248
Capítulo 17 Epistemología del cuidado aplicado a la simulación y el proceso de enfermería según Callista Roy.....	261
Capítulo 18 Fundamentos epistemológicos del cuidado humanizado en enfermería: saberes, vínculos y práctica situada.....	273
Capítulo 19 Enfermagem e Decolonialidade: Construindo Novas Epistemologias para formação e o cuidado.....	283
Capítulo 20 Compasión en enfermería: bases conceptuales y epistemológicas para una formación más humana y transformadora.....	294
Capítulo 21 Comunidades de Prática como Espaços de Aprendizagem Coletiva na Educação em Enfermagem: Contribuições de Étienne Wenger.....	308
Capítulo 22 Do estresse à reconstrução: a pandemia como inflexão paradigmática para o trabalho e a saúde mental da enfermagem latino-americana.....	320
CONHEÇA OS LIVROS DA Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería- RIIIE	331



APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos o segundo volume da série “RIIEE 15 años”, iniciativa da Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE). Dando continuidade ao livro inaugural, *Metodologías activas en la educación en enfermería: experiencias, contextos y culturalidad*, esta nova obra - **Raíces del saber** - reafirma o compromisso coletivo da Rede com a produção de conhecimento crítico, plural e situado.

Construído a **muitas mãos** e a partir de **múltiplas realidades socioculturais**, este volume explora os **fundamentos epistemológicos que sustentam a pedagogia da Enfermagem e seus desafios contemporâneos**. Temas como inovação tecnológica, teorias do cuidado, metodologias participativas, pensamento freireano, inteligência artificial, formação por competências, decolonialidade e transformações curriculares são abordados sob diferentes perspectivas, refletindo a diversidade que caracteriza a RIIEE.

A obra convida à **reflexão profunda sobre os sentidos da Educação e da Investigação em Enfermagem**, destacando dimensões como humanização, compaixão e cuidado situado. Mais do que denunciar limitações históricas, **Raíces del saber** anuncia possibilidades de transformação e inspira o alinhamento entre discurso e prática.

Este livro é dirigido a estudantes, docentes, pesquisadoras e pesquisadores, profissionais assistenciais e lideranças em saúde que buscam ampliar sua compreensão da educação em Enfermagem e fortalecer práticas inovadoras em seus contextos. **Trata-se de um convite a pensar, questionar e construir coletivamente os caminhos futuros da ciência da Enfermagem.**

Boa leitura!



PREFÁCIO

A FORMAÇÃO QUE PRECISAMOS PARA A ENFERMAGEM QUE QUEREMOS: A COERÊNCIA EPISTEMOLÓGICA NECESSÁRIA

O utópico não é o irrealizável; a utopia não é o idealismo. É um modo de estar sendo-no-mundo, que exige um conhecimento da realidade, pois conhecer é possibilidade de “pro-jetar”, lançar-se adiante, buscar. Por esta razão a utopia é também um compromisso histórico (FREIRE, 1980).

Essa afirmação de Freire nos permite refletir que é preciso ter utopia e para ter utopia se faz necessário saber onde se deseja chegar. E sabendo onde, buscar o como, de modo que o meu discurso se alinhe com a minha prática. Isso se chama coerência epistemológica, a qual implica em um profundo processo reflexivo acerca das escolhas feitas e da consciência dos resultados decorrentes dessas escolhas. Isto porque nossas escolhas determinam o resultado. Não basta sabermos o que queremos, é preciso ter clareza dos caminhos a percorrer.

Nesse sentido, nos cabe perguntar:

a educação que ofertamos tem contribuído para a construção de sujeitos críticos-criativos capazes de incorporar novos modos de cuidar sem renunciar aos valores profissionais?

Estamos contribuindo para a construção de sujeitos capazes de lidar com as mudanças, aprender coisas novas e preservar o equilíbrio mental em situações diversas, sem abrir mão de nossos princípios e valores?



As escolhas que temos feito – o que queremos, estão coerentes com os caminhos que estamos trilhando na formação profissional?

Que escolhas estamos fazendo?

Precisamos refletir acerca dos fundamentos epistemológicos da educação e como tais fundamentos conformam (e tem conformado) a formação profissional em enfermagem, o cuidado que brindamos. Epistemologia diz respeito ao modo como conhecemos e se vale de teorias para expressar os fundamentos das distintas concepções construídas ao longo da história da humanidade.

Teorias, portanto, se constituem em um modo de explicar o mundo; são provisórias, construídas em determinado período histórico, a partir de dadas condições sociais, econômicas e políticas. Teorias são lentes, com as quais cada um vê o mundo, as quais ajudam a interpretar a realidade – que é mutável, parcial, efêmera e diversa.

Teorizar é contemplar! Não no sentido distorcido que lhe damos, de oposição à realidade. O caráter contemplativo da teoria, para Freire, garante a inserção do ser humano na realidade. A teoria é sempre a reflexão que se faz do contexto concreto, isto é, deve-se partir sempre de experiências do ser humano com a realidade, analisando e refletindo acerca dessa realidade, no sentido de apropriar-se de um caráter crítico sobre ela. Esse caráter de transformação tem uma razão de ser, pois provém antes de tudo, da vivência pessoal e íntima numa realidade contrastante e opressora, que influencia fortemente as nossas ideias e ações. (Freire, 2022).

A educação é uma forma de agir no mundo. Por isso, precisamos de teoria, que requer uma inserção na realidade, num contato analítico com o existente, para comprová-lo, para vivê-lo e vivê-lo plenamente, na prática concreta. Não existe teoria sem realidade (prática) nem tampouco realidade (prática) sem teoria.



Para educar é preciso fazer escolhas. E, para fazer escolhas é preciso conhecer a teoria com a qual nos associamos (leia-se filosofia, teoria ou modelos de enfermagem) para apoiar nossa prática pedagógica. É preciso que a teoria em seus fundamentos onto-epistemológicos guarde aderência às crenças e aos valores que nos guiam enquanto ciência e profissão; guarde aderência à enfermagem que acreditamos, ao cuidado de enfermagem que ensinamos e praticamos (e como docentes, o cuidado com as/os estudantes também).

Essa tarefa não é simples. Ao contrário, é complexa. Exige reflexão, diálogo e vigilância permanente. Exige escolhas pessoais, mas também negociação com todos aqueles que participam do processo formativo. Isto porque a formação profissional é um pacto coletivo, que se concretiza em contextos diversos com diferentes sujeitos – protagonistas e coadjuvantes.

E de que cuidado de enfermagem estamos falando?

Um cuidado integrador e humanístico, inserido em um contexto de liberdade e de respeito, tanto no âmbito individual quanto no âmbito universal, pois o cuidado de enfermagem deve ser um suporte para viver bem, promovendo condições para uma vida saudável e em benefício do bem comum. O cuidado ao longo da vida fomenta a autonomia e dignifica o ser, agrega uma série de ações profissionais de natureza própria da enfermagem, que se concretiza em prática multidisciplinar e com sustentação teórica; uma interação terapêutica entre seres humanos, fundamentada em conhecimento empírico, pessoal, ético, estético e político com a intenção de promover a saúde e a dignidade no processo de vida humana. (Souza, Sartor, Padilha, Prado, 2005)

E assim reconhecendo, para brindar um cuidado que atenda àquilo que advogamos, os caminhos a serem trilhados na educação em enfermagem precisam estar fundamentados em princípios pedagógicos que favoreçam nossa “**utopia**”, criando espaços de aprendizagem que promovam a ruptura



do estabelecido e favoreçam a inovação e a transformação. (PRADO, REIBNITZ, 2016)

Aprender é conhecer. Conhecer é um processo que acontece em diferentes níveis e parte de um conhecimento ingênuo. O conhecimento ingênuo é mera opinião e precisa ser superado. Precisa ser transformado em conhecimento epistemológico, aquele que é construído pelo ser humano em sua relação curiosa e constante com o mundo, sua natureza. Pelo conhecimento epistemológico, ser humano e mundo não se dicotomizam, mas existem um com o outro. Esta relação implica a invenção e reinvenção do que existe por meio da reflexão crítica *“de cada um sobre o ato mesmo de conhecer, pelo qual se reconhece conhecendo e, ao reconhecer-se assim, percebe o “como” de seu conhecer e os condicionamentos a que está submetido seu ato”*. (FREIRE, 1977)

Então, conhecer é característica de sujeitos, não de objetos ou animais. Somente sendo sujeito o ser humano pode realmente conhecer. A observação das coisas pelo simples ato de observar é parte da consciência ingênua do ser humano. A partir do momento em que neste ato de observar se somam questionamentos, inquietações, passamos para o ato de *“admirar”* o objeto por meio de uma consciência crítica, mas isso não nos mobiliza para a ação. Quando o ser humano consegue distanciar-se do objeto, para pensar sobre - admirá-lo, direcionando o olhar e o pensamento, analisar, aguçar a curiosidade, permanecer inquieto aí sim, é capaz de construir formas de agir, por perceber esta atitude como uma necessidade. Este processo somente é alcançado com a consciência crítica e criativa e é indicativa do alcance da conscientização epistemológica. (FREIRE, 2015)

Portanto, a conscientização não pode existir fora da práxis, sem o ato de ação-reflexão-ação. Ação-reflexão-ação compreendido como um movimento dialético que permite uma postura crítica em relação à realidade e busca continua da transformação dessa realidade.



Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo: somente ela conduz à transformação da realidade. A conscientização se apresenta como um processo e deve continuar sendo processo no momento seguinte, durante o qual a realidade transformada é novamente admirada e transformada, em um movimento constante. (FREIRE, 2015)

A conscientização, como atitude crítica dos seres humanos, não termina jamais. É um processo para alcançar a consciência epistemológica. Para alcançá-la, a/o estudante precisa ser agente transformador da realidade e transpor a consciência ingênua. Não alcançando permanece na passividade, o que resulta em uma atitude ingênua diante do mundo. A verdadeira consciência é alcançada quando ultrapassamos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica, na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e o ser humano assume uma posição epistemológica. (FREIRE, 1980)

Portanto, o ato de ser exposto a realidade e diante do objeto a ser admirado ainda não é a conscientização, porque esta consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência. (FREIRE, 1980) Entretanto, é somente envolvido no ato reflexivo e de conhecimento em um espaço de liberdade para ação, e associado à motivação, que este processo pode ser concretizado. Aprender, portanto, é um ato de conscientização e ocorre mediatizado pelo mundo, em diferentes cenários e com diferentes sujeitos.

Mas aprender não é um ato peremptório, ao contrário. O ser humano é inacabado e inconcluso. Por saber-se inconcluso, aprende e cresce nas diferenças e, por reconhecer seu inacabamento, torna-se radicalmente ético. A educação, neste sentido, precisa contribuir à constituição do sujeito ético, pois os aprendizes percebem a necessidade da busca constante (que é a base da educação transformadora).



Sujeito ético é o sujeito autônomo que possui consciência de sua responsabilidade social; é aquele que se constrói na participação, na solidariedade, no respeito à individualidade e à diversidade, na competência técnico-científica e na responsabilização sobre seus atos.

Assim, reconhecemos a educação como um processo de humanização, de caráter problematizador, o qual se dá por meio do diálogo, visto que o diálogo se impõe como caminho pelo qual os seres humanos ganham significação enquanto seres humanos. E, também, um processo de caráter político, pois permite uma compreensão crítica da prática, na relação social, histórica e cultural no qual o ser humano está inserido. Conhecimento e transformação da realidade são exigências recíprocas. E é por esta razão que todo ato pedagógico é um ato político. Não existe educação sem inserção na realidade, pois a aprendizagem se faz a partir dela, nesse movimento de ação-reflexão-ação. (Freire, 2015)

Se aprender é um movimento de ação-reflexão-ação, a aprendizagem não ocorre somente com o professor e na sala de aula. Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os seres humanos se educam entre si, mediatizados pelo mundo, afirma Freire (2015). É em sua relação com o mundo que o ser humano constrói seu conhecimento. Aprender é uma experiência individual e coletiva ao mesmo tempo, pois cada pessoa aprende em modos e tempos distintos, o que exige autonomia e liberdade.

O respeito à autonomia e à liberdade do educando exige do educador uma prática coerente, ao proporcionar estratégias de ensino que estimulem a participação, o diálogo e que o motivem na busca e na construção de seu conhecimento, reconhecendo seu inacabamento. Somente se percebendo inconcluso, o/a estudante reconhecerá que a aprendizagem se dá ao longo da vida, incorporando à sua natureza não apenas saber que sabe, mas saber que pode e precisa saber mais.



Sei que, assim como eu, muitos têm esperança - de esperar e movem-se pela utopia - modo de estar sendo-no-mundo e de "pro-jetar", lançar-se adiante, buscar. Porque utopia é denúncia e anúncio. Tenho esperança que nos movemos no sentido de alinhar nossa prática ao nosso discurso, na busca da formação que precisamos para a enfermagem que queremos.

Esse livro é testemunho dessa esperança, pois reúne reflexões e experiências que se movem pela utopia. A sua leitura nos mobiliza para sermos resistência e transformação ao mesmo tempo, pois a esperança é o eixo que faz do ser humano um ser capaz de caminhar para a frente na construção da sua história.

Desfrutem de uma boa e provocativa leitura!

Profa. Dra. Marta Lenise do Prado

Professora Titular aposentada da Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil

Professora Visitante no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UEPA-UFAM

Escola de Enfermagem de Manaus/ Universidade Federal do Amazonas - Brasil

OBSTÁCULOS EPISTEMOLÓGICOS À INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL: ENTRE RUPTURAS E PERMANÊNCIAS

Obstáculos epistemológicos a la innovación tecnológica en la educación en Enfermería en Brasil: entre rupturas y permanencias

Epistemological obstacles to technological innovation in nursing education in Brazil: between ruptures and continuities

Monica Motta Lino | ORCID: 0000-0003-0828-7969

monica.lino@ufsc.br | Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

Roberta Waterkemper | ORCID: 0000-0001-9066-7666

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Gilberto Tadeu Reis da Silva | ORCID: 0000-0002-0595-0780

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil

Kênia Lara Silva | ORCID: 0000-0003-3924-2122

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

Grace Terezinha Marcon Dal Sasso | ORCID: 0000-0003-3763-0375

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

Mônica Oliveira Batista Oriá | ORCID: 0000-0002-1483-6656

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

Janaína da Silva Flór | ORCID: 0000-0002-5810-1774

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Este ensaio teórico-crítico, fundamentado na epistemologia de Gaston Bachelard, analisa os obstáculos que limitam a apropriação crítica das tecnologias digitais na Educação em Enfermagem no Brasil. Sabe-se que o empirismo imediato e o tecnicismo acrítico sustentam ainda práticas transmissivas que dificultam a consolidação de metodologias reflexivas. Metodologias capazes de romperem modelos pedagógicos que não sustentam as práticas em saúde atuais e que reorientem a formação em enfermagem com base no pensamento crítico, emancipatório e situado. Traz a discussão sobre a importância da inserção de estratégias curriculares articuladas com a inovação tecnológica, compromisso social e rigor científico e que ofereçam subsídios para uma transformação digital inclusiva, alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde e aos desafios contemporâneos da Enfermagem. **Descritores:** *Epistemologia em enfermagem; Educação em saúde; Inovação tecnológica; Bases teóricas e conceituais; Conhecimento.*

INTRODUÇÃO

Na última década, especialmente após a pandemia de Covid-19, as tecnologias digitais passaram a ocupar espaço central nos métodos pedagógicos de ensino na área da saúde, incluindo a Educação em Enfermagem. Esse movimento, acelerado globalmente, desencadeou transformações profundas nos processos de ensino-aprendizagem, mas também trouxe consigo incertezas para muitos docentes. A velocidade da mudança, marcada por um processo de transformação nem sempre equilibrado, adicionou obstáculos ao planejamento pedagógico, desafiando professores que buscam transitar do modelo tradicional para metodologias ativas e, agora, precisam ainda incorporar, nesse movimento de transição, o uso de **tecnologias digitais**.

Ambientes virtuais, simulação clínica, realidade virtual e plataformas de ensino remoto integram o repertório contemporâneo da educação em saúde. Todavia, sua adoção ainda desperta apreensão entre docentes - e mesmo entre alguns discentes -, revelando resistências perceptíveis, lacunas de acesso e desigualdades no uso dessas ferramentas. Essas condições dificultam a consolidação de uma prática pedagógica mais crítica e inovadora, capaz de **superar a simples adesão instrumental e avançar para o uso reflexivo e transformador das tecnologias** na Educação em Enfermagem.



Figura 1. Inovação tecnológica na educação em enfermagem e saúde demanda romper paradigmas.

No contexto brasileiro, somam-se ainda barreiras de infraestrutura e de formação docente, mas os entraves mais profundos situam-se no campo epistemológico da inovação pedagógica. Gaston Bachelard (1996), já nos dizia que não há avanço linear do pensamento científico; ao contrário, a progressão exige rupturas com formas de conhecimento já consolidadas e transmitidas. Para esse autor, a inovação tecnológica na educação em saúde evidencia romper com paradigmas conservadores (Figura 1), frequentemente marcados pela repetição e pela centralidade do professor na relação de ensino (Lino, Kempfer, Backes, 2022).

Nota - Neste capítulo, os termos educação, ensino e formação são utilizados como sinônimos, sem pretensão de aprofundar distinções conceituais. São compreendidos como construções sociais e históricas, articuladas à filosofia da ciência em Gaston Bachelard, cuja reflexão orienta a análise proposta no campo da Enfermagem.

Ainda que se observe a expansão de metodologias digitais que descentralizam o professor e promovem maior protagonismo do estudante, persistem limitações na formação de docentes que recorrem a métodos tradicionais, incompatíveis com sujeitos imersos em uma cultura digital e conectada (Orias, Carpena, Viernes, 2025; Hosseini, Qayumi, Pourabbasi, et al., 2025). Essa discrepância evidencia a distância entre o discurso da inovação e sua aplicação real nas práticas pedagógicas (Lino et al., 2023).

De modo semelhante ao que ocorreu nos debates sobre metodologias ativas, as ferramentas tecnológicas vêm sendo incorporadas a propostas curriculares sem que haja, necessariamente, uma discussão institucional consistente sobre as estratégias educacionais subjacentes. Como consequência, **observa-se a reprodução de modelos tradicionais sob novas roupagens digitais** (Lino et al., 2023). Por isso, torna-se necessário promover uma reflexão crítica, apoiada em aportes teóricos como de Bachelard (1996) e contribuições para a contemporaneidade como as de Vilma de Carvalho (2003), que investigam a relação entre inovação tecnológica, formação docente e práticas educativas (Lino et al., 2022; Guimet, 2020) as quais desafiamos você, leitor, a explorar a seguir.

A análise aqui proposta busca compreender as permanências e rupturas que caracterizam esse processo, articulando o contexto brasileiro às tendências globais. Pretende-se, assim, indicar caminhos para uma Educação em Enfermagem mais crítica, inclusiva e alinhada aos desafios do século XXI.

Que caminhos são estes?

DA INOVAÇÃO INSTRUMENTAL À RUPTURA EPISTEMOLÓGICA



Compreender as barreiras à inovação tecnológica na Educação em Enfermagem exige retomar o pensamento crítico fundamentado na filosofia do conhecimento. A ciência não progride de forma linear ou acumulativa; ela avança por rupturas, pela superação de crenças, valores e “saberes imediatos” aceitos como verdades sem reflexão (Bachelard, 1996). **Esses obstáculos, muitas vezes inconscientes, atuam como barreiras epistemológicas que inibem o avanço da ciência porque romper com hábitos e certezas estabelecidas exige esforço constante** - ou, em termos coloquiais, “dá trabalho”.

Na Enfermagem, esse esforço se expressa na resistência à inserção de tecnologias digitais, muitas vezes percebidas como ameaça à “essência do cuidado” ou à tradição formativa baseada no modelo presencial e empírico (Veludo; Farinelli, 2022). Tal imaginário, sustentado por uma herança epistemológica que valoriza a experiência direta e o saber tácito, mantém menor abertura às mediações tecnológicas.

A transformação digital, nesse contexto, exige não apenas inovação instrumental, mas uma revolução nos modos de pensar, educar e aprender - o que, em termos bachelardianos, implica ruptura epistemológica, ou seja renovar o pensamento!

A docência se faz na ciência e, portanto, como estudioso, o docente é um cientista. Como tal, precisa assumir um comportamento também científico, que segundo Bachelard (2004), é a atitude científica e a qual pressupõe vigilância permanente contra as ilusões do senso comum e a substituição da evidência imediata pelo pensamento retificado.

A ciência se faz por negações e reformulações, por rupturas com aquilo que parecia óbvio e a transformação digital não pode ser reduzida ao simples domínio de ferramentas.

Ela exige uma revolução nos modos de pensar, ensinar e aprender. Em termos bachelardianos, trata-se de uma ruptura epistemológica, ou seja, renovar o pensamento. O docente, por ser um cientista do ato de ensinar, precisa assumir uma atitude crítica. Isso implica vigilância constante contra as ilusões do senso comum e substituição da evidência imediata por pensamento retificado (Bachelard, 2004). O que torna a mudança do que é de costume para algo novo um campo de **“tensões”** (Figura 2).

Assim, o que é óbvio para alguns - como adotar Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA), simulação virtual (SV), inteligência artificial (IA) ou realidade aumentada - pode representar barreira para outros. Superá-las requer apropriação de “evidências pedagógicas” já problematizadas e disposição para deslocar a centralidade da aula expositiva, a dependência do contato físico ou a crença na transmissão linear do conhecimento.



Figura 2. Entre tradição e inovação há um campo de tensões!

Pensando-se nas duas áreas da saúde que caminharam juntas ao longo dos séculos - a Medicina (com o saber médico) - e, por analogia, a Enfermagem (com o saber da Enfermagem) - construíram-se no entrelaçamento do normal e do patológico, do instituído e do emergente (Canguilhem, 2009) e, do mesmo modo hoje, vivenciam a incorporação de tecnologias digitais na formação em um campo de tensões: entre o tradicional e o inovador, a mediação presencial e a virtual, a racionalidade técnico-científica e os valores humanos do cuidado.

Essa tensão revela as fragilidades do debate epistemológico na área, que ainda naturaliza práticas conservadoras. Em pleno 2025, persiste a necessidade de superar concepções e metodologias cristalizadas, integrando avanços tecnológicos sem abrir mão de uma pedagogia crítica, reflexiva e emancipatória (Carvalho, 2003; 2020). Neste sentido, nem tudo que parece é realmente óbvio! Assim como a introdução de tecnologias educacionais na Enfermagem.

Paulo Freire (1996) lembra que “ensinar exige risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de imobilismo”. Ou seja, permanecer apenas no já existente não responde aos desafios atuais.

As questões relacionadas à educação sempre acompanharão a evolução socioeconômica e tecnológica e, por isso, requerem constante reflexão (Waterkemper, 2012). O “amanhã” de Waterkemper é o “hoje” de 2025, marcado por transições abruptas. A pandemia acelerou a passagem do ensino tradicional para metodologias ativas e “forçou” a incorporação de tecnologias digitais, revelando tanto potencialidades quanto desigualdades.



Figura 3. A criação de novos caminhos na educação: equilíbrio entre o risco e a práxis

Hoje, ainda estamos em transição. A aprendizagem ativa e centrada no estudante convive com a necessidade de resolver novos conflitos no uso das tecnologias digitais como métodos inéditos - e, portanto, sujeitos a erros, mas também criadores de novos caminhos (Figura 3), pois...

Educar exige risco e práxis!

Os desafios à inovação tecnológica não se resumem à ausência de infraestrutura ou políticas institucionais. São, sobretudo, obstáculos simbólicos, cognitivos e históricos. Estão enraizados em tradições pedagógicas que valorizam a racionalidade técnica e o modelo biomédico hegemônico, ainda presente em currículos e práticas docentes.

Mesmo diante de marcos legais que incentivam metodologias ativas e tecnologias educacionais (Brasil, 2001), muitos cursos ainda operam sob lógica transmissiva e conteudista, dificultando a abertura ao novo e à inovação digital. Como afirma Bachelard (1996), o conhecimento só avança quando rompe com os automatismos do senso comum e com práticas cristalizadas.



PENSAR FORA DA CAIXA: UMA HABILIDADE NECESSÁRIA

O mundo contemporâneo exige mais do que o domínio de conteúdos disciplinares. Requer habilidades de pensamento crítico e criativo, de leitura, escrita, comunicação e colaboração em contextos globais, digitais e multiculturais (Alzate; Eugenio, 2024).

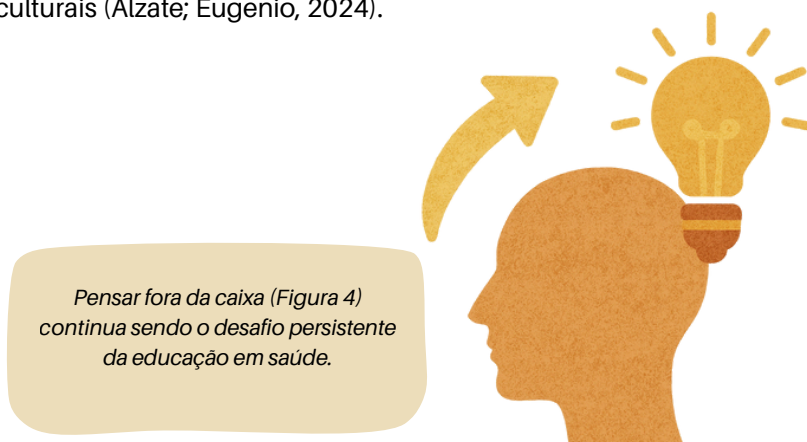


Figura 4. Pensar fora da caixa.

Pensar criticamente não é espontâneo; é uma habilidade que precisa ser ensinada.

Só assim será possível formar cidadãos capazes de enfrentar problemas complexos em um mundo marcado por incertezas e isso inclui quem ensina, o ser Docente.

A resistência docente à inovação não pode ser atribuída apenas à falta de infraestrutura. Muitas vezes, as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDICs) são percebidas como ameaça à autoridade docente ou como artifícios “**menos nobres**” (Lino et al., 2022). Essa percepção, somada a dificuldades concretas - como ausência de suporte técnico, falta de formação continuada e políticas frágeis -, leva a uma incorporação superficial da tecnologia.

Em muitos contextos, observa-se uma “tecnologização do ensino”: práticas tradicionais revestidas de dispositivos digitais, mas sem alteração real do paradigma pedagógico. Essa situação reflete o “conhecimento imediato” descrito por Bachelard (1996), que se limita à aparência e resiste à problematização.

A pandemia da Covid-19 acelerou mudanças, mas também escancarou desigualdades: sobrecargas docentes, exclusão digital e adoecimento psíquico (Lino et al., 2023). A resposta incluiu plataformas e capacitações, mas sem discussão mais profunda sobre fundamentos epistemológicos. Por outro lado, emergiram movimentos criativos de resistência: coletivos docentes, redes de pesquisa, iniciativas comunitárias e experiências com simulação clínica virtual, realidade aumentada e aprendizagem multimodal. Essas práticas demonstram que é possível tensionar os limites da tradição sem abrir mão da criticidade. Superar os obstáculos epistemológicos, portanto, não depende apenas de recursos. Requer a construção de um novo **ethos** formativo, capaz de articular inovação, compromisso social e rigor epistemológico.

Nesse cenário, o professor não pode ser visto como mero operador de tecnologia, mas como sujeito crítico que se apropria epistemologicamente da inovação, resignificando-a com intencionalidade pedagógica e ética (Figura 5). Além disso, é necessário questionar a influência dos discursos de mercado (Demo, 2015; Libâneo, 2001). Pacotes de “inovação educacional” frequentemente reduzem a tecnologia a soluções técnicas, esvaziando seu potencial crítico. Como adverte Vilma de Carvalho (2003), é preciso perguntar:

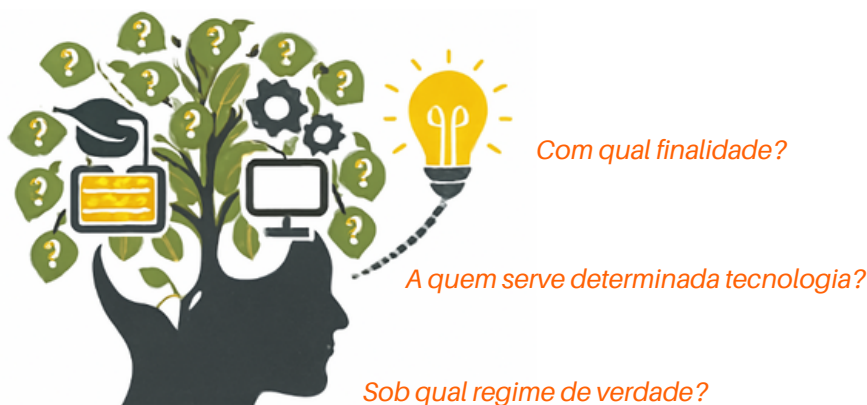


Figura 5. Ressignificação da intencionalidade pedagógica e ética.

REFLEXÕES FINAIS



A análise desenvolvida ao longo deste capítulo mostra que os obstáculos à inovação tecnológica na Educação em Enfermagem ultrapassam dimensões operacionais: são barreiras epistemológicas que atravessam modos de pensar, ensinar e aprender e o conhecimento só avança quando rompe com hábitos cristalizados e evidências imediatas (Bachelard, 1996), - exigência que se intensifica no contexto digital.

Identificamos permanências que ainda limitam a mudança, como a reprodução de modelos instrucionistas, o uso acrítico das TDICs e a precariedade da formação docente. Ao mesmo tempo, emergem experiências criativas que valorizam a colaboração, a centralidade do estudante e a mediação crítica da tecnologia, apontando para caminhos de superação. Superar tais obstáculos implica mais do que adotar ferramentas: exige repensar o papel das tecnologias no projeto educativo e social da Enfermagem brasileira. Isso significa cultivar rigor científico, criticidade e compromisso ético com a inclusão e a justiça social.

O futuro da Educação em Enfermagem dependerá, em grande medida, da capacidade de transformar permanências em rupturas produtivas, reinterpretar tradições e ressignificá-las à luz de novos paradigmas. Nesse movimento, a tecnologia deve ser entendida não como fim, mas como mediação dialógica e transformadora.

USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Os autores declaram a utilização de ferramentas de inteligência artificial, especificamente o gerador de imagens DALL-E, da OpenAI, como apoio à elaboração das Figuras 1 a 5. A criação foi orientada por conceitos definidos pelos autores, que mantêm responsabilidade plena sobre o conteúdo acadêmico e visual apresentado neste capítulo.

REFERÊNCIAS

BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Contraponto, 1996.

BACHELARD, Gaston. (2000). **O novo espírito científico**. Abril Cultural.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARVALHO, Vera Diniz. Sobre construtos epistemológicos nas ciências: uma contribuição para a Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 4, p. 419-422, 2003. DOI: 10.1590/S0034-71672003000400019.

_____. Enfermagem e história da Enfermagem: aspectos epistemológicos destacados na construção do conhecimento profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 1, p. 102-106, 2007. DOI: 10.1590/S0034-71672007000100019.

CARVALHO, Eulália de Almeida. **Enigmas da cultura**. São Paulo: Cortez, 2003.

DEMO, Paulo. **Aprender como autor**. São Paulo: Gen, 2015.

SILVA, Marcelo Oliveira da; CARVALHO, Rodrigo Saballa de. CONCEPÇÕES SOBRE CURRÍCULO NA EDUCAÇÃO INFANTIL: ressonâncias da pedagogia da infância em narrativas de professoras. **Currículo sem Fronteiras**, v. 20, n. 2, p. 497-514, maio/ago. 2020

FIRODE, Alain. Épistémologie et pédagogie chez Gaston Bachelard et Karl Popper. **Recherches en éducation** [Online], v. 29, 2017. Acesso em: 21 mai 2025. Disponível em: <http://journals.openedition.org/ree/3007>. DOI: 10.4000/ree.3007.

FREIRE, P. (1996). **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa** (25ª ed.). Paz e Terra.

HOSSEINE, Seyedeh Toktam Masoumian; QAYUMI, Karim; POURABBASI, Alireza ET al. Are we ready to integrate modern technologies into the medical curriculum for students? A systematic review. **Discover Education**, v. 4, p. 114, 2025. DOI: 10.1007/s44217-025-00521-7. EISSN-2731-5525

LINO, Monica Motta; KEMPFER, Silvana; BACKES, Vânia Maria Schubert. Inovação tecnológica no ensino superior: tendências pedagógicas. In: SILVA, Gilberto T. R. (Org.). **Concepções, estratégias pedagógicas e metodologias ativas na formação em saúde: desafios, oportunidades e aprendizados**. 2022. p. 23-31. Disponível em: [Disponível em: https://doi.org/10.51234/aben.22.e17.c03](https://doi.org/10.51234/aben.22.e17.c03).

LINO, Monica Motta; MACHADO, Rosani Ramos; SOUZA, Thaise Honorato de, AMADIGI, Felipa Rafaela (2023). Enfermagem e tecnologias digitais: perspectivas da educação e práticas de cuidado em Enfermagem. In E. K. Adamy & M. R. Cubas (Orgs.), **Os sentidos da inovação tecnológica no ensino e na prática do cuidado em Enfermagem** (pp. 29-36). Editora ABEn. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e20.c4>

LIBANEO, José Carlos. **Pedagogia e pedagogos: inquietações e buscas**. Educar, Curitiba, n. 17, p. 153-176. 2001. Editora da UFPR.

ORIAS, Joserey Ponce; CARPENA, Jonathan Andres; VIERNES, Armelyn C. Develop Moral through Community Engagement (DeMCE): its effect on the Grade 10 learners in Science. **Psicologia: Ensino e Pesquisa**, v. 33, n. 5, p. 571-575, 2025. DOI: 10.70838/pemj.330505.

RABELO, Edmar Coelho; SILVA, Isabel Cristina; COSTA, Luiz Sérgio; ASSIS, Sandra Cristina Figueiredo; MELO, Vânia Figueiredo de; CABRAL, Luiz Gualberto Públio. Enfermagem global: o papel da tecnologia na transformação da prática profissional. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 13, p. 1-12, 2024. DOI: 10.54033/cadpedv21n13-419.

SILVA, Fábio Ferreira; VITA, José Batista. Wearables, telemedicina e futuro da saúde no Brasil: novas tendências em tecnologias de saúde para enfrentamento de pandemias. **Revista Humanidades & Inovação**, v. 9, n. 19, Artigo e5608, 2022. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5608>.

TAMAYO ALZATE, Otto Eduardo. Critical Thinking and Epistemic Sophistication in Science Education. **Journal of Intelligence**, v. 13, n. 8, p. 93, 2025. DOI: 10.3390/jintelligence13080093.

VELUDO, Cláudio S. Veludo; FARINELLI, Antonio P. Literacia para a saúde e ciência da saúde: um diálogo epistemológico com Gaston Bachelard. **Temas em Educação e Saúde**, v. 18, e022018, 2022. DOI: 10.20396/tes.v18i00.8661255.

WATERKEMPER, Roberta. **Formação da atitude crítica e criativa do acadêmico de enfermagem na disciplina de fundamentos para o cuidado profissional: um estudo de caso**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2012. 325 f.

AGRADECIMENTOS

Ao Grupo LITES - Laboratório Interdisciplinar de Tecnologias Educacionais em Saúde.

Revisora

Vânia Marli Schubert Backes
ORCID: 0000-0002-6217-4212
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis, SC, Brasil

Como citar

Lino MM, Waterkemper R, Reis da Silva GT, Silva KL, Dal Sasso GTM, Oriá MOB, Flôr JS. **Obstáculos epistemológicos à inovação tecnológica na educação em Enfermagem no Brasil: entre rupturas e permanências.** In: Lino MM, Romero Daza AI, Martinez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.18-29. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17821787](https://doi.org/10.5281/zenodo.17821787).

TEORIAS DE SUPORTE NA ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA E DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Teorías de apoyo en enfermería de salud infantil y pediátrica y de salud materna y obstétrica

Support theories in Child and Pediatric Health and Maternal and Obstetric Health Nursing

Maria de Fátima Graça Frade | ORCID: 0000-0002-6190-5298

fatima.frade@esel.pt | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Lisboa, Portugal

Sagrário Gomez Cantarino | ORCID: 0000-0002-9640-0409

Universidad Castilla- La Mancha, Toledo, Espanha

O cuidado é a base da ciência de enfermagem, contempla ações e intervenções com uma sólida fundamentação teórica, científica e humanística, suportada em modelos teóricos e filosofias de cuidados que orientam a disciplina e a prática profissional. As áreas de especialidade de Saúde Materna e Obstétrica e de Saúde Infantil e Pediátrica utilizam modelos conceptuais centrados no cliente, que respondem às necessidades dos mesmos. Por esta razão, descrevem-se, neste capítulo, teorias de enfermagem e filosofias de cuidados que suportam a prática de cuidados do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e em Saúde Materna e Obstétrica na região ibérica. Sustenta-se a discussão por meio de uma pesquisa bibliográfica cujas fontes centram-se em publicações dos últimos 2 anos, incluindo artigos científicos e literatura cinzenta, desenvolvidos em instituições do ensino superior em Portugal e Espanha. Compreende-se que a disciplina de enfermagem dispõe de teorias de enfermagem e filosofias de cuidados aplicáveis às diferentes áreas de cuidados, sendo que em cada área de especialidade de enfermagem são utilizadas as teorias de enfermagem que melhor otimizam a experiência do cuidado, tornando-o humanizado e personalizado, melhorando a saúde e bem-estar das pessoas e reduzindo os custos em saúde.

Descritores: Teoria de Enfermagem; Saúde Materno-Infantil; Enfermeiros Pediátricos

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é a área científica que considera o trabalho autónomo e colaborativo de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, pessoas doentes ou não. Tem como área de intervenção a promoção da saúde, prevenção da doença, o cuidado a pessoas em situação de doença, incapacidade ou vulnerabilidade. Inerente à prática de enfermagem temos as questões da segurança, a prática baseada na evidência científica, a participação na criação de políticas de saúde, a gestão dos doentes e dos sistemas de saúde e a educação (International Council of Nursing [ICN], 2002).

O objetivo da prática de enfermagem é o cuidado, que integra ações e intervenções fundamentadas num robusto fundamento científico e humano, sustentado em modelos teóricos que orientam e suportam a disciplina e prática profissional. Os modelos teóricos e conceptuais permitem o desenvolvimento da profissão, uma vez que integram um corpo de conhecimento que melhora a prática profissional de enfermagem em todas as áreas (Figueiredo Borda et al., 2019).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na sua prática de cuidados usa um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica envolve uma fase crucial do ciclo de vida, que compreende o período que se inicia com o nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e o acompanhamento da criança, estender-se até aos 21 anos ou 25 anos, aguardando a que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

Ele trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), promovendo o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados à criança saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde e mobilizando recursos de suporte à família/pessoa significativa (Regulamento n.º 422/2018 de 12 julho, 2018).

Também presta cuidados de enfermagem qualificados, baseados em intervenções autónomas e interdependentes no cuidado à mulher inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar, no período pré concecional, no período pré-natal, no período pós-natal e no período do climatério, experienciando processos de saúde/doença ginecológica e cuidando o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na família e comunidade (Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio, 2019).

Estas áreas de especialidade sustentam a sua intervenção em modelos teóricos de enfermagem, existem vários modelos de abordagem para uma intervenção holística. Desta forma, este trabalho tem como objetivo identificar e descrever as teorias de enfermagem e filosofias de cuidados que são mais utilizadas para suportar a prática de cuidados do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e em Saúde Materna e Obstétrica na região ibérica.

TEORIAS DE ENFERMAGEM E FILOSOFIAS DE CUIDADOS QUE SUPORTAM A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA REGIÃO IBÉRICA



Este estudo enquadra-se no paradigma qualitativo, de natureza descritiva, sustentado numa pesquisa bibliográfica. A seleção das fontes teve como critérios a atualidade, centrando-se em publicações dos últimos dois anos, incluindo artigos científicos, livros, relatórios de mestrado, teses de doutoramento em enfermagem, documentos institucionais de instituições de ensino superior de Portugal e Espanha. A técnica utilizada foi a análise documental, realizada em julho de 2025, com base em 170 referências, sendo 156 relatórios de estágio para a aquisição de grau de Mestre, 5 teses de doutoramento em enfermagem, 8 artigos científicos e 1 livro.

Os dados foram tratados por meio de análise qualitativa descritiva. Foram identificadas filosofias e teorias de cuidado de **enfermagem em pediatria**:

- Cuidados Centrados na Família,* ✓
- Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson,* ✓
- Teoria das Transições de Afaf Meleis,* ✓
- Teoria do Conforto de Kolcaba,* ✓
- Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender* ✓
- Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey* ✓

Já na área de especialidade de **Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**, foram identificadas 3 teorias de suporte ao cuidado:

- ✓ *Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger,*
- ✓ *Teoria do Cuidado de Swanson*
- ✓ *Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem*



SUPOORTE AO PENSAMENTO REFLEXIVO

A enfermagem é sustentada por teorias que suportam o cuidado e o pensamento reflexivo sobre a prática de cuidados. Na enfermagem de saúde infantil e pediátrica existem filosofias de cuidados que orientam o cuidado à criança/jovem e sua família e modelos/teorias de enfermagem que suportam as intervenções de enfermagem nesta área de especialidade. Como Filosofia de cuidados o mais referido na consulta documental realizada foram, os **Cuidados Centrados na Família (CCF)**, este cuidados são um dos pilares do cuidar em Enfermagem Pediátrica, procuram dar resposta às necessidades da criança e família, reconhecendo a família como um elemento central, constante e fundamental na vida da criança (Hockenberry, 2024). Os CCF assentam nos seguintes pilares (Coyne et al., 2018):



- (1) *dignidade e o respeito,*
- (2) *comunicação eficaz e a partilha de informação,*
- (3) *colaboração e a negociação*
- (4) *flexibilidade e o empowerment*

A dignidade e o respeito estão muito presentes durante o planeamento dos cuidados, e têm em conta as perspetivas, valores, escolhas e conhecimento da família sobre a criança. A comunicação eficaz refere-se à partilha de informação sobre as necessidades de cuidados à criança, promovendo a inclusão da família nesses cuidados. A colaboração e a negociação implicam o estabelecimento de uma parceria com a família, envolvendo-a em todos os cuidados prestados à criança.

A flexibilidade promove a sensação de controle da família sobre a situação de saúde-doença da criança, otimizando os cuidados de acordo com as rotinas e preferências da criança e da família. O *empowerment* promove o envolvimento da família, capacitando-a na adoção de comportamentos promotores da saúde e do bem-estar e na tomada de decisão e iniciativa relativamente à saúde e bem-estar da criança (Coyne et al., 2018).

A filosofia dos cuidados centrados na família está intimamente ligada ao modelo criado por Anne Casey – Modelo de Parceria de Cuidados, uma vez que este *“reconhece e valoriza a importância da família para o bem-estar presente e futuro da criança”* (Ferreira & Costa, 2016), considerando os pais como os melhores prestadores de cuidados à mesma. Este modelo assenta em importantes valores e conceitos-chave, tais como a confiança, o respeito, a comunicação, o empoderamento, a negociação, a partilha e a flexibilidade nesta esfera de cuidados, onde os enfermeiros e a família se unem para a promoção do melhor desenvolvimento da criança e da satisfação das suas necessidades específicas (Ferreira, Costa, 2016; Monteiro, Cerqueira, 2020).

A *Teoria das Transições de Afaf Meleis*, está muito patente no cuidado à criança/jovem e à família. O conceito de transição é definido como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado estável para outro igualmente estável, sendo um processo desencadeado por uma mudança, durante a qual a pessoa vivencia desequilíbrio, incerteza, conflitos interpessoais e perturbações que requerem a aquisição de novas competências, sentimentos, objetivos, comportamentos ou funções (Meleis, 2010).

As transições podem estar relacionadas com processos de desenvolvimento, situacionais, organizacionais ou de saúde-doença e são caracterizadas por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade, portanto as transições são consideradas momentos de instabilidade entre dois momentos de estabilidade (Santos et al., 2016). A Enfermagem de saúde infantil e pediátrica assume as transições como foco da sua atenção, sendo que o enfermeiro desempenha um papel facilitador dos processos de transição com o intuito de promover o bem-estar, a maximização da saúde e a melhoria da qualidade de vida das crianças/jovens e família de quem cuidam (Meleis, 2010; Santos et al., 2016).

Ao papel do enfermeiro associa-se o conceito de role supplementation, onde este atua no sentido de suplementar a insuficiência de papel identificada junto da criança/jovem e família, focando a sua intervenção nas suas capacidades e competências para a assunção do seu novo papel.

A suplementação do papel visa que a pessoa permaneça saudável durante todo o processo de transição e que esta culmine de forma que o cliente seja mais competente para lidar com a sua condição, prevenindo complicações e maximizando a sua saúde (Meleis, 2010).

Para que o enfermeiro compreenda a experiência da pessoa durante a transição, importa conhecer as condições que facilitam ou inibem esse processo: **condições pessoais, da comunidade, sociais e globais** (Meleis, 2010). Os padrões de resposta do cliente possibilitam a identificação de indicadores cujo conhecimento poderá nortear a intervenção do enfermeiro. Esses indicadores podem ser de processo, refletindo se a vivência da pessoa tende para a vulnerabilidade ou para a saúde (sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver, confiar e mobilizar estratégias de coping) ou de resultado, que revelam se os resultados experienciados pela pessoa têm repercussões na sua vida e demonstram se a transição foi bem-sucedida e saudável, desenvolvendo mestria e habilidade (Meleis, 2010).

A **Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson** é uma teoria baseada numa abordagem científica que tem sido usada para guiar a investigação, a educação e a prestação de cuidados de enfermagem na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Watson, 2012, 2021). Esta teoria enaltece o cuidar, através da criação de relações humanas autênticas, empáticas e compassivas. Estes fatores incluem, entre outros, o desenvolvimento de uma sensibilidade para com o outro, a promoção de uma relação de confiança, a promoção da esperança, a aceitação das expressões emocionais e a criação de um ambiente de apoio contínuo (Watson, 2008).

No processo de prestação de cuidados, esta teoria defende que cuidar é a essência da interação terapêutica, estimulando os enfermeiros a debaterem e a incluírem as múltiplas dimensões do cuidado humano (Watson, 2012, 2021). A aplicação da teoria de Jean Watson nos cuidados de saúde infantil e pediátricos, inclui os 10 elementos do Processo Clínico Caritas. Sua aplicabilidade possibilita a promoção da transpessoalidade nos cuidados prestados à criança/jovem e família, surgindo como um momento em que o enfermeiro deve desenvolver autoconhecimento, e olhar a criança/jovem e família para além da objetividade do problema de saúde, olhar além da dimensão biológica e ver a criança como um todo onde se está atento também à dimensão psicológica, emocional, social e espiritual (Watson, 2009). O processo Clínico Caritas-Véritas (Watson, 2018), cria uma base sólida para uma atitude receptiva do enfermeiro relativamente aos aspetos espirituais e existenciais de cada pessoa, reforçando a importância do estado de presença

do enfermeiro junto da criança, o que cria uma conexão e relação terapêutica baseada na empatia e no conhecimento de si e do outro.

A **teoria do Conforto de Kolcaba** (2015) é adequada à pediatria na medida em que considera como foco de cuidados não somente a criança, mas também a família. Esta teoria elenca três tipos de conforto: o alívio, a tranquilidade e a transcendência, que poderão ser experienciados em quatro contextos diferentes: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O alívio é definido como o atenuar de um determinado desconforto, a tranquilidade visa a ausência de desconfortos específicos e por fim a transcendência é a capacidade de superar o desconforto que não pode ser evitado, através da experiência de ser fortalecido (Kolcaba 2003; Kolcaba & DiMarco, 2005).

Para sentir alívio a criança e família não necessitam de possuir um desconforto prévio, devendo o enfermeiro estar desperto para a ocorrência de eventuais desconfortos, prevenindo-os. A definição de conforto holístico é mais do que o alívio da dor, ou ausência de desconforto, tratando-se de um resultado essencial dos cuidados de enfermagem (Kolcaba 2003, Kolcaba, 2015). As intervenções de conforto são definidas como ações destinadas a satisfazer as necessidades de conforto da criança e da família e podem ser de natureza técnica, de **coaching** e de **comfort food for the soul** (Kolcaba, 2003; Kolcaba 2015).

As **intervenções técnicas** são aquelas que incluem a manutenção da homeostasia e o controle da dor. O coaching consiste em intervenções de enfermagem de apoio, escuta ativa, comunicação e promoção da esperança. Já as **intervenções de comfort food for the soul** são intervenções holísticas que têm como objetivo atingir a transcendência. Este tipo de conforto é alcançado através da presença do enfermeiro e do estabelecimento de conexões memoráveis entre este, a criança e a família. Exemplos das mesmas são a realização de uma massagem, o recurso à imaginação guiada, a musicoterapia ou até mesmo a possibilidade de um passeio ao ar livre durante a hospitalização (Kolcaba, DiMarco, 2005; Kolcaba, 2015).

Relativamente ao contexto psicoespiritual, as intervenções de comfort food for the soul que visam a transcendência, como o cuidar com carinho da criança e as palavras de incentivo, possibilitam que a criança consiga ultrapassar alguns desconfortos físicos difíceis de aliviar.

No contexto sociocultural, Kolcaba e DiMarco (2005), destacam o exemplo das intervenções de capacitação parental para os cuidados à criança,

amplamente ancorados no modelo de parceria de cuidados. O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender é defendido como uma base necessária e adequada na identificação de estratégias eficazes de promoção de saúde em contexto pediátrico.

O **Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender** defende que cada pessoa tem características pessoais e experiências únicas que afetam as ações subsequentes. O conjunto de variáveis para o conhecimento e o efeito comportamental específico tem importante significado motivacional. Essas variáveis podem ser modificadas através das intervenções de enfermagem. O comportamento de promoção da saúde é o resultado comportamental desejado e é o ponto final no Modelo de Promoção da Saúde. Os comportamentos de promoção da saúde devem resultar na melhoria da saúde, aumento da capacidade funcional e melhor qualidade de vida em todos os estádios de desenvolvimento (Pender et al., 2019).

Aplicando este Modelo de Enfermagem, considera-se que os enfermeiros possuem competências para ajudar a melhorar o bem-estar com autocuidado e comportamentos de saúde positivos nas crianças/jovens e famílias (Pender et al., 2019). O Modelo de Promoção da Saúde foi projetado para complementar os modelos de proteção à saúde. Desenvolveu-se para incorporar comportamentos para melhorar a saúde e aplica-se ao longo de todo o ciclo vital.

O seu objetivo é ajudar os enfermeiros a conhecerem e compreenderem os principais determinantes dos comportamentos de saúde como base para o aconselhamento comportamental para promoção do bem-estar e estilos de vida saudáveis (Pender et al., 2019). Segundo este modelo, saúde é definida como um estado dinâmico positivo e não apenas a ausência de doença.

A promoção da saúde visa aumentar o nível de bem-estar da pessoa, tendo por base a natureza multidimensional das pessoas conforme elas interagem com o ambiente onde se inserem para procurar alcançar um bom estado de saúde.

A simplicidade deste modelo permite que seja facilmente implementado junto das crianças/jovens e famílias, oferecendo diretrizes para melhorar o seu bem-estar holístico e prevenir doenças relacionadas com os seus estilos de vida (Butts, 2021). Na área de especialização de enfermagem de saúde materna e obstétrica os Modelos/Teorias de suporte à prática destacam a humanização do cuidado. Humanizar o cuidado à mulher e sua família, durante o trabalho de parto e parto, consiste no respeito pelo tempo da mulher no processo no momento do parto, diminuir intervenções desnecessárias impostas pelas

práticas rotineiras hospitalares e, ainda, reconhecer os aspetos culturais próprios da mulher, dentro do seu contexto de vida (Mantula, 2023).

A **Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural**, elaborada por **Madeleine Leininger**, reforça a diversidade e diferença na forma como cuidamos de um ser humano, com determinadas características e pertencente a uma determinada cultura, sendo que este cuidado deve ajustar-se às várias crenças, valores e estilos de vida existentes, de forma a oferecer um melhor cuidado aos indivíduos, grupos e famílias (Leininger, 2011). Entende-se assim, a enfermagem transcultural como uma área formal de estudo e prática de cuidados de enfermagem focada no cuidado cultural holístico, considerando as diferenças nos valores culturais (Leininger, 2011). Desta forma, o objetivo da enfermagem transcultural é que os conhecimentos e a prática da enfermagem tenham uma base cultural, uma planificação e uma aplicação baseada na cultura, indo mais longe do que somente a perceção da existência das diferentes culturas.

A **teoria do autocuidado de Orem** (1995), é uma teoria muito presente no cuidado à Mulher, na área de especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica. A teoria do déficit de autocuidado de enfermagem de Dorothea Orem (1995) é uma grande teoria, com três teorias constituintes que se relacionam entre si: a teoria do autocuidado que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias; a teoria do déficit de autocuidado que descreve e explica porque razão as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a teoria dos sistemas de enfermagem que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Taylor, 2004). Segundo a teoria do autocuidado de Orem (1995), o autocuidado é uma função reguladora humana que os indivíduos devem, deliberadamente, desempenhar para si próprios ou ter desempenhado para eles, no caso de serem dependentes de cuidados, como na infância, para fornecer e manter um suprimento de materiais e condições para preservar a vida, manter o funcionamento e o desenvolvimento físico e psíquico dentro de normas compatíveis com as condições essenciais à vida e para a integridade do funcionamento e do desenvolvimento.

A **Teoria do déficit de autocuidado** é o constituinte ou elemento essencial da teoria de enfermagem do déficit de autocuidado (Orem, 1995). A ideia principal é que a necessidade para a enfermagem é determinada quando as pessoas se tornam parcialmente ou completamente incapazes de conhecer as condições existentes e emergentes para cuidados regulatórios para si ou para

os seus dependentes e para se envolverem na execução contínua de medidas de cuidado para controlar ou gerir fatores que são reguladores do seu próprio funcionamento e desenvolvimento (Orem, 1995). A teoria do sistema de enfermagem engloba a teoria do déficit de autocuidado e com ela a teoria do autocuidado estabelecendo a estrutura e o conteúdo para a prática de enfermagem. Ela compreende que todos os sistemas de ação são formados (projetados e produzidos) por enfermeiros para destinatários legítimos da enfermagem (Orem, 1995).

Os sistemas de enfermagem podem ser produzidos para indivíduos; para pessoas que constituem uma unidade de cuidados a dependentes; ou para famílias (Orem, 1995). O sistema de enfermagem concebido é baseado nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do doente no desempenho das atividades de autocuidado, sendo que os cuidados de enfermagem são necessários quando existe um déficit de autocuidado entre aquilo que o doente pode realizar e o que necessita para manter o funcionamento desejado (Petronilho, 2012).

A **Teoria do Cuidar de Kristen Swanson** apoia-se nos pressupostos de que o cuidado é um fenómeno de enfermagem e resulta de uma dedução lógica, científica e da relação entre enfermeira e cliente. Os conhecimentos que advêm desta teoria levam a um cuidado de enfermagem caracterizado de forma educativa, detendo um compromisso no relacionamento e na responsabilidade social, causando uma melhoria do bem-estar através de uma prestação de cuidados de qualidade (Oliveira et al., 2018).

A teoria do Cuidar no cuidado obstétrico, foca o conhecimento sobre o ser cuidado como estratégia de aproximação e de classificação de prioridades. Assim o enfermeiro ao conhecer a mulher, englobando o contexto onde está inserida, as suas crenças, os apoios que tem à disposição, as suas atitudes e expectativas, está em vantagem para criar um vínculo, estabelecendo as prioridades e ir ao encontro das necessidades da mesma e da sua família.

Para **Swanson** (1991) possibilitar, é um dos focos importantes da sua teoria, principalmente o possibilitar o autocuidado. O modo como os enfermeiros podem dar destaque a este processo inclui uma relação de conhecimento e confiança, em que o foco é exclusivamente o interesse da pessoa. Assim, todas as ações de educação para a saúde como: informar, explicar, treinar e apoiar, têm como objetivo que a pessoa se foque no que é importante e que consiga gerir as suas próprias alternativas.

Compete aos enfermeiros guiar o indivíduo, ajudando e esclarecendo todas as suas questões, dando o feedback, validando a sua evolução e assegurando o seu bem-estar.

Na sua teoria, o modelo de cuidado é dividido em cinco processos básicos: o **“Conhecer”** aplica-se à colheita de dados e ao diagnóstico de enfermagem de modo a fazer o levantamento da história de enfermagem dando grande relevância às crenças e expectativas da utente e sua família, de forma a que a aproximação entre o enfermeiro e a Mulher seja efetiva criando uma relação empática e conhecendo as suas necessidades, para definir as prioridades eficazmente; o **“Estar com”** está diretamente relacionado com planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem com a característica de demonstrar disponibilidade física e emocional para com as necessidades da Mulher e família; **“Fazer por”** e **“Possibilitar”** implica uma relação terapêutica, realizar ações terapêuticas pela Mulher que esta faria se lhe fosse possível a partir do conhecimento do seu contexto social e familiar, possibilitando assim, a realização um plano de cuidados focado nas necessidades, desejos e expectativas da paciente e sua família com a finalidade do seu bem estar e máxima autonomia.

Por fim, o **“Manter as Crenças”** está presente em todo o processo quando o Enfermeiro mostra respeito pelos valores, cultura e desejos da paciente e sua família, incluindo-os no plano de cuidados (Oliveira et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS



O enfermeiro especialista é o profissional de enfermagem a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados sustentados num modelo conceptual e fundamentados na mais atual evidências científica, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, maximização da saúde e bem estar dos clientes. O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica tem como foco de intervenção a Mulher durante todo o ciclo reprodutivo. O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica presta cuidados de enfermagem avançados a crianças e jovens saudáveis ou doentes, promovendo o seu bem-estar físico e emocional, e oferecendo suporte à família.

Ambas as áreas de especialidade, apoiam a sua prática assistencial em modelos conceptuais de enfermagem, evidenciando a mudança de um paradigma de cuidados que evoluiu de um modelo biomédico para um modelo humanizado, assente em conhecimento aprofundado, pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada.

A enfermagem de saúde infantil e pediátrica tem utilizado como modelos conceptuais para a prática especializada, a **Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson**, a **teoria das Transições de Afaf Meleis**, a **Teoria do Conforto de Kolcaba**, o **Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender** e o **Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey** e **filosofia de cuidados centrados na família**, a utilização dos mesmos têm um objetivo comum, procurar a excelência dos cuidados prestados à criança/jovem e sua família, determinando os mais elevados níveis de satisfação da criança, jovem e família.

Todos estes modelos/teorias elencados no suporte à prática de cuidados do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica visam um cuidado humanizado, onde as características de cada criança/jovem e família importam, ajustando os mesmos aos processos de transição que vivenciam, com o fim de maximizar a saúde, bem estar e qualidade de vida deste binómio, assim como a prevenção de situações que possam comprometer a sua saúde e bem estar.

A enfermagem de saúde materna e obstétrica, tem apoiado a sua prática de cuidados especializados na teoria da Diversidade e Universalidade do **Cuidado Cultural de Madeleine Leininger**, a **teoria do Cuidado de Swanson** e a **Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem**. Todas estas teorias permitem ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, prestar um cuidado humanizado, que vai ao encontro das necessidades específicas de cada Mulher que cuidam, permitindo à Mulher ter um papel ativo na tomada de decisão.

O uso da teoria da diversidade e universalidade cultural mostra-se relevante na atualidade, tendo em consideração os fenómenos migratórios que se têm feito sentir nos últimos anos na Europa, trazendo para a região ibérica diferentes populações de diferentes culturas, sendo de especial importância que o enfermeiro especialista tenha conhecimento das especificidades de cada cultura por forma a prestar cuidados culturalmente sensíveis.

A teoria do autocuidado é também fundamental no acompanhamento da Mulher nas diferentes fases do ciclo reprodutivo, sendo que em cada fase a Mulher pode apresentar diferentes vulnerabilidades e por sua vez diferentes necessidades de apoio, podendo apresentar em cada fase do ciclo reprodutivo um autocuidado mantido/Comprometido.

A teoria do Cuidado de Swanson surge como um elemento chave no cuidado à Mulher, pela relação de confiança que o enfermeiro cria com cada Mulher que cuida, potenciando a mesma, um grande conhecimento por parte do profissional das necessidades reais dessas mulheres, conseguindo desenhar um plano de cuidados personalizado e humanizado.

Em suma, é relevante realçar a importância da prática de enfermagem especializada assente em modelos conceptuais próprios da disciplina e profissão de enfermagem, pois os mesmos permitem fundamentar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados, por outro lado evidencia e reforça a profissão de enfermagem mostrando-a ao mundo como ciência e arte de cuidar.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Os autores declaram que não recorreram à utilização de ferramentas de inteligência artificial para a redação deste capítulo, mantendo a responsabilidade plena sobre o conteúdo académico do capítulo.

REFERÊNCIAS

Abraham, M. R., Dokken, D. L., & Johnson, B. H. (2024). Evolution of patient and family-centered care: milestones, key drivers, and recommendations. *Pediatric Nursing*, 50(4), 161–184.

Bio, E. C., Bittar, R. E., & Zugaib, M. F. (2006). Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto [Influence of maternal mobility on the duration of the active phase of labor]. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 28, 671-679. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006001100007>

Butts, J. B. (2021). *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. Jones & Bartlett Learning.

Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in healthcare: a concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>

Domingos, A. R. D. (2019). Competência cultural do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica [Cultural competence of the specialist nurse in maternal and obstetric health nursing] (Master's thesis, Instituto Politécnico de Viseu-Portugal).

Ferreira, M. M. da C., & Costa, M. da G. F. A. da. (2016). Cuidar em parceria: subsidio para a vinculação pais/bebé pré-termo [Caring in partnership: Subsidy for parent/preterm infant bonding]. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 51-58. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8434>

Figueiredo, N. S. V. (2010). Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes [Cultural factors determining the choice of delivery route by pregnant women]. *HU Revista*, 36(4).

Figueredo Borda, N., Ramirez-Pereira, M., Nurczyk, S., & Diaz-Videla, V. (2019). Modelos y teorías de enfermería: Sustento Para los Cuidados Paliativos [Models and theories of nursing: Support for palliative care]. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(2), 22-33. <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>

Hockenberry, M. J. (2024). Perspectives of pediatric nursing. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 1-11). Elsevier.

International Council of Nursing. (2002). **Definition of Nursing**. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

Kolcaba, K. (2003). **Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research**. Springer Publishing Company.

Kolcaba, K. (2015). Katharine Kolcaba's comfort theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), **Nursing theories and nursing practice** (pp. 381-392). F. A. Davis Company.

Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*, 31(3), 187-194.

Mantula, F., Chamisa, J. A., Nunu, W. N., & Nyanhongo, P. S. (2023). Women's perspectives on cultural sensitivity of midwives during intrapartum care at a maternity ward in a national referral hospital in Zimbabwe. *SAGE Open Nursing*, 9. <https://doi.org/10.1177/237796082311604>

Meleis, A. I. (2010). **Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2014). **Theoretical nursing: Development and progress** (5th ed.). Wolters Kluwer Health.

Monteiro, A. J., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey [Anne Casey's Care Partnership Model]. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem [Nursing in child and youth health]*.

Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). Mosby.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., Parson, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice*. Pearson.

Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem, Da Conceptualização aos Dados Empíricos através de uma Revisão da Literatura dos últimos 20 anos (1990-2011). Formasau.

Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Eds.). (2020). Enfermagem em saúde da criança e do jovem [Nursing in child and youth health].

Regulamento n.º 391/2019. (2019, May 3). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica [Regulation No. 391/2019: Regulation of the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health]. **Diário da República** n.º 85/2019, Série II, 13560-13565.

A Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson. **Revista Enfermagem em Foco**, 9(2), 3-6. <http://revitencias.especificas.do.enfermeiro.especialista.em.enfermagem.de.saude.infantil.e.pediatria.> **Diário da República**, II série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. <https://dre.pt/application/file/a/115685317>.

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2016). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, 4(9), 153-171.

Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. **Nursing Research**, 40(3), 161-166.

Taylor, S. (2004). Teoria do défice de autocuidado de enfermagem [Theory of self-care deficit in nursing]. In A. M. TOMEY, & M. R. ALLIGOOD (Eds.), **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem** [Nursing theorists and their work: Nursing models and theories] (pp. 211-235). Lusociência.

Watson, J. (2008). Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem [Nursing: Human science and caring. **A nursing theory**] (pp. 34-63). Loures: Lusociência.

Watson, J. (2009). Caring as the essence and science of nursing and health care. **O Mundo da Saúde**, 33(2), 143-149.

Watson, J. (2012). **Human caring science**. Jones and Bartlett Publishers.

Watson, J. (2021). **Caring science as sacred science**. Lotus Library.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería a oportunidade para submeter este capítulo ao Livro Raíces del Saber.

Revisora

Carolina Miguel da Graça Henriques
ORCID: 0000-0002-0904-8057
Portugal

Como citar

Frade MFG, Gomez Cantarino S. **Teorias de suporte na Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Saúde Materna e Obstétrica**. In: Lino MM, Romero Daza AI, Martinez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, (org). Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.30-44. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17822124](https://doi.org/10.5281/zenodo.17822124).

EPISTEMOLOGÍA EN ENFERMERÍA, UNA EXPERIENCIA EN EL CURRÍCULO FORMATIVO

Epistemologia em Enfermagem, uma experiência em um currículo formativo

Nursing Epistemology: an Experience in the Educational Curriculum

María Teresa Espinoza Mosqueda | ORCID: 0009-0009-4101-3709

maria.espinoza@umich.mx | Facultad de Enfermería de la UMSNH. Morelia, Michoacán. México

Karina González Rodríguez | ORCID: 0009-0001-5036-0376

Facultad de Enfermería de la UMSNH. Morelia, Michoacán. México

Rodrigo Espino Cardozo | ORCID: 0009-0006-5205-6438

Facultad de Enfermería de la UMSNH. Morelia, Michoacán. México

Vicente Jesús Rosas Bucio | ORCID: 0009-0005-2049-9624

Facultad de Enfermería de la UMSNH. Morelia, Michoacán. México

Renato Hernández Campos | ORCID: 0009-0005-4810-3492

Facultad de Enfermería de la UMSNH. Morelia, Michoacán. México

Alma Picazo Carranza | ORCID: 0000-0001-9954-0792

Facultad de Enfermería de la UMSNH. Morelia, Michoacán. México

En la enfermería, la epistemología permite analizar la evolución del conocimiento disciplinar mediante paradigmas y teorías que sustentan la práctica. En este marco, la articulación teoría-práctica fortalece el pensamiento crítico, la investigación y la toma de decisiones. En la Facultad de Enfermería de la UMSNH, el plan de estudios se basa en la Teoría General de Orem: Autocuidado, Déficit de Autocuidado y Sistemas de Enfermería. Orientan la formación del estudiante hacia un cuidado ético, reflexivo y contextualizado. La teoría del autocuidado fundamenta las demás al definir objetivos, métodos y resultados del cuidado propio. El docente actúa como facilitador del conocimiento y la práctica a través de las Unidades de Aprendizaje. En este capítulo, se analiza el contraste epistemológico en enfermería y su relación con las dimensiones prácticas de la formación del estudiante en el contexto universitario, a partir del marco teórico de Dorothea E. Orem. Se comprende que integrar la epistemología en el currículo favorece una praxis autónoma y humanizada, que responde a las necesidades de salud y al desarrollo científico y social. **Descriptores:** Epistemología, desarrollo, estudiante.

INTRODUCCIÓN

El término epistemología, desde su etimología griega, está compuesto por episteme (conocimiento o ciencia) y logos (estudio o discurso). El concepto fue introducido en el siglo XIX por el filósofo escocés **James Frederick Ferrier**. En términos generales, la epistemología es una rama de la filosofía que se ocupa del estudio del conocimiento científico, enfocándose en su origen, validez, límites y relación con la ciencia y las instituciones científicas (Bertoni, Graciela, Jorgelina, 2018).

Desde esta perspectiva, la epistemología cuestiona cómo sabemos lo que sabemos, abordando problemáticas como el escepticismo (la duda sobre la certeza del conocimiento), la naturaleza de la verdad y la justificación de las creencias. Entre sus principales corrientes se encuentran: el empirismo, que sostiene que el conocimiento se adquiere a través de la experiencia sensorial; el racionalismo, que defiende el papel fundamental de la razón; y el constructivismo, que propone que el conocimiento es producto de una construcción activa por parte del sujeto (Durán Villalobos, s.f.).

En el campo de la enfermería, la epistemología permite analizar la evolución del conocimiento disciplinar a través de paradigmas y teorías que sustentan su práctica. La clarificación de los componentes fundamentales de la disciplina — como el dominio, los conceptos, las definiciones y los patrones del conocimiento — facilita la **reflexión crítica** del estudiante respecto a su rol profesional. Según **Carper** (1978), el conocimiento en enfermería debe abordarse desde cuatro patrones fundamentales: **empírico**, **ético**, **personal** y **estético**, cada uno con implicaciones distintas para la práctica del cuidado.

En este marco, la articulación entre teoría y práctica es esencial para fortalecer el pensamiento crítico, fomentar la investigación y mejorar la toma de decisiones en los contextos clínicos. En particular, el plan de estudios de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo se sustenta en la **Teoría del Autocuidado**, Déficit de Autocuidado y los Sistemas de Enfermería propuestos por **Dorothea Elizabeth Orem**. Estas teorías orientan la formación de los estudiantes hacia una comprensión integral del cuidado, permitiéndoles aplicar conocimientos científicos en la atención a la salud humana desde un enfoque ético, reflexivo y contextualizado. La epistemología en enfermería justifica la disciplina al proporcionar una base filosófica y metodológica sólida para el desarrollo del conocimiento y la práctica profesional.

Esta disciplina permite analizar críticamente los fundamentos del cuidado de enfermería, sus patrones de conocimiento y los criterios para validar la información. A través de este análisis, se facilita una comprensión más profunda de los fenómenos relacionados con la salud y el cuidado, lo cual habilita a las enfermeras para desarrollar teorías propias y tomar decisiones clínicas informadas. En la experiencia del docente enfermero el logro de la integración de los conceptos meta paradigmáticos de la ciencia de enfermería, se reduce a una visión mecanicista reduccionista que refleja reactividad, prioriza el conocimiento o su estructura, o bien centrarse en el ser y su experiencia para buscar que el estudiante comprenda su significado e interpretación en situaciones reales en el contexto de la estancia clínica con la finalidad de crear un vínculo con la fundamentación teórica y la acción de enfermería como un proceso dinámico.

Como rama de la filosofía que estudia el conocimiento, la epistemología resulta crucial para la enfermería por múltiples razones. Proporciona el fundamento necesario para distinguir entre distintos tipos de conocimiento —científico, empírico y otros— y contribuye a establecer qué formas de saber son válidas y confiables dentro del campo disciplinar. Esta diferenciación no solo enriquece la práctica, sino que también fortalece el posicionamiento científico de la profesión; bajo esta perspectiva el docente tutor busca relacionar el papel, las relaciones, socialización y aculturación de la práctica de enfermería real como un conocimiento implícito.

Los modelos conceptuales y teorías desarrollados dentro de la disciplina abordan, de forma explícita o implícita, todos los campos de la enfermería. Estos modelos suministran conceptos y estructuras que definen su papel dentro del sistema de salud, ofreciendo un terreno fértil para consolidar tanto la práctica como la academia. Dichos referentes teóricos han permitido que la enfermería se afiance como una disciplina del conocimiento, dotada de redes conceptuales y abordajes epistemológicos propios que responden a cuestionamientos sobre la realidad del cuidado. Sin embargo, es fundamental que estas construcciones teóricas sean continuamente validadas en la práctica. De este proceso pueden derivarse propuestas más refinadas y novedosas que orienten futuras intervenciones, así como la identificación de situaciones o fenómenos aún no considerados teóricamente, contribuyendo así al enriquecimiento del conocimiento disciplinar. Como lo afirma **Benner**,



la práctica clínica de enfermería se ha estudiado principalmente desde una perspectiva sociológica. Así hemos aprendido mucho acerca del papel de las relaciones, socialización y aculturación en la práctica de enfermería. Pero, hemos aprendido menos acerca del conocimiento implícito de la práctica real de enfermería. Ese conocimiento que se incrementa al pasar el tiempo en la práctica de una disciplina aplicada (Ariza Olarte, 2018).

A partir de este enfoque, han surgido diversas propuestas que representan las múltiples formas de conocer dentro de la disciplina, las cuales no solo clasifican el conocimiento existente, sino que también despiertan el interés por comprender el significado del "conocer" en enfermería. Kim identificó cinco dimensiones representativas de la práctica: científica, técnica, ética, estética y existencial. Por su parte, Carper (1978) propuso cuatro patrones fundamentales del conocimiento en enfermería: empírico, estético, personal y ético. A estos se han sumado otras contribuciones, como el conocimiento basado en la experiencia (Benner), la intuición (Young), el desconocimiento (Munhall), el socio-político (White) y el patrón emancipatorio (Chinn y Kramer), ampliando significativamente la comprensión epistemológica de la disciplina.

Las grandes teorías, las teorías de rango medio, las teorías prácticas y los modelos propios de enfermería aportan análisis sistemáticos y fundamentos sólidos al cuerpo de conocimiento de la ciencia enfermera. La epistemología, en este sentido, contribuye tanto a la construcción como al refinamiento de teorías, las cuales guían la práctica profesional. También promueve un análisis crítico de las prácticas clínicas, permitiendo cuestionar supuestos, identificar sesgos y fomentar una mejora continua. Esta perspectiva integral permite integrar enfoques diversos —como el holístico, el humanista y el positivista— para abordar la complejidad inherente al cuidado enfermero.

Asimismo, la epistemología establece directrices para la investigación, facilitando el diseño de estudios rigurosos, la selección de métodos apropiados y la evaluación crítica de la validez de los hallazgos. Este proceso es clave para posicionar a las y los profesionales de enfermería en un lugar de autonomía dentro del sistema de salud.

Al comprender los fundamentos de su disciplina, pueden ejercer su rol con mayor responsabilidad y capacidad de toma de decisiones basada en evidencia y razonamiento crítico. Además, la epistemología aborda dimensiones éticas y morales del cuidado, apoyando a las enfermeras en la toma de decisiones

alineadas con los valores profesionales y en la respuesta a dilemas éticos complejos. En síntesis, la epistemología en enfermería no solo justifica a la disciplina como un campo de estudio y de práctica autónoma, sino que también proporciona las herramientas fundamentales para el desarrollo de un conocimiento sólido, una práctica profesional informada y una identidad disciplinar fortalecida. La propuesta desarrollada por Rodríguez Bustamante ejemplifica la construcción del conocimiento teórico de enfermería. (Figura 1)

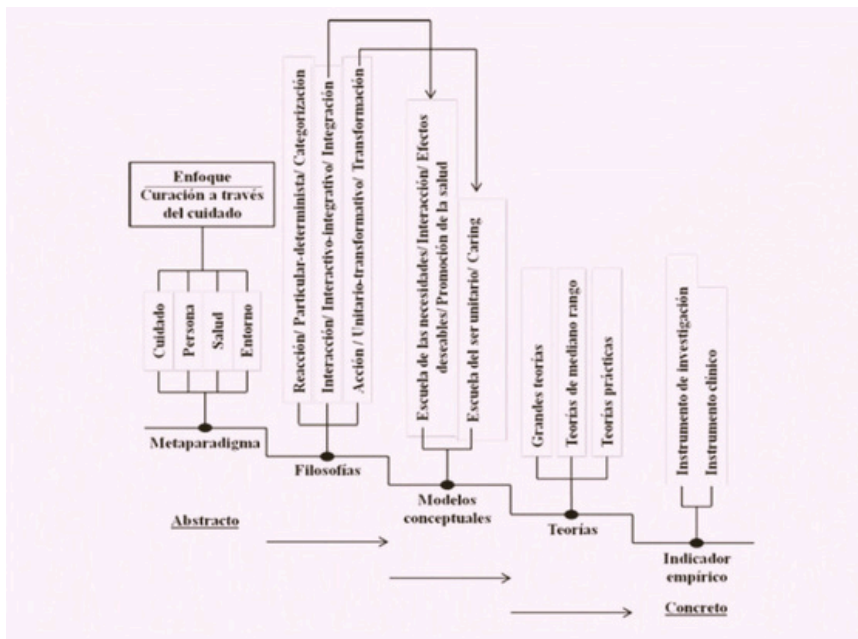


Figura 1. Escalera del conocimiento teórico de enfermería. Rodríguez-Bustamante, Báez-Hernández, 2020.

Así, en este capítulo se analiza el contraste epistemológico en enfermería y su relación con las dimensiones prácticas de la formación del estudiante en el contexto universitario, a partir del marco teórico de Dorothea E. Orem. Se intenta examinar las dimensiones prácticas involucradas en la formación del estudiante de enfermería en el ámbito universitario, con esto referente teórico así como explorar su propuesta teórica y su aplicación en el entorno educativo de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. Las reflexiones establecerán relaciones entre los fundamentos epistemológicos y las prácticas formativas empleadas por el docente con los estudiantes de enfermería desde la perspectiva del modelo de Orem de manera a valorar cómo el contraste

epistemológico influye en la integración del conocimiento teórico-práctico durante la formación del estudiante de enfermería.

APLICACIÓN DE LA TEORIA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREN EN MEXICO



La naturaleza práctica de enfermería y su conocimiento, producto de la racionalidad práctico, reflexiva como resultado de la actuación clínica a través de cuidados integrales, se desarrolla la acción en donde la estructura jerárquica permite al profesional de enfermería determinar sus cuidados así como interactuar con los diferentes actores interdisciplinarios para guiar, definir y contextualizar sus actividades a través de posturas teóricas que fundamentan su ejercicio profesional de carácter autónomo e independiente. La organización del conocimiento en dimensiones y patrones le permiten interactuar, sistematizar la legitimidad epistémica de la disciplina en una relación conjunta de saberes que sintetizan y justifican las funciones prácticas de la profesión.

El origen epistemológico de la Enfermería desde la perspectiva empírica basada en la intuición de cuidar, con el tiempo da origen a aportaciones de diferentes disciplinas, da origen a fenómenos abstractos y fenómenos específicos, partiendo de una realidad, empleado el pensamiento filosófico, fomentar la investigación en relación a los nuevos acontecimientos de la profesión de enfermería y gestionar nuevo conocimiento.

La teoría en Enfermería es fundamental para guiar la práctica clínica, la formación profesional, la gestión de los servicios y la investigación. No obstante, para una aplicación efectiva, es necesario seleccionar la teoría adecuada y comprender los criterios que determinan su utilidad dentro del marco disciplinar. La evaluación teórica no busca extender el conocimiento de una teoría, sino profundizar en su comprensión y en cómo esta contribuye al desarrollo de la disciplina (Altamira-Camacho, 2024). La evaluación de teorías se concibe como un proceso objetivo y sistemático que permite examinar su estructura, contenido y aplicabilidad. Esta puede seguir diferentes metodologías, que varían en número de fases:

- ✓ **Fase de análisis o evaluación directa de la teoría** (Alli Good, 2023; Hardy, 2023). En esta primera etapa, descripción, comprende la presentación formal de la teoría, su contexto histórico, las obras del autor y el análisis de componentes estructurales (supuestos, conceptos, proposiciones) y funcionales (finalidad, aplicación práctica).
- ✓ **Fase de análisis seguido de evaluación o crítica** (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013; Duffey, Muhlenkamp, 2010). En la segunda etapa, el análisis teórico, implica una revisión sistemática de los elementos que conforman la teoría, incluyendo su coherencia lógica, claridad conceptual y potencial de aplicación. Aquí se identifican vacíos, inconsistencias o limitaciones cuando la teoría se traslada a la práctica o la investigación
- ✓ **Fase de descripción, análisis y crítica** (Meleis, 2018). La tercera etapa, la evaluación o crítica teórica, busca determinar el grado en que la teoría cumple su propósito y su impacto en el desarrollo disciplinar. La reflexión crítica permite tomar decisiones sobre su uso y utilidad en contextos clínicos, educativos o administrativos.

Se destacan tres autoras clave que han desarrollado métodos específicos para la evaluación teórica en Enfermería:

Jacqueline Fawcett propone un método de dos fases: análisis y evaluación. En el análisis, se examinan los antecedentes históricos, el enfoque y contenido de la teoría, y su integración con los conceptos del metaparadigma de Enfermería: ser humano, entorno, salud y cuidado. La evaluación valora aspectos como origen, amplitud, congruencia interna, utilidad, relevancia social y potencial para generar nuevas teorías (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013).

Chinn y Kramer proponen un enfoque de dos fases: descripción y reflexión crítica. La descripción de la teoría considera seis elementos: propósito, conceptos, definiciones, relaciones, estructura y supuestos.

La crítica analiza criterios como claridad, coherencia, complejidad, generalidad, accesibilidad e importancia. Se pone énfasis en la coherencia semántica y estructural, así como en la utilidad y aplicabilidad de la teoría (Chinn & Kramer, 2015).

Meleis desarrolla un enfoque en tres fases: descripción, análisis y crítica. La descripción aborda componentes estructurales (supuestos, conceptos, proposiciones) y funcionales. El análisis incluye el estudio de variables internas (autor, paradigma, estructura) y externas (contexto sociocultural, valores). La crítica examina la congruencia entre estructura y función, utilidad práctica, claridad, consistencia, representación gráfica, aplicación en la atención de Enfermería, educación, investigación y gestión, además de su significado social y valores profesionales (Meleis, 2018).

La evaluación de teorías en Enfermería es un proceso riguroso que permite fortalecer la disciplina al identificar teorías útiles, consistentes y aplicables. Este proceso contribuye al avance del conocimiento, mejora la práctica profesional y promueve la creación de nuevas propuestas teóricas acordes con los contextos contemporáneos de atención en salud. Tabla 1. Paradigmas de enfermería.

Tabla 1. Paradigmas de Enfermería. Rodríguez-Bustamante, Báez-Hernández, 2020.

Paradigmas			
	Reacción	Interacción recíproca?	Acción simultánea
Fawcett	Divide al ser humano y lo visualiza como la suma de sus partes biológicas, psicológicas, social y espiritual.	El ser humano es holístico, interactuante con el ambiente, organizado y no reducible	El ser humano es un campo holístico autoorganizado, más que la suma de sus partes en constante intercambio con el ambiente.
Smith y Liehr	Particular determinista	Interactivo integrativo	Unitario transformativo
	Visualiza a los fenómenos como entidades separables, reducibles, medibles y como consecuencia de un antecedente causal.	Visualiza a la realidad de manera multifacética y contextual, reconoce tanto fenómenos de interés objetivos como subjetivos y las relaciones entre sus partes.	Visualiza al ser humano como un ser uniforme y evolucionado, que se desarrolla a través de la unidad e interacción con el medio ambiente como
Kéroutac	Categorización	Integración	Transformación
	Los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos. Fragmenta a la persona en busca de un factor causal.	Reconoce los elementos y las manifestaciones de un fenómeno. Visualiza la globalidad de la persona.	Los fenómenos son únicos, algunos con similitudes, pero diferentes e irrepetibles. Visualiza a la persona como una unidad global en interacción con el mundo que la rodea.

APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTEA ELIZABETH OREM EN LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA - EXPERIENCIAS DOCENTE



La teoría general de la enfermería representa una imagen completa de la enfermería y se expresa mediante tres teorías, expuesta por Orem en 1958. La teoría General de Orem está integrada por tres teorías: **Teoría del Autocuidado (TAC)**, **Teoría del déficit del autocuidado (TDAC)** Y la **teoría de los sistemas de enfermería**, (TSE). Esta teoría sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a uno mismo. Esta teoría describe tres componentes principales: el autocuidado, el déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería.

El autocuidado se refiere a las acciones que las personas realizan para mantener su salud y bienestar, mientras que el déficit de autocuidado ocurre cuando las demandas de autocuidado exceden la capacidad de la persona para satisfacerlas. Los sistemas de enfermería son los métodos que utilizan las enfermeras para ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades de autocuidado. (Vega, Gonzalez, 2017)

Conceptos clave de la teoría:

Autocuidado: Actividades que las personas realizan para mantener su salud, prevenir enfermedades y recuperarse de ellas.

Déficit de autocuidado: Situación en la que las demandas de autocuidado exceden la capacidad de la persona para satisfacerlas.

Agente de autocuidado: La persona que realiza las acciones de autocuidado.

Agencia de autocuidado: La capacidad de una persona para realizar acciones de autocuidado.

Requisitos universales de autocuidado: Necesidades comunes a todas las personas, como el aire, la alimentación, el agua, la eliminación, la actividad y el descanso, entre otros.

Requisitos de desarrollo de autocuidado: Necesidades relacionadas con el desarrollo humano y los cambios asociados a cada etapa de la vida.

Requisitos de desviación de la salud: Necesidades derivadas de enfermedades, lesiones o discapacidades.

Sistemas de enfermería: Acciones que las enfermeras realizan para ayudar a las personas con déficit de autocuidado, que pueden ser totalmente compensatorios, parcialmente compensatorios o de apoyo educativo.

Aplicación de la teoría:

La teoría de Orem se utiliza en la práctica de enfermería para:

- ✓ Evaluar las necesidades de autocuidado de los pacientes.
- ✓ Diseñar planes de cuidado individualizados que ayuden a los pacientes a satisfacer sus necesidades de autocuidado.
- ✓ Brindar educación y apoyo a los pacientes para promover su autonomía y capacidad de autocuidado.
- ✓ Fomentar la participación activa de los pacientes en su propio cuidado.



Figura 1 - Práctica de enfermería obstétrica

Una mirada retrospectiva de los supuestos epistemológicos de enfermería permite reflexionar sobre el impacto en los logros de la educación como puente en construcción del conocimiento entre las teorías y modelos con la práctica asistencial, Silva-Sánchez CA, Carrera-Alarcón JF., refieren al docente como un facilitador para comprender, priorizar, explicar y predecir fenómenos relacionados con la salud y el cuidado de las personas. Sugieren el uso de los modelos de enfermería que proporcionan un marco estructurado para la práctica diaria, perciben las teorías de enfermería muy amplias y abstractas que proporcionan una base conceptual profunda.

El estudiante de la Facultad de Enfermería en acompañamiento con el docente en el contexto formativo, logra su primer acercamiento a la epistemología de enfermería, para comprender priorizar, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el cuidado de las personas; a través de las Unidades de Aprendizaje (UDA) Enfermería profesión y disciplina, con el propósito de analizar la historia, desarrollo y tendencias de enfermería, para sustentar su práctica actual y clarificar su campo de intervención dentro del equipo multidisciplinario de salud para fortalecer la disciplina y dignificar su ejercicio., UDA. Conocimiento Ético en Enfermería, demuestra respeto por la cultura y los derechos humanos en las intervenciones de enfermería para promover el humanismo, la equidad, la justicia y la solidaridad en el campo de la salud, aplicando los códigos éticos, normativos y legales en el desempeño

¿Como la epistemología permite dar el paso a una transición del cuidado donde realmente la ciencia de enfermería y sus profesionales hagan propios sus conceptos metaparadigmáticos, dominen sus preceptos epistemológicos y construyan el nuevo conocimiento rumbo a la nueva era del cuidado a la par con tecnología como innovación en la práctica enfermera?

Es a través del desarrollo de competencias profesionales específicas aplicando la metodología del proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea E. Orem para garantizar el cuidado integral y la relación de ayuda de la persona, familia y comunidad. El estudiante reconoce los elementos de diferentes teorías de enfermería que han sentado las bases para el desarrollo de la profesión y la disciplina, para proponer alternativas de salud y autocuidado en beneficio del individuo a lo largo de su línea de vida con objetividad, congruencia y respeto, esta competencia profesional se logra con la UDA Proceso enfermero.

Ariza menciona a la enfermería como la filosofía que puede orientarse a una visión mecanicista reduccionista que refleja reactividad, prioriza el conocimiento o su estructura, o bien centrarse en el ser y su experiencia para buscar comprender su significado, interpretación, preocupación y situaciones que vive.

Sin embargo, la salud es considerada como la representación de la calidad de vida, como la finalidad de la acción de enfermería y como un proceso dinámico. El concretar el logro de esta visión se convierte en un reto para el docente, es a través de la UDA. Elementos del cuidado donde se permite al estudiante analizar la historia, la cultura y los derechos humanos en las intervenciones de enfermería en el campo de la salud para garantizar el cuidado humanizado a la población. Aplica la metodología del proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea E. Orem para garantizar el cuidado integral y la relación de ayuda de la persona, familia y comunidad.

Promueve y aplica intervenciones de enfermería con enfoque de autocuidado para fomentar la salud, prevenir y controlar la enfermedad y limitar el daño en la población mediante planes estandarizados de cuidado con profesionalismo ético.

Mencionado por Ariza; P Benner

hemos aprendido mucho acerca del papel de las relaciones, socialización y aculturación en la práctica de enfermería. Pero, hemos aprendido menos acerca del conocimiento implícito de la práctica real de enfermería.

En el contexto cercano el laboratorio de Enfermería se convierte en el primer escenario para el estudiante experimentar e integrar los elementos epistemológicos integradores sustentantes de la teoría de déficit del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, en sus experiencia diaria y continuada los técnicos comparten experiencias:

EEP. Karina González Rodríguez

“Referente a la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, observo que presentan dificultad para interrelacionar la teoría, los requisitos universales de Autocuidado al momento de valorar las necesidades del paciente en el simulador”. (KGR) Cuando avanzamos con alumnos ya tanto en el tercer semestre con unidades, son más productivas las sesiones en el Laboratorio de Enfermería, expresan más abierta sus dudas, previamente comprenden la vulnerabilidad de la persona en el estado postparto, por ejemplo”



Figura 2 - La relación profesora y alumnos en câmbio de conocimientos sobre el Autocuidado en práctica laboratorial

“En el cuidado del niño el simulador nos permite orientar a los estudiantes sobre el proceso de enfermería, emplear términos y también en algunos procedimientos sensibilizar al estudiante sobre el realce de la edad de los usuarios, de estas personas que requieren tanto los cuidados generalmente, creer que están enfocándose hacia una enfermedad y la epistemología no solamente se refiere al cuidado de la enfermedad sino también vamos a tratar y a

cuidar personas, una vez restablecida su salud, ayudar a potencializar y mantener su estado de salud. (KGR) En el caso de pacientes pediátricos el empleo de una teoría para proporcionar sus cuidados en este grupo de edad la realidad de adaptación y capacidad de sensibilidad tiene que ser proporcional a la adaptación de sus emisiones y estrategias del cuidado". (KGR)



LE. Rodrigo Cardozo Espino

"Se les orienta en la Unidad de Salud Reproductiva el cuidado en la reproducción, no se enfoca exclusivamente en procrear, sino en cuidados de salud sexual y el recién nacido. (RCE)

Figura 3 - Práctica laboratorial de salud reproductiva.

Se abordan problemáticas en la reproducción, la salud física y sexual, la salud emocional que van implícitas en la reproducción, permitiendo integrar sus fundamentos epistemológicos de la ciencia de enfermería a través de la Teoría de Déficit del autocuidado y los Sistemas de enfermería, en este contexto nos permite reafirmar intervenciones de enfermería con fundamento científico y actual que contribuya en el futuro cercano a concretar una estancia clínica exitosa basada en el conocimiento y los valores éticos de la profesión". (RCE)



Figura 4 - Práctica laboratorial de salud reproductiva - salud física y emocional..

EEP. Vicente Jesús Rosas Bucio

"En el Laboratorio de Enfermería es importante que el alumno tenga los conocimientos necesarios, para desenvolverse científicamente, el conocimiento de un estudiante tiene que determinar su práctica, en el laboratorio, el estudiante debe tener las bases científicas para desenvolver sus conocimientos teóricos, prácticos y humanísticos.

Conforme va alcanzando diferentes niveles del conocimiento, facilita su práctica en el laboratorio de enfermería en donde Yo me desempeño como tutor clínico". (VJRB)



Figura 5 - Practica en laboratorio con tutoría clínica.

ME. Maria Teresa Espinoza Mosqueda



Figura 6 - Simulación clínica en atención primaria de la salud.

"En La Clínica de Salud del Estudiante y Laboratorio de Investigación se desarrolla la simulación de la práctica en Atención Primaria a la Salud; contribuye a la integración de saberes teóricos y epistemológicos de la Teoría del Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem representando la oportunidad de realizar una valoración integral en el autocuidado, estableciendo diagnósticos de promoción a la salud para desarrollar intervenciones encaminadas a mantener la salud, reducir daños y prevenir déficit del cuidado". (MTEM)

“Representa una oportunidad para desarrollar intervenciones educativas para la salud, presentar material didáctico innovador que impacte en la persona.” Como tutor en la estancia clínica comunitaria desarrollar herramientas que te permiten contribuir a construir el conocimiento teórico- práctico basado en la solución de problemas para el estudiante ante diversas realidades, gestionar emociones y adaptación ante el entorno cercano”. (MTEM)

Ariza sugiere formar un cuerpo de conocimientos distinto y específico de conocimiento generado, empleado y comprobado por los propios integrantes de la profesión para validación y refinamiento de los conceptos.

El origen epistemológico de la Enfermería desde la perspectiva empírica basada en la intuición de cuidar, con el tiempo da origen a aportaciones de diferentes disciplinas dando origen a fenómenos abstractos y a su vez fenómenos específicos partiendo de una realidad con pensamientos filosóficos sin importar el dilema acogiendo las experiencias con las situaciones muy fundamentadas y convertirlas en el cuidado paliativo de buena vocación con autonomía como lo menciona Claudia Olarte (2011).

Se requiere fomentar la investigación de los nuevos acontecimientos de la profesión de enfermería y gestionar nuevos conocimientos. Se mantiene en dos pilares de conocimiento: teórico por la ciencia y práctico secundario a la disciplina. El enfoque de enfermería continúa cambiando conforme cambian los valores y recursos de la sociedad conexiones de intersubjetividad centradas en el quehacer práctico reflexivo, de manera que la responsabilidad moral y los valores que guían el actuar profesional. Laguado establece estrategias para comprensión de la epistemología de enfermería desde el conocimiento histórico y evolución y entrega de evidencias mediante portafolios con la socialización de videos basados en hechos históricos fomentando el aprendizaje reflexivo, autónomo y participativo.

Díaz Alejandro propone diseñar y validar un instrumento que explore el grado de interpretación de textos teóricos. Estimar el desarrollo de la aptitud para la lectura crítica en profesores del área de la salud y de las humanidades. Valida y aplica instrumento a profesores y posteriormente a alumnos evidenciando que el nivel de aptitud para la lectura crítica con los sistemas educativos tradicionales fue bajo y muy bajo en ambos grupos, no influyendo la formación docente en el desarrollo de la aptitud, se puede inferir que los actos educativos y profundizar en el desarrollo de habilidades complejas.

CONSIDERACIONES FINALES



El desarrollo de una praxis enfermera reflexiva, holística y fundamentada en principios éticos y científicos no es solo un ideal deseable, sino una necesidad ineludible para avanzar hacia una enfermería autónoma y reconocida como disciplina científica. La satisfacción de las necesidades de los usuarios del cuidado debe ir de la mano con la generación de conocimientos que fortalezcan la evidencia propia del quehacer enfermero.

Esto implica un compromiso profundo con la formación epistemológica de los profesionales, que trascienda la mera ejecución técnica y promueva la conciencia crítica sobre el sentido, la finalidad y el impacto del cuidado (Márquez, Urdaneta de Primera, & Olalla, 2022).

El estudio de Márquez et al. (2022) evidencia una preocupante realidad en la formación curricular de la enfermería: el escaso abordaje de la epistemología del cuidado en los programas académicos. El 60% de los sílabos analizados no incluyen teorizantes, y entre los que sí lo hacen, el 85.7% recurre exclusivamente a teorías de rango medio. Además, solo un 38% muestra una vinculación entre los modelos conceptuales y el proceso enfermero, lo que refleja una débil articulación entre teoría y práctica.

Esta falta de integración no solo limita el desarrollo profesional del estudiante, sino que también obstaculiza la construcción de un conocimiento disciplinar con identidad propia, provocando un crecimiento invertebrado del saber que conlleva a la marginación de la enfermería dentro de las taxonomías científicas.

En este contexto, la epistemología se erige como un eje vertebrador del conocimiento disciplinar, al integrar los diversos patrones de conocimiento propuestos por Carper —empírico, ético, personal y estético— junto con dimensiones sociopolíticas emergentes. Su desarrollo favorece una comprensión más amplia y crítica del cuidado como fenómeno central de la enfermería, permitiendo dotar a la práctica de una orientación ética, juiciosa y con sentido.

Por tanto, el estudio y aplicación de la teoría de rango medio cobra especial relevancia, ya que permite conectar los modelos conceptuales con situaciones prácticas reales, facilitando así la toma de decisiones fundamentadas en el contexto clínico y comunitario.

Además, la clarificación de los elementos constitutivos de la disciplina —como su dominio, perspectivas, definiciones y conceptos— permite sentar bases sólidas para la generación de conocimiento propio, y con ello, consolidar una identidad profesional que se apoye en la investigación y la práctica basada en evidencia.

De esta forma, el proceso de enseñanza-aprendizaje en enfermería debe ser concebido no solo como una transmisión de contenidos técnicos, sino como un espacio de construcción crítica del conocimiento, donde la reflexión epistemológica, la teorización, la investigación y la práctica se entrelacen de manera coherente y significativa.

Este estudio enquadra-se no paradigma qualitativo, de natureza descritiva, sustentado numa pesquisa bibliográfica. A seleção das fontes teve como critérios a atualidade, centrandoEn conclusión, incorporar la epistemología del cuidado en los planes curriculares de enfermería no solo es necesario para fortalecer el conocimiento disciplinar, sino también para garantizar un cuidado más humanizado, ético y pertinente. Promover esta integración es clave para formar profesionales que no solo respondan a las necesidades inmediatas de salud, sino que también contribuyan activamente a la transformación del entorno profesional y social, desde una perspectiva crítica y comprometida con el bienestar humano.

USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran no haber utilizado herramientas de inteligencia artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc.), manteniendo la responsabilidad plena sobre el contenido académico del capítulo.

REFERÊNCIAS

Ariza Olarte, A. M. (2018). Epistemología del cuidado en enfermería: Perspectivas para el desarrollo disciplinar. Editorial Universidad de Antioquia.<https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/262>

Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley Publishing

- Bertoni, G., Graciela, G., & Jorgelina, G. (2018). **Epistemología y metodología de la investigación**. Ediciones UNL.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. **Advances in Nursing Science**, 1(1), 13-23. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
- Carper, B. A. (1978). **Fundamental patterns of knowing in nursing**. **Advances in Nursing Science**, 1(1), 13-23
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2018). **Knowledge development in nursing: Theory and process** (10th ed.). Elsevier.
- Durán Villalobos, M. (s.f.). **Marco epistemológico de la enfermería**. Obtenido de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>
- Kim, H. S. (2000). **The nature of theoretical thinking in nursing** (2nd ed.). Springer Publishing Company.
- Márquez, M., Urdaneta de Primera, N., & Olalla, P. (2022). **Epistemología del cuidado en el microcurrículo de la carrera de Enfermería**. Editorial académica.
- Munhall, P. L. (1993). Unknowing: Toward another pattern of knowing in nursing. **Nursing Outlook**, 41(3), 125-128.
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. **Advances in Nursing Science**, 17(4), 73-86.
- Young, A. (1987). Intuition and nursing process. **Holistic Nursing Practice**, 1(3), 52-62.

AGRADECIMIENTOS

Autoridades de la Facultad de Enfermería, por ser entes de cambio comprometidos con la innovación educativa y la formación de los nuevos profesionales; A la Comunidad docente de la Facultad de Enfermería por la oportunidad de construir un conocimiento científico lleno de experiencias y vivencias excepcionales; A los estudiantes por su confianza y compromiso en sus profesores.

Revisora

Graciela Gonzalez Villegas
Facultad de Enfermería, Universidad
Michoacana de San Nicolás de Hidalgo,
Morelia Michoacán, México
ORCID:0000-0001-7764-2245

Cómo citar

Espinoza Mosqueda MT, González Rodríguez K, Espino Cardozo R, Rosas Bucio VJ, Hernández Campos R, Picazo Carranza A. **Epistemología en Enfermería, una experiencia en el currículo formativo**. In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, org. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.45-62. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17822209](https://doi.org/10.5281/zenodo.17822209).

EQUILIBRIO ENTRE LA DOCENCIA EXPOSITIVA Y LAS METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS EN LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA

Equilíbrio entre o ensino expositivo e as metodologias participativas no ensino de enfermagem

Balance between expository teaching and participatory methodologies in Nursing Teaching

M. Sagrario Gómez Cantarino | ORCID: 0000-0002-9640-0409

sagrario.gomez@uclm.es | Facultad de Fisioterapia y Enfermería, Campus

Toledo, Universidad Castilla- La Mancha; Toledo, España.

Maria de Fátima Graça Frade | ORCID: 0000-0002-6190-5298

Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa; Lisboa, Portugal.

El Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) ha promovido metodologías docentes que fomentan la participación activa del alumnado. Sin embargo, el enfoque expositivo, pese a ser fundamental en la enseñanza universitaria, ha sido asumido por los estudiantes, quienes aún muestran poca iniciativa para participar o preguntar, especialmente en la transición a estudios superiores. Este cambio implica desafíos significativos, particularmente en el primer año académico, donde los alumnos se adaptan a nuevos entornos y métodos de enseñanza. En este capítulo se analiza el equilibrio entre la docencia tradicional y las metodologías participativas en el EEES, enfocándose en las dificultades que enfrenta el alumnado de enfermería para adaptarse a dichos modelos. La investigación es de carácter cualitativo, basada en una revisión bibliográfica de los últimos dos años (2023-2025) en bases de datos como CINAHL, Scopus y SciELO, mediante revisión documental y codificación temática. El estudio ofrece un panorama actualizado sobre los retos y oportunidades en la enseñanza en enfermería en el marco del EEES, destacando la identificación de necesidades formativas, la optimización de metodologías y la mejora de la experiencia educativa. Implementar estas recomendaciones contribuirá a formar enfermeros más competentes, participativos y seguros, mejorando la calidad en la atención y los servicios sanitarios..

Descritores: Enseñanza; Enfermería; Docentes.

INTRODUCCIÓN

La clase magistral, ha constituido históricamente la base de la Enseñanza Superior (ES), con transmisión unidireccional de conocimientos generando un marco de referencia sólido (Gezuraga & Malik, 2015). La efectividad de esta metodología se ve condicionada por la formación y cultura previa del alumnado.

El Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) ha promovido un cambio sustancial en la docencia universitaria, fomentando metodologías activas que sitúan al alumnado como protagonista de su proceso formativo (Guezuraga & Malik, 2015). La educación universitaria debe responder a la necesidad de formar profesionales con pensamiento crítico y capacidad para aprender de forma continua. (Morales-Morgado, Ruiz-Torres, Rodero-Cilleros, Morales-Romo, Campos-Ortuño, 2023). En el caso del estudiantado que ingresan al Grado en Enfermería, que proceden de un modelo de enseñanza con menor pensamiento crítico, repercute en la capacidad de adaptación al modelo universitario, especialmente durante el primer curso (Pereira-Afonso, Fernandez-César, Lopezosa-Villajos et al, 2025).

De hecho, el tránsito de la educación preuniversitaria a la universitaria representa un cambio significativo en términos de exigencia académica, estructura de evaluación, autonomía de estudio. En enfermería, esta transición se encuentra en un cambio competencial demandado por la profesión que incluye, además del **conocimiento científico-técnico, habilidades comunicativas, pensamiento crítico, trabajo en equipo y capacidad de toma de decisiones en contextos complejos** (Silva, Maturana, 2016).

Este cambio de paradigma metodológico puede generar inicialmente **inseguridad, baja participación y dificultades para expresar opiniones**, en gran parte por la dependencia previa de un modelo expositivo tradicional. Situación que pone de manifiesto como el primer año de estudios superiores se vuelve crítico ante la adaptación, y que una experiencia insatisfactoria puede derivar en desmotivación, bajo rendimiento académico e incluso abandono (Fernández, 2006).

La motivación y el acompañamiento por parte del docente de ES resultan esenciales en esta etapa de transición. El reto reside en encontrar un equilibrio entre la estructura que aporta la clase magistral, y el aprendizaje autónomo y participativo que demandan las metodologías activas, sin olvidar la visión cultural

del alumnado (Gradellini, Gómez-Cantarino, Dominguez-Isabel, Molina-Gallego, Mecugni, & Ugarte-Gurrutxaga, 2021).

El aprendizaje universitario se articula, en torno a procesos cognitivos de atención, motivación y memorización (Sánchez, 2017), que deben evolucionar hacia la **reflexión**, la **aplicación práctica** y la **integración del conocimiento en escenarios reales**. Por tanto,

¿cómo puede la enseñanza expositiva tradicional contribuir a formar estudiantes de enfermería críticos, reflexivos y participativos, preparados para los retos del ejercicio profesional? ¿Se logra que el discente, asumiendo un papel activo y responsable en su propia formación, actúe con criterio ético y científico?

Se deben conseguir profesionales capaces de tomar decisiones fundamentadas y actuar con criterio ético y científico (Queirós, Fonseca, Mariz et al, 2016)

La formación universitaria en enfermería se desarrolla en un contexto con exigencia técnica y humana, pues la enseñanza y su calidad repercute directamente en la seguridad y bienestar del otro. El primer año en ES es determinante, pues demanda análisis, aplicación y reflexión, supone un desafío para el estudiantado.

De esta manera, en este capítulo se intenta traer un análisis de la influencia de la formación preuniversitaria en la adaptación del alumnado al Grado en Enfermería así como el impacto del cambio metodológico, de la clase magistral a las metodologías activas, en estudios universitarios y

...se espera que las informaciones fornezan una base para docentes posan ejercitar la integración de enfoques actuales a nivel académico del estudiantado de enfermería.



EL CAMBIO - REPLANTEAMIENTO INTEGRAL BASADO EN LA TEORÍA DE ENFERMERÍA DE CALISTA ROY

La modificación del primer año del Grado en Enfermería requiere un **replanteamiento integral** que considere la formación previa del alumnado, los retos del entorno sanitario y la necesidad de formar profesionales competentes, críticos y éticos.

La **Teoría de la Adaptación de Roy** ofrece un **marco sólido** para guiar el proceso, permitiendo en el estudiantado superar el desafío académico y, que construya una base profesional sólida para su trayectoria universitaria y laboral. Este periodo marca la transición de un aprendizaje hacia un modelo autónomo, reflexivo y competencial, por un método con alta responsabilidad sociocultural como la enfermería. Este cambio no puede analizarse de forma aislada del contexto histórico y social de la enfermería en España. Tal y como señalan Solanas, Hallett y Wakefield (2005), las continuas reformas educativas en la Educación Superior y la influencia de los acontecimientos socio-políticos del siglo XX han marcado de forma decisiva la evolución de los estudios de enfermería.

A ello se suma la compleja red de roles históricos que configuran la profesión en sus ramas de practicante, enfermera y matrona (Gómez et al., 2018), pluralidad que ha condicionado la formación académica y competencias profesionales.

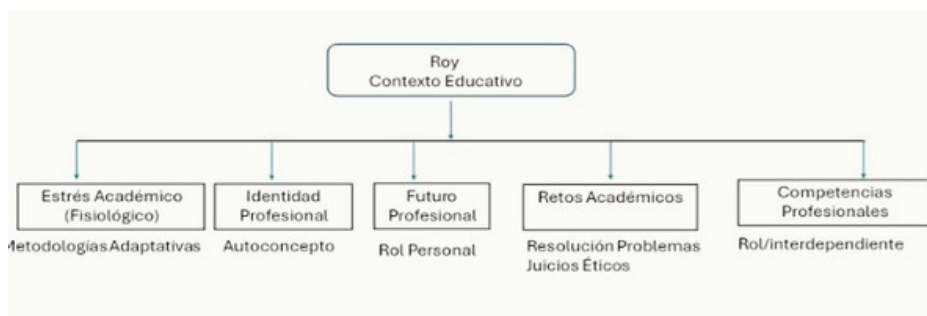
Históricamente, la enseñanza en enfermería se ha sustentado en una racionalidad técnica, con fuerte componente jerárquico y docencia centrada en clases magistrales orientadas a transmitir habilidades necesarias para la práctica, recurriendo a la observación como método principal de aprendizaje (Gómez, Duque & Sukkarieh, 2015). Este modelo generó una formación fuertemente condicionada, especialmente en los primeros años universitarios, en los que el estudiante tenía un papel pasivo y dependiente.

El cambio metodológico que requiere el primer año del Grado en Enfermería puede entenderse a la luz de la Teoría de la Adaptación de Callista Roy. Según Roy, el ser humano es un sistema adaptativo que responde a estímulos íntimos y del exterior mediante mecanismos regulatorios y cognitivo-adaptativos.

Aplicado a la educación, el ingreso en la universidad representa un estímulo focal, debido a cambios bruscos en metodologías de aprendizaje, acompañado de estímulos contextuales que conllevan cambios familiares, sociales y académicos previos, sin olvidar los residuales dentro de los que se encuentran las experiencias y creencias adquiridas.

En el caso de la enfermería, esta adaptación es doble, ya que por un lado se encuentra la adaptación académica, pasando de un aprendizaje jerárquico y observacional a otra realidad, donde se fomentará el aprendizaje activo y reflexivo. Por otro lado, se centrará en la parte profesional, al asumir que el ejercicio de la enfermería se tendrá que asumir responsabilidades y decisiones fundamentadas, con pensamiento crítico y desde una ética profesional (García, Bustos, Maya, 2023).

La formación inicial del Grado de Enfermería debe estar en consonancia con teorías y marcos conceptuales que guían la práctica profesional. En este sentido, la Teoría de la Adaptación de Callista Roy ofrece un modelo que se adapta al estudiantado en el acceso a estudios universitarios. Roy sostiene que el ser humano es un sistema adaptativo que responde a diferentes estímulos del cuerpo y del entorno mediante mecanismos regulatorios y de adaptación cognitiva. En este sentido Roy, identifica cuatro modos de adaptación: fisiológico, autoconcepto, rol e interdependencia. Estos modos se reflejan en la capacidad del estudiantado para gestionar el estrés académico, construir una identidad profesional, asumir su papel como futuro profesional y trabajar de manera colaborativa (figura 1).



Fuente: realización propia de las autoras.

Figura 1: Conceptos comunes de la teoría enfermera de Callista Roy, en materia de Educación superior.

Integrar el Metaparadigma en el diseño curricular del primer año permite reconocer que la adaptación del estudiante como persona no es solo un proceso académico, sino también como un organismo biológico, racional y cambiante. Dentro del entorno nos encontramos aquellos factores que pueden influir e interactuar en el propio discente. Respecto a la Enfermería, la encontramos como disciplina, encargada del suministro de cuidados, siendo la meta del alumnado en formación y la salud se manifiesta en cada individuo de manera diferente, donde se contemple las dimensiones cognitivas, emocionales y relacionales, en este caso del propio discente (figura, 2).



Fuente: realización propia de las autoras.

Figura 2: Metaparadigma según la Teoría de la Adaptación de Callista Roy aplicado a la Educación Superior de Enfermería.

El cambio metodológico que sucede durante el primer curso se enmarca en la enseñanza a través de metodologías activas que favorecen la participación, la autoevaluación y la construcción grupal del conocimiento. La adaptación no implica el abandono de la clase magistral, sino su integración en un modelo híbrido con participación de docente/discente que combine:

- 📌 Exposición en el aula manera estructurada para la transmisión de conceptos clave y la creación de un marco común.
- 📌 Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) fomentando la resolución autónoma de casos y trabajo en equipo.
- 📌 Simulación clínica a través de seminarios que acerque desde el primer año a situaciones reales de práctica, mejorando la seguridad y confianza del discente.
- 📌 Aprendizaje cooperativo que favorezca la interdependencia positiva, la responsabilidad compartida y la comunicación interpersonal.

- ✓ Evaluación formativa continua que retroalimente de manera inmediata el progreso del estudiantado, detectando necesidades de apoyo y adaptación.
- ✓ Iniciación a la investigación científica de marcos conceptuales y teorías a través de infografías posters y pequeñas búsquedas en bases de datos científicos.

En este contexto, la metodología docente debe entenderse como una herramienta de acompañamiento adaptativo, relacionado con el modelo de Roy, pues la evolución del estudiantado pasa de una fase de inseguridad e incluso pasividad a pensamiento crítico, lo cual llevará a la responsabilidad profesional.



INFLUENCIA DE LA FORMACIÓN PREUNIVERSITARIA EN LA ADAPTACIÓN AL GRADO EN ENFERMERÍA.

La etapa formativa previa a la universidad condiciona la capacidad de adaptación del estudiantado que inicia el Grado en Enfermería, particularmente en su primer curso.

Tanto la educación secundaria como los ciclos formativos suelen desarrollarse bajo un modelo de enseñanza guiado por el docente, en el que prima la exposición magistral, y donde la independencia del estudiantado se encuentra limitada, además de fomentar la reproducción y retención mecánica de la información. Por tanto, la conexión entre la ES, la sociedad y la demanda asistencial ha influido de manera significativa en los planes de estudio de Enfermería. Esta nueva visión busca definir las metodologías, contenidos y sobre todo competencias que la formación universitaria debe priorizar para generar conocimiento efectivo a las demandas sociales.

En este sentido la etapa preuniversitaria se ve condicionada debido a la adaptación que debe de generarse en este tipo de alumnado, ya que sus hábitos de aprendizaje y experiencia previos condicionan la manera de enfrentarse a una nueva realidad formativa y profesional. En el marco de la adaptación al Grado en Enfermería, se ha comenzado a cuestionar el valor de una formación estrictamente disciplinar, otorgando mayor relevancia a las experiencias socioculturales en el aula, al trabajo colaborativo y al fomento de las ideas propias del estudiantado, por encima del discurso unidireccional del

docente, cuya hegemonía en el proceso formativo tiende a diluirse. Sin embargo, el bagaje preuniversitario de gran parte del alumnado continúa marcado por metodologías centradas en la transmisión de contenidos meramente disciplinares, bajo un modelo de enseñanza tradicional basado en lecciones magistrales y con una visión heredada de una universidad descontextualizada (Queirós, et al, 2016). Este enfoque, orientado a la homogeneidad conceptual y a la repetición mecánica, puede limitar la capacidad de análisis y retrasar el desarrollo de competencias esenciales en la formación enfermera, como advierte Bigg, (2006).

La educación formal preuniversitaria influye en las expectativas que el alumnado tiene sobre la formación en ES, pues proceden de entornos más teóricos, se encuentran en contextos donde se contempla la necesidad de aplicar conocimientos a contextos reales desde etapas iniciales. Por ello, es clave que los docentes implicados en esta primera fase de la ES integren diseños curriculares estrategias de transición que faciliten la **adaptación progresiva**. De este modo, se puede ver reducido el impacto del cambio y potenciar un aprendizaje explicativo y demostrativo que sienta las bases para el desarrollo de competencias profesionales en el ámbito de la enfermería (Gómez, et al, 2015).

Impacto del cambio metodológico: de la clase magistral a las metodologías activas

En el marco de las metodologías activas, el rol del docente se transforma, pasando de ser un mero transmisor de contenidos a convertirse en un facilitador del aprendizaje. En este sentido, se hace prioritario el conducir la discusión, orientar el análisis y guiar al alumnado hacia una comprensión más profunda de los contenidos impartidos y trabajados, priorizando la construcción de significado frente a la simple memorización. Este enfoque no solo fortalece la **solidez del aprendizaje**, sino que también incrementa la **motivación intrínseca**, preparando a los futuros profesionales para **trasladar** con eficacia el conocimiento adquirido a una atención adecuada a nivel asistencial. Dicha situación favorece que el estudiantado desarrolle un mayor conocimiento en su futura práctica asistencial, favoreciendo la **empatía** y la **ética profesional**, **habilidades clave** para **trabajar en equipo** a nivel asistencial. La interacción constante entre el alumnado fomenta la **responsabilidad compartida** y la integración de perspectivas diversas en la **resolución de problemas** (Sánchez, 2017). El paso de métodos de enseñanza pasivos a otras metodologías activas no significa una ruptura en los conocimientos a través de la clase magistral, sino su utilización como parte de un plan de aprendizaje dinámico y participativo.

En el contexto del primer año del Grado en Enfermería, la combinación de docencia magistral y metodologías activa se vuelve muy necesaria, ya que permite estructurar el conocimiento, guiar el **pensamiento crítico** y favorecer la construcción de **marcos conceptuales sólidos** que servirán de base para el desarrollo profesional (García, Bustos, & Maya, 2023).

Combinar clases teóricas con actividades participativas ayuda a desarrollar las competencias necesarias en entornos clínicos y comunitarios. Sin olvidar que la incorporación de metodologías activas como el **aprendizaje basado en problemas (ABP)**, el **aprendizaje cooperativo/grupal** e incluso las prácticas en laboratorio mejoradas con las **simulaciones clínicas**, promueve que el estudiantado asuma un papel protagonista en su proceso formativo desde etapas iniciales (Fernández, 2006). Este cambio metodológico implica, no obstante, un reto adaptativo para el alumnado, acostumbrado en su formación preuniversitaria a un modelo más directivo y menos autónomo. Este nuevo paradigma favorece la **autonomía**, **incrementa la motivación** y contribuye a una adaptación más fluida al entorno universitario, reduciendo incluso el riesgo de abandono en las etapas iniciales (Gómez, 2015).

Por tanto, la implicación de docentes en la aplicación de nuevas metodologías de aprendizaje utilizando la combinación equilibrada de clase magistral y metodologías activas representa una vía efectiva para formar futuros egresados de enfermería competentes, reflexivos y preparados para afrontar los desafíos complejos de la práctica asistencial. En definitiva, se refuerza la idea de que el aprendizaje resulta más satisfactorio y significativo cuando el discente percibe que tiene control y autonomía sobre su proceso formativo, lo que potencia tanto su compromiso como su capacidad para aprender de forma continua a lo largo de la vida.

Estrategias docentes integradoras en la formación universitaria de enfermería.

La integración de teoría y práctica desde los primeros cursos del Grado en Enfermería evita la tradicional separación entre la clase magistral y el aprendizaje clínico. Esto es particularmente relevante considerando que parte del profesorado (teórico/práctico) en ES procede del ámbito asistencial, con gran experiencia a nivel público (Atención Primaria y Especializada) y privado. En este sentido, el aula se orienta a ser incorporado por el estudiantado como herramienta aplicable en la atención al paciente (Romañá, Gros, 2003).

Por tanto, la formación universitaria en enfermería se sustenta, en gran medida, en la enseñanza reflexiva, entendida como un proceso que combina el conocimiento teórico y práctico para su activación en contextos reales. Este enfoque, vinculado a la práctica-reflexiva se estructura en tres mecanismos clave:



Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas de canva.

Estas dimensiones resultan esenciales para enfrentar situaciones ambiguas e inestables tanto en la práctica asistencial como en la enseñanza de contenidos curriculares (Sánchez, 2017). De hecho, se potencia la comprensión del “*por qué*” de las acciones formativas, facilitando en el docente una reflexión sobre sus habilidades prácticas.

De esta manera, el ciclo teoría-práctica se convierte en un proceso continuo que fortalece la **capacidad de juicio clínico** y la **actuación fundamentada en criterios éticos y científicos**, los cuales van aumentando según evoluciona el proceso formativo.

Las metodologías que favorecen el aprendizaje experiencial ocupan un lugar destacado, ya que fomenta una dinámica participativa, centrada en el estudiantado y en sus procesos de reflexión y construcción del conocimiento (Falcó, 2004). La alternancia de momentos teóricos y reflexivos, potenciados entre docente y discente, consolida una mejor relación entre ambos facilitando el aprendizaje significativo y orientado al cuidado (Romañá, Gros, 2003).

Las estrategias docentes integradoras deben reconocer que, en la práctica asistencial, cada profesional desarrolla un estilo único de intervención, condicionado por su experiencia, contexto y valores.

Por ello, es fundamental que la formación incluya no solo la dimensión biológica del cuidado, sino también el componente social y cultural inherente al entorno del paciente (Gradellini, 2021). Esta visión amplia del cuidado permite a los futuros enfermeros adaptarse a situaciones diversas y responder con sensibilidad y eficacia.

No se debe obviar que las estrategias docentes integradoras en enfermería requieren un equilibrio entre la transmisión de conocimientos y el desarrollo de competencias reflexivas, asegurando que el alumnado no solo sepa qué hacer, sino también por qué y cómo hacerlo en cada contexto. Esta visión holística fortalece la autonomía profesional, eleva la calidad de los cuidados y prepara a los futuros graduados para afrontar con criterio, ética y empatía los retos propios de la práctica enfermera.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

La formación universitaria en enfermería afronta el reto de evolucionar hacia un modelo educativo de mayor flexibilidad, inclusivo y centrado en el estudiantado, capaz de responder a las demandas del sistema sanitario y cambios de la sociedad. Dicha situación lleva implícito reforzar el acompañamiento formativo en ES, sobre todo durante el primer año para facilitar la transición desde la formación preuniversitaria, consolidar la implementación de metodologías activas sin perder el valor estructurador de la clase magistral, y mantener un vínculo constante entre la teoría y la práctica profesional.

Asimismo, será necesario apostar por la formación docente continua, que garantice que el profesorado (teórico/práctico) transmita conocimientos, y además inspire en el alumnado el compromiso ético, la capacidad crítica y las competencias científico técnica necesarias para un ejercicio profesional de calidad. Solo así se logrará que la universidad forme futuros egresados con una visión innovadora, y líderes en un entorno de cuidados cada vez más complejo y multidimensional.

Es necesario contemplar que, la formación preuniversitaria influye de manera significativa en el modo en que el alumnado afronta la entrada a estudios universitarios, sobre todo en su primer año, ya que los hábitos de aprendizaje adquiridos durante la fase de estudios obligatorios se encuentran, en su mayoría, centrados en la recepción pasiva de información y la memorización, así como en evaluaciones cerradas y no sumativas. Dicha situación puede dificultar la transición hacia un modelo educativo más autónomo y reflexivo. La identificación temprana de estas diferencias formativas que existen entre la enseñanza obligatoria y la educación superior resulta esencial para implementar apoyos pedagógicos por parte del docente que faciliten la integración y reduzcan el riesgo de desmotivación o abandono.

Teniendo en cuenta el cambio metodológico que se ha producido, el cual va enfocado hacia una combinación de clase magistral con metodologías activas ofrece una vía para mejorar la comprensión, la motivación, la aplicación teórica y la investigación así como la transferencia del conocimiento a la práctica clínica. Este modelo combinado fomenta el pensamiento crítico, la colaboración con los equipos de trabajo, elementos imprescindibles para desenvolverse en entornos de atención cambiantes de manera constante.

La incorporación de la experiencia práctica del profesorado dentro de la ES y el desarrollo de competencias generales, específicas y transversales garantizan que el conocimiento adquirido por discentes se interiorice y se aplique de forma ética, científica y contextualizada dentro de cada cultura.

En suma, el éxito formativo en enfermería requiere comprender la trayectoria educativa previa del alumnado, aplicar metodologías activas que potencien su autonomía y promover estrategias integradoras que aseguren la coherencia entre la formación académica y la práctica profesional.

USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaram no utilizar herramientas de inteligencia artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc). Toda la redacción y/o diseño de los materiales audiovisuales, son de responsabilidad plena de los autores para el desarrollo del contenido académico del capítulo.

REFERÊNCIAS

- Biggs, J. (2006). **Calidad del aprendizaje universitario**. Madrid: NARCEA.
- Falcó Pegueroles, A. (2004). La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. **Educación médica**, 7(1), 42-45.
- Fernández March, A. (2006). Metodologías activas para la formación de competencias. **Educatio Siglo XXI**, 24, 35-56. Disponible: <https://revistas.um.es/educatio/article/view/152>
- García, M. A., Bustos, B. C. V., & Maya, A. Á. M. S. (2023). Aplicación del Modelo de Adaptación de Roy en el contexto comunitario. **Revista Cuidarte**, 14(3), e07. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3016>
- Gezuraga Amundarain, M., & Malik Liévano, B. (2015). Orientación y acción tutorial en la universidad: aportes desde el aprendizaje-servicio. REOP - **Revista Española de Orientación y Psicopedagogía**, 26(2), 8-25. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.26.num.2.2015.15213>
- Gómez, S., Duque, M. C., Sukkarieh, S. (2015). **La formación multiprofesional en la formación sanitaria especializada: otras unidades multiprofesionales en la formación sanitaria especializada desde el punto de vista de la enfermería**. En J. Millán, J. L. Palés, & J. Morán-Barrios (Eds.), **Principios de Educación Médica, desde el grado hasta el desarrollo profesional** (pp. 438-444). Madrid: Panamericana.
- Gómez Cantarino, S., Gutiérrez de la Cruz, S., Espina Jerez, B., Dios Aguado, M. D. L. M. D., Queirós, P. J. P., & Alves Rodrigues, M. (2018). Desarrollo formativo de la enfermería española y sus especialidades. **Cult. de los Cuid.**, 22(52). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.0>
- Gradellini, C., Gómez-Cantarino, S., Dominguez-Isabel, P., Molina-Gallego, B., Mecugni, D., & Ugarte-Gurrutxaga, M. I. (2021). Cultural competence and cultural sensitivity education in university nursing courses: A scoping review. **Frontiers in Psychology**, 12, 682920. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.682920>
- Morales-Morgado, E. M., Ruiz-Torres, S., Rodero-Cilleros, S., Morales-Romo, B., Campos-Ortuño, R. A. (2023). Metodologías activas en educación superior, mediadas por tecnologías en diversas disciplinas. **Aula**, 29, 295-311. <https://doi.org/10.14201/aula202329295311>
- Pereira-Afonso, M. R., Fernandez-Cézar, R., Lopezosa-Villajos, V., Hermida-Mota, M., de Almeida Peres, M. A., & Gómez-Cantarino, S. (2025, August). Sexual health education in nursing: A scoping review based on the dialectical structural approach to care in Spain. In *Healthcare*, 13(15), 1911. <https://doi.org/10.3390/healthcare13151911>
- Queirós, P. J. P., Fonseca, E. P. A. M., Mariz, M. A. D., Chaves, M. C. R. F., & Cantarino, S. G. (2016). Significados atribuidos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 85. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16022>
- Romaña Blay, M. T., & Gros Salvat, B. (2003). La profesión del docente universitario del siglo XXI: ¿Cambios superficiales o profundos? *Revista de enseñanza universitaria*.

Sánchez, A. D. E. (2017). Hábitos de estudio. **Revista Atlante: cuadernos de educación y desarrollo**, 1(1), 1-9. <http://www.eumed.net/rev/atlante/2017/07/habitos-estudio.html>

Silva, J., & Maturana, D. (2016). Una propuesta de modelo para introducir metodologías activas en educación superior. **Innovación Educativa**, 17(73), 117-132. <http://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v17n73/1665-2673-ie-17-73-00117>

Solanas, I. A., Hallett, C. E., & Wakefield, A. (2019). La influencia de la Guerra Civil sobre el desarrollo de la profesión de enfermería en España: su evolución a través de un siglo de historia. **Temperamentvm**, 15, e12606. <http://ciberindex.com/c/t/e12606>

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a la Red Internacional de Investigación en Enfermería la oportunidad para submeter este capítulo a el libro Raíces del Saber.

Revisora

Hélia Maria da Silva Dias
ORCID: 0000-0003-2248-6673
Portugal

Cómo citar

Gómez Cantarino MS, Frade MFG. **Equilibrio entre la docencia expositiva y las metodologías participativas en la enseñanza de enfermería**. In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. **Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería**. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.63-76. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17822375](https://doi.org/10.5281/zenodo.17822375).

EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL: LIÇÕES APRE(E)NDIDAS NAS PEDAGOGIAS DE PAULO FREIRE

Educación en Enfermería en Brasil: Lecciones Aprendidas de las Pedagogías de Paulo Freire *Nursing Education in Brazil: Lessons Learned from Paulo Freire's Pedagogies*

Kênia Lara da Silva | ORCID: 0000-0003-3924-2122

kenialara17@gmail.com | Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Lilian Cristina Rezende | 0000-0003-0869-0205

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Ingrid Yamilla Julian | ORCID: 0000-0001-9483-1953

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Rafaela Costa Schreck | ORCID: 0000-0001-5251-3973

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Elen Cristiane Gandrak | ORCID: 0000-0002-4623-6495

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Mariana Almeida Maia | ORCID: 0009-0006-4811-878X

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Gilberto Tadeu Reis | ORCID: 0000-0002-0595-0780

Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

Sumaya Giarola Cecilio | ORCID: 0000-0002-4571-8038

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Este capítulo apresenta as bases epistemológicas da Educação crítica problematizadora de Paulo Freire e suas contribuições para a Educação em Enfermagem no Brasil, baseando-se na Antologia das Pedagogias freireanas. Destaca a relação entre os princípios teóricos e metodológicos de Freire, enfatizando a importância de uma educação que promove a conscientização crítica e a transformação social. Da Pedagogia do Oprimido, extrai-se a ideia de que a educação deve reconhecer as condições de opressão na sociedade, formando um processo de conscientização onde educadores e estudantes trabalham juntos para transformar a realidade. Essa perspectiva apresenta a educação como ato político, voltado à liberdade. Da Pedagogia da Pergunta, discute a curiosidade e o diálogo, ressaltando a importância de criar um ambiente que estimule perguntas e intercâmbio de ideias. A Pedagogia da Autonomia valoriza experiências que promovem decisão, responsabilidade e liberdade, incentivando uma formação ética, responsável e politicamente engajada. A Pedagogia da Tolerância destaca a necessidade de promover convivência sem discriminação, racismo ou opressões, sendo fundamental para a democracia. Por fim, a Pedagogia da Esperança reforça a importância de uma esperança ativa, que impulsiona a busca por mudanças sociais na Educação em Enfermagem, com foco na transformação e no compromisso político. **Descritores:** Educação em Enfermagem; Educação crítica; Paulo Freire; Bases epistemológicas

INTRODUÇÃO

Diante da vastidão e profundidade das obras e do pensamento de Paulo Freire, constitui-se um grande desafio transformar em prática concreta o legado de seus ensinamentos. Reconhecer a potência de sua contribuição implica em compreender a complexidade de colocá-la em ação, sobretudo, em contextos educativos marcados por desigualdades e contradições sociais. Assim, revisitar Freire é, antes de tudo, um exercício constante de compromisso ético, político e pedagógico com a educação e a transformação da realidade.

Em tempos de intensificação das desigualdades sociais, marcados por retrocessos democráticos e ameaças à liberdade de pensamento e soberania, torna-se ainda mais urgente fortalecer manifestações que reafirmam o lugar de Paulo Freire como Patrono da Educação Brasileira. Sua obra é atemporal, sendo um marco fundamental na defesa da educação como ato político e de resistência, orientado para a libertação dos indivíduos e para o enfrentamento de todas as formas de opressão que atravessam a nossa sociedade (Kohan, 2019; Freire, 2017).

Reafirmar o compromisso com uma educação crítica e transformadora é um imperativo ético e político, especialmente na formação em Enfermagem, em que o processo educativo deve estar intrinsecamente ligado à realidade social e às necessidades humanas (Kloh, Lima, Reibnitz, 2014). As contribuições de Paulo Freire continuam sendo fundamentais nesse percurso, pois seus princípios e valores não apenas inspiram, mas também orientam práticas pedagógicas comprometidas com a emancipação e com a construção de sujeitos autônomos e conscientes (Miranda; Barroso, 2004).

Freire permanece atuante e presente em suas ideias e, sobretudo, na práxis de educadores que, como ele, compreendem a educação como um processo dialógico, humanizador e transformador. No campo da Enfermagem, esse referencial é essencial para romper com modelos bancários e tecnicistas de ensino, muitas vezes ainda hegemônicos, presentes dentro e fora dos muros da Universidade - no ensino durante a formação dos futuros enfermeiros, nas práticas de educação na saúde entre os pares e, principalmente, com a comunidade, durante as práticas de educação em saúde

Ressalta-se que as obras de Freire possuem fundamentos teórico-metodológicos que justificam, com vigor, a atualidade do seu pensamento. A potência crítica de suas teorias, ancorada na politicidade da educação, o caráter democrático e participativo de suas propostas pedagógicas, além da sua concepção de educação permanente, com ruptura de paradigmas tecnocráticos e valorização da curiosidade epistemológica dos sujeitos, são elementos indispensáveis para a construção de uma formação em saúde mais humana, reflexiva e comprometida com a transformação da realidade (Freire, 2018).

Reconhecer nossa condição inacabada, em permanente elaboração, como nos ensinou Freire, é aceitar que estamos sempre em processo de aprender, ensinar e transformar (Freire, 2018). Nesse contexto, as contribuições de Paulo Freire, por meio de sua epistemologia crítica e problematizadora, tornam-se fundamentais para repensar o papel da Educação no Brasil.

Dessa forma, o presente capítulo tem como objetivo apresentar as bases epistemológicas da Educação Crítica problematizadora de Paulo Freire refletindo sobre a sua adequação à Educação em Enfermagem.

A partir da antologia das pedagogias freireanas, com lições mais significativas para o agir educativo em Enfermagem, estabelece-se uma relação entre os aportes teóricos e metodológicos discutidos pelo autor e a Educação em Enfermagem no Brasil.

CONTRIBUIÇÕES DE PAULO FREIRE PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM



O conjunto de ideias, princípios e práticas do legado de Paulo Freire, têm influenciado profundamente as diversas áreas da educação, incluindo a educação em enfermagem, sustentando-se na sensibilidade ética, consciência social e engajamento com os determinantes históricos que moldam a vida das pessoas em sociedade (Kohan, 2019; Miranda; Barroso, 2004).

A reflexão sobre as contribuições de Paulo Freire para a educação em Enfermagem exige um olhar atento às suas obras. Uma vez que as pedagogias são o nosso foco de atenção, por serem respostas ao fazer educativo voltado à população e à formação dos futuros enfermeiros, na busca por transformação, propõe-se aqui um delineamento que permita abordar alguns dos principais ensinamentos freirianos aplicáveis à formação em saúde.

Refletir sobre as contribuições de Paulo Freire para a educação em Enfermagem incita uma reflexão acerca do próprio significado de pedagogia. Perguntar:

“o que é a pedagogia?”



“para que serve a pedagogia?”

Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas de canva.

Pode parecer elementar, mas essas questões inauguram um convite à problematização crítica daquilo que muitas vezes é tomado como dado. De maneira geral, a pedagogia é compreendida como *“a ciência que trata da educação, como o conjunto de métodos organizados para orientar processos formativos”* (Michaelis, 2025). No entanto, limitar-se a essa concepção formal é negligenciar a potência da pedagogia como experiência vivida, como construção subjetiva e socialmente situada.

Nesse sentido, propõe-se um deslocamento do olhar: pensar as pedagogias também como ciência e método, mas sobretudo como relação — uma relação que se constitui e se transforma a partir da experiência que as pessoas têm de si mesmas. Essa compreensão encontra respaldo na perspectiva pós-crítica, que analisa a pedagogia como algo que extrapola o espaço institucional do ensino formal.

Como sintetiza Gomes (2015, p. 952), a pedagogia deve ser compreendida *“como relação reflexiva e condicionada por vínculos, concepções e projeções sobre o mundo e sobre o ser humano”*. Tal afirmação desestabiliza as compreensões tradicionais da pedagogia enquanto prática neutra ou meramente técnica e nos convoca a reconhecê-la como um campo profundamente implicado na produção de subjetividades.

Bondía (2002) complementa essa visão ao afirmar que *“as práticas pedagógicas produzem sujeitos”* — isto é, não apenas ensinam, mas constituem modos de ser, modos de se perceber e de se posicionar no mundo.

Essa compreensão é essencial para a educação em Enfermagem, pois desloca a formação de um campo técnico-instrumental para uma prática dialógica, reflexiva e humanizadora. Inspirar-se em Paulo Freire, nesse contexto, é entender que a pedagogia não se realiza apenas em métodos e conteúdos, mas na qualidade das relações que se estabelecem no ato educativo — relações permeadas por escuta, afeto, compromisso ético e transformação social (Freire, 2018).

Dessa forma, os pressupostos da pedagogia freireana ampliam nossa capacidade de compreender a formação em saúde como um processo vivo, político e profundamente humano. É impossível, portanto, falar de pedagogia sem reconhecer que ela se firma, antes de tudo, na relação que o educador estabelece consigo mesmo, assim como o educando com sua própria história e existência, para então emergir como uma relação educador-educando. Talvez essa já seja uma primeira e fundamental contribuição que podemos tomar no processo de pensar as pedagogias freireanas:

Como estamos estabelecendo essas relações reflexivas?



Como docentes de Enfermagem, estamos exercitando a capacidade de nos perceber como sujeitos inacabados, implicados nas práticas que conduzimos?

Como os estudantes de Enfermagem têm se reconhecido como sujeitos do processo formativo?

Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas de canva.

A relação docente-estudante, nesse contexto, é inevitavelmente condicionada pelas concepções que ambos têm de si, do outro e do mundo.

Com essa compreensão ampliada de pedagogia, propõe-se um convite: percorrer as pedagogias de Paulo Freire com a intenção de resgatar alguns de seus contributos mais fecundos para a formação e a educação em Enfermagem — contributos que seguem vivos e necessários, especialmente diante dos desafios éticos, sociais e políticos que atravessam o campo da saúde e da educação em nosso tempo.

OS CONSTRUCTOS DA PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE



Constructo 1 - A libertação das formas de opressão - Pedagogia do Oprimido

Em 1968, quando Paulo Freire escreveu “Pedagogia do Oprimido”, sua obra foi censurada pela Ditadura Militar brasileira, só sendo publicada oficialmente em 1974. Essa censura não surpreende, considerando que o livro problematiza de forma profunda as relações de opressão presentes na estrutura social da época (Freire, 2016). Freire abordou as condições de dominação vividas pelos camponeses, estendendo sua análise aos trabalhadores rurais e urbanos, às classes médias, e, por analogia, a qualquer grupo humano submetido a formas diversas de exploração, dominação ou expropriação — o que inclui, sem dúvida, a categoria dos profissionais de Enfermagem.

O constructo central da obra pode ser exemplificada em seu prólogo:

Aos esfarrapados do mundo e aos que nele se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam (Freire, 1974, p. 23). **[Os esfarrapados eu entendo como os excluídos, os injustiçados, os colocados em situação de desvantagem em função das iniquidades]** (grifo nosso)

Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas de canva.

Os “**esfarrapados**”, aqui compreendidos como os excluídos, os injustiçados e aqueles postos em situação de desvantagem pelas iniquidades sociais, são convocados a uma luta conjunta por uma existência mais livre, justa e cidadã. Para Freire, a libertação dos oprimidos se confunde com a práxis — a ação transformadora da realidade por meio da construção dialética do mundo pelos próprios sujeitos que, ao transformar o mundo, se transformam a si mesmos, ou, como dizia o autor, “**se reinventam**”.

No campo da Educação em Enfermagem, a “**Pedagogia do Oprimido**” oferece contribuições essenciais. Primeiramente, reafirma que a luta contra as opressões que alienam e desumanizam deve ser mediada pela educação, entendida como ato político e prática de liberdade. Esse processo ocorre por meio da conscientização crítica e transformadora que se desenvolve durante a formação dos profissionais de Enfermagem, especialmente quando se reconhece não apenas a opressão que os afeta, mas também as formas pelas quais podem, muitas vezes inconscientemente, reproduzi-la. Como Freire advertia, “**o sonho do oprimido é se tornar opressor**”, o que revela a complexidade da relação entre opressão e consciência social.

A educação em Enfermagem deve ser entendida como um processo contínuo de conscientização, em que docentes, estudantes e profissionais reconhecem sua condição tanto de oprimidos quanto, por vezes, de opressores. Essa relação só poderá ser transformada com a transformação social mais ampla, a qual depende da mudança interior e coletiva dos sujeitos.

A missão precípua da educação, nesse sentido, é mediar esse processo de conscientização, para que todos os envolvidos possam se reconhecer como sujeitos históricos e sociais, capazes de dizer sua própria palavra. Portanto, o processo educativo não deve se limitar à mera reprodução de conteúdos, técnicas e procedimentos, mas deve colocar educadores e educandos em condições de re-existenciar criticamente seus mundos e, nesse exercício, resistir às opressões.

Embora isso já fosse suficiente para evidenciar a importância do legado freiriano, Paulo Freire nos ensinou ainda muito mais, ampliando continuamente os horizontes da educação como prática de liberdade e transformação social.

Constructo 2 - A inquietação crítica - Pedagogia da Pergunta

Com base na obra *Pedagogia da Pergunta* (1985), construída a partir de um diálogo entre Paulo Freire e o filósofo chileno Antonio Faundez (Freire; Faundez, 1985), emerge um segundo constructo fundamental de sua

pedagogia: a valorização da pergunta como expressão da **curiosidade epistemológica**, princípio fundante de uma educação voltada à liberdade. Nessa obra, marcada pela forma conversacional e pela profundidade filosófica, Freire retoma suas reflexões sobre o processo educativo vivenciado durante o exílio no Chile e amplia a compreensão do ato de educar para além da simples transmissão de conteúdos. Ele defende, com clareza, que é a curiosidade — tanto do educando quanto do educador — que impulsiona a busca por conhecimento, sendo a pergunta a forma concreta de expressão dessa inquietação crítica.

Paulo Freire afirma que



A curiosidade o estudante às vezes pode abalar a certeza do professor. Por isso é que ao limitar a curiosidade do aluno, a sua expressividade, o professor autoritário limita a sua também. Muitas vezes, por outro lado, a pergunta que o aluno, livre para fazê-la, faz sobre um tema, pode colocar ao professor um ângulo diferente, do qual lhe será possível aprofundar mais tarde uma reflexão mais crítica" (FREIRE; FAUNDEZ, 1985, p. 23).

Tal afirmação revela que o verdadeiro processo educativo exige o acolhimento das perguntas como motor do pensamento e da problematização do mundo. A pergunta, nesse contexto, não é apenas um recurso didático, mas o próprio fundamento de uma pedagogia crítica, que se realiza no diálogo e na escuta ativa.

Aplicando esse constructo à Educação em Enfermagem, percebemos que uma de suas principais contribuições está em recolocar o diálogo no centro do processo formativo. O diálogo, como mostra uma revisão de literatura (Garzon, Silva, Marques, 2018) conduzida no campo da Enfermagem com base no referencial freireano, aparece como um dos temas mais recorrentes nas pesquisas da área. Isso sugere que há uma valorização crescente desse princípio, mas também nos convida a refletir:



o que, afinal, compreendemos como diálogo na Educação em Enfermagem?

Embora Paulo Freire não tenha escrito diretamente uma “Pedagogia do Diálogo”, ele dedica um capítulo essencial da Pedagogia do Oprimido à discussão da dialogicidade como essência da educação enquanto prática da liberdade. Nesse capítulo, ele apresenta os elementos constitutivos do diálogo: amor, fé, confiança, humildade, esperança e criticidade. Além disso, identifica dois elementos que, embora não constituam o diálogo em si, são intrínsecos à sua ocorrência: a práxis (entendida como ação-reflexão-ação) e a pronúncia do mundo — ou seja, a capacidade de expressar-se, de dizer a própria palavra (Freire, 1987).

Dessa forma, uma das lições centrais extraídas da Pedagogia da Pergunta, articulada à pedagogia do diálogo, é que

Trata-se de um desafio, sobretudo em contextos pedagógicos nos quais se privilegiam respostas prontas, orientações prescritivas e soluções técnicas, em detrimento da dúvida, da problematização e da escuta das incertezas. O educador freireano não é aquele que oferece respostas definitivas, mas aquele que ajuda o educando — e a si próprio — a formular perguntas, a questionar o mundo, a desestabilizar verdades cristalizadas.



Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas de canva.

Essa compreensão tem implicações profundas para a formação em Enfermagem. Significa reconhecer que enfermeiras e enfermeiros devem ser formados não apenas para executar procedimentos com eficiência, mas para interrogar a realidade social e profissional em que estão inseridos, dialogando com as experiências das pessoas com quem trabalham e cuidam. É, portanto, um convite à prática de uma educação que seja, de fato, processo de conscientização e transformação — tanto dos sujeitos quanto do mundo.

Em síntese, a segunda grande contribuição da obra de Paulo Freire para a Educação em Enfermagem está na articulação entre pergunta, diálogo, conscientização e transformação. Esse ciclo processual deve ser constitutivo de uma educação como prática de liberdade.

Educar, nessa perspectiva, é começar pelas perguntas, abrir-se ao diálogo, promover a consciência crítica e, com ela, contribuir para a transformação dos sujeitos e das estruturas que os oprimem. Trata-se de uma pedagogia que nos convoca a resistir — e reexistir — a partir do ato profundamente humano de perguntar (Paro, Ventura, Kurokawa et al, 2020).

Constructo 3 - Imperativo ético-político - Pedagogia da Esperança e dos Sonhos Possíveis

“Não sou esperançoso por pura teimosia, mas por imperativo existencial e histórico (Freire, 2014).”

A Pedagogia da Esperança, publicada por Paulo Freire em 1992, é um reencontro com os princípios centrais da Pedagogia do Oprimido, revisitados a partir das transformações históricas, sociais e subjetivas vividas por Freire ao longo de 24 anos (Freire, 2014). Escrito com a densidade emocional de quem nutre *“raiva e amor”*, como o próprio autor afirma, o livro emerge como um contraponto às críticas que buscam deslegitimar a dimensão política da educação. Nele, Freire reafirma o caráter ético e político do ato educativo, assumindo sua radicalidade enquanto compromisso com a vida, com a liberdade e com a luta contra todas as formas de opressão.

A centralidade da esperança no projeto pedagógico freireano não é ingênua ou desmobilizadora. Ao contrário, Freire a qualifica como esperança do verbo *esperançar*, e não do verbo *esperar*. *“Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir”* (Freire, 2014), ele nos ensina. Essa esperança ativa, que recusa a passividade, é condição para a mobilização individual e coletiva. Entretanto, Freire nos adverte que a esperança, por si só, *“não ganha a luta”*, sendo necessário conjugá-la à práxis — à ação-reflexão-ação — para que se transforme em concretude histórica.

Para a Educação em Enfermagem, essa concepção de esperança assume uma relevância ainda maior em contextos marcados por profundas desigualdades, injustiças e múltiplas formas de violência. (Freire, 2014). É justamente em tempos sombrios que a pedagogia da esperança se apresenta como horizonte ético e político, convocando educadores e educandos a não se deixarem capturar pela desesperança paralisante, nem tampouco a se acomodarem frente aos

escândalos sociais, como o racismo, o sexismo, o colonialismo, a violência estatal e a miséria. A desesperança, como destaca Freire, *“imobiliza a ação e faz crer no fatalismo de que não é possível mudar ou recriar o mundo”* (Freire, 2014).

Nesse sentido, a pedagogia da esperança não se limita ao campo das ideias, mas exige inserção prática. Freire provoca educadoras e educadores a reconhecerem que a democratização do ensino — em seus conteúdos, currículos, metodologias e relações — não é um efeito externo ou posterior à mudança social, mas sim condição de possibilidade para essa transformação. A educação, nesse contexto, é prática inaugural, e não consequência. Por isso, ele adverte que não se deve esperar que a sociedade se democratize para, então, adotar práticas pedagógicas democráticas: é a prática democrática na educação que semeia a mudança social.

No campo da Enfermagem, essa pedagogia convida à incorporação de temas urgentes e estruturais nos processos formativos: discutir pobreza, desigualdade, violência estrutural e institucional, o genocídio da juventude negra, os impactos do patriarcado e do colonialismo, entre outras expressões da injustiça social. Isso requer da Educação em Enfermagem uma postura ativa e radical na crítica ao conservadorismo e na defesa inegociável da vida. Em termos curriculares, isso implica pensar estratégias formativas que articulem teoria e prática com o compromisso ético-político de formar profissionais conscientes, sensíveis e transformadores.

A esperança, tal como Freire a concebe, está intrinsecamente ligada ao sonho. Sonhar, na perspectiva freireana, é uma condição para a existência humana. Porém, não se trata de um sonho idealizado ou utópico no sentido vulgar, mas do que ele chamou de inédito-viável: aquilo que ainda não existe, mas que pode tornar-se realidade por meio da ação coletiva e do engajamento político. É, portanto, um sonho que se enraíza na realidade concreta e que só se torna possível quando nutrido por esperança crítica e consciência política.

A esperança, tal como Freire a concebe, está intrinsecamente ligada ao sonho. Sonhar, na perspectiva freireana, é uma condição para a existência humana. Porém, não se trata de um sonho idealizado ou utópico no sentido vulgar, mas do que ele chamou de inédito-viável: aquilo que ainda não existe, mas que pode tornar-se realidade por meio da ação coletiva e do

engajamento político. É, portanto, um sonho que se enraíza na realidade concreta e que só se torna possível quando nutrido por esperança crítica e consciência política.

É nesse ponto que a Pedagogia da Esperança se entrelaça com a ideia da Pedagogia dos Sonhos Possíveis. Ambas compõem uma processualidade entre esperança, sonho e transformação, que se mostra fundamental para se pensar uma Educação em Enfermagem orientada pela prática da liberdade. Não há sonho sem esperança, nem transformação sem sonho. E não há Educação em Enfermagem comprometida com a justiça social sem estratégias formativas que promovam a consciência política dos sujeitos.

Assim, a grande contribuição desse terceiro constructo da obra de Paulo Freire é justamente este chamado à ação consciente: transformar a esperança do esperar (expectante) em esperança do esperar (militante); transformar o sonho (do inédito-viável) em concretude prática, e, com isso, transformar os sujeitos e a realidade em que vivem. Para tanto, torna-se urgente que a consciência política seja compreendida como uma missão educativa da Enfermagem, não apenas como conteúdo, mas como intencionalidade que estrutura o processo formativo.



Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas de canva.

Nos espaços que ocupamos: nas salas de aula, nos coletivos estudantis, nos movimentos docentes, nas organizações sociais, nos conselhos participativos, nos cotidianos das práticas de cuidado e nos espaços micropolíticos em que se desenham as relações sociais. É aí que a esperança se alimenta, que o sonho se traduz em ações possíveis, e que a Educação em Enfermagem se afirma como prática de transformação social.

E por fim, deparamos com o quarto constructo, eis também um grande desafio, especialmente para educadores/educadoras que somos.

Constructo 4 - Ética, amorosidade e engajamento político - Pedagogia da Autonomia e da Tolerância

A Pedagogia da Autonomia (Freire, 1996), publicada em 1996, é considerada uma das obras mais emblemáticas de Paulo Freire, especialmente para o campo da educação crítica. Pequena em volume, mas imensa em densidade, ela compila os *"saberes necessários à prática educativa"* e oferece uma profunda reflexão sobre o ato de ensinar e aprender como dimensões indissociáveis da existência humana. Ao propor uma educação pautada na ética, na amorosidade, na competência e no engajamento político, Freire reafirma o compromisso da prática pedagógica com a transformação social — contribuição inestimável para os processos formativos na educação em Enfermagem.

Freire nos apresenta uma concepção de ensino que vai além da transmissão de conteúdos: trata-se de uma experiência que estimula decisões conscientes, responsabilidade ética e respeito à liberdade do outro. O professor, nesse contexto, não é mero reprodutor de saberes, mas um sujeito ético-político que ensina aprendendo e aprende ensinando. Em suas palavras:



Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas de canva.

Ao reconhecer-se como ser inacabado, o educador também se torna aprendiz — e esse reconhecimento é central para a formação crítica em Enfermagem, uma vez que a prática profissional exige contínua autorreflexão e aprendizado.

A ética, conforme Freire delinea, é um dos pilares do ato educativo. Para ele, educar é um exercício de escolha, de decisão e de ruptura com modelos de ensino autoritários e reprodutores. Essa ética, no entanto, não pode ser dissociada da amorosidade, que se expressa como respeito, carinho, cuidado e compaixão — valores que também atravessam profundamente o fazer e o saber da Enfermagem. Amorosidade, em Freire, não se limita a afetos pessoais, mas envolve o reconhecimento da humanidade do outro e da historicidade das relações. Ensinar com amorosidade é afirmar o mundo como um espaço de intencionalidades e transformações (Freire, 1996).

A Pedagogia da Autonomia também reafirma a educação como ato político. Ao ensinar, o educador atua sobre o mundo, interfere na realidade, contribui para a formação de sujeitos capazes de pensar criticamente, denunciar as opressões e anunciar novos horizontes. Nesse sentido, Freire afirma que o professor deve ser um sujeito da esperança ativa, comprometido com a luta por um mundo mais justo. A esperança, para ele, não é passiva, mas militante — e é essa esperança militante que sustenta o compromisso com a mudança, inclusive nas condições adversas vividas por docentes e profissionais de saúde no Brasil contemporâneo (Freire, 1996).

Portanto, a Pedagogia da Autonomia oferece à Educação em Enfermagem o desafio e a oportunidade de construir processos formativos que promovam, intencionalmente, a consciência crítica, a ética da responsabilidade, a amorosidade nas relações e o engajamento com a transformação social. Em tempos difíceis, ela nos oferece não apenas ferramentas pedagógicas, mas também um horizonte de esperança e de luta. Afinal, como diria Freire, não é possível existir sem sonho — e não há sonho possível sem esperar.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atualidade da pedagogia freireana, especialmente em tempos de retrocessos democráticos e de mercantilização do ensino, reafirma-se como ato de resistência e esperança. É preciso, como propunha Freire, educar para a liberdade — e, no campo da Enfermagem, isso significa formar sujeitos capazes de cuidar com ciência, consciência e compromisso social.

Nesse contexto, a antologia freireana nos convoca a lutar por uma educação comprometida com a construção da subjetividade de educadores e educandos comprometidos com a transformação social. Para isso, o autor reafirma a necessidade cotidiana de processos educativos que respeitem a autonomia do educando, com práticas de ensino fundamentadas na ética e na responsabilidade, ressignificando o processo de ensinar e aprender, a partir de práticas mais humanas, críticas, reflexivas e emancipatórias.

USO DA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Os autores declaram que não utilizaram ferramentas de inteligência artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc). Toda a redação e/ou desenho dos materiais audiovisuais, são de responsabilidade plena dos autores para o desenvolvimento do conteúdo acadêmico do capítulo.

REFERÊNCIAS

- Bondia JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev Bras Educ. 2002;19:20-8. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>. [Accessed 15 Aug 2025].
- Freire P. Pedagogia da autonomia – saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- Freire P. Pedagogia da autonomia. 56. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2018.
- Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 21. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2014. p. 21-272.
- Freire P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 1987.
- Freire P, Faúndez A. Por uma pedagogia da pergunta. São Paulo: Paz e Terra; 1985.
- Garzon AMM, Silva KLD, Marques RdC. Liberating critical pedagogy of Paulo Freire in the scientific production of Nursing 1990-2017. Rev Bras Enferm. 2018;71:1751-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0699>. [Accessed 15 Aug 2025].
- Gomes EX. Quem tem medo da pedagogia?: contributos da teoria contemporânea da educação para resistir ao "regresso ao básico". Rev Bras Educ. 2015;20(63):949-73. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782015206308>. [Accessed 15 Aug 2025].
- Iranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004;12(4):631-5. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000400008>. [Accessed 15 Aug 2025].
- Kloh D, Lima MM, Reibnitz KS. Ethical and social commitment in the teaching plan of nursing education. Texto & Contexto Enferm. 2014;23(2):484-91. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000470013>. [Accessed 15 Aug 2025].
- Kohan WO. Paulo Freire e o valor da igualdade em educação. Educ Pesqui. 2019;45:e201600. <https://doi.org/10.1590/S1678-4634201945201600>. [Accessed 15 Aug 2025].
- Michaelis. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 2025. <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/pedagogia>. [Accessed 15 Aug 2025].
- Paro CA, Ventura M, Silva NEK. Paulo Freire e o inédito viável: esperança, utopia e transformação na saúde. Trab Educ Saúde. 2020;18(1):e0022757. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00227>. [Accessed 15 Aug 2025].

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería a oportunidade para submeter este capítulo ao Livro Raíces del Saber.

Revisora

Rita de Cássia Marques
Universidade Federal de Minas Gerais
ORCID: [0000-0002-9143-0385](https://orcid.org/0000-0002-9143-0385)

Como citar

Silva KL, Rezende LC, Julian IY, Schreck RC, Gandrak EC, Maia MA, Reis GT, Cecilio SG. **Educação em Enfermagem no Brasil: lições apre(e)ndidas nas Pedagogias de Paulo Freire**. In: Lino MM, Romero Daza AI, Martinez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.77-92. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17822449](https://doi.org/10.5281/zenodo.17822449).

REFLEXIÓN CRÍTICA DE LOS FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS Y TEÓRICOS DE LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA EN MÉXICO

Reflexão crítica sobre os fundamentos epistemológicos e teóricos da educação em enfermagem no México

Critical reflection on the epistemological and theoretical foundations of nursing education in Mexico

Jessica Belen Rojas Espinoza | ORCID: 0000-0003-4444-0123

jbrojase@uaemex.mx | Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, Estado de México, México

Beatriz Elizabeth Martínez Talavera | ORCID: 0000-0002-4179-6215

Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, Estado de México, México

Claudia Hernández del Valle | ORCID: 0000-0002-8505-0255

Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México, México

Este texto realiza una reflexión crítica sobre los fundamentos epistemológicos y teóricos de la educación en enfermería en México durante los últimos 20 años. En el país, la enseñanza del cuidado de enfermería combina pedagogías tradicionales y modernas, incluyendo enfoques positivistas, conductistas, constructivistas, pragmatistas, reflexivos, sociales y críticos liberadores. Desde el siglo pasado, se inició la profesionalización de la enfermería, pero la mayoría de los docentes carecen de formación pedagógica, siguiendo aún un modelo tradicional y bancario de enseñanza. Es fundamental analizar estos fundamentos para desarrollar nuevas estrategias educativas en enfermería. Aunque las competencias técnico-tecnológicas de los estudiantes se enriquecen con la experiencia de los docentes, esto no basta para formar profesionales con competencias integrales. Se requiere que los docentes tengan bases teórico-pedagógicas sólidas para responder a las demandas de conocimiento y práctica profesional en diversos contextos. Además, es necesario diseñar estrategias didácticas que promuevan aprendizajes significativos y contribuyan a alcanzar objetivos alineados con las necesidades sociales y la propia naturaleza de la enfermería. Esto permitirá una formación más completa, adaptable y alineada con los desafíos actuales del campo.

Descriptores: Investigación en Educación de Enfermería; Enseñanza de Enfermería; Epistemología.

INTRODUCCIÓN

La historia de la educación de enfermería en México transitó de forma similar que en la mayoría de países de América Latina, con herencias como el género, que obligaron a enfrentar limitaciones de reconocimiento laboral y autonomía profesional, además, la religión marcó las bases de la filosofía moral donde ahora surgen las propuestas filosóficas del cuidado, exigiendo a las enfermeras un perfil sacrificio, vocación de servicio y de abnegación. Otra de las herencias compartidas es la militar, donde la profesión de enfermería tiene su crecimiento y reconocimiento a partir de su papel de ayuda y consuelo a los heridos en los campos de batalla, delineando en el perfil de enfermería de ese entonces, la obediencia y la sumisión ante las órdenes dadas en un sistema jerárquico como el ejército (Velandia, 1993).

Con estas herencias, también se reconoce el inicio de la educación de enfermería dentro de los hospitales, con actividades bien definidas entre los médicos, quienes curaban y operaban, mientras las enfermeras cuidaban, asistían a los médicos y administraban los recursos e insumos de los hospitales, pero siempre bajo la supervisión del área médica, por lo que, la enfermería se identificó como una profesión supeditada al área médica.

Con este contexto, específicamente en 1831, en México se populariza la educación para mujeres, en las *escuelas de parteras*, con dos años de estudio. En el hospital de San Pablo, actual Hospital Juárez, en 1845, los médicos tomaron la estrategia de capacitar personal de enfermería y contrataron enfermeras norteamericanas, francesas y alemanas, quienes seguían el modelo de formación propuesto Florence Nightingale. La educación de enfermeras mediante un programa teórico-práctico encuentra sus inicios en 1907, coincidiendo con las escuelas establecidas dentro de los hospitales y, es en 1912 cuando se requiere como obligatorio el internado para las estudiantes, con lo cual permanecían en el hospital las 24 horas del día. En 1937 se abre la Escuela para enfermeras del ejército, en 1941 inician los cursos de especialización y en 1968 surge la Licenciatura en Enfermería, siendo hasta 2002 cuando se aprobó el primer programa de maestría en enfermería (Torres-Barrera & Zambrano-Lizárraga, 2018). Este recorrido muestra las décadas y los cambios que sufre la formación de enfermería, no obstante, las herencias aún permanecen en el subconsciente de los profesionales en formación y durante su ejercicio laboral.

Cabe destacar que derivado de las necesidades de atención a los enfermos y el no contar con un espacio físico expreso para la educación de enfermería, el surgimiento de esta disciplina tuvo una marcada vinculación a los hospitales, donde las enfermeras observaban lo que se hacía y la enseñanza de la teoría era impartida por los médicos, por lo tanto, se tomó como base para la educación un modelo de atención empírico-práctico, en donde destacaba el método del aprendiz, excluyendo el desarrollo del pensamiento crítico y reflexivo para la toma de decisiones, lo que en suma, demuestra el uso del enfoque biologicista, individual y ahistórico en la educación de enfermeras (Cárdenas-Becerril, 2018).

Desde 2005, Cárdenas-Becerril identificó como problemáticas en la profesionalización de enfermería en México: la falta de reglamentación de enfermería que permita normar la educación y el ejercicio profesional de las enfermeras, la práctica de enfermería privilegia el nivel curativo y las actividades delegadas por el médico; por último, en los aranceles profesionales no se reconoce la licenciatura y el nivel técnico se encuentra clasificado en el apartado de oficios.

Han pasado veinte años desde ese análisis, sin embargo, aún no existe un eje rector normativo que contrarreste la heterogeneidad en la formación de profesionales de enfermería y con ello, la propuesta de un modelo pedagógico específico para la enfermería mexicana, que integre la disciplina (práctica)- la teoría, el humanismo y la tecnología, con la esencia del cuidado de la vida y la salud; lo que hace imperante analizar el rol de los actores en el proceso enseñanza-aprendizaje para guiar el logro de objetivos educativos basado en competencias integrales, modelo vigente para la educación superior en México.

Dicho modelo por competencias no es exclusivo de la educación superior, ejemplo de ello y de su impacto en el mercado laboral, es el Modelo Educativo Basado en Competencias del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), en el marco del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) (2023). Su enfoque basado en competencias tiene como objetivo el desarrollo de habilidades (técnicas, tecnológicas y humanistas) en los trabajadores de salud del INSABI, considerando como base la importancia de la educación continua y permanente. El **método de evaluación** de este sistema de capacitación continua es el de **Kirkpatrick**, que mide la reacción, el aprendizaje, el comportamiento y los resultados de los participantes o estudiantes en programas de capacitación.

Con ello se distingue que tanto en la educación superior como en la capacitación continua del personal de salud se toma en consideración el modelo educativo basado en competencias, por lo que, para este capítulo se enfatiza para la enfermería mexicana el esquema de aprendizajes en el arraigo que tiene la formación por competencias, considerando específicamente la tendencia desarrollista de las competencias, con la integración de habilidades blandas y técnicas, esto sumado a la necesidad de integrar políticas, normas, teorías y estrategias, tanto disciplinares como y pedagógicas.

LA ESPERANZA DE UN CÁMBIO EN LA ENSEÑANZA POR COMPETENCIAS EN ENFERMERÍA EN MEXICO



Aunque históricamente el modelo educativo de enseñanza en enfermería predominante ha sido el tradicional, existe un esfuerzo en las universidades por transformar las estrategias para que los alumnos tengan las competencias necesarias que les permitan hacer frente a los cambios sociales y, para que los docentes, mediante el uso de las nuevas tecnologías, reaprendan nuevas formas de enseñar.

La autonomía disciplinaria en los últimos años ha impulsado cambios educativos para un aprendizaje reflexivo que lleve al alumno a cuestionar, incluso su propio conocimiento y, que lo haga competente ante los avances tecnológicos. Sin embargo, continúa una problemática fundamental: la perpetuación de un modelo biomédico reduccionista que fragmenta la comprensión holística del cuidado humano, hecho que no es propio de la enfermería mexicana y que atañe a todo un sistema y a los profesionales de la salud en occidente, lo que a su vez, propicia que las prácticas docentes se limiten a la enseñanza técnica y no reflexiva, porque finalmente, en los ámbitos donde los profesionales de enfermería se insertan a laborar, prepondera la técnica sobre el cuidado reflexivo dirigido a la toma de decisiones y la resolución de problemas.

El modelo tradicional, centrado en el docente, continúa vigente y con el tiempo nuevos modelos han sido incorporados en las universidades en busca de fomentar el pensamiento crítico en el proceso de aprendizaje para desarrollar competencias aplicadas al cuidado. Es así que, el reflejo de los modelos pedagógicos en enfermería presenta una transformación que trasciende lo meramente metodológico (pedagógico-didáctico) para

convertirse en una reconceptualización ontológica de lo que significa enseñar a cuidar. Es necesario reconocer que en esta transformación el modelo tradicionalista, caracterizado por la práctica del aprender haciendo y el modelo del aprendiz (Castrillón, 1986; Flores, 2001; Cárdenas y Sánchez, 2007), basado en la repetición acrítica, no sólo limitaba el desarrollo del pensamiento crítico, sino que reproducía estructuras jerárquicas dentro del sistema que inhibían la autonomía profesional. De esta forma el papel de los estudiantes de enfermería es un receptor-pasivo de información, limitando su rol frente al progreso de su aprendizaje, comprometiendo el logro de las competencias previstas, lo que evidencia la persistencia de estas limitaciones en la formación contemporánea.

Posteriormente la transición hacia modelos conductistas representó un intento de superación de las limitaciones tradicionalistas básicas de solo repetición, pero su implementación reveló nuevos desafíos. Carrieles et al. (2012) advierten críticamente que este modelo educativo genera la pasividad del alumno resaltando la autoridad y poder del profesor como poseedor del conocimiento, quien marca el ritmo del aprendizaje del alumno. Esta observación revela una paradoja inquietante: la adopción superficial de marcos teóricos como los conductistas y constructivistas, sin una transformación profunda de las prácticas pedagógicas y didácticas.

Sin embargo, investigaciones más recientes como la de Agama-Sanabria y Crespo-Knopfler (2016) demuestran que la implementación genuina de estrategias constructivistas, particularmente el aprendizaje basado en problemas genera diferencias significativas en el conocimiento, la motivación y el aprendizaje de los estudiantes. El proceso de enseñanza-aprendizaje en enfermería requiere estrategias objetivas y eficaces para que los estudiantes e instructores noveles desarrollen habilidades alrededor del cuidado de enfermería.

No obstante, es crucial reconocer que el constructivismo en enfermería no puede ser una mera importación acrítica de teorías pedagógicas generales. La naturaleza específica del cuidado como objeto de conocimiento demanda aproximaciones pedagógicas que reconozcan su complejidad multidimensional y su carácter profundamente relacional.

Actualmente el enfoque por competencias se entreteje dentro de modelos constructivistas, el cual ha emergido como una respuesta a las demandas de pertinencia laboral y de la esperanza de un cambio concreto, pero su implementación ha generado tensiones epistemológicas significativas.

Como observa Rivers (2003, citado en Waldo, 2009), la competencia se revela en acción; es en la práctica profesional donde se demuestran lo que sugiere una comprensión situada del conocimiento profesional. Mientras que al mismo tiempo se revela una preocupante tendencia hacia la fragmentación del concepto de competencia. Toda vez que se muestran que las competencias son estudiadas con la connotación de saberes y capacidades de los profesionales de enfermería, centrándose frecuentemente en dominios técnicos específicos como procedimientos cada día más tecnificados.

Como parte de los modelos constructivistas se desprenden como estrategias efectivas para el logro de aprendizajes significativos, la simulación clínica, el aprendizaje basado en problemas y el uso de tecnologías digitales, que promueven el desarrollo de habilidades técnicas. Esta orientación, aunque valiosa, corre el riesgo de fragmentar la formación profesional en destrezas aisladas, perdiendo de vista la integralidad, complejidad y multidimensionalidad que confiere al cuidado humano en todos los contextos y sobre todo fuera de las instituciones de salud.

Considerando que un paradigma más amplio alrededor de la formación por competencias en enfermería trasciende la ejecución técnica para abrazar lo que García-Hernández et al. (2009) identifica como la capacidad de *"responder a las cuestiones sociales emergentes"*, lo que implica una formación que integre dimensiones técnicas, éticas, estéticas y personales del conocimiento profesional como Carper (1978) en su momento lo propuso y en la actualidad, 2025, no se ha concretado de manera explícita en la educación de enfermería en México.

En consecuencia, con base en lo que se ha analizado, se puede afirmar que la enseñanza del cuidado en los estudiantes de enfermería es compleja; se requiere la vinculación de teoría y práctica, lo que conlleva a hacer uso de una diversidad amplia de modelos y estrategias pedagógicas, pues no sólo son conocimientos, sino, habilidades y actitudes, las que se requieren para formar enfermeras y enfermeros integrales y humanistas, por lo que, el uso de teorías educativas garantiza la adquisición de competencias.

En México, con base en la búsqueda realizada en artículos de la base de datos "Redalyc", de 2005 a mayo 2025, se identifica que la enseñanza del cuidado de enfermería se realiza mediante pedagogías tradicionales (positivistas, conductistas) y contemporáneas, destacando, las constructivistas (Vigotsky, Piaget, David Kolb, Bruner, David Paul Ausubel), pragmatistas (John Dewey), reflexivas (Donald Schön), sociales (pedagogía feminista, investigación

histórica, sociología de la educación) y la crítica liberadora (Paulo Freire, Habermas, José Luis Coraggio). Debido a que la educación debe ser integral (teórico-práctica), se emplean enfoques como el aprendizaje experiencial, la reflexión práctica, aprendizaje significativo, competencias profesionales, dialéctica y aprendizaje problematizador. Además, algunas teorías y modelos de Enfermería se emplean desde la pedagogía, como, por ejemplo, la Teoría de Orem, Meleis, Benner, Waldow; también se utiliza el Proceso Atención Enfermería y la Enfermería.



LAS TENSIONES ENTRE PARADIGMAS PEDAGÓGICOS

Para comprender las tensiones que comúnmente se identifican entre las estrategias pedagógicas con las que se enseña el cuidado profesional de enfermería, retomamos a la comprensión de la pedagogía con el sentido social y filosófico que la precede, así autores como Liscano (1996) Freire (1967, 2002) Morin (2001), consideran que es como la libertad, trascendencia y complejidad en el acto de enseñar, la pedagogía tiene vida propia, toda vez que exige una reflexión teórica que no se limita a la transmisión de saberes ni se detiene en la limitante realidad impuesta por el currículo y los contenidos preestablecidos.

El rol de la pedagogía es elaborar proyecciones profundas que se apoyan de la situación fenomenológica, que caracteriza cada aula y se interroga sobre el complejo contexto social dentro del cual se inserta el proceso educativo. Liscano (1996) pone en evidencia que la pedagogía se acompaña de la didáctica afirmando que es la unión indisoluble entre la enseñanza (pedagogía) y aprendizaje (didáctica). Esta dicotomía puede recaer en el reduccionismo desde la educación bancaria, considerándolo como un proceso de transmisión de conocimientos y competencias técnicas, sin una reflexión crítica sobre los fundamentos axiológicos y las propuestas teóricas que rodean el objeto de estudio de la enfermería.

De esta forma la pedagogía del cuidado no puede limitarse a responder el cómo enseñar procedimientos técnicos y tecnificados de enfermería, sino que debe interrogarse fundamentalmente sobre el por qué y para qué, se enseña a cuidar en un contexto de la sociedad específica con necesidades, valores y desafíos particulares.

Esta perspectiva desafía críticamente los enfoques predominantes en la educación mexicana de enfermería, la cual tiene la tendencia de separar artificialmente la formación técnica de la reflexión ética y social. Como argumenta este mismo autor el rol de la pedagogía es por tanto de proyecciones profundas, panorámico y procura la síntesis, función que en la educación de enfermería implica integrar la complejidad técnica del cuidado con su dimensión profundamente humana y social.

Con este preámbulo se manifiesta que la educación en Enfermería en México enfrenta una **encrucijada paradigmática** que refleja tensiones profundas entre modelos tradicionales de enseñanza y las demandas contemporáneas de formación profesional. Esta disyuntiva no es meramente académica, sino que representa un desafío existencial para una disciplina que busca consolidar su identidad profesional mientras responde a las complejas necesidades de salud de la población mexicana.

El modelo tradicional de enseñanza ha perdurado en el espacio áulico durante décadas, dejando sin margen para pensar y elaborar conocimientos, porque sólo se basa en la memorización, una práctica que fragmenta la teoría de la práctica, perpetuando una visión segmentada del cuidado profesional. Esta separación representa más que una deficiencia metodológica en la enseñanza y constituye una negación de la naturaleza integrativa del conocimiento de enfermería que Carper (1978) conceptualizó los patrones fundamentales del conocimiento de enfermería: **empírico, estético, personal y ético**. El conocimiento empírico, fundamentado en la investigación científica, debe articularse armónicamente con el conocimiento estético (el arte del cuidado), el conocimiento personal (autoconocimiento) y el conocimiento ético (dimensión moral del cuidado).

Algunas universidades han actualizado sus programas de estudio incorporado nuevos modelos educativos, aunque actualmente existe una inclinación hacia el uso de la **teoría constructivista** (Nohemí & Hernández, 2023) el proceso de enseñanza se debe adecuar a la generación de nuevos conocimientos en el cuidado de enfermería, mejorar la participación y la organización cognitiva del alumno. El aprendizaje en el aula y la interacción con la realidad no bastan para que el estudiante asimile y aplique el conocimiento; en los últimos años han incorporado nuevos escenarios para la enseñanza-aprendizaje, como el uso de la simulación clínica, donde el docente y el alumno adoptan un rol protagonista dentro del proceso. Incluso los docentes han realizado adaptaciones de acuerdo con el contexto cultural del propio alumno y su entorno, en el entendido que el conocimiento es algo

que se adquiere y conocimientos en el cuidado de enfermería, mejorar la participación y la organización cognitiva del alumno. El aprendizaje en el aula y la interacción con la realidad no bastan para que el estudiante asimile y aplique el conocimiento; en los últimos años han incorporado nuevos escenarios para la enseñanza-aprendizaje, como el uso de la simulación clínica, donde el docente y el alumno adoptan un rol protagonista dentro del proceso. Incluso los docentes han realizado adaptaciones de acuerdo con el contexto cultural del propio alumno y su entorno, en el entendido que el conocimiento es algo que se adquiere y construye en un entorno donde la cultura está inmersa en este proceso. La enseñanza también debe adecuarse a las características de los alumnos (Puntunet et al., 2008) de tal manera que las didácticas empleadas se articulen con los modelos empleados y puedan responder a las **necesidades educativas contemporáneas** eracción con la realidad no bastan para que el estudiante asimile y aplique el conocimiento; en los últimos años han incorporado nuevos escenarios para la enseñanza-aprendizaje, como el uso de la **simulación clínica**, donde el docente y el alumno adoptan un rol protagonista dentro del proceso.

Incluso los docentes han realizado adaptaciones de acuerdo con el contexto cultural del propio alumno y su entorno, en el entendido que el conocimiento es algo que se adquiere y construye en un entorno donde la cultura está inmersa en este proceso. La enseñanza también debe adecuarse a las características de los alumnos (Puntunet et al., 2008) de tal manera que las didácticas empleadas se articulen con los modelos empleados y puedan responder a las necesidades educativas.

Si bien, el aprendizaje basado en competencias y el uso de simulación son estrategias derivadas de los **modelos constructivistas**, bajo un enfoque meramente clínico, se tiende a fragmentar el aprendizaje, formando profesionales que adolecen de alguno de los elementos indispensables del **ser y saber profesional**. Es crucial evitar el tecnocentrismo que subordine los propósitos formativos a las posibilidades tecnológicas, por lo que, el valor pedagógico de estas estrategias radica en su capacidad de preparar a los estudiantes para enfrentar situaciones clínicas complejas, pero siempre en articulación con experiencias auténticas de cuidado.

Ante estas divergencias en las prácticas pedagógicas subyace el paradigma propio de la **pedagogía problematizadora** de Freire, que representa una evolución significativa en la conceptualización de la educación en enfermería.

Cárdenas-Becerril y Silbeira Kempfer (2018, p327) argumentan que



las nuevas exigencias en el proceso de cuidar en enfermería, requiere que los enfermeros tengan actitud evaluativa, creatividad y criticidad, están los procesos de enseñanza crítico-problematizadores.

Esta aproximación pedagógica reconoce que el cuidado de enfermería no es un conjunto de técnicas neutras, sino una práctica social situada que demanda profesionales capaces de analizar críticamente los contextos sociales y económicos en conjunto con aspectos de la salud y enfermedad. Por lo tanto, la enseñanza del cuidado precisa especial atención, así como reconocer su naturaleza, cuál es su dinámica y cuáles son sus relaciones con la propia práctica disciplinaria de enfermería. De esta forma la pedagogía crítica en enfermería implica reconocer que el cuidado es fundamentalmente político, en tanto responde a distribuciones inequitativas de recursos, poder y oportunidades de salud. Esta perspectiva demanda una formación que prepare profesionales no solo técnicamente competentes, sino críticamente conscientes de su papel en la transformación de su rol social y dentro de las jerarquías del sistema de salud.

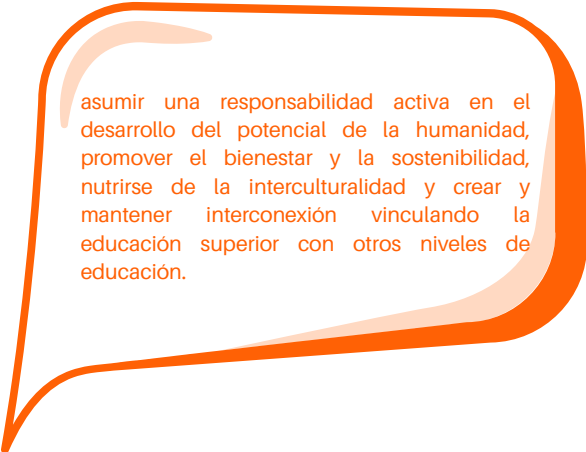
La pedagogía adaptada a los contextos y demandas sociales: retos para la educación de enfermería

Aun cuando se muestra que las prácticas pedagógicas se transforman con el pasar de los años se debe valorar el contexto mexicano y los retos que representan para una práctica pedagógica focalizada en los profesionales de enfermería. Por ejemplo, el sistema de salud mexicano presenta características particulares que condicionan las demandas formativas para los profesionales de enfermería. La Secretaría de Salud (2014) reconoce la persistencia de una *"formación paraguas"* que incluye tanto formación técnica como pregrado, situación que genera tensiones en la identidad profesional de la enfermería.

Por un lado, esta diversidad formativa puede interpretarse como una fortaleza que permite *"disponer de personal de enfermería capacitado"* para atender diferentes niveles de complejidad en la atención sanitaria. Sin embargo, desde una perspectiva profesionalizante, la CIE (2021) considera que *"la existencia aún de un número considerable de profesionales con"*

formación técnica y postécnica, representa una debilidad dentro del concierto social" que impide el reconocimiento social del nivel de complejidad del proceso formativo de nivel licenciatura.

Por su parte, Montañez-Hernández et al. (2020) documentan problemáticas adicionales relacionadas con la centralización de los recursos humanos de enfermería en México y las deficiencias de la distribución de los sistemas de salud en los diferentes niveles de atención, factores que condicionan tanto las oportunidades laborales como las demandas formativas específicas, mientras que la UNESCO (2021) plantea expectativas ambiciosas para la educación superior al 2050, incluyendo



asumir una responsabilidad activa en el desarrollo del potencial de la humanidad, promover el bienestar y la sostenibilidad, nutrirse de la interculturalidad y crear y mantener interconexión vinculando la educación superior con otros niveles de educación.

Estos desafíos demandan una reconceptualización radical de la formación en enfermería. Sumado a esta reflexión surge la pregunta

¿cómo asumir estas discrepancias en conjunto con las demandas de vincular la tecnología con la pedagogía?

Los modelos pedagógicos también han asumido retos en las didácticas que han cambiado con el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) tal como lo vivimos durante la pandemia del COVID-19 que representó un reto para el sector educativo y que también al docente de enfermería lo sacó de un confort de una enseñanza en el aula al uso de otras herramientas como el aprendizaje basado en problemas, los estudios de caso, espacios simulados o el uso de videos y plataformas para clases en tiempo real (Cedeño Tapia et al., 2021).

La participación docente con el uso de las TIC's pasó de ser guía a aprendiz, porque también reaprendió a adecuar las formas de enseñanza ante el reto que representó tener un alumno que también aprendía a utilizar nuevas formas de aprender en casa y con las herramientas que contaba en ese momento. Incluso se utilizaron modelos elaborados en casa para suplir los **modelos de simulación clínica** que actualmente tienen las universidades.

En la práctica los docentes continuaron adoptando **herramientas digitales** en el proceso de enseñanza, en el entendido de que los alumnos aprenden intercambiando ideas se trabajó en **espacios digitales** en tiempo real, se generaron didácticas para desarrollar habilidades buscar información en los espacios digitales, además de ser críticos con la información encontrada.

Esta experiencia docente en el contexto de la pandemia llevó a introducir nuevas **herramientas tecnológicas** como el uso de plataformas educativas para generar habilidades de autogestión del aprendizaje en los alumnos. El proceso investigativo se ha integrado como una herramienta en el proceso de enseñanza, los alumnos exploran diversos conocimientos y generan ideas para la resolución de problemáticas identificadas o exploran procesos en contextos reales.

Se busca fomentar un análisis reflexivo de la información, formar ideas nuevas acerca de un tema, cuestionar las fuentes de información y tener bases más sólidas para fundamentar su conocimiento. Incluso en la propia práctica docente se ha incorporado la investigación, para evaluar nuevas formas de enseñar o aprender y que puedan ayudar a entender cómo los alumnos aprenden en el entendido de que provienen de una educación básica donde el modelo predominante es el tradicional.

Cuando el docente busca incorporar otros modelos educativos el alumno se muestra resistente (Sánchez Ramos, 2014) porque aprendió a memorizar y realizar una instrucción, lo que complica el incorporar nuevas estrategias didácticas que lleven al alumno a pensar y cuestionar sus conocimientos adquiridos o previos.

Como docentes debemos cuestionarnos si el alumno aprende únicamente en el aula con nuestra instrucción o guía, ya que el descubrimiento de la realidad a través de la interacción con el objeto de estudio lo lleva a un proceso de **construcción del conocimiento**.

Aquí la pregunta sería

cómo debemos estimular al alumno para generar una curiosidad que lo lleve a cuestionar los que se conoce como válido y que pueda crear nuevos conocimientos.

Acciones imperativas: Formación pedagógica de docentes de enfermería y modelo educativo

La **práctica docente** debe obligarnos a cuestionar nuestras propias ideas respecto al cómo enseñar y sobre todo al cómo aprender nuevas formas de guiar una enseñanza aprendizaje, debe cambiar y mejorar de forma continua como resultado de la interacción con los alumnos y la reflexión de la propia práctica. El docente debe adaptarse a nuevas circunstancias sociales, históricas, epidemiológicas, cambios poblacionales o incluso nuevas formas de aprender de los alumnos por los cambios constantes en los modelos educativos de la educación básica. La enseñanza en enfermería debe evolucionar para abordar las diversas necesidades educativas interdisciplinarias, considerando cómo aprenden los alumnos y cómo validan su conocimiento. El proceso debe hacer que el propio alumno reflexione sobre su aprendizaje y le permita generar un **aprendizaje significativo** para aplicar el conocimiento en diferentes contextos.

No obstante, la formación docente en enfermería es pragmática y por tradición, es decir, algunos enseñan como aprendieron de sus propios docentes y con base en su percepción de lo que es la mejor forma de adquirir conocimiento, o como lo señala Iturio, (2017) los docentes no tienen claridad en los referentes teóricos pedagógicos de su práctica docente y utilizan diversos enfoques de formación.

Los docentes retoman elementos de su experiencia como alumnos, la práctica profesional y preparación académica, más que en un modelo pedagógico, la capacitación en el área disciplinar de especialización es más importante que la capacitación docente, se enseña como resultado de la experiencia directa que ha tenido el personal docente con el paciente. Todo ello nos lleva a preguntarnos si basta con incluir en los planes de estudio nuevos modelos de enseñanza o si es necesario hacer una reflexión para cambiar las formas de enseñar, de tal manera que los docentes comencemos a adaptarnos a las nuevas necesidades de aprendizaje, ya que se ha observado

que también hay resistencia de quienes dirigen la enseñanza. Para el ejercicio de la docencia es más relevante la experiencia en el área clínica que contar con las competencias suficientes y necesarias para la formación de recursos humanos como los saberes pedagógicos y didácticos; y aunque en los últimos años han aparecido programas de formación docente en enfermería,

¿estos realmente han contribuido en modificar las formas de enseñanza-aprendizaje?

Se requiere un **trabajo colaborativo** que impulse normas y líneas de intervención educativa a nivel nacional, para fortalecer la formación de las nuevas generaciones de profesionales de enfermería.

CONSIDERACIONES FINALES

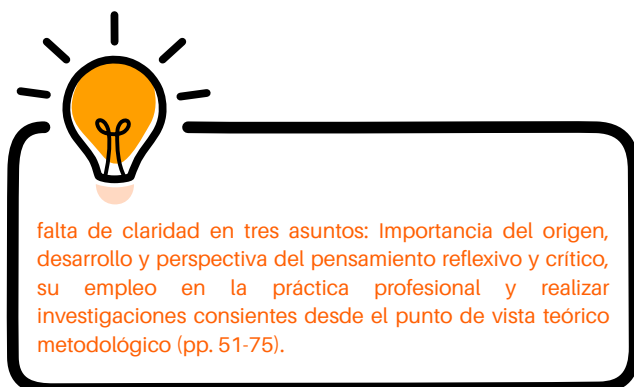


Las competencias profesionales adquiridas por los estudiantes de enfermería se nutren de una diversidad de teorías pedagógicas que tienen el propósito de dar respuesta a las necesidades y demandas de conocimiento y praxis profesional en diversos contextos y complejidades.

Aunque el constructivismo ha cobrado relevancia en los planes y programas de estudio, donde el rol docente es ser un facilitador, la práctica docente en enfermería sigue replicando la enseñanza tradicional conductista centrada en los contenidos sin integrar el conocimiento previo o sin relacionar los conocimientos de diferentes saberes que va construyendo el alumno. La evaluación sumativa del conocimiento técnico sigue prevaleciendo y no la evaluación de las competencias reflexivas para aplicar el conocimiento en diversos escenarios donde el alumno enfrenta dilemas para la toma de decisiones. Durante años se ha privilegiado el conocimiento del objeto de estudio -cuidado- desde la objetividad, con una evidente disociación entre la teoría y la práctica, se forma para cubrir objetivos de aprendizaje o contenidos y privilegiando las competencias prácticas técnicas-clínicas más que las de pensamiento crítico, ya que el docente como guía debe dirigir al alumno a construir el conocimiento favoreciendo una reflexión del conocimiento cuando se encuentra en diversos contextos de aprendizaje tanto en el aula como en la práctica.

Cuando las pedagogías críticas-constructivas se combinan con la incorporación de la práctica reflexiva, representa una de las innovaciones más prometedoras en la formación de enfermería. Así mismo esta aproximación pedagógica reconoce que el desarrollo profesional en enfermería no concluye con la graduación, sino que constituye un proceso continuo de construcción de conocimiento situado. La reflexión sistemática sobre la práctica permite a los profesionales desarrollar lo que Benner (1984) conceptualiza como expertise, una forma de conocimiento práctico que integra conocimiento teórico, experiencia clínica y juicio profesional.

Sin embargo, la implementación de la práctica reflexiva enfrenta desafíos significativos en contextos educativos y laborales que privilegian la eficiencia técnica sobre la deliberación profesional. Como advierte Cárdenas (2014), persiste



Esta integración paradigmática dentro de la pedagogía que requiere la enseñanza del cuidado no puede lograrse mediante yuxtaposición curricular, sino que requiere estrategias pedagógicas que promuevan la síntesis reflexiva de estos diferentes dominios del conocimiento. King (1984) pionera en reconocer esta complejidad al cuestionar se planeta que trasciende lo técnico para abordar dimensiones existenciales del cuidado humano.

La formación de enfermeras y enfermeros para el siglo XXI requiere trascender la dicotomía entre modelos pedagógicos tradicionales y constructivistas para desarrollar aproximaciones integradoras que reconozcan la complejidad ontológica del cuidado humano. Esto implica:

1. El desarrollo de competencias complejas que integren dimensiones

técnicas, relacionales, éticas y estéticas del cuidado. La competencia profesional en enfermería no puede reducirse a la suma de habilidades discretas, sino que debe concebirse como una capacidad integrativa de respuesta a situaciones de cuidado en toda su complejidad.

2. La implementación de estrategias pedagógicas que promuevan el desarrollo del pensamiento crítico y la conciencia social. Situación que demanda coordinación entre competencias desarrolladas y necesidades poblacionales.

3. La articulación entre formación académica y práctica profesional (teoría-práctica) a través de modelos de integración, es decir enseñar al otro cómo y qué es el cuidado no es una tarea sencilla requiere de conocimientos y habilidades pedagógicas, lo que implica la formación de docentes especializados en pedagogía del cuidado.

La evolución de las estrategias pedagógicas en la enseñanza del cuidado de enfermería en México revela una disciplina en proceso de maduración epistemológica y profesional. La transición de modelos tradicionalistas hacia aproximaciones constructivistas y críticas representa un avance significativo, pero insuficiente si no se acompaña de transformaciones estructurales más profundas.

El desafío fundamental radica en desarrollar una pedagogía del cuidado que sea simultáneamente rigurosa científicamente, sensible culturalmente y transformadora socialmente. Esto requiere superar falsas dicotomías entre técnica y humanismo; individual y social; local y global, para abrazar la complejidad inherente al cuidado humano.

La "formación paraguas" que caracteriza el sistema mexicano, más que una debilidad, puede reconceptualizarse como una oportunidad para desarrollar modelos formativos diferenciados pero articulados que respondan a las diversas necesidades del sistema de salud sin comprometer la identidad profesional de la enfermería.

Finalmente, la transformación pedagógica en enfermería no puede concebirse como un proceso meramente técnico, sino como una práctica política que contribuye a la construcción de sistemas de salud más equitativos y humanos. Como disciplina fundamentalmente orientada al cuidado humano, la enfermería tiene la responsabilidad histórica de liderar procesos de innovación educativa que promuevan no solo la competencia técnica, sino la formación de ciudadanos comprometidos con la justicia social y la dignidad humana.

La **pedagogía del cuidado**, en su expresión más plena, debe preparar profesionales capaces de responder no solo a las necesidades técnicas del sistema de salud, sino a las demandas éticas de una sociedad que aspira a garantizar el cuidado como **derecho humano** fundamental. En esta visión, la educación en enfermería trasciende la formación de recursos humanos para convertirse en un proceso de **humanización** que beneficia tanto a quienes cuidan como a quienes son cuidados.

USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaram no utilizar herramientas de inteligencia artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc). Toda la redacción y/o diseño de los materiales audiovisuales, son de responsabilidad plena de los autores para el desarrollo del contenido académico del capítulo.

REFERÊNCIAS

Alatorre Wynter E. La investigación histórica como estrategia para la transformación de la enfermería. **Enfermería Universitaria** [Internet]. 2010;7(5):6-12. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741837002>"

Benner P. (1984) **From novice to expert: power and excellence in nursing practice**. Palo Alto (CA): Addison-Wesley.

Bernal-Becerril M, Godínez-Rodríguez M. Aprendizaje del cuidado obstétrico, experiencia de los estudiantes de enfermería en la práctica clínica. **Enfermería Universitaria** [Internet]. 2016;13(4):233-238. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358748563006>

Cárdenas Becerril L, Hernández Díaz M, Arana Gómez B, García Hernández M. D. Evaluación de la investigación educativa en Enfermería en la Universidad Autónoma del Estado de México de 1995 a 2008. **Investigación y Educación en Enfermería** [Internet]. 2010;28(2):223-231. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215405008>

Cárdenas Becerril L, Silveira Kempfer S. La enseñanza de la enfermería en el contexto de la pedagogía problematizadora de Paulo Freire. **Enfermería Universitaria** [Internet]. 2018;15(3):317-328. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358758588010>

Cárdenas, B.L. (2005) La profesionalización de enfermería en México. Un análisis desde la sociología de las profesiones. México: Pomares, 2005.

Cárdenas, BL. (2014). Desarrollo del Pensamiento Reflexivo y Crítico en Enfermería en México. Una visión Colegiada. Academia Nacional de Enfermería, A.C: México.

Cárdenas, BL., Sánchez, GM. (2007). Historia de las escuelas y facultades de enfermería en México. México: FEMAFEE.

Cárdenas, BL., Silveira, KS. (2018) La enseñanza de la enfermería en el contexto de la pedagogía problematizadora de Paulo Freire. *Rev. Enfermería Universitaria*. 2018;15(3):317-328. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.3.65995>

Cárdenas-Becerril, L. (2005). **La profesionalización de la enfermería en México. Un análisis desde la sociología de las profesiones**. Ediciones Pomares, S.A. Estado de México, México.320 pp.

Cárdenas-Becerril, L. (2018). Historia de la educación de enfermería y las tendencias contemporáneas. *Hist enferm. Rev electrónica*; 9 (1):5-6. https://here.abennacional.org.br/here/v9/n1/EDITORIAL-3_espanhol.pdf

Carper, B. A. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24. doi:10.1097/00012272-197810000-00004.

Castrillón C. (1986). La formación universitaria de enfermeras: Colombia 1937-1980. *Invest Educ Enferm.* ;4(1):53-72. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5299387>

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), (2021). Resumen de evidencias para políticas del Consejo Internacional de Enfermeras. Formación y fuerza laboral de enfermería emergente en la pandemia del COVID-19. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nursing%20Education_SP.pdf

Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2018). **Modelo del Cuidado de Enfermería**. Gobierno de la República. 69 pp.

Flores R. (2001) **Evaluación pedagógica y cognición**. Bogotá: McGraw-Hill.

Freire, P. (1967). **Educacao como practica do liberdade**. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

Freire, P. (2002). **Pedagogía del oprimido**. 54° Ed. Siglo Veintiuno. México.

García-Hernández. ML., Arana-Gómez, B., Cárdenas-Becerril, L., Monroy-Rojas, A. (2009) Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermería en México-La reconstrucción del camino. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 13(2): 287-96. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200008>

Hernández Terrazas L. E, Díaz Oviedo A, Martínez Licon J. F, Gaytan Hernandez D. Nursing education in humanized care. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* [Internet]. 2018;22(1):1-5. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127778832018> http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf

Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). (2023). **Modelo Educativo Basado en Competencias del Instituto de Salud para el Bienestar**. Gobierno de México. Secretaría de Salud. 90 pp. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/833532/Modelo_Educativo_Basado_en_Competencias_Versi_n_1.5_16.06.23.pdf

Jiménez Trujano L, Morán Peña L. Assessment of an educational intervention based on constructivism in nursing students from a Mexican public university. [Internet]. 2015;33(3):432-439. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105241607006>

King, IM.(1984) **Enfermería como profesión. Filosofía, principios y Objetivos**. México: Limusa.
Liscano, A. (1996). **La pedagogía como ciencia de la educación**. Archipiélago, Ciencia y tecnología, 24- 25.

Montañez-Hernández, J.C., Alcalde-Rabanal, J., Reyes-Morales, H. (2020). Factores socioeconómicos y desigualdad en la distribución de médicos y enfermeras en México. **Revista Saúde Pública**. 54(10): 54-58. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002011>

Moreno-Monsiváis M. G. Practice Based on Scientific Evidence as the Foundation of Clinical Practice. **Aquichan** [Internet]. 2019;19(3):1931. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74161171001>

Morin, E. (2001). **El desafío del siglo XXI. Reconoce el conocimiento**. Lisboa: Instituto Piaget.

Ochoa Marín S. C. A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. **Investigación y Educación en Enfermería** [Internet]. 2005;XXIII(2):138-146. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215403011>

Ostuguín Meléndez R. M, Aljama Corrales E. Enseñanza clínica en el laboratorio: un acercamiento desde el discurso docente. **Enfermería Universitaria** [Internet]. 2008;5(3):22-30. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741826004>

Pina-Jiménez I, Amador-Aguilar R. La enseñanza de la enfermería con simuladores, consideraciones teórico-pedagógicas para perfilar un modelo didáctico. **Enfermería Universitaria** [Internet]. 2015;12(3):152-159. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741844008>

Rojas Espinoza J. B, Cárdenas Becerril L, Arana Gómez B, Kempfer S. S, Rodrigues M. E, Catarina A. A. Prácticas pedagógicas desarrolladas por docentes en la enseñanza de enfermería. **Revista de Enfermagem Referência** [Internet]. 2021;V(8): . Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388270215011>

Secretaría de Salud (2014). Futuro y Tendencias en la Formación de Recursos Humanos en México para la Cobertura Universal en Salud Basada en la Atención Primaria. Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. https://www3.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=989-futuro-y-tendencias-en-formacion-de-recursos-humanos-en-salud-en-mexico-para-la-cobert&category_slug=ops-oms-mexico&format=html&Itemid=493

Torres-Barrera, S., & Zambrano-Lizárraga E. (2018). Breve historia de la educación de la enfermería en México. *Revista De Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 18(2), 105-110. https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/431

UNESCO, (2021). Informe sobre los Futuros de la Educación Superior prevé respuestas colectivas y holísticas a los retos mundiales. Disponible en: <https://www.iesalc.unesco.org/2021/05/26/informe-sobre-el-futuro-de-la-educacion-superior-preve-respuestas-colectivas-y-holisticas-a-los-retos-mundiales>

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a la Red Internacional de Investigación en Enfermería la oportunidad para submeter este capítulo a el libro Raíces del Saber.

Revisor

Dr. Juan Pineda Olvera
ORCID: 0000-0003-4552-7714

Cómo citar

Rojas Espinoza JB, Martínez Talavera BE, Hernández del Valle C. **Reflexión crítica de los fundamentos epistemológicos y teóricos de la educación en enfermería en México.** In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.93-112. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17822552](https://doi.org/10.5281/zenodo.17822552).

LA METODOLOGÍA CARPES COMO ESTRATEGIA DE INNOVACIÓN DIDÁCTICA EN ENFERMERÍA

A metodologia CARPES como estratégia de inovação didática em enfermagem

The CARPES Methodology as a Didactic Innovation Strategy in Nursing

Ángel Gabriel Hilerio López | ORCID: 0000-0001-8198-5363
ahilerito@ucol.mx | Universidad de Colima, Colima, Colima, México

Gabriela Maldonado Muñiz | ORCID: 0000-0002-4967-1812
 Universidad de Colima, Colima, Colima, México

Maria Gicela Pérez Hernández | ORCID: 0000-0002-1820-1965
 Universidad de Colima, Colima, Colima, México

Guillermo Silva Magaña | ORCID: 0000-0001-5244-3653
 Universidad de Colima, Colima, Colima, México

José Antonio Vázquez Espinoza | ORCID: 0000-0002-4651-7844
 Universidad de Colima, Colima, Colima, México

Edwin George Sánchez Mayoral | ORCID: 0000-0001-8819-0256
 Universidad de Colima, Colima, Colima, México

Dalia Romana Ruiz Cortes | ORCID: 0009-0005-8359-6376
 Universidad de Colima, Manzanillo, Colima, México

La simulación clínica contribuye a la formación integral y a la seguridad del paciente. Desde la perspectiva del aprendizaje experiencial, deliberado y reflexivo, la metodología CARPES (Casos, Rol playing, Estrategia y Simulación) es una estrategia innovadora para el desarrollo de competencias clínicas, donde el estudiantado vive la simulación, reflexiona mediante el debriefing, conceptualiza y aplica el cuidado de enfermería en escenarios reales. El objetivo es analizar los fundamentos pedagógicos, estructura y potencial para fortalecer el pensamiento crítico, la toma de decisiones y la seguridad del paciente en contextos simulados. Se presentan fundamentos teóricos, experiencias previas, condiciones y recursos para su implementación, así como la contribución al fortalecimiento de entornos formativos seguros, efectivos y centrados en la práctica. Este capítulo permitirá a los docentes y a los responsables del desarrollo curricular, integrar metodologías innovadoras que mejoren la calidad de la formación clínica en enfermería. **Descriptor:** Simulación clínica; Aprendizaje experiencial; Aprendizaje

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, en la formación de recursos humanos en las ciencias de la salud, el aprendizaje está relacionado con la memorización, desde los intrincados detalles de cómo funcionan las vías metabólicas hasta el nombre de cada uno de los huesos en el cuerpo. La premisa era que, si podías recitar toda esa información de memoria durante un examen, estabas listo. Sin embargo, claramente algo faltaba. A pesar del extenso conocimiento teórico, muchos profesionales de la salud calificados se sintieron abrumados durante sus primeros encuentros clínicos en el mundo real, que implicaban descubrir cómo brindar atención a un paciente con una multitud de necesidades y problemas interrelacionados, multifacéticos e impredecibles.

Hablar sobre una enfermedad singular no parece un desafío, no obstante, aplicar ese conocimiento para tomar decisiones clínicas decisivas, interactuar con las familias o colaborar con equipos multidisciplinarios resulta ser difícil. Los enfoques para la enseñanza y el aprendizaje han cambiado de muchas maneras significativas en los últimos años, impulsados y habilitados principalmente por el asombroso ritmo del avance científico y tecnológico. Todos estos cambios han llevado a repensar cómo las universidades enseñan e interactúan con sus estudiantes, como lo señalaron Lizitza y Sheepshanks (2020) entre otros.

En este contexto, la sociedad demanda una **formación integral** del estudiantado de enfermería, demostrando **competencias** generales y específicas de la profesión. En las últimas décadas, la educación superior se ha inclinado hacia un modelo por competencias, arrastrado por el contexto social, el avance de las tecnologías y la nueva oferta de un puesto en el mercado laboral.

Por lo anterior, las **metodologías activas** se presentan como un enfoque pedagógico que impulsa la **participación activa** del estudiantado en su propio proceso formativo. Este modelo promueve no solo el acceso a la información, sino también propicia su análisis y aplicación ética, crítica y responsable, favoreciendo la **autonomía** y el desarrollo de un **pensamiento reflexivo**. El papel del profesorado se transforma en el de guía y **facilitador**, orientando al alumnado hacia la observación, discusión e inferencia a través de actividades prácticas y colaborativas. De esta manera, se incrementa el rendimiento académico, se fortalece la transición a escenarios clínicos reales y se fomenta la capacidad de **resolución de problemas complejos** en el ámbito de la salud (Williams, 2024).

El **aprendizaje basado en la simulación** mejora la satisfacción, en docentes y estudiantes, muestra alta eficacia, aumenta la confianza en sí mismos y la percepción de preparación entre el estudiantado, puede complementarse con la práctica clínica real para garantizar que los estudiantes alcancen sus objetivos clínicos. El uso de simuladores plantea un **modelo educativo innovador** con enfoque constructivista para el desarrollo de competencias generales y específicas en el ámbito de la profesión (Valsaraj et al., 2025; Sánchez & Guamán, 2022).

La simulación no sólo incrementa las **habilidades técnicas**, sino que también alienta a los estudiantes de enfermería para **afrontar situaciones difíciles** y estresantes en **entornos clínicos reales**, mejorando su capacidad para afrontar los retos asistenciales, garantizando una mejor preparación para el ejercicio profesional (Huaraca-Carhuaricra et al, 2025). El propósito del capítulo es analizar los fundamentos pedagógicos, estructura y potencial para fortalecer el **pensamiento crítico**, la **toma de decisiones** y la **seguridad del paciente** en **contextos simulados**.



ENSEÑANZA EN ENFERMERÍA BASADA EN SIMULACIÓN CLÍNICA

Según la actualización de conceptos del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE):



La Enfermería

es una disciplina, una profesión y una práctica del cuidado de la salud, con y en nombre de las personas, las familias y sus comunidades en el contexto de instituciones y sistemas.



La Enfermera

está capacitada para promover la salud, prevenir la enfermedad, aliviar el sufrimiento y garantizar la seguridad del paciente mediante la participación en asociaciones de confianza, la toma de decisiones complejas y la gestión de riesgos.

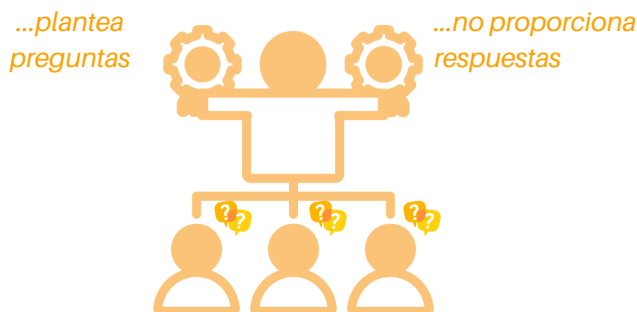
Las enfermeras pueden trabajar tanto de forma independiente como en colaboración para prestar atención clínica directa, coordinar y gestionar los servicios relacionados con la salud y reforzar el diseño y la prestación de los sistemas de salud para todas las personas y en todos los entornos. El alcance de las enfermeras puede extenderse a las personas, las comunidades, los países y el mundo para promover la salud de la población, proteger la salud pública y fomentar un entorno saludable y sostenible (White et al., 2025). La práctica del cuidado se realiza a través del **Proceso de Atención de Enfermería** (PAE), que constituye la base metodológica para proporcionar cuidados profesionales de calidad. Este proceso exige que el estudiantado desarrolle competencias específicas como valorar, diagnosticar, planificar, intervenir y evaluar. Para lograr un desempeño profesional óptimo, la enseñanza debe promover un aprendizaje autorregulado, orientado a la adquisición de conocimientos y habilidades que permitan atender necesidades de salud propias del entorno. (Castillo-Montes, Ramírez-Santana, 2020).

El **pensamiento crítico** en la práctica clínica permite la recolección y evaluación de información, el desarrollo de alternativas, la elección de la opción correcta, calculando riesgos y beneficios de cada opción basándose en lo que importa al paciente (informado por sus circunstancias, valores y evidencia científica); y la evaluación de los resultados, donde verifican cómo respondió el paciente y, si es necesario, inician otro ciclo de pensamiento crítico. Es una metodología que exige lo que analíticamente se piensa de un asunto. Pensar más allá de un tema, analizar la lógica que lo rodea y en última instancia, realizar una evaluación completa. Se lo aplica en la seguridad de los pacientes, en la solución de problemas complicados, mediante la capacidad de identificar síntomas atípicos o casos donde un tratamiento específico es ineficaz, abriendo espacio para la reevaluación y la búsqueda de otros diagnósticos e información en lugar de apegarse a su juicio inicial; adicionalmente en la **toma de decisiones**.

Además, facilita un diálogo abierto, la capacidad de defender una posición bien fundamentada y la habilidad de escuchar todas las partes del equipo (Kaddoura, 2011). La literatura científica ha demostrado que el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico en los estudiantes y en los profesionales de la salud reduce los casos de error médico y contribuye a mejores resultados para los pacientes (Fero et al., 2009).

En las últimas décadas una de las áreas de mayor transformación en la educación en enfermería es la concepción del rol docente. La figura clásica del profesor como "transmisor de conocimiento", dictador de la clase y

conferenciante, cambió profundamente para poner al profesor como "facilitador del aprendizaje". En este nuevo concepto, no es "qué se aprende" lo que prevalece, sino "cómo se aprende", y es el estudiante quien construye activamente su conocimiento. En este sentido, el nuevo profesor, el facilitador,



Permite el diálogo y la interacción y la confrontación de ideas genera reflexión y capacidad crítica. Más que proporcionar contenido, el profesor ahora proporciona un entorno donde existen las condiciones indispensables para favorecer la curiosidad, la duda, la formación de hipótesis y la experimentación, promoviendo estrategias que generan un proceso de aprendizaje (Díaz-Barriga & Hernández-Rojas, 2002).

Las competencias profesionales de enfermería se adquieren con la práctica, la simulación clínica desarrolla componentes propios del saber de la disciplina necesarios para fundamentar el cuidado de enfermería, del saber hacer inmersos en un componente normativo que dialoga con la formación ética y moral, y de saber ser necesario como la expresión de afectividad, sensibilidad y emocionalidad hacia el cuidado humanizado (Acevedo, 2025).

El aprendizaje experiencial, deliberado y reflexivo en enfermería a través de la simulación, contribuye de manera importante con la formación de profesionales. Según Patricia Benner, existen cinco niveles de competencia clínica:



Cada etapa se basa en la anterior (Figura) a medida que se perfeccionan las habilidades, los conceptos adquiridos en las asignaturas teóricas, abstractos en un inicio, se vuelven concretos y tangibles, a través de la experiencia clínica (Kilpatrick, 2024). Las competencias no se enseñan ni se evalúan de forma aislada. Están incorporadas en el currículo a través de simulaciones clínicas, pacientes estandarizados, rotaciones clínicas supervisadas y evaluaciones 360 donde el participante recibe retroalimentación de la persona de cuidado, pares profesionales (colegas) y supervisores y/o personal docente (Facione et al., 2021).

LA METODOLOGIA CARPES EN LA UNIVERSIDAD DE COLIMA



Se han documentado diversas estrategias docentes que se integran a las metodologías activas, entre ellas el análisis de casos, que mejora del pensamiento crítico al despertar el interés por la resolución de problemas al compartir sus puntos de vista, opiniones y experiencias, mejorando su capacidad para el trabajo en equipo, mayor seguridad y confianza en la toma de decisiones clínicas, búsqueda de alternativas y de nueva información, así como de la autoevaluación de sus resultados. (Seshan et al., 2021; Sümen, Adibelli, 2024).

Otra estrategia, son los casos clínicos derivan de las historias clínicas de enfermería o de las experiencias que ocurren en los escenarios reales de los tres niveles de atención (Hernández-López, 2011; Zarate-Grajales, 2020), promueve el aprendizaje activo y refuerza capacidades disciplinares a partir de la vivencia real o simulada, en el manejo de una persona con alguna enfermedad asociada, provee la oportunidad de desarrollar habilidades propias de la comunicación científica en profesionales de la salud (Troncoso, Burdiles, Sotomayor, 2018).

Por otra parte, el rol playing induce a la interacción dentro del aula con tiempos establecidos, roles definidos y asignados para el logro de objetivos específicos, que proveen de realismo a un escenario. Se encontró mayor disposición por parte del estudiantado al poner atención a su aprendizaje al aplicar el material de clase en situaciones del mundo real (Greenleaf, Chidume, 2023).

Los estudiantes indicaron sentirse convencidos en la adquisición y consolidación de conocimientos al conectar la teoría con la práctica, además destacaron la facilidad de comunicación y reflexión constructiva para los contenidos (Benko, Peršolja, 2023).

La estrategia de simulación clínica es una herramienta educativa acorde con la realidad de lo que el estudiante enfrentará en un escenario real, al margen del nivel de atención en el que se encuentre, debe poner en práctica conocimientos, habilidades técnicas y actividades que en su conjunto conforman las intervenciones de enfermería (Amaro-López et al., 2019).

La simulación clínica logra que el estudiantado practique sus habilidades clínicas y toma de decisiones ante situaciones “planteadas” que pueden observarse en su trabajo diario, indicando, además, de percibir un entorno protegido y la sensación de seguridad en su ejecución, lo que les brinda la oportunidad de cometer errores y aprender de ellos, sin poner en riesgo la vida de los pacientes, de esta manera, mejora la autoestima y la confianza en su aprendizaje (Koukourikos et al., 2021; Pinargote-García et al., 2024).

Los casos clínicos han sido de vital importancia en la estrategia CARPES, a través de ellos, se desencadena la participación de los estudiantes en la práctica del cuidado; son narraciones que derivan de la etapa de valoración donde se muestra una fotografía de las condiciones de salud que una persona sana o enferma. La estrategia *Rol playing*, (juego de roles) es una actividad donde cada participante asume con seriedad la forma de conducirse en la resolución o abordaje del caso clínico, en un equipo conformado por N número de estudiantes, cada uno deberá asumir un rol, (enfermera(o), médico(a), trabajador(a) social, supervisor(a) de enfermería, apoyo técnico (camilleros, técnico radiólogo, personal de servicios), en esta etapa de la estrategia todos realizan técnicas, procedimientos e intervenciones de enfermería.

Para desarrollar la metodología CARPES el profesor debe considerar tres momentos, (antes, durante y después):

Antes: se debe socializar con el estudiantado el caso clínico, deben realizar el guion del *rol playing* sobre la actuación, el estudiante puede ver vídeos, preguntar a un experto, acudir a un hospital o centro de salud para observar y tener una participación más realista.

Aún debe documentarse sobre la fisiopatología de la enfermedad o cinemática del trauma para mostrar conocimiento.

Durante: el estudiantado desarrolla la simulación con el rol que le corresponde, ejecuta las intervenciones, ya sea técnicas, procedimientos o cuidados. El profesor funge como facilitador, garantizando que el ejercicio se realice en un ambiente seguro, realista y con los recursos necesarios para la práctica. Se promueve la comunicación efectiva, el trabajo en equipo, la toma de decisiones clínicas y la aplicación de conocimientos teóricos a situaciones prácticas, fomentando el aprendizaje colaborativo y la reflexión en torno al desempeño.

Después: previo al acuerdo de confidencialidad, el facilitador realiza el debriefing, que consta de una retroalimentación a cada participante sobre su actuación; señalando los aciertos y las áreas de oportunidad de cada estudiante con base en listas de verificación, es importante fomentar la autoevaluación y la crítica constructiva con respeto y empatía. Si es posible contar con tecnología de audio y video se puede mostrar al estudiante su desempeño durante la práctica. Esta estrategia requiere de preparación, donde no solo es lograr competencias sino evaluar las mismas en los y las estudiantes.

Condiciones para la implementación efectiva

La gestión de un centro de simulación requiere la **participación activa** de profesores con experiencia docente y asistencial, personal administrativo y **tomadores de decisiones**. Esta colaboración es fundamental para determinar adecuadamente el espacio y tipos de salas, considerando el tipo y número de prácticas a realizar, el número de estudiantes, las áreas necesarias de acuerdo al nivel de formación (licenciatura o posgrado), los requerimientos curriculares que impliquen la simulación, como las horas de aprendizaje supervisado e independiente.

Al momento de planificar la construcción o remodelación del centro, es indispensable contemplar el componente clínico, con el fin de garantizar **prácticas seguras y realistas**, que incluye: **pisos clínicos, lavables y aptos para alto tránsito; tipo de iluminación; redes de agua, aire, oxígeno y vacío; tomas eléctricas compatibles con el equipo electromédico, con sistemas de cómputo, audio y video; nodos para conexión a internet; amplitud de las puertas; y espacios adecuados para pasillos, almacenamiento de equipos y residuos, vestidores, salas de control, áreas comunes de descanso, aseo y confort, área administrativa y casilleros** (Armijo, 2021).

Algunos autores (Armijo, 2021) recomiendan que el centro de simulación cuente con las siguientes áreas: **Sala de habilidades técnicas: con mesas y sillas altas que permitan el entrenamiento de habilidades procedimentales.**

Salas de alta fidelidad: con sistemas de audio y video, equipadas con cama clínica, panel de gases, monitores, múltiples enchufes, lavamanos, reloj de pared con segundero. **Salas de control:** contigua a la sala de alta fidelidad permitiendo una visión completa. **Sala de debriefing:** con una mesa, sillas móviles, pantalla y equipo de cómputo. **Sala de baja complejidad:** equipar con camas clínicas, lavamanos, estación de enfermería. **Cubículo de atención ambulatoria:** equipar con sistema de audio video, escritorio, sillas, computadora, camilla, lavamanos.

Todos los espacios deben contar con control de luz, ventilación o climatización, aislamiento sonoro, acceso a las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y en las salas de alta fidelidad, sistemas audiovisuales. De acuerdo con la fidelidad, la simulación y su equipamiento pueden ser: **baja, mediana o alta:**



Baja fidelidad: requiere equipo estático sin complejidad tecnológica. Permite realizar procedimientos y maniobras invasivas o no invasivas (colocación de inyecciones, toma de muestras, canalización de vías, toma de signos vitales).



Mediana fidelidad: equipo con algún tipo de software para manejar parámetros fisiológicos o detalles anatómicos. Este tipo de fidelidad permite interactuar con el simulador (resucitación, paciente estandarizado, juego de roles, video juegos).



Alta fidelidad: se caracteriza por el uso de tecnología muy similar a la realidad de atención lo cual incluye el escenario y el equipo: maniquíes computarizados con respuesta fisiológica (Ayala et al., 2019).

La simulación clínica requiere **docentes capacitados** que puedan guiar al estudiantado en la **construcción del aprendizaje**, para lo que se precisa generar cursos permanentes de capacitación con estrategias didácticas que incluyan la simulación clínica, tanto en las asignaturas teóricas como en las prácticas, promoviendo el interés y autogestión del aprendizaje (Palma-Guerra et al., 2020).

La evaluación en simulación clínica es un proceso variado e integral, en donde se implementan **diferentes métodos evaluativos** como métodos formativos, sumativos, teóricos, prácticos y de habilidades no técnicas para proporcionar una evaluación completa e integral de las competencias (Guanoluisa-Iza & Pachucho-Flores, 2024). La **evaluación sumativa**, se centra en medir los resultados o logros de los objetivos planteados al final de un ciclo de formación.

La **evaluación formativa** se realiza siempre en función de una retroalimentación que provee información con el propósito de mejorar el desempeño y las cualidades asociadas con el saber, saber hacer y saber ser (Ayala et al., 2019)

CONSIDERACIONES FINALES



La metodología CARPES considera los elementos de la competencia (**saber, saber hacer y saber ser**) de la práctica clínica, requiere de una preparación de la simulación, donde el estudiantado aprende en un entorno simulado, con la interacción con otros, desempeñando roles que lo acerquen a la realidad, en una interacción social, construyendo su propio aprendizaje. Lo que promueve el desarrollo del **pensamiento crítico** en el personal de salud, es la herramienta más importante que se pueda utilizar, ya que permite tomar decisiones que involucren la **seguridad del paciente** con eficacia; así como, identificar múltiples riesgos y, durante ese proceso, salvar la integridad de la salud del paciente.

De esta manera se observa que el conjunto de estas estrategias, conducen de manera apropiada el desempeño del estudiantado, para una transición a profesionales de enfermería integrados y exitosos.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaram no utilizar herramientas de inteligencia artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc). Toda la redacción y/o diseño de los materiales audiovisuales, son de responsabilidad plena de los autores para el desarrollo del contenido académico del capítulo.

REFERÊNCIAS

Ayala, J. L., Romero, L. E., Alvarado, A. L., & Cuvi, G. S. (2019). La simulación clínica como estrategia de enseñanza-aprendizaje en ciencias de la salud. *Metro Ciencia*, 27(1), 32-38. <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/60>

Acevedo Gamboa, F. E. (2025). Experiencia basada en simulación en enfermería: una mirada desde la didáctica. *Revista Repertorio De Medicina Y Cirugía*, 34(2), 216-223. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1623>

Amaro-López, L., Hernández-González, P.L., Hernández-Blas, A., & Hernández-Arzola, L.I. (2019). La simulación clínica en la adquisición de conocimientos en estudiantes de la Licenciatura de Enfermería. *Enfermería universitaria*, 16(4), 402-413. Epub 16 de abril de 2020. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.543>

Armijo Rivera, S. Ed. (2021). Manual para la Inserción Curricular de Simulación. Universidad del Desarrollo. <https://medicina.udd.cl/files/2021/05/Manual-para-insercion-curricular-de-Simulacion-1.pdf>

Benko, E. & Peršolja, M.(2023). Nursing students' views of the impact of geriatric role-play workshops on professional competencies: survey. *BMC Nurs*, 22(203). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01373-y>

Castillo-Montes, M., & Ramírez-Santana, M. (2020). Experiencia de enseñanza usando metodologías activas, y tecnologías de información y comunicación en estudiantes de medicina del ciclo clínico. *Formación universitaria*, 13(3), 65-76. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062020000300065>

Díaz-Barriga, F., & Hernández-Rojas, G. (2002). **Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: Una interpretación constructivista**. México. D.F: McGraw-Hill.

Facione, P., Facione, N., Riegel, F., Martini, J., & Crossetti, M. (2021). Pensamiento crítico holístico en tiempos de pandemia de Covid-19: desvelando habilidades fundamentales para la práctica de enfermería clínica. *Revista Gaúcha de enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20210235>.

Fero, L., Witsberger, C., Wesmiller, S., Zullo, T., & Hoffman, L. (2009). Critical thinking ability of new graduate and experienced nurses. *Journal of advanced nursing*, 65(1), 139-148. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04834.x>.

Greenleaf Brown, L., & Chidume, T. (2023). Don't forget about role play: An enduring active teaching strategy. **Teaching and Learning in Nursing**, 18(1), 238-241, <https://doi.org/10.1016/j.teln.2022.09.002>.

Guanoluisa-Iza, J. E., & Pachucho-Flores, A. P. (2024). Métodos de evaluación en simulación clínica: Revisión sistemática. **Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la salud GESTAR**, 7(14), 145-166. <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/118>

Hernández-López, G. I. (2011). Historia clínica de enfermería: un instrumento de aprendizaje y much más. **Revista Cuidarte**, 2(1), 240-242. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.64>

Huaraca Carhuaricra, C. G., Mori Yachas, N. R., Callupe Chávez, J. R., Callupe Chávez, R. de M., Anchante Jacobo, J., Morales Aylas, G. del R., & Almeyda Canelo, R. M. (2025). Efectividad del Uso de la Simulación en la Formación de Estudiantes de Enfermería. **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, 9(1), 7970-7993. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16451

Kaddoura, M. A. (2011). Critical Thinking Skills of Nursing Students in Lecture-Based Teaching and Case-Based Learning. **International Journal for the Scholarship of Teaching and Learning**, 5(2). <https://doi.org/10.20429/ijstl.2011.050220>.

Kilpatrick, M. (2024). Novice to expert: The value of nursing expertise Dr. Patricia Benner's five stages of clinical competence. **The Washington Nurse**, (3), 48-50. <https://cdn.wsna.org/assets/entry-assets/823329/wn-54.3.5-min.pdf>

Lizitza, N., & Sheepshanks, V. (2020). Educación por competencias: cambio de paradigma del modelo de enseñanza-aprendizaje. **Revista Argentina de Educación Superior: RAES**, 89-107.

Palma-Guerra, C., Cifuentes-Leal, M. J., Espoz-Lara, P., Vega-Retamal, C., Jaramillo-Larson, M. D. (2020). Relación entre formación docente en metodología de simulación clínica y satisfacción usuaria en estudiantes de pregrado de carreras de salud. *Simulación Clínica*, 2(3), 133-139. doi:10.35366/97902

Pinargote-García, C.P., Andrade-Pizarro, L.M., Hoppe-Sancán, J.L., & Hidalgo-Zambrano, Marcia Paola. (2024). Estrategias de simulación clínica para mejorar la toma de decisiones en enfermería. **Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida**, 8(16), 178-188. <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i16.4261>

Sánchez Alquina, D. A., & Guamán Yupangui, L. P. (2022). La simulación clínica como estrategia de enseñanza-aprendizaje para la formación en enfermería. **Revista Conecta Libertad**, 6(2), 85-95. <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/289>

Secretaría de Salud. (2020). Inicia fase 2 por coronavirus COVID-19. <https://www.gob.mx/salud/prensa/095-inicia-fase-2-por-coronavirus-covid-19?idiom=es>

Seshan, V., Matua, G. A., Raghavan, D., Arulappan, J., Al Hashmi, I., Roach, E. J., Sunderraj, S. E., & Prince, E. J. (2021). Case Study Analysis as an Effective Teaching Strategy: Perceptions of Undergraduate Nursing Students From a Middle Eastern Country. *SAGE open nursing*, 7. <https://doi.org/10.1177/23779608211059265>

Sümen, A., & Adibelli, D.(2024). The effect of case-based teaching method on professional competence and clinical decision-making levels of public health nursing students: A sequential explanatory mixed-methods study. **Public Health Nursing**, 41(3),446-457. <https://doi.org/10.1111/phn.13301>

Universidad de Colima. (2020). Programa Universitario de Contingencia ante el COVID-19L. <https://portal.ucol.mx/content/micrositios/316/file/Proograma-universitario-de-contingencia-COVID19.pdf>

Troncoso Pantoja, C., Burdiles Fernández, G. & Sotomayor Castro, M. (2018). El caso clínico como estrategia de formación académica y profesional en el área de salud. **Educación Médica**, 19(2), 221-222. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.013>

Valsaraj, B. P., Raman, S., Kuzhivilayil, Y. D., & Qutishat, M. (2025). Students' Satisfaction, Confidence, and Experience With Mental Health Simulation in a Middle Eastern Nursing College: A Mixed-Methods Study. **Nursing Forum**, 5196403. <https://doi.org/10.1155/nuf/5196403>

White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., Stewart, D., (2025). **Actualización de las definiciones de «enfermería» y «enfermera»**. Informe final del proyecto, junio de 2025. Consejo Internacional de Enfermeras.

Williams, C., López-Entrambasaguas, O.M., Cayul, E., & Goset-Poblete, J. (2024). Impacto de las metodologías activas en las estrategias de aprendizaje de estudiantes del área de la salud de primer año en la Universidad Finis Terrae. **Revista Médica Clínica Las Condes**,35(5-6). <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2024.02.004>

Zárate-Grajales, R. A. (2020). La formación clínica de los profesionales de enfermería ante una emergencia sanitaria en México. **Enfermería universitaria**, 17(3), 258-261. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.1039>

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a la Red Internacional de Investigación en Enfermería la oportunidad para submeter este capítulo a el libro Raíces del Saber.

Revisor

Ángel Gabriel Hilerio López
ORCID: 0000-0001-8198-5363

Cómo citar

López AGH, Maldonado Muñiz G, Pérez Hernández MG, Silva Magaña G, Vázquez Espinoza JA, Sánchez Mayoral EG, Ruiz Cortes DR. **La metodología CARPES como estrategia de innovación didáctica en enfermería**. In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.113-125. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17822628](https://doi.org/10.5281/zenodo.17822628).

MODELO EDUCATIVO POR COMPETENCIAS EN ENFERMERÍA: INTEGRANDO ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA PARA EL CUIDADO PROFESIONAL

*Modelo educacional por competencias em enfermagem:
integrando ensino, pesquisa e prática para o cuidado profissional*
*Competency-based educational model in nursing: integrating
teaching, research, and practice for professional care*

Gloria Margarita Ruiz Gómez | ORCID: 0000-0001-6907-4997
gruiz@pampano.unacar.mx | Facultad de Ciencias de la Salud de

Ciudad del Carmen, Campeche; México

José Rafael Villanueva Echavarría | ORCID: 0000-0001-6227-4793
Facultad de Ciencias de la Salud de Ciudad del Carmen, Campeche; México

Juan Yovani Telumbre Terrero | ORCID: 0000-0002-8695-7924
Facultad de Ciencias de la Salud de Ciudad del Carmen, Campeche; México

Lubia del Carmen Castillo-Arcos | ORCID: 0000-0002-4368-4735
Facultad de Ciencias de la Salud de Ciudad del Carmen, Campeche; México

Este capítulo de enfermería describe la implementación de un plan de estudios basado en un modelo de competencias, que abarca habilidades genéricas, interdisciplinarias y profesionalizantes. El objetivo de la investigación es identificar las competencias adquiridas por los estudiantes de una escuela de enfermería mexicana al egresar, considerando las funciones de docencia, investigación, gestión y asistencia. La metodología cualitativa incluye entrevistas a profundidad, análisis de documentos y narrativas, resaltando la importancia de entender cómo los estudiantes integran y aplican estas competencias en situaciones reales. La investigación busca explorar los desafíos y avances en el currículo, así como el desarrollo de habilidades blandas necesarias para la empleabilidad en enfermería. El estudio permite determinar cómo los egresados viven, desarrollan y aplican sus competencias en diferentes contextos, enriqueciendo el conocimiento sobre la efectividad del plan de estudios y la formación de recursos humanos en salud. Además, se utiliza la fenomenología para explorar las experiencias subjetivas de los egresados y la etnoenfermería para contextualizar estas experiencias en el marco cultural mexicano, identificando cómo la cultura influye en la percepción y manifestación de dichas competencias en la práctica profesional.

Descriptores: competencias, educación, investigación.

INTRODUCCIÓN

La operatividad del Programa de Licenciatura en Enfermería basada en un modelo educativo en competencias, con lleva a establecer actualizaciones para la formación en nuevos modelos de enseñanza con el propósito de contextualizar la transición curricular en el desarrollo de las competencias genéricas, multidisciplinarias y profesionalizantes de los recursos humanos formados en enfermería. Considerándose dentro de las aulas escenarios de reflexión con la participación entre estudiantes y docentes que promueven el intercambio de las experiencias docentes y que permiten debatir temas relacionados con la salud y enfocados de manera particular a las diferentes asignaturas que se desarrollan en cada semestre lectivo de tal forma que esto permita el desarrollo de las competencias enfocadas en las funciones sustantivas que el profesional de enfermería para adquirir al término de su trayectoria.

Explorando las vivencias, la percepción y el significado de los estudiantes y de los docentes la forma en que atribuyen la adquisición de las competencias, el modo en que experimentan la transición curricular o el desarrollo de las competencias desde la perspectiva de los estudiantes. En relación con los docentes las percepciones, significados y vivencias subjetivas de los docentes *¿Qué significa para ellos este cambio? ¿Cómo lo interpretan en relación con su práctica docente previa y futura?*

Las emociones y sentimientos asociados: *¿Experimentan incertidumbre, entusiasmo, frustración, sobrecarga o una combinación de estos al enfrentar la reestructuración de asignaturas y la integración de nuevas competencias? Respecto a los desafíos ¿Cuáles son los obstáculos que encuentran(falta de capacitación, recursos, tiempo, resistencia institucional) y qué factores les ayudan a adaptarse y sentirse competentes en la impartición de una nueva asignatura? Incluyendo las transformaciones en su rol docente ¿Cómo cambia su forma de planificar, impartir clases, evaluar y relacionarse con los estudiantes bajo un enfoque de competencias? ¿Cómo redefinan su identidad profesional? Desde la impartición de la docencia.*

La aplicación de un modelo educativo sostenido basado en competencias en enfermería integra tanto la comprensión conceptual como las habilidades prácticas, abordando las demandas cambiantes de la atención médica.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS EPISTEMOLÓGICOS DE UN CAMBIO EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARMEN - EL FOCO EN LA HUMANIZACIÓN



Este modelo enfatiza la importancia de las competencias básicas que se alineen con las expectativas profesionales, asegurando que los egresados de enfermería estén equipados con los conocimientos y habilidades necesarios para una práctica efectiva. En las siguientes secciones se esbozan aspectos clave de este enfoque educativo.

La Aplicación del Modelo Educativo basado en competencias mediante el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen, no es un proceso mecanizado, sino una acción humanizada enfocada en las percepciones, intenciones y desafíos que permiten explorar *¿Cómo se experimenta la implementación de este modelo de competencias en la práctica diaria del aula y de los campos clínicos? ¿Qué significa para los docentes traducir las competencias teóricas en actividades pedagógicas y de evaluación de las asignaturas que imparten en los periodos lectivos? Las percepciones de los docentes sobre la relevancia y el impacto del modelo ¿Lo ven como una mejora, como una carga adicional o como un reto que los impulsa a crecer profesionalmente? Los desafíos y las estrategias desarrolladas ¿Qué obstáculos encuentran al sustentar la enseñanza, la investigación y la práctica bajo este nuevo paradigma y la manera en la que los enfrentan?*

La fenomenología aplicada en la docencia en enfermería, es un sustento para la enseñanza, la investigación y la práctica de tal manera que no son conceptos abstractos, si no que se convierten en las dimensiones que sustentan la vida profesional de los docentes. Desde la investigación *¿Como integran la investigación en su docencia para el desarrollo de las competencias en los estudiantes? Incluyendo la percepción de los roles desde la investigación en el modelo basado en competencias. Abarcando la Práctica, ¿Cómo visualizan los docentes las competencias desarrolladas por los estudiantes en el aula aplicada en la práctica profesional de los futuros enfermeros? ¿Qué enlaces perciben entre la teoría aprendida y la realidad de los escenarios clínicos y comunitarios?*

La fenomenología respeta plenamente la relación que hace la persona de sus propias experiencias, ya que al tratarse de algo estrictamente personal, no habría

ninguna razón externa para pensar que ella no vivió, no sintió o no percibió las cosas como dice que lo hizo (Martínez-Miguel, 2006). Siendo la fenomenología el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre. Husserl, fundador de la fenomenología (1962, orig. 1913; 1970, orig. 1936), acuñó el término *Lebenswelt* (mundo de vida, mundo vivido) para expresar la matriz de este “mundo vivido, con su propio significado”.

Desde la fenomenología se centrarán las realidades vivenciales que son poco comunicables por los estudiantes y los docentes en la formación de los recursos humanos de salud, y que son determinantes para la comprensión de método en cómo se desarrollan las competencias.

La articulación práctica desde la fenomenología implica trasladar los principios filosóficos del “ser y del sentido” al proceso educativo, de modo que las competencias profesionales no se reduzcan a la adquisición de habilidades técnicas, sino que integren la comprensión existencial del cuidado.

Esto significa que el acto educativo y el acto de cuidar se conciben como experiencias vividas, intencionadas y reflexivas. A continuación se explica a detalle las dimensiones, el sustento fenomenológico y la aplicación en las competencias de enfermería (Figura 1).

Dimensión	Sustento fenomenológico	Aplicación en competencias de enfermería
Epistemológica	El conocimiento surge de la experiencia vivida.	Uso de narrativas clínicas y análisis reflexivo del cuidado.
Metodológica	Comprensión de la realidad desde la perspectiva del sujeto.	Estudios de caso, simulación, práctica clínica reflexiva.
Pedagógica	Aprendizaje experiencial y dialógico.	Tutoría, mentoring, aprendizaje colaborativo.
Evaluativa	Interpretación del sentido del cuidado vivido.	Rúbricas fenomenológicas y portafolios de reflexión.

Figura 1 - Las dimensiones, el sustento fenomenológico y la aplicación en las competencias de enfermería en la Universidad Autónoma del Carmen. México. 2025

Desde el sustento fenomenológico, la comprensión del “Ser enfermero”; Desde la Fenomenología el aprendizaje no se deduce a adquirir habilidades, técnicas o conocimientos, sino que implica el comprender la experiencia vivida del cuidar a la persona sana y/o enferma.

Es desde el fundamento fenomenológico que se permite sustentar el modelo por competencias de enfermería.

1. **Centrar el aprendizaje en la experiencia vivida**, lo que en la fenomenología particularmente en la línea de Husserl, Heidegger y Merleau Ponty - parte de que el conocimiento surge en la experiencia consciente.

2. **Formar desde la “Intencionalidad del Cuidado”**; El acto de cuidar tiene sentido existencial. A través de la fenomenología el docente guía al estudiante a comprender el significado profundo de sus acciones, integrando lo técnico con lo humano y lo ético. Así las competencias se desarrollan no solo en el hacer, sino en el ser y el comprender.

3. **Por último, Evaluar desde la experiencia significativa**; Evaluar por competencias mide la capacidad de reflexión, empatía y juicio clínico ante situaciones reales.

En el proceso formativo la fenomenología aporta herramientas como la narrativa reflexiva, el diario fenomenológico o la entrevista a profundidad para valorar el proceso de enseñanza y aprendizaje.

El modelo educativo basado en competencias, como lo sostienen Concepción Barrón (2009) y Díaz Barriga (2006, 2011), busca que el proceso formativo se oriente al desarrollo integral del estudiante mediante el saber ser, saber conocer, saber hacer y saber convivir, es decir, la integración entre conocimiento, habilidades, valores y actitudes aplicadas a contextos reales.

En la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR), dicho modelo se encuentra en estrecha relación con la etnoenfermería de Madeleine Leininger, que concibe el cuidado como un fenómeno culturalmente determinado, donde las creencias, valores y prácticas del individuo influyen directamente en los procesos de salud, enfermedad y vida.

La etnoenfermería aporta un enfoque cultural y fenomenológico al modelo de competencias, al reconocer que el aprendizaje y la práctica del cuidado deben desarrollarse dentro de una cultura específica. En este sentido, el estudiante de enfermería no solo adquiere competencias técnicas y científicas, sino que aprende a interpretar los significados culturales del cuidado en los distintos

escenarios donde ejercerá su profesión: hospitalario, comunitario, empresarial, educativo y domiciliario. El modelo por competencias propuesto por Barrón promueve la contextualización del aprendizaje y la transferencia de saberes al entorno profesional real.

Así, las competencias se convierten en mediadoras culturales: permiten que el futuro profesional actúe con sensibilidad y congruencia cultural, adaptándose a los valores y creencias de las personas que atiende, en coherencia con los postulados de Leininger, quien sostiene que el cuidado solo adquiere significado cuando es culturalmente congruente.

La etnoenfermería como lente para el “Modelo de competencias” en un contexto de enseñanza de enfermería y de la práctica, con su enfoque cultural desde la teoría de lenninger, para contextualizar el modelo basado en competencias dentro de una cultura específica de la formación del recurso humano de enfermería e identificando las realidades culturales de la atención de la salud y de los sucesos del contexto en el ámbito clínico hospitalario y comunitario, de ser posible en el ámbito empresarial, educativo y de atención en el domicilio. Esos roles son los que ejercen los profesionales de la licenciatura en enfermería que son formados desde un modelo educativo basado en las competencias de los profesionales de enfermería con las competencias del Proyecto *Tuning Latinoamérica* identificado en competencias genéricas y específicas para profesionales de enfermería, enfocándose en la formación integral y la adaptación a diversos contextos, considerándose las competencias que incluyen las habilidades técnicas, comunicativas, de gestión, investigación y ética, además de la capacidad de trabajar en equipo, de adaptarse a nuevas situaciones y promover la salud en la comunidad.

¿Cómo las competencias definidas en el modelo educativo de licenciatura en enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen, reflejan o interinan con los valores y creencias culturales inherentes a la profesión de enfermería en el contexto mexicano o latinoamericano?

Desde los estudiantes,

¿Se discuten en el currículo las competencias relacionadas con la diversidad cultural en cuidado?



Desde los docentes,



¿El modelo de competencias prepara a los estudiantes para ofrecer un cuidado culturalmente congruente, considerándose las visiones del mundo de los pacientes?

¿Cómo se entiende el “CUIDADO” que es la competencia central en enfermería, a través de las lentes culturales en la formación de competencias?

Las competencias específicas del egresado de enfermería en la UNACAR reflejan esta articulación cultural y profesional (Figura 2):

Competencia específica	Vinculación con la etnoenfermería
Aplicar el cuidado de enfermería	El cuidado se concibe como acto cultural, ético y empático; implica comprender la cosmovisión del paciente y su entorno.
Transmitir conocimientos e información (docencia)	Permite adaptar la comunicación a contextos culturales diversos, fortaleciendo la educación para la salud culturalmente pertinente.
Gestión y administración en enfermería	Involucra la toma de decisiones con sensibilidad hacia las dinámicas culturales de los equipos y comunidades.
Apego ético y legal a la profesión	Reafirma los valores culturales de respeto, equidad y responsabilidad social en la atención.
Identidad profesional e independencia	Refleja el orgullo cultural del ser enfermero latinoamericano, comprometido con su comunidad.
Diseñar y ejecutar proyectos de investigación	Fomenta la indagación sobre prácticas de salud tradicionales, saberes locales y diversidad cultural.

Figura 2 - Las competencias específicas del egresado de enfermería en la UNACAR. México. 2025

Por último, la enseñanza de enfermería en su dimensión cultural

¿Cómo la cultura académica y profesional de la institución influye en la forma en que los docentes enseñan y los estudiantes aprenden las competencias?



¿Las competencias desarrolladas permite que los futuros enfermeros ofrecer un “CUIDADO CULTURAL”, promoviendo la preservación, acomodación o reestructurar del cuidado cultural en la formación de competencias, preparando a los estudiantes para interactuar con diversas comunidades y sus sistemas de salud genéricos?



¿Cómo la experiencia de los docentes la disciplina de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Carmen, ha influido en la capacidad de los estudiantes para comprender y aplicar las competencias específicas en contextos (clínico-hospitalario, comunitario, educativo, empresarial y domicilio) de diversidad cultural del municipio de Carmen y del Estado de Campeche?

Desde la fenomenología se profundizará en el “cómo” y el “porque” de la experiencia de los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Licenciatura en Enfermería, ya que revelará los significados y las vivencias de los docentes al implementar y vivir la enseñanza de la enfermería aplicando un modelo basado en competencias.

Desde la etnoenfermería se contextualizará culturalmente la formación en enfermería. Con el análisis de las competencias adquiridas por los estudiantes, las competencias desarrolladas y su aplicación en los inherentes contextos culturales donde se genera el cuidado y su práctica.

Los conceptos sirven como representaciones cognitivas de ideas fundamentadas en la investigación, formando la base para los planes de estudios de enfermera (Giddens, 2020).

Las competencias son habilidades observables que integran conocimientos, habilidades y actitudes, proporcionando expectativas claras para la práctica de enfermera (Giddens, 2020).

De las competencias en la función de investigación de esta fortaleciendo a través de la formación de los investigadores e inclusión de los asuntos de enfermería en las políticas públicas, fortaleciendo la imagen pública de la enfermería mediante alianzas y la revisión de modelos educativos que orienten los planes de estudio hacia modelos sociales complejos (Moriél, Ortiz, Ruiz, 2018). Competencias específicas del Licenciado en Enfermería en la Universidad Autónoma del Carmen: Son las competencias propias de la profesión, con las que se prepara al estudiante para un desempeño laboral o profesional específico (Figura 3).

Competencia: Cuidado de enfermería

COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN
Cuidado de enfermería	Prestación de cuidados integrales, directos y humanizados al paciente, familia y comunidad, utilizando el proceso de enfermería como herramienta metodológica y fundamento científico del cuidado.
COMPONENTES / DOMINIOS	EVIDENCIAS DE DESEMPEÑO
Analiza los procesos anatomofisiológicos durante las diferentes etapas de la vida del ser humano sano o enfermo, detectando necesidades básicas humanas mediante el proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson como referente filosófico.	Demuestra conocimientos teóricos y prácticos sobre los procesos fisiológicos. Aplica el proceso de enfermería de manera sistemática en escenarios clínicos y de simulación. Reinterpreta la aplicación del método de Henderson en contextos reales de atención.
Aplica el método de enfermería en las diferentes etapas de la vida del ser humano sano o enfermo, utilizando el enfoque fenomenológico del cuidado y el modelo de Henderson.	Ejecuta con destreza la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de cuidados. Integra evidencia científica y juicio crítico en la toma de decisiones de enfermería.
Valora la importancia de la organización y presentación de casos clínicos.	Diseña programas de intervención basados en el análisis del contexto y la cultura del paciente. Presenta reportes argumentados y sustentados con evidencia científica.
Ejecuta y promueve el plan de cuidados en situaciones reales o simuladas.	Desarrolla habilidades de liderazgo y comunicación efectiva en la atención de enfermería. Muestra empatía, responsabilidad y ética profesional durante el cuidado.
Evalúa la aplicación del plan de enfermería en escenarios reales.	Reflexiona sobre su práctica profesional mediante autoevaluación y coevaluación del desempeño. Emite juicios críticos sobre la efectividad del cuidado y plantea mejoras continuas.
ÁMBITO DE DESEMPEÑO	
Escenarios reales y simulados en áreas hospitalarias, comunitarias, empresariales y domiciliarias; incluye el ejercicio profesional libre, la gestión y la docencia.	

Figura - 3 Competencias específicas del Licenciado en Enfermería del Programa Educativo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen. México, 2025.

Competencia: Docencia en enfermería

COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN
Docencia en enfermería	Diseño, implementación, evaluación y mejora continua de programas educativos formales y no formales, orientados a la formación integral del individuo y la promoción de la salud en diversos contextos.
COMPONENTES / DOMINIOS	EVIDENCIAS DE DESEMPEÑO
Analiza los elementos que integran el proceso de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de la enfermería.	Demuestra comprensión teórica y práctica del proceso educativo. Fundamenta la relación entre la enseñanza y el aprendizaje desde una perspectiva constructivista y humanista.
Examina métodos, estrategias y técnicas de enseñanza aplicadas a la formación en salud y al desarrollo de competencias profesionales.	Explica las características de los métodos de enseñanza y los adapta al contexto y perfil del estudiante. Integra la educación significativa y experiencial en las sesiones educativas.
Distingue y selecciona recursos didácticos y tecnológicos que favorecen el aprendizaje significativo.	Diseña e implementa materiales y medios didácticos pertinentes al entorno educativo. Utiliza herramientas digitales y recursos innovadores para favorecer la motivación y la participación del estudiante.
Valora la importancia de los componentes que conforman los programas y planes de clase.	Estructura programas educativos basados en competencias, objetivos claros y evidencias de logro. Evalúa críticamente los programas de
Promueve la educación y la salud mediante intervenciones docentes contextualizadas.	Diseña y ejecuta actividades educativas en contextos clínicos, comunitarios o empresariales, fomentando el autocuidado y la corresponsabilidad en salud.

Figura . 4. Competencias específicas del Licenciado en Enfermería del Programa Educativo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen. México, 2025.

Competencia: Gestión y administración de enfermería

COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN
Gestión y administración de enfermería	Aplica los principios, procesos y herramientas de la gestión administrativa en el cuidado de enfermería, optimizando el uso de recursos humanos, materiales y financieros para garantizar una atención segura, eficiente y con calidad.
COMPONENTES / DOMINIOS	EVIDENCIAS DE DESEMPEÑO
Establece las generalidades de la administración y su proceso aplicado a los servicios de enfermería.	Explica y aplica las etapas del proceso administrativo (planeación, organización, dirección y control) en entornos hospitalarios o comunitarios. Relaciona la gestión con la mejora continua de la calidad del cuidado.
Valora la funcionalidad del departamento de enfermería dentro de las instituciones de salud.	Analiza la estructura, funciones y niveles jerárquicos del departamento de enfermería. Evalúa la eficiencia organizacional y propone estrategias de optimización
Analiza las funciones administrativas en el área de enfermería.	Elabora esquemas de organización, manuales de funciones y flujogramas que representen la gestión del cuidado. Fundamenta la toma de decisiones administrativas con base en principios éticos y normativos.
Elabora instrumentos administrativos para la gestión de enfermería.	Diseña y utiliza formatos, registros y guías de supervisión que faciliten la administración de los servicios de enfermería. Integra la evidencia en la planeación y evaluación de recursos y procesos.
Aplica el liderazgo y trabajo en equipo en la gestión de los servicios de enfermería.	Coordina actividades de planeación y evaluación de personal de enfermería. Promueve la comunicación efectiva y la corresponsabilidad en la gestión del cuidado.
ÁMBITO DE DESEMPEÑO	
Prácticas reales y simuladas en el área de gestión clínica hospitalaria, comunitaria y empresarial; incluye la planeación administrativa y la práctica en aula.	

Figura - 5 Competencias específicas del Licenciado en Enfermería del Programa Educativo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen. México, 2025.



EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA PARA TODA LA VIDA - UNA FILOSOFÍA SUSTENTADA

La educación global contemporánea apunta a desarrollar una **dimensión integral** y una **perspectiva holística** en la formación profesional, que permita comprender las complejas realidades del mundo actual y responder con valores, actitudes, conocimientos y habilidades pertinentes a los desafíos sociales, sanitarios y culturales. En este marco, el Programa Educativo de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Carmen surge bajo el modelo educativo basado en competencias, implementado en 2010, que se sustenta en una **filosofía centrada en el humanismo** y el constructivismo sociocultural, donde el estudiante se reconoce como sujeto activo, autónomo y protagonista del aprendizaje (Plan de Desarrollo Institucional UNACAR, 2012). Siguiendo los aportes pedagógicos de Concepción Barrón (2009) y Díaz Barriga (2006, 2011), este modelo promueve la formación integral mediante la articulación de saberes conceptuales, procedimentales y actitudinales, vinculando la teoría con la práctica en escenarios reales que favorecen la reflexión y la construcción de significados.

Desde esta perspectiva, la fenomenología ofrece el fundamento epistemológico para comprender las experiencias vividas de los estudiantes y docentes en la formación de competencias, mientras que la etnoenfermería de **Leininger** y los aportes investigativos de Lenise do Prado (2012) orientan la mirada hacia la dimensión cultural del cuidado, reconociendo la influencia de los contextos y las creencias en la práctica profesional. En coherencia con el Proyecto *Tuning* Latinoamérica, el currículo integra las cuatro líneas de la enfermería —docencia, gestión, investigación y cuidado asistencial—, de modo que las competencias se desarrollan desde una visión humanista, cultural y reflexiva, sustentando el **“cuidado”** como eje central de la profesión y expresión del compromiso ético y social del enfermero.

Considerándose los cambios vertiginosos en la formación de los recursos humanos en salud en específico de enfermería, que demuestran las formas de cuidado, salud y enfermedad en contextos culturales específicos. Con enfoque Emic y Etic, para obtener el conocimiento desde la perspectiva de los participantes(emic) y luego se contrastará o complementarla con la perspectiva docente (o del docente investigador, etic), con el objetivo de

armonizarlos. De tal forma se observará al participante y se realizará entrevistas que permitirían ahondar en la cultura del cuidado, en el contexto y la comprensión de las vivencias.

En este capítulo se abordará la experiencia de los docentes con la transición curricular en enfermería y el desarrollo de competencias, desde la fenomenología y la etnoenfermería para explorar la experiencia vivida por los docentes de enfermería: cómo perciben, interpretan y se adaptan a la transición curricular y el énfasis en competencias. Observar las emociones vividas en las diferentes asignaturas que imparten en el plan de estudios basado en competencias, los desafíos a los que se han enfrentado en el proceso de enseñanza y aprendizaje, los logros obtenidos desde la docencia, la investigación y la práctica clínica y/o comunitario incluyendo la simulación clínica, y los desafíos que atribuyen a estos cambios en su rol docente.

Referente a los hallazgos se considerarán las creencias y prácticas culturales sobre el cuidado, la salud y la enseñanza de enfermería propias del municipio de Carmen y del Estado de Campeche.

¿Que tradiciones o cultura existe, que sea específica de la enseñanza de la enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen? ¿Cómo la tradición o la cultura influye en la adopción de un nuevo modelo educativo? ¿Cómo se enseñan las competencias relacionadas con el cuidado culturalmente sensible? ¿Qué valores culturales (de los docentes, de los estudiantes, de la profesión) emergen en los “Espacios de reflexión” a debatir sobre la salud y el desarrollo de las competencias?

Estas cuestiones de los docentes fomentaran la reflexión coletiva y sirvan para el desarrollo de la integración de las competencias culturales en el currículo de enfermería (Figura 6).

Eje	Descripción	Aporte a la competencia cultural
Desde los estudiantes (primer semestre)	Asignaturas clave: Bases teóricas y filosóficas de enfermería (cuidado como fenómeno humano diverso); Socioantropología (relación salud-enfermedad desde cosmovisiones culturales); Psicología evolutiva (diversidad en el desarrollo humano y crianza); Educación y promoción de la salud (diseño de estrategias con pertinencia cultural).	Brindan fundamentos teóricos y prácticos para comprender que el cuidado no es uniforme, sino que requiere adaptarse a escenarios, valores y prácticas de salud diversas, promoviendo la sensibilidad cultural desde las primeras etapas formativas.
Desde los docentes	Conciben el cuidado como universal pero diverso. Promueven la sensibilidad cultural, la empatía y la reflexión crítica en el estudiante. Enseñan a negociar, adaptar y contextualizar los cuidados, evitando la imposición de un modelo único.	Orientan la formación hacia un cuidado entendido como encuentro intercultural, donde confluyen las creencias, lenguajes, emociones y cosmovisiones de los pacientes y las comunidades atendidas.
Modelo de competencias	Integra la diversidad cultural como eje transversal de las áreas ética, salud comunitaria, salud mental, materno-infantil y cuidados paliativos. Refuerza la comunicación intercultural en todos los escenarios clínicos.	Forma profesionales de enfermería capaces de brindar un cuidado culturalmente congruente, respetando los contextos, valores y tradiciones. Favorece la comprensión de los rituales y lenguajes propios de las diversas culturas.
Competencias específicas del egresado (UNACAR)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar el cuidado con sensibilidad cultural. 2. Transmitir conocimientos en contextos diversos. 3. Gestionar y administrar con equidad y respeto cultural. 4. Identidad profesional fortalecida. 5. Capacidad crítica y liderazgo. 6. Independencia profesional. 7. Diseñar intervenciones culturalmente contextualizadas. 	Desarrollan una identidad profesional intercultural, sustentada en la ética, la empatía y el respeto por la diversidad. Integran herramientas de docencia, gestión, investigación y práctica asistencial con pertinencia cultural.

Figura 6 - Integración de la competencia cultural en la formación del profesional de enfermería. México, 2025.

Producción académica desde la fenomenología y la etnoenfermería en la Licenciatura en Enfermería

Las investigaciones desarrolladas por los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Carmen reflejan la **madurez académica** y el **compromiso social** de un **modelo educativo centrado en competencias humanas, científicas y culturales**. Las tesis de titulación elaboradas en los últimos años muestran una orientación fenomenológica y etnoenfermera, al explorar los significados, experiencias y percepciones que las personas atribuyen a fenómenos relacionados con la salud, la enfermedad y el cuidado, dentro de contextos sociales y culturales específicos de Ciudad del Carmen, Campeche.

Los trabajos abordan problemáticas complejas del entorno local desde una mirada humanista, ética y culturalmente sensible. Ejemplo de ello son las investigaciones sobre el significado atribuido al consumo de alcohol por mujeres residentes en la colonia 23 de Julio, la percepción de la mujer respecto al consumo de alcohol de la pareja y las experiencias de una mujer alcohólica en proceso de recuperación, que evidencian una visión de enfermería centrada en la comprensión de las experiencias humanas y en la búsqueda de alternativas de cuidado con pertinencia social. Asimismo, estudios como el alcoholismo desde la perspectiva del hombre adulto y el tabaquismo y alcoholismo en el adulto joven: un abordaje holístico integran la dimensión cultural y de género al análisis del consumo de sustancias, destacando la importancia de la enfermería en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de riesgos.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, destacan trabajos como la influencia del apoyo familiar en la resiliencia sexual del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA y la influencia de la resiliencia sexual para prevenir conductas sexuales de riesgo en jóvenes universitarios, que aportan evidencia sobre la relación entre los factores psicosociales, familiares y educativos en la construcción de conductas protectoras de salud. Estas investigaciones se articulan con las competencias específicas de investigación y educación para la salud, fortaleciendo la capacidad del egresado para diseñar estrategias de intervención culturalmente adaptadas.

Del mismo modo, las tesis centradas en la experiencia de vivir con enfermedades crónicas y procesos de pérdida, como el significado de vivir con diabetes mellitus tipo 2 en la mujer adulta, la experiencia ante la pérdida

de una extremidad en un sujeto con diabetes mellitus o el proceso de duelo con una esperanza de vida, evidencian la aplicación del método fenomenológico como vía para comprender el sufrimiento humano, la adaptación y la resiliencia ante la enfermedad. En la misma línea, estudios sobre apoyo tanatológico a cuidadores paliativos y atención holística de enfermería en la mujer con embarazo de alto riesgo fortalecen la dimensión tanatológica y existencial del cuidado.

En el campo educativo, los trabajos como la percepción de la relación teoría-práctica en el aprendizaje de los estudiantes de enfermería, pensamiento reflexivo y crítico desde la percepción de estudiantes, percepción de satisfacción en el uso de la simulación clínica y la perspectiva del estudiante sobre la tutoría académica muestran la evolución del pensamiento pedagógico del programa, vinculado a los aportes de Díaz Barriga y Barrón, al centrarse en el aprendizaje significativo, la reflexión y la autonomía del estudiante. Estos estudios consolidan la competencia docente y la investigación educativa, pilares del modelo por competencias de la UNACAR.

Finalmente, las investigaciones con enfoque comunitario y social, como trastornos del sueño en adultos mayores, violencia física en el noviazgo y consumo de alcohol en jóvenes universitarios, estigma y discriminación en personas portadoras de VIH y rol de la enfermera ayudante en la úlcera varicosa, evidencian la proyección social del programa educativo, reafirmando que la enfermería, desde una perspectiva intercultural y fenomenológica, trasciende el ámbito clínico para incidir en la calidad de vida y en la transformación de los contextos donde las personas viven, enferman, se rehabilitan o mueren.

En conjunto, estas tesis representan un corpus académico que integra el cuidado como experiencia humana, la diversidad cultural como principio ético y la investigación cualitativa como medio para comprender y mejorar la práctica enfermera.

Así, el programa educativo de la UNACAR consolida su compromiso con la formación de profesionales críticos, reflexivos y culturalmente competentes, capaces de ofrecer un cuidado integral y congruente con las realidades de la sociedad mexicana y latinoamericana contemporánea.



CONSIDERACIONES FINALES

La formación de los estudiantes de enfermería de la Universidad Autónoma del Carmen, bajo el modelo educativo enfocado en las competencias, en el quehacer de enfermería y en el desarrollo de las competencias en los egresados, que se sustentan en la filosofía y teoría de Virginia Henderson, adquiriendo una perspectiva única y profunda centrada en el paciente. Generándose una relevancia teórica aplicada en diversos contextos y su interacción con los contextos culturales, en donde la etnoenfermería es un complemento significativo para el desarrollo de la investigación.

Teniendo como sustento teórico y filosófico de Virginia Henderson “Teoría de las 14 necesidades básicas o Definición de Enfermería”, basada en la premisa de que la función única de la enfermera es asistir a individuo, sano o enfermo, en la ejecución de las actividades que contribuyen en el cuidado de enfermería en el embarazo, en el recién nacido, en el niño y el adolescente, en el adulto y adulto mayor sano o enfermo, para la prestación de cuidados integrales del paciente, la familia o comunidad en el proceso de enfermedad como herramienta metodológica en la competencia específica Cuidado de Enfermería.

Para la **competencia Docencia en enfermería**, está enfocada en el diseño, ejecución y evaluación de programas formales o informales, cuyos componentes son la elaboración de planes de programas y proyectos de educación, métodos, técnicas y recursos didácticos y la promoción de la salud, para el desarrollo de dominios que analizan los elementos que integran el proceso de enseñanza y aprendizaje, que examinan los métodos y técnicas de enseñanza para la transmisión de conocimientos.

De la **competencia gestión y administración de enfermería** que tiene como componente la administración y el departamento de enfermería, las funciones administrativas en enfermería y la gestión, en donde se aplican las etapas del proceso administrativo durante el cuidado del paciente y el manejo de los recursos humanos en salud y los materiales. Para demostrar el desarrollo de la habilidad para insertarse en las funciones administrativas de los servicios de enfermería dentro del ámbito clínico hospitalario.

Para la **competencia del marco ético legal de la profesión**, se demuestra el comportamiento acorde a las normas éticas y legales de la profesión durante la atención al individuo, grupo, familia o comunidad.

Poseer los conocimientos propios sobre el desarrollo histórico de la enfermería internacional, nacional y local, sus tendencias y perspectivas; las teorías y modelos de enfermería, se genera la competencia Identidad Profesional.

Con la **competencia Independencia en el ejercicio profesional**, el estudiante amplía y profundiza los conocimientos profesionales, mejorando métodos y técnicas que eleven la calidad de la asistencia y que contribuya alcanzar un campo propio de conocimientos que clarifiquen la identidad del profesional de enfermería y se desarrolla cuando se demuestra disposición para trabajar con el equipo multidisciplinario de la salud. Asume responsabilidades que son de su competencia en la prevención y atención de la salud del individuo, familia y/o comunidad. Participa en estrategias para la solución de los problemas identificados durante la atención del individuo, familia y/o comunidad. Participa en la formación y capacitación de las personas sanas y/o enferma, posterior a la identificación de necesidades de salud, para el fomento de una cultura de salud en la sociedad.

Con la **competencia Investigación en enfermería**, desarrollar nuevos conocimientos sobre la disciplina y la práctica de la enfermería. Implica ampliar el conocimiento disponible mediante un proceso de indagación justificable tanto sistemática como científicamente.

Las funciones de enseñanza de enfermería abarcan una variedad de roles y responsabilidades que son esenciales para la atención efectiva del paciente y la educación en enfermería. Estas funciones incluyen la enseñanza estructurada, el modelado de roles y la integración de la teoría con la práctica. En las siguientes secciones se esbozan los aspectos clave de las funciones docentes de enfermería con base en la investigación realizada con docentes que imparten asignaturas en el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen.

Las funciones docentes del estudiante de enfermería incluyen la comunicación simple y la enseñanza estructurada, que son esenciales para mejorar la atención al paciente y asistir a los compañeros de trabajo de enfermería. Se deben desarrollar habilidades de comunicación efectivas en los programas básicos de enfermería, con la enseñanza estructurada enfatizada en la educación bachillerato.

Competencias en las Cuatro Funciones Sustantivas

Docencia:

Los docentes integran la investigación en su enseñanza, utilizando recursos tecnológicos y promoviendo el pensamiento crítico en los estudiantes a través de proyectos y análisis de casos. Se enfatiza la importancia de que los estudiantes sean constructores de su propio conocimiento, lo que implica un aprendizaje activo y participativo.

Investigación:

La investigación se traduce en la aplicación de conocimientos teóricos en contextos prácticos, lo que permite a los estudiantes demostrar sus competencias en situaciones reales y simuladas. Se fomenta la capacidad de los estudiantes para fundamentar sus intervenciones en evidencia científica, lo que es crucial para su práctica profesional.

Gestión:

Los estudiantes desarrollan habilidades de gestión al participar en actividades que requieren planificación y organización, tanto en el aula como en los campos clínicos. La implementación de un modelo de competencias implica que los estudiantes deben aprender a trabajar en equipo y a gestionar recursos de manera efectiva.

Asistencial:

En el ámbito asistencial, los estudiantes son guiados desde un nivel principiante hasta alcanzar un grado de experticia, lo que implica un desarrollo progresivo de competencias prácticas. La práctica en escenarios clínicos y comunitarios es fundamental para que los estudiantes adquieran las competencias necesarias para su futura labor profesional.

¿Cómo ha experimentado la implementación del modelo de competencias en la práctica diaria del aula y de los campos clínicos?

En la experiencia permite que el estudiante sea el constructor de su conocimiento, mediante investigaciones y prácticas en campo real, donde han desarrollado satisfactoriamente **habilidades blandas y duras** (Figura 7).

COMPETENCIAS DEL EGRESADO	FUNCIONES DOCENTES	APORTE FORMATIVO / ENFOQUE PEDAGÓGICO
Habilidades prácticas	Influencia docente en el aprendizaje experiencial	Favorece el dominio del <i>saber hacer</i> mediante la práctica clínica, la simulación y la observación reflexiva; promueve la transferencia del conocimiento a escenarios reales y la aplicación ética del cuidado.
Desempeño teórico	Desarrollo y fortalecimiento de habilidades cognitivas	Estimula el pensamiento crítico y el razonamiento clínico; fomenta la integración de fundamentos científicos, normativos y filosóficos en la toma de decisiones de enfermería.
Habilidades blandas	Construcción del conocimiento colaborativo	Impulsa la comunicación efectiva, la empatía, la ética y el trabajo en equipo; promueve un ambiente de aprendizaje humanista y reflexivo centrado en el estudiante.
Habilidades duras	Orientación metodológica y técnica del docente	Desarrolla competencias instrumentales y tecnológicas vinculadas al proceso enfermero, la gestión del cuidado y la investigación aplicada, fortaleciendo la autonomía y la calidad profesional del egresado.

Figura - 7 Relación entre competencias del egresado y funciones docentes en la formación enfermera. UNACAR, Mexico, 2025

El aprendizaje en el aula y llevado a la práctica; el estudiante es capaz de articular este conocimiento dependerá de los 3 actores (docente-estudiante-enfermero atenderá de los 3 actores para que el estudiante alcance la competencia (docente del ciclo escolar será la competencia que desempeñara) (Figura 8).

COMPETENCIAS DEL EGRESADO	FUNCIONES DOCENTES	APORTE A LA FORMACIÓN INTEGRAL
Habilidades	Actividades de aprendizaje estructuradas	Permiten el desarrollo del saber hacer mediante la práctica guiada, la simulación clínica y la resolución de problemas, consolidando el juicio clínico y la autonomía profesional.
Destrezas	Estrategias de aprendizaje activo	Fomentan la participación, la experimentación y la reflexión continua del estudiante; fortalecen la precisión técnica, la creatividad y la adaptación a contextos reales de atención en salud.
Actitudes	Formación ética y humanista en el aula y la práctica	Promueven valores como la empatía, la responsabilidad, el respeto y la sensibilidad cultural; consolidan el saber ser como eje central del cuidado y la identidad profesional de enfermería.

Figura - 8 e 9 Relación entre competencias del egresado y funciones docentes en la formación enfermera. UNACAR, Mexico, 2025

En el aula, generalmente se tiene que verificar las competencias que los estudiantes han adquirido durante su trayectoria y con base a ello se trabaja para desarrollar las nuevas competencias.

En los campos clínicos, comunitarios, empresariales, educativos entre otros, los estudiantes inician como principiantes hasta conducirlos a el mayor grado de expertos, la cual se logra generalmente cuando los estudiantes se encuentran en el 9 semestre (Figura 9).

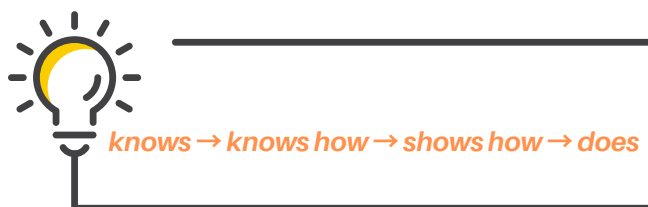
COMPETENCIAS DEL EGRESADO	FUNCIONES DOCENTES	APORTE AL PROCESO FORMATIVO
Expertas	Verificación y acompañamiento académico	El docente actúa como evaluador reflexivo que valida el dominio de competencias clínicas, investigativas y éticas, garantizando el desempeño experto del estudiante en escenarios reales y simulados.
En desarrollo	Orientación y fortalecimiento del aprendizaje	El docente guía al estudiante en la construcción del conocimiento, promoviendo la autonomía, la integración teoría-práctica y el pensamiento crítico en la aplicación del cuidado.
En progreso	Docencia formativa y tutoría	Favorece la adquisición gradual de competencias básicas, fomentando el aprendizaje significativo, la reflexión sobre la experiencia y el compromiso con el crecimiento personal y profesional.

En ocasiones no es posible la práctica diaria del aula con el modelo de competencias, se requiere de un espacio acondicionado para realizar las actividades acorde a la práctica. En cuanto a los campos clínicos no he sido profesora (Figura 10).

COMPETENCIAS DEL EGRESADO	FUNCIONES DOCENTES	APORTE AL DESARROLLO PROFESIONAL
Competencias en consolidación	Identificación de limitaciones en el aprendizaje	El docente detecta áreas de oportunidad en el desempeño del estudiante, orientando estrategias de mejora continua y promoviendo la autorreflexión y la autonomía en la construcción del conocimiento.
Competencias en fortalecimiento	Aplicación del modelo de competencia en la práctica docente	El docente actúa como facilitador del aprendizaje significativo, integrando los principios del modelo por competencias: saber ser, saber hacer, saber conocer y saber convivir, contribuyendo al desarrollo integral del futuro profesional de enfermería.
Competencias integradas	Evaluación del logro competencial	Promueve la validación del desempeño profesional mediante procesos de evaluación formativa, asegurando que el egresado demuestre capacidades técnicas, éticas y humanas en contextos reales y simulados.

Figura - 10 Relación entre competencias del egresado y funciones docentes en la formación enfermera. UNACAR, Mexico, 2025

El enfoque por competencias responde a la exigencia de calidad, seguridad del paciente y rendición de cuentas: define lo que un egresado debe saber, saber hacer y saber ser en contextos de complejidad real, garantizando resultados comparables. Integra resultados de aprendizaje observables, criterios de desempeño, niveles de autonomía (Miller)



y evidencia de logro (EPAs/Actividades Profesionales Delegables).



¿Qué significa para usted traducir las competencias teóricas en actividades pedagógicas y de evaluación de las asignaturas que imparte en los periodos lectivos?

COMPETENCIAS DEL EGRESADO	FUNCIONES DOCENTES	APORTE FORMATIVO (según el Plan de Estudios)
Justificación	Orientar el proceso educativo hacia el desarrollo de competencias profesionales integrales.	La formación del estudiante se sustenta en un modelo educativo centrado en el aprendizaje, que promueve la autonomía, la reflexión y la práctica contextualizada. El docente funge como facilitador del conocimiento, guiando al alumno para integrar saberes teóricos, técnicos, éticos y humanísticos que respondan a las necesidades de salud y bienestar social.
Metodología	Implementar estrategias didácticas activas y evaluaciones formativas para el logro de competencias.	El proceso metodológico se basa en el aprendizaje significativo, el trabajo colaborativo, el estudio de casos, la simulación clínica y la práctica reflexiva. Estas estrategias favorecen el aprendizaje experiencial desde la fenomenología y la etnoenfermería, asegurando la articulación entre teoría y práctica en la construcción del cuidado profesional.

Figura - 11 Relación entre competencias del egresado y funciones docentes según el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería. UNACAR, Mexico, 2025

Significa transformar el conocimiento teórico en experiencias de aprendizaje y evaluaciones prácticas que permitan a los estudiantes aplicar, integrar y demostrar sus competencias en contextos reales y simulados (Figura 12).

COMPETENCIAS DEL EGRESADO	FUNCIONES DOCENTES	APORTE FORMATIVO (según el Plan de Estudios)
Aplicación	Experiencia guiada y aprendizaje situado	El docente promueve la aplicación del conocimiento en contextos reales y simulados, fortaleciendo el saber hacer a través de la práctica reflexiva, la observación y la resolución de problemas clínicos. Esta función se centra en el acompañamiento del estudiante para consolidar su juicio crítico y su autonomía profesional.
Demostración	Implementación del modelo por competencias	El docente actúa como facilitador y ejemplo profesional, aplicando estrategias basadas en el modelo por competencias que integran teoría, práctica y valores éticos. Mediante la demostración y el análisis de casos, orienta al estudiante en la adquisición de habilidades técnicas, científicas y humanísticas propias del cuidado enfermero.
Integración	Evaluación formativa y retroalimentación continua	El docente fomenta la integración del saber ser, saber conocer y saber hacer, a través de procesos de evaluación integral y reflexiva. Promueve la autoevaluación, la coevaluación y la retroalimentación para fortalecer la identidad profesional, la responsabilidad social y el compromiso ético del egresado.

Figura - 12 Relación entre competencias del egresado y funciones docentes según el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería. UNACAR, Mexico, 2025

Las actividades pedagógicas nos permiten que los estudiantes desarrollen las competencias que se tienen en cada semestre y la evaluación se realiza con rubricas y de forma sumativa (Figura 13).

COMPETENCIAS DEL EGRESADO	FUNCIONES DOCENTES	APORTE FORMATIVO (según el Plan de Estudios)
Actividades pedagógicas	Relación enseñanza–aprendizaje	Las actividades pedagógicas permiten que el estudiante desarrolle las competencias establecidas en cada semestre, mediante la interacción docente–alumno y la aplicación de estrategias didácticas activas que promueven el aprendizaje significativo, reflexivo y colaborativo.
Desarrollo	Actividades de aprendizaje	El docente guía al estudiante en la construcción del conocimiento a través de experiencias teóricas, prácticas y clínicas, fomentando la autonomía, la responsabilidad y la aplicación del modelo por competencias en escenarios reales y simulados.
Evaluación	Docencia y retroalimentación formativa	La evaluación se realiza mediante rúbricas, guías de desempeño y procesos sumativos, permitiendo valorar el grado de logro de las competencias. El docente utiliza la evaluación como herramienta formativa para mejorar el aprendizaje, promover la autorreflexión y fortalecer la práctica profesional.

Figura - 13 Relación entre competencias del egresado y funciones docentes según el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería. UNACAR, Mexico, 2025

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Se declara el uso de la herramienta de inteligencia artificial como Gemini IA de manera exclusiva en el apoyo de la relación de conceptos metodológicos, manteniéndose de manera plena el contenido académico del capítulo desarrollado referente a la aplicación de un modelo educativo basado en competencias en la formación de recursos humanos de la disciplina de enfermería.

REFERÊNCIAS

Barrón, C. (2009). **El enfoque por competencias en la educación superior: una alternativa para mejorar la calidad educativa**. Universidad Nacional Autónoma de México.

Benner, P. (2001). **From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice** (Commemorative ed.). Prentice Hall.

- Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J et al. (1956). **Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals**. Handbook I: Cognitive domain. David McKay.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. **Advances in Nursing Science**, 1(1), 13-23.
- Chinn, P. L., Kramer, M. K. (2018). **Knowledge development in nursing: Theory and process**. 10th ed. Elsevier.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J et al. (2007). Quality and safety education for nurses. **Nursing Outlook**, 55(3), 122-131. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.006>
- Díaz Barriga, F. (2011). Competencias en educación: un balance crítico. **Revista Iberoamericana de Educación Superior**, 2(5), 3-20. <https://doi.org/10.22201/iisue.20072872e.2011.5.26>
- Fang-qin W, Yan-ling W, Ying Wet al. (2014). Application of nursing core competency standard education in the training of nursing undergraduates. **International Journal of Nursing Sciences**, 1(4), 367-370. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.10.010>
- Harden, R. M. (2007). Outcome-based education: The future is today. **Medical Teacher**, 29(7), 625-629. <https://doi.org/10.1080/01421590701729930>
- Le Boterf, G. (2015). **Construir las competencias: ¿Cómo traducir las competencias en prácticas profesionales?** (5.ª ed.). Gestión 2000.
- Leininger, M. (1991). Culture care diversity and universality: A theory of nursing. **National League for Nursing Press**.
- Margarita, G. (2018). **Formación de enfermería por competencias, impacto y tendencias según el mercado laboral en tres estados de la República Mexicana**.
- Tobón, S. (2013). **Formación integral y competencias: Pensamiento complejo, currículo, didáctica y evaluación** (4.ª ed.). ECOE.
- Martínez Miguélez, M. (2006). Fundamentación epistemológica del enfoque centrado en la persona. Polis. **Revista Latinoamericana**, (15).
- Mezirow, J. (1991). **Transformative dimensions of adult learning**. Jossey-Bass.
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. **Academic Medicine**, 65 (9), S63-S67. <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>
- Schön, D. A. (1983). The reflective practitioner: How professionals think in action. Basic Books.
- SEP (2017). Modelo Educativo para la Educación Obligatoria. Educar para la libertad y la creatividad. México.
- OMS (2021). Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025. World Health Organization.
- Prado, L. do. (2012). Cuidado de enfermería culturalmente congruente: fundamentos y aplicación práctica. Universidade Federal de Santa Catarina.

Tardif, J. (2006). **L'évaluation des compétences: Documenter le parcours de développement**. Chenelière Éducation.

UNACAR (2023). **Modelo Educativo y Académico de la Universidad Autónoma del Carmen**. Ciudad del Carmen, Campeche.

Universidad Autónoma del Carmen. (2012). **Plan de Desarrollo Institucional 2012-2021**. UNACAR.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Director Alberto Daniel Fuentes Lugo, Director de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen, por el impulso en la investigación que genera el CA en Enfermería UNACAR 038 Enfermería, Salud y Educación.

Revisora

Gloria Margarita Ruiz Gómez
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad Autónoma del Carmen.
Ciudad del Carmen, Campeche, México
ORCID: 0000-0002-6190-5298

Cómo citar

Ruiz Gómez GM, Villanueva Echavarría JR, Telumbre Terrero JY, Castillo Arcos LC. **Modelo educativo por competencias en enfermería: integrando enseñanza, investigación y práctica para el cuidado profesional**. In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.126-152. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:10.5281/zenodo.17822694.

EPISTEMOLOGÍA INTERCULTURAL EN LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA: SABERES DIVERSOS

EPISTEMOLOGIA INTERCULTURAL NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: SABERES DIVERSOS

INTERCULTURAL EPISTEMOLOGY IN NURSING TRAINING: DIVERSE KNOWLEDGE

Angélica Isabel Romero Daza | ORCID: 0000-0002-8332-411X
angelicaromero@unicesar.edu.co | Universidad Popular Del Cesar,
 Valledupar, Cesar, Colombia

Paola Katherine Niño Rincon | ORCID: 0000-0003-1015-6132
 Universidad Popular Del Cesar, Valledupar, Cesar, Colombia

Marcela Carrillo Pineda | ORCID: 0000-0002-3200-8600
 Universidad Popular Del Cesar, Valledupar, Cesar, Colombia

Ana Yimena Torres Benjumea | ORCID: 0000-0002- 4897-132X
 Universidad Popular Del Cesar, Valledupar, Cesar, Colombia

Se presenta cómo la epistemología intercultural aporta a la formación en enfermería al articular saberes diversos para una práctica de cuidado más humana. Enfoque teórico o metodológico: desde un marco cualitativo-interpretativo y reflexivo, se estudian fenómenos complejos de manera contextual. El análisis se guía por la teoría de Leininger sobre cuidados culturales y por la Etnoenfermería, claves para el cuidado en contextos plurales. Contribución: ofrece una visión crítica y transformadora que reconoce saberes ancestrales y comunitarios como parte del conocimiento válido, fortaleciendo una enfermería ética y sensible. Relevancia para la educación en enfermería: desarrolla competencia cultural, promueve justicia epistémica y alienta a repensar planes y prácticas pedagógicas para un cuidado inclusivo y equitativo. **Descriptores:** Enfermería transcultural; Epistemología; Educación en enfermería; Competencia cultural.

INTRODUCCIÓN

La formación de profesionales de enfermería en América Latina y particularmente en Colombia enfrenta un punto crítico que requiere una revolución en los modelos pedagógicos y epistemológicos. En un territorio con alta diversidad cultural, étnica y lingüística, los programas de enfermería deben dar respuesta a poblaciones con diversas maneras de conceptualizar la salud, la enfermedad y el cuidado. Esta situación crea el desafío de formar profesionales que puedan ofrecer una atención respetuosa, pertinente y justa en contextos culturalmente diversos (Sequeda-Villarraga et al., 2023).

La epistemología intercultural plantea una mirada crítica y transformadora de los conocimientos científicos y los conocimientos ancestrales, comunitarios y populares. El enfoque reconoce la validez de los conocimientos locales y desarrolla una práctica de cuidado etnocentrada, respetuosa de las cosmovisiones de los pueblos y comunidades. En Colombia, con más de 115 pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes. Es aquí donde la interculturalidad en salud viene a ser un pilar para asegurar el derecho a la salud con calidad y sin discriminación (OPS, 2025).

La globalización, el fenómeno migratorio, las tendencias de internacionalización, y un mayor reconocimiento de la otredad y la diferencia como elemento integrador entre personas han influenciado positivamente las sociedades educativas, este factor no es ajeno en la población de estudiantes de enfermería, donde evidencia reciente demuestra que éstos presentan niveles moderados de competencia cultural, lo que indica avances significativos, pero también la necesidad de fortalecer los currículos académicos. La inclusión de contenidos interculturales, el desarrollo de experiencias de inmersión cultural y la capacitación docente son estrategias clave para avanzar hacia una educación más inclusiva y transformadora (Zuñiga et al., 2025).

Por consiguiente, la implementación de estrategias pedagógicas que fomenten el desarrollo de competencias interculturales debe ser transversal en los programas de formación.

Esto implica, que no basta con la incorporación de asignaturas específicas, es necesaria la articulación de conocimientos, actitudes y habilidades que permitan a los futuros profesionales brindar cuidados culturalmente sensibles.

La epistemología intercultural viene así a proponer un marco para establecer relaciones de confianza, empatía y respeto entre el personal de salud y las comunidades. Solo de este modo podremos dar pasos hacia un sistema de salud más justo, equitativo y culturalmente competente. Por tanto, la educación de enfermería en Latinoamérica y Colombia debe comprometerse con cambiar paradigmas educativos, incorporando la interculturalidad como eje articulador.

De este modo podremos dar pasos hacia un sistema de salud más justo, equitativo y culturalmente competente.

FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD Y SU RELACIÓN CON LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA



La epistemología intercultural reconoce la diversidad epistémica (la existencia de diversas formas de conocimiento situadas histórica, cultural y territorialmente). Esta mirada desafía la hegemonía del saber biomédico occidental y abre la puerta a otras formas de conocer el mundo, como los conocimientos indígenas, afrodescendientes y campesinos (Veliz-Rojas et al., 2019). En el campo de la salud, esta epistemología crea un modo de hacer inclusivo, que reconoce la diversidad cultural como un valor en la atención de la salud.

En el ámbito de la enfermería, la epistemología intercultural permite pensarla formación profesional desde una perspectiva mucho más crítica. No basta con añadir contenidos culturales a los programas educativos, hay que transformarlos en maneras de enseñar, de aprender y de cuidar. En este contexto se hace relevante la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger (2002) y la metodología de la etnoenfermería, las cuales explican cómo los valores, creencias y prácticas culturales son esenciales en el cuidado, y cómo las prácticas e intervenciones se deben ajustar para que sean genuinas, humanas y éticas.

La epistemología intercultural reconoce la diversidad epistémica (la existencia de diversas formas de conocimiento situadas histórica, cultural y territorialmente). Esta mirada desafía la hegemonía del saber biomédico occidental y abre la puerta a otras formas de conocer el mundo, como los conocimientos indígenas, afrodescendientes y campesinos (Veliz-Rojas et al., 2019). En el campo de la salud, esta epistemología crea un modo de hacer inclusivo, que reconoce la diversidad cultural como un valor en la atención de la salud.

En el ámbito de la enfermería, la epistemología intercultural permite pensarla formación profesional desde una perspectiva mucho más crítica. No basta con añadir contenidos culturales a los programas educativos, hay que transformarlos en maneras de enseñar, de aprender y de cuidar. En este contexto se hace relevante la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger (2002) y la metodología de la etnoenfermería, las cuales explican cómo los valores, creencias y prácticas culturales son esenciales en el cuidado, y cómo las prácticas e intervenciones se deben ajustar para que sean genuinas, humanas y éticas.

La perspectiva de la interculturalidad en salud implica un diálogo horizontal entre los conocimientos médicos hegemónicos ofrecidos por el sistema de asistencia sanitaria y los milenarios saberes ancestrales presentes en las comunidades. Este enfoque se basa en la crítica al paradigma positivista que ha dominado históricamente la formación en salud, proponiendo una visión más contextualizada y sensible a las realidades socioculturales de las comunidades (Eroza-Solana, Carrasco-Gómez, 2020). En este sentido, la salud no se concibe únicamente como un estado físico, sino como una construcción social influenciada por cosmovisiones, prácticas y valores culturales (Medina Gutiérrez, Pérez Ruiz, 2023).

La formación de profesionales de enfermería enfrenta el desafío de responder a una sociedad pluriétnica y multicultural. La inclusión de la epistemología intercultural en la formación reconoce y valora los conocimientos plurales que coexisten en un territorio. *"Este enfoque apoya una educación para la salud inclusiva, situada, respetuosa y comprometida con la equidad"*. Así mismo, cada vez se hace más indispensable reconocer que los sistemas de salud deben incorporar dimensiones estructurales, intersubjetivas y subjetivas que establezcan relaciones entre medicina alopática y medicina tradicional. Estas dimensiones facilitan la comprensión

de cómo se construyen las prácticas de cuidado en contextos interculturales, y cuáles son los mecanismos más efectivos y pertinentes para generar espacios de diálogo y articulación entre diferentes formas de conocimiento (Menéndez, 2016).

La formación en enfermería debe orientarse hacia el desarrollo de competencias interculturales que permitan a los profesionales brindar cuidados culturalmente pertinentes. Esto requiere no sólo el conocimiento de las prácticas tradicionales, sino también la habilidad para establecer relaciones de confianza, empatía y respeto con los pacientes. La epistemología intercultural viene así a proponer un marco teórico y práctico para desarrollar una praxis del cuidado ético, humano y transformadora.

Para Castillo (2021), los presupuestos epistemológicos de la interculturalidad en salud son un punto de partida para pensar la formación de profesionales de enfermería en América Latina y Colombia. Este enfoque posibilita trascender el paradigma biomédico y avanzar hacia una educación para la salud que considere la diversidad cultural como un factor esencial en la construcción de sistemas de salud más justos, equitativos y relevantes.

El valor del reconocimiento de saberes diversos y prácticas ancestrales en la formación de profesionales de enfermería

La formación de profesionales de enfermería en América Latina, y particularmente en Colombia, tiene el desafío y la oportunidad de articular en sus procesos formativos diferentes tipos de conocimientos y prácticas ancestrales. Esta incorporación es un paso hacia una educación más equitativa, intercultural y situada, que reconoce la riqueza de los conocimientos producidos en las comunidades. La inclusión de saberes diversos en la formación en enfermería implica reconocer que el conocimiento no se limita al aula o al laboratorio, sino que también se construye en la comunidad, en la experiencia vivida y en la relación con el otro. En Colombia, investigaciones recientes han destacado la importancia de formar en competencia cultural para atender adecuadamente a poblaciones indígenas, afrodescendientes y migrantes, promoviendo el respeto, la empatía y la comunicación intercultural (Ducón Niño, 2022).

Esta manera de hacer pedagogía enriquece el currículo y fortalece la justicia epistémica, dando voz y legitimidad a saberes históricamente

excluidos. La capacitación de enfermería, por lo tanto, debe incorporar espacios de diálogo intercultural, prácticas comunitarias, metodologías participativas, para que los estudiantes reconozcan la diversidad cultural como una riqueza para el cuidado.

En Colombia, los pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes poseen saberes ancestrales que han sido transmitidos de generación en generación. Estos saberes incluyen prácticas de sanación, rituales espirituales y formas de cuidado comunitario que responden a una visión holística de la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social (2023) destaca que el respeto por estas culturas médicas tradicionales es un mandato constitucional, y que su integración en el sistema de salud es fundamental para garantizar una atención pertinente y efectiva.

La Constitución Política de Colombia y leyes como la 1751 de 2015 reconocen la coexistencia de saberes ancestrales y prácticas comunitarias en salud. Estos saberes son considerados inviolables, inalienables e imprescriptibles (Ministerio de salud, 2023). Las comunidades indígenas y afrodescendientes han desarrollado sistemas de cuidado basados en rituales, plantas medicinales y prácticas espirituales que han demostrado eficacia en contextos de conflicto y exclusión (Museo de Memoria de Colombia, 2020).

El valorizar estos conocimientos en la educación profesional no solo mejora la calidad del cuidado, sino que también fomenta la justicia en salud. Los enfermeros formados en ambientes interculturales estarán mejor capacitados para atender las necesidades de poblaciones diversas, respetando sus cosmovisiones y prácticas. Asimismo, el abordaje favorece el diálogo de saberes, la indagación participativa y la construcción colectiva de conocimientos, esencial para una enfermería comprometida con la transformación social.

Desde este punto de vista, el reconocimiento de saberes diversos y prácticas ancestrales en la formación de profesionales de enfermería es una apuesta ética, política y pedagógica por una salud más humana, equitativa y culturalmente pertinente. Las instituciones educativas deben asumir este reto con responsabilidad, promoviendo currículos inclusivos, metodologías interculturales y vínculos sólidos con las comunidades.



CONTRIBUCIÓN DE LA EPISTEMOLOGIA TRANSCULTURAL EN LA PRACTICA DEL CUIDADO

Una enfermería formada desde la epistemología estará mejor preparada para brindar cuidados respetuosos, inclusivos y sensibles a la diferencia cultural. Esto implica desarrollar prácticas que reconozcan los rituales, idiomas, cosmovisiones y estructuras sociales de las comunidades, y establecer relaciones horizontales y de confianza. Además, este modo de hacer genera una ética del cuidado, en la medida en que reconoce al otro como sujeto de saber y no como objeto de intervención; en realidades como la colombiana, con desigualdades estructurales y dificultades de acceso a la salud, la interculturalidad es un instrumento de equidad y cambio social.

Así, el cuidado etnocentrado transforma la forma de concebir y hacer enfermería. No es sólo la aplicación de técnicas, sino la creación de relaciones humanas que reconocen la identidad cultural del otro. Por lo que, cuidar implica respetar la diferencia, ser solidario, ser empático, valores necesarios en contextos multiculturales. El etnocentrismo en el cuidado es capaz de resignificar el cuerpo y la enfermedad desde la cosmovisión de cada pueblo; por ejemplo, en algunas culturas indígenas el cuerpo no es una entidad separada, sino parte de un todo espiritual y natural. Esta creencia afecta la forma en que se interpretan los síntomas, se busca la curación y se establece la relación con el cuidador.

La epistemología intercultural, al reconocer la pluralidad de saberes, permite que el cuidado de enfermería se construya desde el diálogo y la reciprocidad. Esto implica que el profesional de enfermería no solo transmite conocimientos, sino que también aprende de las prácticas locales, generando una relación horizontal que fortalece el vínculo terapéutico.

En este escenario, la teoría de Madeleine Leininger proporciona elementos claves, contribuyendo de manera positiva a la mejora de la salud de las personas con enfoque étnico diferenciado, a partir de la articulación del conocimiento teórico, con la praxis disciplinar, lo que se traduce en competencia cultural de enfermería. Esta teoría sostiene que el cuidado debe ser congruente con los valores, creencias y prácticas culturales del paciente, y que existen tanto aspectos universales como específicos en el cuidado cultural.

Como principales componentes de esta teoría se destacan, el Cuidado Culturalmente congruente, la diversidad cultural, la Universalidad cultural y el Modelo del sol naciente (Leininger, 1985).



Figura - Componentes de la teoría de Leininger. Colombia. 2025

La teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Leininger proporciona un **marco conceptual** para comprender el cuidado desde la cultura. Esta teoría reconoce que todas las culturas tienen prácticas de cuidado diversas y universales (Leininger, 1999- 2016; Rohrbach-Viadas, 1998). El **modelo del sol naciente** permite identificar factores estructurales, sociales y ambientales que influyen en el cuidado, promoviendo una atención culturalmente congruente, a la vez que confirma su aplicabilidad en contextos multiculturales (Brandão et al., 2023; Briñez Ariza et al., 2024).

Reflexionar en la aplicabilidad de esta teoría a la práctica diaria de enfermería significa reconocer que el cuidado no puede ser homogéneo, no puede ser estandarizado. Cada individuo es un mundo, una historia, una cultura, una manera de vivir la salud y la enfermedad. La enfermería transcultural, teórica de Leininger, puede ajustar las intervenciones a estas subjetividades y dar una atención más cercana, humana y efectiva.

En este sentido, la praxis etnocentrada se convierte en una herramienta para la transformación del cuidado.

No se trata sólo de incorporar elementos culturales en la atención, sino de transformar la manera en que se concibe el cuidado, reconociendo al otro como un sujeto activo, portador de saberes y experiencias, que pueden orientar y facilitar las acciones cuidativas, mejorando la salud y el bienestar de las personas.

La epistemología intercultural, al integrar estos principios, permite construir una enfermería comprometida con la justicia social, la equidad y el respeto por la diversidad. Esta perspectiva no solo mejora la calidad de la atención, sino que también fortalece el rol del profesional de enfermería como agente de cambio en contextos complejos y diversos.

Relavancias de la epistemología intercultural para la educación en enfermería y la salud

La educación en enfermería y salud enfrenta hoy el desafío de responder a la creciente diversidad cultural de las sociedades latinoamericanas. En este contexto, la epistemología intercultural emerge como un enfoque fundamental para transformar los procesos formativos, reconociendo la **pluralidad de saberes y prácticas** que coexisten en los territorios. El llamado, es incorporar la epistemología intercultural como un eje transversal de la formación en enfermería, que permita cimentar una perspectiva teórico-reflexiva del cuidado. Valdez-Fernández (2017) propone que la interculturalidad debe ser parte integral del currículo académico, junto con la **ética** y la **bioética**, para formar profesionales capaces de responder a los **desafíos** de una **sociedad diversa**.

Este enfoque promueve el intercambio de saberes como una pieza fundamental para valorar la medicina tradicional y comunitaria. Además, nos hace reconocer que el saber no sólo se encuentra en la academia, sino también en las prácticas cotidianas, en los rituales, en las historias de vida de los pueblos, ya que, al dialogar interculturalmente, se enriquecen los conocimientos sobre el cuidado y se fortalece la capacidad de dar respuesta a las necesidades de las personas de diversas culturas, mejorando la **competencia cultural**. La epistemología intercultural como enfoque de formación implica una transformación curricular profunda. Específicamente, en Colombia esta requiere incluir contenidos sobre saberes ancestrales, cosmovisiones y prácticas de cuidado comunitario. Esta inclusión no solo amplía el horizonte teórico de la enfermería, sino que también permite formar profesionales con sensibilidad cultural, capaces de establecer relaciones horizontales y respetuosas con los pacientes.

Es importante tener en cuenta, que la inclusión de la Epistemología Intercultural en la formación de Enfermería exige la adopción de la socioformación, como un enfoque pedagógico para la comprensión y abordaje integral de los problemas sociales y culturales en salud, promoviendo una educación transformadora (Corredor Parra et al., 2024). Este modelo educativo articula el conocimiento académico con las realidades sociales, fomenta el pensamiento crítico, la responsabilidad social y la ética del cuidado que reconoce la interculturalidad como una dimensión fundamental de la praxis disciplinar. La ética intercultural no se limita a principios universales, sino que se construye desde el respeto por la diferencia, la reciprocidad y el reconocimiento del otro como sujeto de saber (Valdez-Fernández, 2017).

La inclusión de la Etnoenfermería en los currículos de formación en enfermería requiere prácticas pedagógicas que promuevan el respeto, la inclusión y el compromiso con la diversidad. La epistemología intercultural como enfoque de formación tiene el potencial de transformar la educación en salud, desligando la aún presente relación con el modelo hegemónico del conocimiento biomédico, a la vez que crea espacios para la inclusión de saberes locales, comunitarios y ancestrales.

La evidencia de su impacto en la salud, la diversidad étnica y cultural que existe en el territorio colombiano han generado la discusión sobre la necesidad no sólo de avanzar hacia modelos de adecuación etnocultural de las instituciones prestadoras de servicios de salud, sino la importancia de formar al talento humano, para el logro de la competencia cultural, perspectiva que actualmente es exigible por el ministerio de educación, en los procesos de obtención de registro calificado de los programas académicos.

Conscientes de esta realidad, Programas de Enfermería, como el de la Universidad Popular del Cesar (UPC), han incluido en su más reciente modificación curricular, la Interculturalidad como un elemento clave del proceso formativo, bajo la adopción del modelo pedagógico cognitivo contextual de la institución, este le apunta a la formación de profesionales de Enfermería con calidad científica, ética y humanística, cuidadores de la vida, la salud y el ambiente; con una clara perspectiva social, humanística e intercultural, que responda a las necesidades del contexto local, regional, nacional e internacional. Para el logro de la competencia cultural, el programa de Enfermería de la UPC propone como estrategias pedagógicas, el dialogo de saberes intercultural, los espacios de intercambio; transferencia de conocimientos, entre estudiantes, docentes y sabedores tradicionales y parteras; conversatorios sobre modelos de salud propia e intercultural de

pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta, inclusión de un curso disciplinar sobre interculturalidad, implementación de proyectos de aula para la promoción del respeto de la diversidad étnica y cultural, desarrollo de proyecto social tejiendo saberes para el cuidado y practicas comunitarias en contextos multiculturales, realizadas en territorios indígenas y afrodescendientes (Proyecto Educativo Programa Enfermería, Unicesar 2020).

La formación intercultural en enfermería no solo mejora la calidad de la atención, sino que también promueve la equidad en salud. Al conocer las prácticas de cuidado de los pueblos, se refuerza la relación profesional-paciente, disminuye la resistencia a los tratamientos y se promueve el buen vivir. Además, este tipo de enseñanza forma profesionales críticos, reflexivos y comprometidos con la transformación social. La epistemología intercultural no es sólo un instrumento pedagógico, sino una posición ética y política que reconoce la dignidad de todos los saberes y propone el diálogo como vía de construcción de conocimiento.

Finalmente, la importancia de la epistemología intercultural para la educación en enfermería y salud es que puede llegar a humanizar el cuidado, reconocer la diferencia y hacer justicia epistémica. Las instituciones educativas tienen la responsabilidad de transformar sus currículos, metodologías y prácticas pedagógicas, integrando este enfoque como un eje transversal de la formación.

Solo de este modo podrán egresar profesionales capaces de cuidar desde el respeto, la empatía y la interculturalidad.

REFLEXIONES FINALES



Inclusión de la Etnoenfermería en el currículo de formación del pregrado en enfermería

La inclusión de la Etnoenfermería en el currículo de formación del pregrado en Enfermería representa una necesidad urgente en contextos multiculturales como el colombiano y latinoamericano. La epistemología intercultural, se reconoce que el conocimiento no es exclusivo de la ciencia occidental, sino que también se construye en las prácticas comunitarias, en los saberes ancestrales y en las cosmovisiones de los pueblos.

Esta perspectiva promueve un diálogo horizontal entre saberes, lo cual es esencial para la formación de enfermeros y enfermeras comprometidos con la equidad y la justicia social (Pérez-Acuña & Medina, 2024).

Una propuesta curricular que promueva la integración de la Etnoenfermería como eje transversal en la formación profesional, debe articular contenidos teóricos, metodologías participativas y prácticas comunitarias, con la premisa de responder a los desafíos que plantea la atención en salud en contextos culturalmente diversos, donde las prácticas biomédicas del modelo de asistencia sanitaria dialoguen y se articulen con las prácticas tradicionales y comunitarias (Lino-Indio et al., 2023).

Teniendo en cuenta lo analizado anteriormente, las realidades del contexto del ejercicio del cuidado y la diversidad cultural presente en las poblaciones, el escenario actual de formación de los profesionales de Enfermería, se requiere la inclusión de la epistemología intercultural y de la Etnoenfermería en currículo de formación de pregrado en Enfermería, el cual contenga los siguientes elementos (Figura):

Fundamentación epistemológica intercultural: construcción del conocimiento desde múltiples realidades, el reconocimiento de que las comunidades poseen sistemas propios de cuidado, basados en la espiritualidad y relación con la naturaleza y que la Etnoenfermería se nutre de esta visión para proponer cuidado culturalmente congruente (Briñez Ariza et al., 2024).

Justificación currículo: la realidad social y cultural de América Latina exige una transformación curricular que incluya la diversidad como valor pedagógico. La inclusión de la Etnoenfermería permite formar profesionales capaces de comprender y respetar las prácticas de salud de comunidades indígenas, afrodescendientes y rurales (Pérez-Acuña, Medina, 2024).

Objetivos: Incorporar la Etnoenfermería como eje transversal en el currículo de pregrado, promover el desarrollo de competencias interculturales en los estudiantes, fomentar el respeto por los saberes ancestrales y comunitarios, articular la teoría del cuidado cultural con prácticas formativas en territorios donde habiten comunidades con enfoque étnico diferenciado.

Estructura curricular: que incluya asignaturas específicas y la transversalización de contenidos interculturales en las materias existentes, así como salidas pedagógicas y prácticas comunitarias en territorios diversos, donde los estudiantes puedan vivenciar la perspectiva intercultural del cuidado.

Metodologías activas y participativas: como el aprendizaje basado en problemas, el estudio de casos, la investigación acción participativa y los círculos de diálogo. Que permiten que el estudiante se convierta en sujeto activo de su formación, construyendo conocimiento desde la experiencia y el encuentro con el otro (Lino-Indio et al., 2023).

Sistema de evaluación: coherente con el enfoque intercultural, valorando no solo los conocimientos teóricos, sino también las actitudes, habilidades comunicativas y capacidad de establecer relaciones horizontales. Se sugiere el uso de portafolios reflexivos, rúbricas de desempeño y autoevaluaciones.



Figura - Ilustración de la inclusión de la etnoenfermería en el currículo de enfermería. Colombia. 2025

La inclusión de la Etnoenfermería en el currículo permitirá formar profesionales más humanos, empáticos y comprometidos con la transformación social. Además, contribuirá a reducir las barreras culturales en la atención en salud, mejorar la calidad del cuidado y fortalecer el vínculo entre los servicios de salud y las comunidades. La epistemología intercultural ofrece una base sólida para repensar el cuidado desde una perspectiva humana, sensible y contextualizada.

Reconocer los saberes diversos no solo enriquece la práctica profesional, sino que también transforma la manera en que nos relacionamos con las comunidades. En un país como Colombia, caracterizado por su diversidad cultural, Enfermería tiene el reto y la oportunidad de construir puentes entre el conocimiento científico y los saberes ancestrales.

Este capítulo es una invitación a reflexionar sobre nuestro actuar, a abrir el corazón y la mente al intercambio de saberes, y a construir una enfermería más inclusiva, equitativa y comprometida con la vida, teniendo presente que el camino hacia una enfermería intercultural es también un camino hacia la humanización del cuidado.

USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaram no utilizar herramientas de inteligencia artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc). Toda la redacción y/o diseño de los materiales audiovisuales, son de responsabilidad plena de los autores para el desarrollo del contenido académico del capítulo.

REFERÊNCIAS

Bríñez Ariza, Karol Johanna, Ortiz Whitaker, María Carolina, & González Soto, Cinthia Elizabeth. (2024). Etnoenfermería y teoría del cuidado cultural, evidencias metodológicas en la investigación en enfermería: una revisión integrativa. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, 13(2), e3926. Epub 01 de diciembre de 2024. <https://doi.org/10.22235/ech.v13i2.3926>

Castellanos Martínez, N. (2024). Reflexiones sobre el cuidado: Un acercamiento frente a la diversidad cultural. **Estudios sobre las culturas contemporáneas**, 1(1), 9-26.

Castellanos Martínez, N. (2024). Reflexiones sobre el cuidado: Un acercamiento frente a la diversidad cultural. **Estudios sobre las culturas contemporáneas**, 1(1), 9-26.

Corredor Parra, L. R., Montenegro Ramírez, J. D., & Bríñez Valderrama, A. V. (2025). Epistemología en Enfermería. Una mirada desde la socioformación. **Paradigmas Socio-Humanísticos**, (2), 47-60.

Ducón Niño, A. (2022). Competencia cultural en enfermería con poblaciones indígenas: una revisión de literatura. **Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales**. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/4654>

Eroza-Solana, E., & Carrasco-Gómez, M. (2020). Intercultural Health: Reflections from Experience. *LiminaR*. **Estudios Sociales y Humanísticos**, 18(1).

Hernández de Armas, Y. & Rivero Pino, R. (2023). **El rol de la enfermería en la relación salud-inclusión educativa universitaria**. *Maestro y Sociedad*, (Monográfico Educación Médica), 256-267. <https://maestroysociedad.uo.edu.cu>

Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. **Cultura de los cuidados**, Año III, n. 6 (2. semestre 1999); pp. 5-12.

Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. **Journal of transcultural nursing**, 13(3), 189-192.

Leininger, M. M. (1985). Transcultural care diversity and universality: a theory of nursing. Nursing y health care: official publication of the **National League for Nursing**, 6(4), 208-212.

Lino-Indio, M. S., Berrezueta-Malla, G. E., Delvalle-Lino, R. E., & Chong-Zavala, N. A. (2023). Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado. **Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud**. Salud y Vida, 7(14), 69-79.

Medina Gutiérrez, M. A., & Pérez Ruiz, M. J. (2023). **Interculturalidad, enfoque epistémico en el campo de la salud**. FUCS.

Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21, 109-118.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). **Comunidades étnicas, saberes ancestrales y medicinas tradicionales**. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Comunidades-etnicas-saberes-ancestrales-y-medicinas-tradicionales.aspx>

Museo de Memoria de Colombia. (2020). **Saberes ancestrales y sanación**. <https://museodememoria.gov.co/pueblos-indigenas-afro/saberes-ancestrales/>

Neves da Silva, B., Brandão de Carvalho Lira, A. L., & Galvão Pinto, E. S. (2023). Análisis de la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger. **Cultura de los Cuidados**, 27(67).

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2025). **Colombia publica el primer Mapa de Evidencias sobre Interculturalidad en Salud**.

Pérez-Acuña, C., & Medina, J. L. (2024). Atención sanitaria intercultural desde la perspectiva de estudiantes, docentes y autoridades de enfermería: estudio fenomenográfico. **Index de Enfermería**, 33(1). <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm16204>

Rohrbach-Viadas, C. (1998). Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. **Cultura de los cuidados**, Año II, n. 3 (1. semestre 1998); pp. 41-45.

Ruiz López, Montserrat. (2018). Enfermería cultural. Una mirada antropológica del cuidado. **Index de Enfermería**, 27(1-2), 106. Recuperado en 15 de octubre de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000100024&lng=es&tlng=es

Sequeda-Villarraga, F. L., Ureña-Parra, M. N., Velandia-Galvis, M. L., & Zambrano-Plata, G. E. (2023). Competencia cultural en estudiantes de enfermería de una Universidad Pública de Colombia. **Revista Cuidarte**, 14(2).

Torres-Fernández, S. L., Vega Ramírez, A. S., Mogollón Torres, F. D. M., Díaz Manchay, R. J., & Tejada Muñoz, S. (2024). **Interculturalidad: un reto en la formación de enfermeros**. Universidad Popular del Cesar. (2020). Proyecto Educativo del Programa de Enfermería.

Valdez-Fernández, A. L. (2017). Formación bioética e intercultural en enfermería: revisión temática. **Persona y bioética**, 21(2), 312-329.

Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., & Silva-Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. **Cadernos de Saúde Pública**, 35, e00120818.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a la Red Internacional de Investigación en Enfermería la oportunidad para submeter este capítulo a el libro Raíces del Saber.

Revisora

Visabel Lucia Guerra Dangond
Universidad Popular del Cesar
Valledupar-Cesar, Colombia
ORCID: [0000-0002-7445-2865](https://orcid.org/0000-0002-7445-2865)

Como citar

Romero Daza AI, Niño Rincón PK, Carrillo Pineda M, Torres Benjumea AY. **Epistemología intercultural en la formación en enfermería: saberes diversos**. In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.153-168. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17822765](https://doi.org/10.5281/zenodo.17822765).

FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA FORMACIÓN ENFERMERA EN ARGENTINA: UNA LECTURA SITUADA DE LA RESOLUCIÓN 2721/15

Fundamentos epistemológicos da formação em enfermagem na Argentina: uma leitura situada da Resolução 2721/15

Epistemological foundations of nursing education in Argentina: a situated reading of Resolution 2721/15

Fernando Gomez | ORCID: 0000-0002-2363-9419

fernando.gomez@med.unne.edu.ar | Facultad de Medicina – Corrientes – Argentina

Analia Ortigoza | ORCID: 0009-0006-5143-7781

Universidad Nacional de Tucumán – Tucumán – Argentina

Gisela Soledad Gonzalez-Poblet | ORCID: 0009-0008-1168-765X

Universidad Nacional de La Pampa – La Pampa – Argentina

Ariel Denis | ORCID: 0009-0006-8324-7253

Universidad Nacional de Tucumán – Tucumán – Argentina

Cinthia Grisel Palavecino | ORCID: 0009-0007-1646-292X

Universidad Nacional de Tucumán – Tucumán – Argentina

Este capítulo tiene como objetivo reflexionar sobre los fundamentos epistemológicos que sustentan la formación universitaria en enfermería en Argentina, a partir del análisis de la Resolución Ministerial N.º 2721/15. Desde un enfoque documental, histórico y situado, se abordan los marcos teóricos y pedagógicos que configuran el modelo formativo vigente, en diálogo con la normativa nacional, las políticas públicas y los estándares de acreditación. La resolución es analizada como expresión normativa del modelo de formación profesional, reconociendo su potencial estructurante y orientador. Se presentan ejemplos de implementación institucional que permiten identificar tensiones, desafíos y posibilidades de adaptación en distintos contextos. La contribución del capítulo resulta especialmente relevante en el marco del debate iberoamericano sobre la calidad, la equidad y la construcción crítica del conocimiento en la educación en enfermería y/o en salud. **Descriptores:** Educación; Enfermería; Políticas.

INTRODUCCIÓN

La formación universitaria en enfermería constituye un campo de desarrollo profesional y disciplinar en constante transformación. En Argentina, este proceso ha sido acompañado en las últimas décadas por la consolidación de marcos normativos que buscan garantizar la calidad educativa, la pertinencia social y la solidez académica de los programas de formación (Congreso de la Nación Argentina, 1995). En este contexto, la Resolución Ministerial N.º 2721/15, aprobada en el marco del artículo 43 de la Ley de Educación Superior, se presenta como un instrumento clave, al establecer los contenidos curriculares básicos, la carga horaria mínima, la intensidad de la práctica preprofesional y las actividades profesionales reservadas al título de Licenciado/a en Enfermería (Ministerio de Educación de la Nación Argentina, 2015).

Lejos de ser una disposición meramente técnica o administrativa, esta resolución puede comprenderse como la expresión normativa de un modelo epistemológico que define qué se debe enseñar, cómo se enseña y con qué propósitos (Meleis, 2007). Desde esta perspectiva, el texto no sólo regula aspectos estructurales de los planes de estudio, sino que también delimita un horizonte formativo y disciplinar que articula saberes científicos, humanísticos, éticos y contextuales. En su propuesta subyace una concepción del cuidado como núcleo del conocimiento enfermero, reconociendo que la atención en salud no se limita al dominio técnico, sino que exige comprensión crítica, sensibilidad social y compromiso ético (Freire, 1996; Tronto, 1993).

Este capítulo se inscribe en el objetivo general del libro *Raíces del saber*, al ofrecer una lectura situada y reflexiva de los fundamentos epistemológicos que sustentan esta norma en el contexto argentino. Mediante un enfoque documental y contextual, se propone identificar las decisiones formativas implícitas en la resolución, su articulación con la práctica docente y su potencial para orientar una formación profesional crítica, integral y socialmente comprometida (Menezes y Ventura, 2016).

El análisis se organiza en torno a seis dimensiones epistemológicas que emergen del texto normativo:

- ✓ el cuidado como núcleo disciplinar (Tronto, 1993; Meleis, 2007);
- ✓ la inclusión de teorías de enfermería como marcos orientadores (Meleis, 2007);
- ✓ el enfoque interdisciplinario y socio-humanístico (Haraway, 1995);
- ✓ la perspectiva crítica sobre la salud pública y la Atención Primaria de la Salud (Menezes & Ventura, 2016);
- ✓ la pedagogía dialógica y reflexiva (Freire, 1996; Schön, 1987);
- ✓ el enfoque ético-político del rol profesional (Tronto, 1993).

Desde esta perspectiva, el capítulo busca contribuir al diálogo regional e internacional sobre los modelos formativos en enfermería, reconociendo que los marcos regulatorios, si bien son estructurantes, deben ser interpretados a la luz de los contextos institucionales, territoriales y sociales donde se implementan. Esta articulación entre lo normativo y lo vivido permite avanzar hacia una enfermería concebida como ciencia del cuidado, con capacidad crítica, autonomía profesional y responsabilidad social.



LA EXPRESIÓN CONDENSADA DE UNA EPISTEMOLOGÍA FORMATIVA CONSTRUIDA

La educación en enfermería en Argentina ha experimentado un progresivo proceso de institucionalización y profesionalización, impulsado por políticas públicas y la influencia de organismos internacionales. Desde sus inicios empíricos y la consolidación de las primeras escuelas formales a finales del siglo XIX, la calidad de la formación se convirtió en una preocupación creciente. Esta inquietud fue evidenciada por la OPS y la OMS, quienes urgieron a elevar los requisitos de ingreso, la calificación docente y la duración de los planes de estudio (Rodríguez, 2020).

Este impulso internacional y las demandas locales sentaron las bases para la paulatina incorporación de la enfermería al ámbito universitario a partir de

los años 50 (Ramacciotti, 2019), marcando un salto cualitativo en su consolidación académica y científica.

Un hito trascendental fue en 2015, con la inclusión de la Licenciatura en Enfermería en el artículo 43 de la Ley de Educación Superior (Ley 24521), reconociéndola como una carrera de interés público y riesgo social (Congreso de la Nación Argentina, 1995). Este reconocimiento obligó a cumplir con **estándares de calidad** definidos por el Ministerio de Educación y a someterse a procesos periódicos de **acreditación** ante la Comisión Nacional de Evaluación y **Acreditación Universitaria (CONEAU)**, impulsando la unificación de planes de estudio y una **formación más crítica y reflexiva**.

Es en este marco que se estableció la Resolución Ministerial 2721/15, la cual, junto con la implementación del Programa Nacional de Formación de Enfermería (PRONAFE), se constituyó como política pública estratégica para fortalecer la **calidad** y el acceso a la formación universitaria y técnica en enfermería, con un primer proceso de acreditación nacional en el año 2018.

La formación de profesionales en enfermería no se limita a la transmisión técnica de saberes ni a la adecuación a normativas. Por el contrario, involucra una **construcción epistemológica compleja**, en la que se configuran qué conocimientos se consideran válidos, cómo se los estructura y qué tipo de profesional se busca formar. En este sentido, la Resolución Ministerial 2721/15 regula los criterios de acreditación de las carreras de Licenciatura en Enfermería en Argentina, y constituye no solo un dispositivo normativo, sino una fuente explícita de referencias teóricas y epistemológicas que sustentan la formación, la investigación y el cuidado.

Este capítulo aborda dicha resolución como una expresión condensada de una epistemología formativa. A continuación, se desarrollan seis ejes analíticos que permiten comprender esta arquitectura epistemológica, en diálogo con autores y corrientes pedagógicas contemporáneas.

1. Epistemología disciplinar: el cuidado como núcleo del saber enfermero

La resolución posiciona a la enfermería como disciplina científica, ética y humanista. Declara que la enseñanza debe orientarse al

conocimiento epistemológico y científicamente desarrollado (...) que conduce a los estudiantes a comprender el fundamento del ejercicio de la enfermería a partir del desarrollo de un espíritu crítico, y con conciencia social, humanística y ética.

Esta formulación alude a una epistemología del cuidado como práctica situada, relacional y profundamente humana (Tronto, 1993).

2. Modelos conceptuales y teorías de enfermería

El texto normativo incluye como **contenidos obligatorios**: teorías y modelos de enfermería, proceso de atención de enfermería y cuidado según niveles de complejidad. Esto promueve la incorporación de referentes como Orem, Roy, Leininger o Watson, fortaleciendo la **identidad disciplinar** y ofreciendo herramientas para la planificación, implementación y evaluación del cuidado profesional (Meleis, 2007).

3. Enfoque socio-humanístico e interdisciplinario

La estructura curricular incorpora asignaturas como: Antropología, Sociología, Psicología, Ética y Deontología. Esto habilita una **lectura crítica** de las condiciones sociales del proceso salud-enfermedad y del cuidado como derecho. Se alinea con el enfoque de los saberes situados de Donna Haraway (1995), que subraya que todo conocimiento está anclado en posiciones culturales, históricas y políticas.

4. Perspectiva crítica sobre salud pública y Atención Primaria de la Salud (APS)

La resolución promueve contenidos como la Atención Primaria de la Salud, la Promoción de la Salud, la equidad, la participación comunitaria y los determinantes sociales de la salud. Estos elementos reflejan una visión ampliada de la salud, coherente con enfoques de autores como Breilh (2010), Frenk (2016) y Almeida Filho (2006), en los que el cuidado se entiende como una práctica crítica, intersectorial y comunitaria, orientada a la transformación de las condiciones sociales que generan enfermedad.

5. Concepción educativa dialógica y reflexiva

Se explicita la integración progresiva entre teoría y práctica desde el primer año de formación, y se incluyen espacios como Educación en Enfermería, con contenidos sobre modelos pedagógicos, teorías del aprendizaje y evaluación educativa. Esta estructura curricular sugiere una orientación hacia enfoques del constructivismo y de la **pedagogía crítica**, donde el estudiante es concebido como un **sujeto activo** que construye conocimiento en interacción con la realidad (Freire, 1996; Schön, 1992).

6. Enfoque ético-político del rol profesional. La resolución también señala que el perfil profesional esperado debe incluir responsabilidad social, compromiso con los derechos humanos y ética del cuidado. En sus lineamientos aparecen nociones vinculadas a la bioética principialista, como las formuladas por Beauchamp y Childress (2001), y a la ética del cuidado como acto político, tal como la desarrolla

Tronto (1993). Así, el/la enfermero/a no solo actúa técnicamente, sino que interpreta, se involucra y transforma su contexto con conciencia crítica y responsabilidad social.

En síntesis, la Resolución 2721/15 expresa una visión integral de la formación en enfermería de Argentina, articulando dimensiones disciplinares, pedagógicas y políticas. Lejos de ser una norma neutral, configura un modelo nacional de formación con **identidad epistemológica**, apertura contextual y alineación con las demandas sanitarias regionales.

La Resolución Ministerial N° 2721/15 se ha constituido en Argentina como un hito en la regulación de la formación de grado en enfermería, con implicancias profundas para el diseño curricular, la gestión institucional y la práctica docente. Al establecer estándares nacionales (en sintonía con el artículo 43 de la Ley de Educación Superior), esta norma apunta a garantizar la calidad, la pertinencia y la responsabilidad del ejercicio profesional, especialmente considerando su impacto potencial sobre la salud pública. No obstante, su aplicación práctica en el entramado institucional revela matices, desafíos y oportunidades que merecen ser analizados desde una perspectiva situada y crítica.

Uno de los aspectos más significativos es la estructura por áreas que propone el diseño curricular. Al dividir el plan de estudios en áreas profesional, biológica y socio-humanística, la norma busca equilibrar saberes científicos y clínicos con marcos éticos, filosóficos y sociales.

Esta organización curricular responde a una concepción epistemológica integradora, que entiende el conocimiento en enfermería como una construcción multidimensional. Por ejemplo, asignaturas como Filosofía, Ética y Deontología, Antropología y Psicología introducen dimensiones clave del cuidado que muchas veces quedan relegadas en modelos más tecnocráticos. Esto representa una decisión formativa orientada a construir una mirada compleja, crítica y humanizada, capaz de atender no solo las enfermedades sino a las personas en su contexto bio-psico-social y cultural.

Asimismo, la resolución define una carga horaria mínima de 3.200 horas, de las cuales al menos 960 deben ser de prácticas preprofesionales. Esta intensidad práctica es coherente con la necesidad de formar profesionales

competentes en escenarios reales, respetando la progresividad en la adquisición de habilidades. Por ejemplo, en algunas universidades del nordeste argentino, la práctica preprofesional se articula con hospitales de mediana complejidad, centros de atención primaria de la salud y comunidades rurales. Estas experiencias formativas favorecen una comprensión situada de los procesos de salud-enfermedad, en consonancia con la noción de saberes situados de Haraway (1995), donde el conocimiento no es universal ni neutro, sino vinculado a contextos sociales, culturales y políticos.

Otro punto central es la inclusión de asignaturas como Educación en enfermería y Gestión de los servicios de enfermería, permiten ampliar la mirada profesional más allá del cuidado clínico. En efecto, estas materias habilitan que el futuro egresado se conciba no sólo como ejecutor de cuidados, sino también como educador, gestor, investigador y referente en equipos interdisciplinarios. En varias universidades se promueven experiencias donde los estudiantes del último año participan activamente en procesos de planificación, auditoría o mejora de calidad dentro de hospitales públicos, bajo supervisión docente.

Este tipo de iniciativas materializa lo que la resolución propone como actividades profesionales reservadas y se alinea con la perspectiva de Meleis (2007), quien afirma que la identidad profesional se construye en la articulación entre teoría, acción y contexto. Sin embargo, en la implementación cotidiana surgen tensiones y desafíos. La resolución plantea estándares únicos para un país federal y profundamente heterogéneo. Su cumplimiento requiere esfuerzos diferenciados según los recursos disponibles, la infraestructura, el perfil del cuerpo docente o las posibilidades de acceso a campos de práctica. En algunas universidades, la escasez de docentes con formación de posgrado o la dificultad para garantizar supervisión directa en escenarios comunitarios puede dificultar el cumplimiento estricto de los requisitos normativos. A esto se suma la desigual capacidad de las instituciones para articular con los servicios de salud, lo que incide en la calidad y equidad de la formación práctica.

La pandemia de COVID-19 profundizó estas brechas y reveló nuevas tensiones. Muchas universidades debieron reconfigurar sus prácticas formativas, recurrir a la simulación clínica, modificar criterios de evaluación o rediseñar objetivos pedagógicos con criterios de flexibilidad. Estas adaptaciones, si bien necesarias, expusieron las limitaciones estructurales del sistema y la necesidad de interpretar la norma no de manera rígida, sino contextualizada (Gómez, Chavez, Ortigoza, 2025). En esta línea, Freire (1996)

plantea que toda acción pedagógica debe partir de la realidad concreta de los sujetos y promover una educación dialógica, crítica y liberadora.

Desde la perspectiva de los equipos docentes, la resolución también ha operado como motor de revisión curricular. Muchas universidades rediseñaron sus planes de estudio, fortalecieron la articulación entre ciclos, actualizaron contenidos, sistematizaron procesos de evaluación y profundizaron la reflexión pedagógica. Esto ha favorecido, en numerosos casos, la consolidación de espacios de **diálogo interdisciplinario**, la integración de contenidos clínicos y comunitarios, y la incorporación de herramientas de **evaluación formativa**. Sin embargo, también se han observado dificultades para lograr una integración efectiva entre áreas, donde aún persisten fragmentaciones entre lo clínico, lo comunitario y lo ético-social. Esta fragmentación curricular, si no es abordada colectivamente, puede debilitar la coherencia del perfil profesional que se intenta formar.

En virtud de esta situación actual, es imprescindible repensar las estructuras y estrategias de enseñanza que permitan la integración curricular y la transformación del estudiantado, quienes traen consigo la impronta del modelo conductista y tradicionalista claramente internalizado. En este sentido, las instituciones y el cuerpo docente deberían repensar, interpelar y soltar estos modelos reduccionistas, y saltar hacia una educación crítica hacia una formación disciplinar emancipadora y participe activa de las problemáticas actuales de la comunidad. Finalmente, la resolución establece un conjunto de actividades profesionales reservadas para el título de grado, lo que representa un acto de reconocimiento político, académico y profesional de la enfermería como disciplina autónoma.

Valorar y diagnosticar necesidades de cuidado, planificar y supervisar intervenciones, conducir procesos de atención y gestión en todos los niveles del sistema de salud, son funciones centrales que posicionan al licenciado/a en enfermería como actor estratégico en la política sanitaria argentina. Este reconocimiento, además de fortalecer la identidad profesional, refuerza la pertenencia al colectivo y establece límites claros con otras titulaciones, aunque también puede generar tensiones en los entornos de práctica donde persisten culturas organizacionales jerárquicas o centradas en el modelo médico hegemónico. En este punto, las categorías de Tronto (1993) sobre la ética del cuidado como acción moral y política permiten resignificar el rol profesional desde una perspectiva emancipadora y comprometida.

En síntesis, el análisis de la Resolución 2721/15 permite comprender que se trata de una política pública que no solo regula el funcionamiento académico de las carreras, sino que configura un modelo formativo con fundamentos epistemológicos concretos. Su implementación requiere más que voluntad institucional: demanda compromiso pedagógico, lectura crítica del contexto, participación activa de los equipos docentes y procesos de evaluación continua.

Aporta una base estructural valiosa para el desarrollo de una enfermería universitaria profesional, crítica y transformadora, pero su sentido pleno solo se alcanza cuando se conjuga con la creatividad, la capacidad de adaptación y el compromiso ético de quienes enseñan y aprenden el cuidado en los distintos territorios de la Argentina.

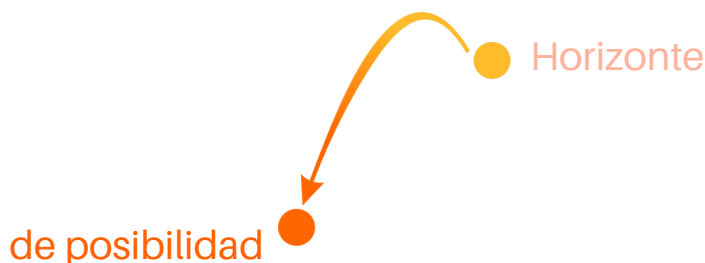
CONSIDERACIONES FINALES



La formación universitaria en enfermería en Argentina ha alcanzado, en las últimas décadas, un marco regulatorio robusto y necesario para garantizar estándares de calidad, pertinencia y seguridad en el ejercicio profesional. La Resolución Ministerial N.º 2721/15 constituye una herramienta clave en este proceso, al permitir alinear los programas de formación con criterios nacionales compartidos, promoviendo la integración del campo disciplinar, el fortalecimiento del perfil profesional y el reconocimiento social del rol enfermero.

Este capítulo ha buscado visibilizar no solo la estructura formal de estos estándares, sino también sus fundamentos conceptuales, su entramado epistemológico y sus posibilidades de implementación situada. A partir del análisis de esta norma como expresión de una arquitectura formativa, se propuso recuperar las decisiones teóricas y pedagógicas que la sustentan, articulando dimensiones disciplinares, ético-políticas y socio-contextuales. Lejos de plantear una dicotomía entre norma y práctica, se asumió un enfoque integrador que valore tanto los lineamientos regulatorios como los saberes situados que emergen en las instituciones formadoras, los territorios y los vínculos con los sistemas de salud.

En este sentido, se sostiene que la resolución es tanto una base estructural como un



Su sentido pleno sólo se alcanza cuando es **apropiada críticamente** por los actores que la implementan y reinterpretan: equipos docentes, gestores académicos, estudiantes y comunidades profesionales. La **flexibilidad**, la **innovación pedagógica**, la **contextualización** de las prácticas y la **incorporación** de perspectivas **éticas** y **humanistas** son claves para que este marco normativo no se agote en la prescripción, sino que se traduzca en procesos formativos **significativos** y **transformadores**.

La experiencia Argentina puede aportar al debate regional e internacional sobre los marcos que sustentan la formación en enfermería, sus fundamentos epistemológicos y los desafíos que enfrentamos en clave de **equidad**, **justicia social** y **calidad educativa**. En contextos marcados por profundas desigualdades, la construcción de una profesión reflexiva, comprometida y arraigada en su realidad requiere de políticas públicas sólidas, pero también de comunidades académicas dispuestas al **diálogo**, a la **revisión crítica** y a la **innovación constante**.

Proyectar el futuro de la educación en enfermería exige consolidar normativas que orienten sin imponer, fortalecer la autonomía profesional y sostener una visión ética del cuidado como derecho humano fundamental. En esta tarea, cada institución, cada actor y cada decisión curricular cuenta.

USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaramos no utilizar herramientas de inteligencia artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc). Toda la redacción y/o diseño de los materiales audiovisuales, son de responsabilidad plena de los autores para el desarrollo del contenido académico del capítulo.

REFERENCIAS

Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones. **Salud Colectiva**, 2(2), 123-146.

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2001). **Principles of biomedical ethics** (7th ed.). Oxford University Press.

Breilh, J. (2010). **Ciencia emancipadora, pensamiento crítico e interculturalidad**. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3353/1/Breilh%2C%20J-CON-078-Ciencia.pdf>

Congreso de la Nación Argentina. (1995). **Ley de Educación Superior N.º 24.521**. Boletín Oficial de la República Argentina.

Freire, P. (1996). **Pedagogía de la autonomía: Saberes necesarios para la práctica educativa**. Siglo XXI Editores.

Frenk, J. (2016). **La salud de la población: Hacia una nueva salud pública** (2.ª ed.). Fondo de Cultura Económica.

Gómez, F.; Chavez, N.; Ortigoza, A.; Cornejo, S.; Seco, M. E. (2025). Metodologías activas en la educación de enfermería. Experiencias, contextos y culturalidad. En Motta Lino, M.; Rojas Espinosa, J. y Reis da Silva, G. (2025). **Metodologías activas en la educación de enfermería. Experiencias, contextos y culturalidad**. 421). Serie RIIIE 15 años. <https://zenodo.org/records/15001822>

Haraway, D. (1995). Saberes situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. En Haraway D. **Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinención de la naturaleza** (pp. 313-346). Cátedra.

Meleis, A. I. (2007). **Theoretical nursing: Development and progress** (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Menezes R A, Ventura MC. (2016). Reflexiones epistemológicas sobre la formación profesional en salud: entre el conocimiento técnico y el saber situado. *Educación Médica y Salud*, 30(1), 45-58.

Ministerio de Educación de la Nación Argentina. (2015). Resolución Ministerial N.º 2721/15. Contenidos curriculares básicos para la carrera de Licenciatura en Enfermería.

Rodriguez RR. (2020). La enfermería en Argentina: una mirada histórica. *Human@s Enfermería en RED*, 1(1), 5-13. <https://publicaciones.unpa.edu.ar/index.php/boletindeenfermeria/article/view/360>

Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. Jossey-Bass.

Schön, D. A. (1992). **La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones** (2.^a ed.). Ediciones Paidós.

Tronto, J. C. (1993). **Moral boundaries: A political argument for an ethic of care**. Routledge.

AGRADECIMENTOS

Los autores desean expresar su profundo agradecimiento a La Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE) y a la coordinación editorial del libro "Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería" por la invaluable oportunidad de contribuir a esta significativa obra conmemorativa de sus XV años, las instituciones de afiliación de cada uno de los autores: la Universidad Nacional del Nordeste, la Universidad Nacional de Tucumán, la Universidad Nacional de La Pampa, la Universidad Nacional de Formosa y la Universidad Isalud y el revisor Rosel Gastón Gómez por sus aportes críticos y constructivos, que contribuyeron sustancialmente a la mejora de la calidad y profundidad del texto.

Revisor

Rosel Gastón Gomez
National University of the Northeast:
Corrientes, Corrientes, AR
ORCID: 0009-0005-5428-5691

Cómo citar

Gomez F, Ortigoza A, Gonzalez-Poblet GS, Denis A, Palavecino CG. **Fundamentos epistemológicos de la formación enfermera en Argentina: una lectura situada de la Resolución 2721/15**. In: Lino MM, Romero Daza AI, Martinez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. *Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería*. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.169-180. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17822828](https://doi.org/10.5281/zenodo.17822828)

DE LA PRÁCTICA A LA TEORÍA: POR UNA NUEVA EPISTEMOLOGÍA DE FORMACIÓN EN ENFERMERÍA PARA COLOMBIA

Da prática à teoria: rumo a uma nova epistemologia da educação em enfermagem na Colômbia

From practice to theory: towards a new epistemology of nursing education in Colombia

Marcela Carrillo Pineda | ORCID: 0000-0002-3200-8600

marcela.carrillo@udea.edu.co | Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Ana Yimena Torres Benjumea | ORCID: 0000-0002- 4897-132X

Universidad Popular del Cesar, Valledupar, Cesar, Colombia

Paola Katherine Niño Rincón | ORCID: 0000-0003-1015-6132

Universidad Popular del Cesar, Valledupar, Cesar, Colombia

Angélica Isabel Romero Daza | ORCID: 0000-0002-8332-411X

Universidad Popular del Cesar, Valledupar, Cesar, Colombia

En este capítulo se presentan los fundamentos teóricos y epistemológicos de la racionalidad práctica que aportan los elementos centrales para entender la relación entre teoría y práctica desde un paradigma crítico y complejo, como discusión central en la formación de enfermeras. El objetivo es reflexionar sobre la formación de enfermeras y enfermería como prácticas dotadas de sentido en las que el conocimiento y la acción se constituyen mutuamente, lo que representa el punto de partida para un nuevo paradigma basado en la experiencia. Así, los modelos experienciales, reflexivos, críticos y complejos se proponen, no solo como alternativas válidas para el logro de aprendizajes significativos en un contexto colombiano que tiene sus particularidades sociales, culturales y políticas, sino como posibilidades de construcción de un nuevo saber situado, contextualizado y pertinentes para la formación de los futuros profesionales. **Descriptores:** Educación en Enfermería; aprendizaje práctico; reflexión cognitiva

INTRODUCCIÓN

El distanciamiento entre la teoría y la práctica en la formación de enfermeras en Colombia ha sido ya un tema problematizado en las últimas décadas. Por una parte, los programas asignan una primera parte de las horas de los cursos, no insignificante, a entregar unos lineamientos teóricos que los estudiantes deben posteriormente aplicar durante sus prácticas formativas, y, por otra parte, se separan los cursos disciplinares de aquellos cursos en los que el estudiante realiza prácticas propias del cuidado, algunas veces en perspectiva biomédica (Ocampo, et al., 2018).

Al analizar a algunos críticos de la educación en general y de la pedagogía de Enfermería en particular (Medina, Parra, 2006; Medina, 2017), estas dinámicas educativas podrían obedecer a una racionalidad técnica en que la se entiende la relación dominante del conocimiento académico sobre el que se debe aplicar en la práctica profesional, jerarquía que es visible cuando se espera que las habilidades como profesionales son posteriores a la asimilación del conocimiento científico básico.

Esta concepción técnica muestra una relación teoría práctica asimétrica que lejos de favorecer aprendizajes significativos, situados, reflexivos y críticos, reproducen prácticas educativas tradicionales, reduccionistas y simplistas; y que, además, genera profundas brechas entre lo que se enseña en la academia y lo que es realmente útil en la práctica profesional (Ocampo, et al., 2018; Sandoval, Prado, 2017).

Para entender esto en nuestro contexto colombiano, es importante saber que desde hace ya algunas décadas hemos venido discutiendo en enfermería sobre **su valor como disciplina**. Las primeras discusiones en relación con el componente disciplinar han destacado su relevancia en las reflexiones sobre el desarrollo científico de la enfermería a partir de la construcción de un cuerpo teórico de conocimientos propio (Villalobos, 2002; Ortiz et al, 2015). No obstante, en el intento por destacar su valor como disciplina, no solo se ha separado el componente disciplinar del componente profesional, presentando a la teoría como la principal fuente de conocimientos que se deben aplicar a la práctica enfermera; sino que esto se ha presentado como el horizonte para la formación de los futuros enfermeros (Moreno-Fergusson et al, 2014; Ortiz et al, 2015).

Esto ha permeado con fuerza los programas curriculares de formación de enfermeras, en los que incluso se importan modelos para aplicar en nuestro contexto colombiano (Bastidas-Sánchez et al, 2011). Bajo esta perspectiva no se le ha dado la suficiente relevancia a la práctica como generadora de conocimiento en sí mismo y como pilar fundamental del objeto de conocimiento y hacer de la Enfermería. Lo anterior, podría, en parte, atribuirse a lo que Siles (1999) denominó para el contexto español a finales de los 90's como la falta de madurez sobre el estudio epistémico en Enfermería.

Es por lo anterior que se hace necesario entender la naturaleza práctica de enfermería y de la formación de enfermeras centrando su análisis en la relación de la teoría y la práctica en su sentido complejo, como una nueva propuesta para la formación de los futuros profesionales centrada en **modelos educativos experienciales, reflexivos y críticos**. Esto es un aporte al desarrollo epistémico de la enfermería, en tanto el conflicto teórico-práctico en nuestra profesión está directamente relacionado con la desorientación que impera en la enfermería y produce errores durante el proceso de construcción de los modelos válidos para esta disciplina (Siles, 1999; Siles, 2016).

Es por esto, que el propósito de este capítulo es reflexionar sobre la formación de enfermeras y enfermería como prácticas dotadas de sentido en las que el conocimiento y la acción se constituyen mutuamente, lo que representa el punto de partida para un nuevo paradigma basado en la experiencia.

EPISTEMOLOGÍA DE LA PRÁCTICA: FUNDAMENTOS PARA UNA NUEVA VISIÓN



En este apartado se presentan los fundamentos epistemológicos de la racionalidad práctica o la epistemología de la práctica que aportan los elementos centrales para entender la relación entre teoría y práctica desde un paradigma experiencial, reflexivo, crítico y **complejo**.

La epistemología de la práctica desde la complejidad

La complejidad como método es otro de los fundamentos de análisis en el que se inscribe este trabajo desde la propuesta de pensamiento complejo de Edgar Morin (2007). A partir de ella se reconocen las múltiples dimensiones de la realidad educativa y se cuestionan aquellas miradas que la fragmentan.

Su aporte está planteado como una reforma del pensamiento en la que el conocimiento pertinente es aquel que enfrenta la complejidad, incluyendo el error y la incertidumbre, en un intento por trascender el paradigma dominante hoy, el de la simplificación que separa lo que está ligado (disyunción), o unifica lo que es diverso (reducción).

El paradigma de la complejidad es un desafío que reúne “lo Uno y lo múltiple” sin disolverlos (Morin, 2007). Según este autor, “complexus significa lo que está tejido junto” (Morin, 2009), es decir, existe complejidad cuando los diferentes elementos que constituyen el todo son inseparables y relacionados entre sí. En otras palabras, la complejidad es el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestra realidad. Así, la complejidad se presenta aquí como una propuesta que da apertura, que no tiene término y mucho menos busca llegar al fin y la verdad última de las realidades, pues no sólo es un pensamiento “inacabado”, sino también “inacabable” (Morin, 2005).

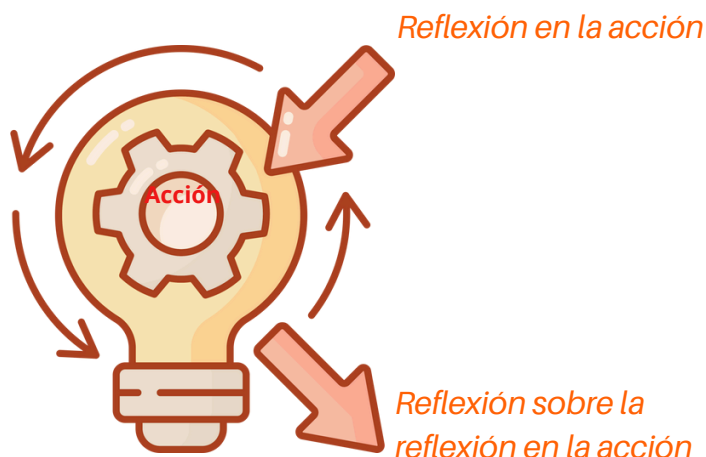
En concreto, el aporte epistemológico de la complejidad a esta apuesta está relacionado con el vínculo inseparable entre teoría y método. El método aquí es el camino que se ensaya en el mismo caminar y es el que encierra la experiencia como fundamento del aprendizaje en términos de transfiguración (Morin, Roger, Domingo, 2002).

De esta manera, se reintroduce el papel del sujeto observador, computador, emisor de conceptos, estrategia de todo conocimiento que construye y aprehende su realidad; y se retoma la idea de experiencia como fuente de conocimiento, el conocimiento como organización, no como acumulación, la (dia)lógica como duda, creencia y posibilidad de construcción; y la teoría como un componente abierto e inacabado (Morin, Roger, Domingo, 2002).

Epistemología de la práctica desde la acción profesional

Presentada por Medina (2017), uno de los máximos exponentes de la pedagogía en enfermería en el contexto iberoamericano, la epistemología de la práctica basada en la acción profesional es una propuesta construida a partir, principalmente, de los postulados de Schön (1974) y consiste en entender que la racionalidad técnica no alcanza a explicar el proceso real de razonamiento que las enfermeras utilizan en el desempeño de su labor y, por tanto, representa una perspectiva inadecuada para la formación de las mismas.

Esta epistemología de la práctica basada en la acción profesional se presenta como una opción para cerrar las brechas entre los enfoques academicistas y la práctica, presentando una relación plausible entre el conocimiento y la acción. Así, la enfermera no utiliza la lógica instrumental de la racionalidad técnica sino por el contrario realiza una **práctica reflexiva** fundamentada en un **conocimiento tácito** que se activa durante la acción a través de tres momentos que se retroalimentan mutuamente (Figura):



Conocimiento en la acción

Figura: Representación del proceso de retroalimentación del conocimiento tácito de la Enfermera.

Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas de canva.

El conocimiento en la acción o conocimiento implícito o tácito que utilizamos en las actividades cotidianas. Cuando se reflexiona en la acción el enfermero desarrolla su pensamiento sobre lo que hace, incluso en la acción misma; es decir, presenta una relación directa con la acción pues es la reflexión que se efectúa en medio y durante la misma.

Finalmente, el momento de la reflexión sobre la reflexión en la acción se presenta cuando el Enfermero comprende, por medio de una revisión retrospectiva, los procesos de reflexión en la práctica en un ejercicio metarreflexivo en torno al conocimiento de la acción y la reflexión en la acción. Todos estos momentos se entienden en un ciclo de aprendizaje **comprensivo**, **reflexivo** y **comprensivo**.

La epistemología de la práctica desde la cultura popular

Propuesto por Gagneten, Tierno y Colombo (2016), se trata de un enfoque general que tiene como premisa que la práctica es fundante de la teoría, pues se trata de un modo de conocer que constituye una lógica de aprehender la realidad social y no en un marco teórico que se aplica sobre esta. Según estos autores, la epistemología de la práctica propone principios guía desde la cultura, la práctica- intervención, la sistematización-investigación y la producción, que, a su vez, implica una perspectiva política.

Asimismo, implica procesos de construcción colectiva de conocimientos que permiten ejercer la reflexión sobre diferentes aspectos y temáticas que, al producirse y trabajarse de manera colectiva, no solo construye conocimientos, sino que también contribuye al ejercicio pedagógico de **enseñar aprendiendo**. También, incluye procedimientos de reflexión sobre la práctica al análisis y a la redirección sobre la base del horizonte trazado, así como la construcción de teoría.

Por último, constituye una herramienta de comprensión de las diferentes matrices culturales que configuran la realidad social. Desde esta perspectiva, la reflexión y la sistematización se constituyen en un modo de transformación social a partir de conocimientos significativos contruidos colectivamente vinculados a problemas o situaciones que atraviesan las prácticas populares y que se producen en el marco de conocimientos situados y con un horizonte de transformación.

Los anteriores postulados, apoyan, entonces, la propuesta de pensar la formación de enfermeras desde la epistemología de la práctica, tal como lo sugieren Piedrahita y Rosero (2017) cuando plantean que

hablar de praxis en enfermería, lleva a reflexionar sobre un sentido epistemológico de este término y con ello a argumentar en favor de una praxis creativa y reflexiva de enfermería reconociendo que esta se conforma en una articulación teórico-práctica, fundamentada en el conocimiento científico.

De la práctica a la teoría: una propuesta para la formación de enfermeras

Esta propuesta es principalmente relevante para actividades complejas como lo son la enfermería y la formación en enfermería, las cuales, por tratarse de actividades sociales, tienen altos grados de ambigüedad e incertidumbre y son actividades cambiantes, inestables, fluidas que permiten múltiples interpretaciones (Medina, 2005). Por tanto, se requiere el desarrollo de un pensamiento crítico, reflexivo y complejo para la generación de un **conocimiento pertinente**, esto es un conocimiento que no solo se adapte al contexto, que enfrente la incertidumbre, que reconozca el error y responda a las diversas circunstancias en una realidad compleja (Morin, 2005; Morin, 2009); sino que busque la transformación de las realidades propias y las colectivas (Gagneten, Tierno, Colombo, 2016). En este sentido, es importante resaltar que el cuidado de enfermería significa (Siles, 1999)



Reflexionar sobre procesos educativos en enfermería como **prácticas complejas** implica transitar desde la verdad absoluta que unidireccionalmente transmite el docente hacia la posibilidad de que el estudiante construya su propio aprendizaje con la **aceptación del error** y de la **equivocación en sus intentos**. Según Morin (2009) el problema de la verdad totalitaria emerge bajo la forma de creencias y de ideas dogmáticas, sin embargo, las ideas no son reflejo exacto de lo real, sino traducciones/construcciones, por tanto, es necesario **aceptar los errores** en las construcciones propias que el estudiante hace de su realidad para que las **reconstruya** y las **resignifique**. Son las contradicciones y las antinomias de nuestras prácticas educativas las que nos movilizan hacia la búsqueda de soluciones y de respuestas para un desarrollo racional, que nos lleve a las capas más profundas de lo real (Morin, 2005).

Así, la construcción de conocimiento que parte desde la práctica también debe operar en ella en un proceso de construcción de sentido que surge de determinadas creencias, en tanto son representaciones sociales desde y para la transformación social (Gagneten, Tierno, Colombo, 2016). Pues, entender la formación de enfermeras desde la práctica hacia la teoría como una nueva epistemología, implica centrarse en un enfoque que no se base en teorías abstractas, sino que respete el aprendizaje y el conocimiento que surgen de la acción y la **experiencia vivida**.

De esta manera, la práctica es la construcción concreta de un espacio y un lugar que forma parte de un texto en tanto es también parte de un **contexto** (Gagneten, Tierno, Colombo, 2016). Es decir, se trata de un enfoque que supera la distancia entre pensamiento y acción para construir **aprendizajes situados, contextualizados y pertinentes** a las **necesidades reales** de quien pretende convertirse en enfermero pues al poner el énfasis en la práctica reconoce que el conocimiento no es neutral, sino que se construye en la experiencia misma al estar condicionado por diversos aspectos que lo conectan con y para las situaciones reales (Morin, 2019).

Al respecto Medina y Parra (2006) consideran que el saber enfermero es un conocimiento práctico de naturaleza tácita y personal, que no siempre puede ser formalizado para ser transmitido. Así mismo, si bien es indispensable partir de unos principios teóricos básicos, también es cierto, que la acción desempeñada por los profesionales de enfermería se resignifica y se construye permanentemente en la práctica misma, pues tanto la enfermería como la formación de enfermeras son prácticas, no porque su ejercicio esté centrado en la ejecución de acciones sino porque se ocupan **cognoscitiva y éticamente** del obrar humano (Sandoval, Prado, 2017).

De acuerdo con lo anterior, es indispensable hablar de aprendizaje, pero no en su idea de transmisión de contenidos, sino un **aprendizaje centrado** en un **conocimiento estratégico** que se construye y se valida en el ejercicio práctico propio desde los principios **dialógico, recursivo y hologramático** (Morin, 2005) en los que el conocimiento práctico realmente la teoría previa para darle un sentido más integral e integrador. Estos principios se fundamentan en la necesidad de promover ideas generadoras de conocimiento y de comprensión; y no ideas generales o abstractas.

En este sentido, los procesos formativos deben estar centrados, en el desarrollo meta-cognitivo, que, como dice Burón (1997) es lo mismo que enseñar estrategias para aprender a aprender, con las que se les capaciten

para buscar nuevos recursos cuando las fórmulas aprendidas no dan resultado y contribuyan a desarrollar la estrategia que los lleve a la búsqueda de estrategias. Por tanto, la tarea docente no debe estar centrada en la transmisión de contenidos sino en la responsabilidad de buscar la iniciativa, el interés, la **motivación** para un **aprendizaje efectivo**.

Para ello, se requiere el desarrollo de estrategias para el conocimiento y al mismo tiempo para la acción. Por tanto, la educación debe educar para la **generación de estrategias** y no para la manipulación o aplicación mecánica de programas (Morin, 2005).

En el ejercicio concreto de la formación se espera que, desde esta perspectiva, la **participación directa** y **activa** de los estudiantes en las situaciones reales (o simuladas) de cuidado sean el eje central y transversal de los currículos escritos y vividos, en lugar, de dar la prioridad a la transmisión y adquisición pasiva de información en las aulas de clase. El aprendizaje reflexivo propuesto por Medina (2017) nos invita a pensarnos la práctica como un dispositivo pedagógico para **construir** y **resignificar** los saberes a partir de la identificación de cuestiones problemáticas y de su origen, durante y posterior a la experiencia para extraer el significado y aprender de ella.

Lo anterior, se concreta en herramientas didácticas como el **diario de campo**, la **bitácora**, la **traducción dialógica**, pues son estrategias que permiten **pensar durante la acción** y también posterior a ella. Sistematizar la reflexión permanente sobre nuestras propias experiencias y realidades tiene como finalidad la transformación social (Gagneten, Tierno, Colombo, 2016).

En Colombia se presentan algunos intentos por formar al estudiante para la comprensión y aprendizaje desde la práctica para asumir la complejidad de la enfermería. Ejemplo de ello, es la Universidad Popular del Cesar, que ejecuta un proyecto socioformativo, con múltiples actividades como el aprendizaje basado en proyectos, la búsqueda y lectura de material investigativo para el desarrollo de las temáticas, la ejecución de proyectos sociales inclusivos, entre otras actividades reflexivas que dinamizan el proceso enseñanza aprendizaje, adaptándolo al contexto y proyectándolo para la transformación social. No obstante, todavía debemos transitar hacia una reforma del pensamiento en el ejercicio del desaprendizaje, lo cual se traduce en un ejercicio de des-aprender como actitud vital que confronta la acumulación desmedida de información que nos ciega y nos impone falsos caminos tal como lo proponen Gagneten, Tierno y Colombo (2016), cuando nos plantean que

es necesario generar rupturas, abismos: hacer el vacío, para poder volver a mirar para ver el paisaje cultural, social y político en el que estamos inmersos, sin que las orejeras academicistas nos cercenen la posibilidad de conocer lo inédito, lo que nunca ingresó a las aulas.

El ejercicio del desaprendizaje es fundamental en los procesos educativos y, sobre todo en enfermería porque, por su carácter complejo, alcanzar la perfección no sólo es difícil sino imposible, pues nada es totalmente alcanzado más que por su necesidad de ser completado, como dice Morin (2007:101):

*Jamás podremos tener un saber total,
la totalidad es la no verdad.*



CONSIDERACIONES FINALES

La formación de enfermería y la enfermería son prácticas dotadas de sentido en las que los modelos experienciales reflexivos, críticos y complejos se proponen, no solo como alternativas válidas para el logro de aprendizajes significativos en un contexto colombiano que tiene sus particularidades sociales, culturales y políticas, sino como posibilidades de construcción de un nuevo saber situado, contextualizado y pertinentes para la formación de los futuros profesionales. Entender la relación entre teoría práctica en enfermería desde un paradigma crítico implica pensar en la concepción de un nuevo conocimiento científico de enfermería desde la práctica y producto de un razonamiento práctico (Minguez, Siles, 2014), que concierne no solo a los procesos formativos reflexivos y experienciales, sino críticos y complejos.

De esta manera, esta propuesta es una invitación y una puerta de entrada para resignificar y repensar la enfermería y sus procesos formativos desde otras lógicas, otros sentidos y otros horizontes en el contexto colombiano. Lógicas que cuestionen las instituciones formadoras de enfermeras que habitamos

cotidianamente y sus sistemas hegemónicos de producción y reproducción del saber para buscar alternativas que construyan sentidos incluyentes, respetuosos de la vida y del contexto propio, de la diversidad y de la colectividad.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaram no utilizar herramientas de inteligencia artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc). Toda la redacción y/o diseño de los materiales audiovisuales, son de responsabilidad plena de los autores para el desarrollo del contenido académico del capítulo.

REFERENCIAS

Bastidas-Sánchez, C.V. et al (2011). **La formación disciplinar en programas de pregrado en enfermería: la experiencia de la Universidad del Tolima-Colombia.**

Ortiz B, Miguel Y, Victoria L, Suárez-Villa C et al.(2015). El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. **Revista Ciencias de la Salud**, 13(3), 481-491. <https://doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.12>

Burón, J. (1997). **Enseñar a aprender. Introducción a la metacognición. Recursos e instrumentos psico-pedagógicos.** 4ª ed. Bilbao: Ediciones Mensajero.

Villalobos D, Mercedes M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. **Aquichan**, 2(1), 7-18.

Gagneten MM, Tierno PL., Colombo G. (2016). **Hacia una epistemología de la práctica.** Conceptos No 498. Pp 47-72. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/51565>
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003&lng=en&tlng=es.

Medina JL. (2005) **Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería.** Barcelona: Universidad de Barcelona.

Medina JL. (2017). **La pedagogía del Cuidado: saberes y prácticas en la formación profesional de enfermería.** Editorial Universitaria Universidad de Chile: Santiago de Chile.

Moreno M, Inmaculada SJ. (2014). Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. **Aquichan**, 14(4), 594-604. <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.13>

Moreno-Fergusson ME et al (2014). Modelos y teorías: Lineamientos básicos para la enseñanza del componente disciplinar en enfermería. **ACOFAEN.** Quinta Edición. Bogotá. https://acofaen.org.co/wp-content/uploads/2021/12/LINEAMIENTOS_MODELOS_Y_TEORIAS.pdf

Morin, E. (2005). Mis demonios. 2ª ed. Barcelona: Kairós.

Morin, E. (2007). Introducción al pensamiento complejo. Novena reimpresión. Madrid: Editorial Cátedra.

Morin E. (2009). **Los siete saberes necesarios para la educación del futuro**. Buenos Aires: Nueva Visión.

Morin E, Roger E, Domingo R. (2002). **Educación en la Era Planetaria. El pensamiento complejo como método de aprendizaje en el error y la incertidumbre humana**. Salamanca: Universidad de Valladolid.

Moya JLM, Parra SC. (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 15(2), 303-311. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200015>

Ocampo DC et al. (2018). **Significado de los componentes disciplinar y profesional en la formación de enfermería: encuentros y desencuentros**. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10554/38582>

Piedrahita Sandoval LE, Rosero Prado AL. (2017). Relación entre teoría y praxis en la formación de profesionales de enfermería: revisión integradora de literatura. **Enfermería Global**, 16(47), 679-706. Epub 01 de julio de 2017. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.269261>

Schön D. (1974). Citado por Medina, J.L. (2017). **La pedagogía del Cuidado: saberes y prácticas en la formación profesional de enfermería**. Editorial Universitaria Universidad de Chile: Santiago de Chile.

Siles González J. (2016). La utilidad práctica de la Epistemología en la clarificación de la pertinencia teórica y metodológica en la disciplina enfermera. **Index de Enfermería**, 25(1-2), 86-92. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100020&lng=es&tlng=es.

Siles J. (1999). Epistemología y enfermería: Por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. **Enfermería Clínica**. 7 (4). 38-44. https://www.researchgate.net/publication/234051363_Epistemologia_y_enfermeria_Por_una_fundamentacion_cientifica_y_profesional_de_la_disciplina.

AGRADECIMENTOS

Las autoras agradecen a la Red Internacional de Investigación en Enfermería la oportunidad para submeter este capítulo a el libro Raíces del Saber.

Revisor

Silvana Castillo-Parra
Universidad de Chile, Chile
ORCID: [0000-0002-9195-1391](https://orcid.org/0000-0002-9195-1391)

Cómo citar

Carrillo Pineda M, Torres Benjumea AY, Niño Rincón PK, Romero Daza AI. **De la práctica a la teoría: por una nueva epistemología de formación en enfermería para Colombia**. In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. **Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería**. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.181-192. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi: [10.5281/zenodo.17822911](https://doi.org/10.5281/zenodo.17822911).

TENDENCIAS EPISTEMOLÓGICAS Y LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA FORMACIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN BOLIVIA

Tendencias Epistemológicas y la Inteligencia Artificial en la Formación Integral de Enfermería en Bolivia

Epistemological Trends and Artificial Intelligence in Integral Nursing Education in Bolivia

Inés Magali Peláez Mariscal | ORCID: 0000-0001-9333-0700
minespelaezm@gmail.com | Universidad Mayor de San Andrés,

Carrera de Enfermería La Paz, Estado Plurinacional de Bolivia

Scarley Martínez Pérez | 0000-0002-0812-4249

Universidad San Francisco Xavier, Facultad de Ciencias de Enfermería y Obstetricia,
 Sucre, Estado Plurinacional de Bolivia

Albina Palmira Maldonado Chacón | 0000-0002-7960-9841

Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Carrera de Enfermería, La Paz,
 Estado Plurinacional de Bolivia

Abigail Roxana Nina Mamani | 0000-0002-3646-1250

Universidad San Francisco Xavier, Facultad de Ciencias de Enfermería y Obstetricia,
 Sucre, Estado Plurinacional de Bolivia

Mabel Cynthia Caballero Carballo | 0009-0008-3769-3601

Universidad Mayor de San Simón. Facultad de Enfermería, Cochabamba,
 Estado Plurinacional de Bolivia

El presente capítulo aborda un análisis crítico reflexivo de las transformaciones epistemológicas en la formación de enfermería en Bolivia y la incorporación de la Inteligencia Artificial (IA). El objetivo es analizar cómo las tendencias teóricas contemporáneas y la IA reconfiguran la educación del cuidado en el nivel de licenciatura. Se aplica una metodología de análisis crítico-reflexivo, basada en la experiencia docente y la revisión conceptual de teorías del cuidado, marcos pedagógicos y epistemológicos. La principal contribución consiste en proponer una formación integral y ética del profesional enfermero, que fortalezca el juicio clínico, la autonomía y el cuidado humanizado. La relevancia del capítulo radica en su propuesta de transformación curricular fundamentada en una epistemología multidimensional para una formación integral del ser enfermero. Esta perspectiva permite afrontar los retos del siglo XXI, respondiendo a las exigencias de un contexto plurinacional, digital y culturalmente diverso, con un enfoque humanista, crítico y socialmente comprometido. **Descriptor:** Educación en enfermería; epistemología; inteligencia artificial.

INTRODUCCIÓN

Enfermería se distingue por fusionar la teoría y la práctica en el proceso de formación profesional. Este vínculo forma parte de un proceso activo de innovación, evolución, actualización y ciencia en áreas variadas, orientado por principios epistemológicos claros.

En el pasado, la educación en enfermería se orientó hacia un paradigma positivista que se distinguía por la búsqueda de objetividad, mediante la cuantificación de fenómenos y una causalidad lineal en la interpretación de la salud y la enfermedad.

Aunque este método fue esencial para el progreso de la investigación empírica y la práctica fundamentada en evidencia, con el paso del tiempo ha mostrado restricciones importantes. El cuidado **humanizado**, el núcleo de la enfermería, es un fenómeno intrincado y multidimensional que va más allá de lo simplemente perceptible y medible, incursionando en los aspectos subjetivos, culturales, éticos y fenomenológicos del individuo (Corredor et al., 2024; Tuarez-Lino et al., 2023). En las décadas recientes, este obstáculo ha promovido una transición hacia una diversidad epistemológica que incorpora enfoques hermenéuticos, críticos y decoloniales, reconociendo la abundancia y variedad de los conocimientos que respaldan la disciplina.

En este escenario de reestructuración de la epistemología, la aparición y rápida consolidación de la Inteligencia Artificial (IA) surge como un reto y una oportunidad nunca antes vistos para la enseñanza y el ejercicio de enfermería. La **Inteligencia Artificial**, entendida como la habilidad de los sistemas de computación para replicar procesos de inteligencia humana, tales como el **pensamiento**, el aprendizaje y la **toma de decisiones**, está revolucionando de manera drástica el sector de la salud a escala mundial (Espíritu et al., 2024). Sus usos son extensos y prometen perfeccionar procedimientos desde el diagnóstico asistido por Inteligencia Artificial, que asiste en la detección de patrones en imágenes médicas y datos clínicos, hasta la administración de grandes cantidades de datos de pacientes, la supervisión a distancia, la robótica en el cuidado y la personalización de los planes de atención. En este camino, la disciplina se transformó del ejercicio empírico e intuitivo en una disciplina científica y autónoma. En la actualidad, el uso de la Inteligencia Artificial en la educación académica y en la práctica profesional presenta retos éticos y peligros de deshumanización si no se preserva el cuidado como pilar fundamental en el proceso de formación y la inclusión en el papel

profesional de la enfermería en el siglo XXI (Curay et al., 2025).

El sistema sanitario de Bolivia, por sus particularidades, ofrece un escenario particular que exige el fortalecimiento del modelo de Salud Comunitaria Intercultural SAFCI planteándole a la Academia el desafío de armonizar o compatibilizar la actualización tecnológica con la revalorización de las prácticas tradicionales de salud (Ministerio de Salud y Deportes, 2009); bajo estas circunstancias, resulta imperativa una formación profesional de enfermería con dominio de las tecnologías emergentes asociado a una comprensión profunda de la diversidad cultural y social del país, para un empleo ético y humano de las herramientas de Inteligencia Artificial.

Este capítulo examina la confluencia entre las corrientes epistemológicas actuales y el papel en ascenso de la Inteligencia Artificial en la educación de enfermería en Bolivia, reconociendo los retos y posibilidades para la elaboración de un currículo apropiado y humanizado. Esto nos conduce a una discusión crítica acerca del porvenir de la enfermería en Bolivia, intentando fusionar la innovación tecnológica con los **principios humanísticos y culturales** del cuidado vinculados a la **innovación tecnológica** para fortalecer el rol de enfermería en el **cuidado integral**.



EL VALOR DE LAS BASES TEÓRICAS Y/O EPISTEMOLÓGICAS Y LA MODERNIDAD

Es imprescindible definir un marco teórico-epistemológico extenso y diverso, concebido para enfrentar la complejidad de la educación de enfermería en la época de la inteligencia artificial. Este marco se edifica mediante la crítica a los paradigmas convencionales y la incorporación de visiones actuales que dialogan con el entorno sociocultural de Bolivia. La epistemología, que es la disciplina filosófica que analiza la naturaleza, el origen y la validez del saber, se transforma en el enfoque principal para el análisis mismo de la disciplina. Históricamente, el paradigma positivista ha gobernado el saber en enfermería, un legado de la medicina y las ciencias naturales con la priorización del saber empírico y objetivo corroborado mediante el método científico. Su impacto es notable en la **Práctica Basada en la Evidencia (PBE)**, cuyo objetivo es estandarizar protocolos y procedimientos para garantizar la eficacia y la **seguridad en la atención** (Rodríguez-Bustamante et al., 2020).

El modelo positivista ha jugado un papel crucial en el progreso de la enfermería como una disciplina científica e independiente, no obstante, su mayor restricción reside en su incapacidad para abarcar la totalidad del fenómeno de la atención.

En esencia, la atención de enfermería es un encuentro entre individuos, en el que las vivencias, convicciones y principios del cuidador son tan pertinentes como los datos clínicos objetivos. El positivismo, al limitar la atención a factores cuantificables, suele deshumanizar la práctica, desconsiderando aspectos fundamentales como la vivencia subjetiva del dolor, el sufrimiento, la esperanza y la dignidad (Corredor et al., 2024; Watson, 2008). Esto ha promovido la adopción de un pluralismo epistemológico que aprecia otras formas de saber considerando además del saber empírico, el **saber ético, estético y personal**, todos ellos esenciales para el **juicio clínico** y la acción de cuidado (Gavilanes-Fray et al., 2022).

Así, la disciplina se nutre de perspectivas fenomenológicas, hermenéuticas y críticas, que intentan entender el significado de la vivencia de salud y enfermedad desde el punto de vista del paciente, en vez de simplemente evaluarlas. El progreso de la disciplina ha requerido la incorporación de teorías propias, como las propuestas por **Florence Nightingale** o **Dorothea Orem**, que proporcionan esquemas conceptuales que orientan la práctica y la investigación (McEwen, Wills, 2019), adoptando una epistemología Humanista Transcultural con figuras como **Jean Watson** y **Madeleine Leininger**, que consideran el cuidado como un **fenómeno relacional, cultural y ético**, y no meramente técnico.

La epistemología en el campo de la enfermería combina al mismo tiempo enfoques ontológicos (la esencia del cuidado), axiológicos (valores y ética) y metodológicos (métodos para producir saber). Esta perspectiva posibilita que la genere conocimientos que influyen en políticas de salud y modelos de cuidado (Fawcett, 2017).

La formación en enfermería, particularmente en un entorno como el boliviano, necesita de esquemas pedagógicos que vayan más allá de la simple impartición de conocimientos técnicos, estos asumen postulados como los de **Paulo Freire** y **Boaventura de Sousa Santos** que desde una perspectiva epistemológica crítica y decolonial, cuestionan las relaciones de poder y fomentan el diálogo de conocimientos locales y universales o el de **Edgar Morin** que a través de una epistemología compleja, identifica la multidimensionalidad de la salud y del ser humano.

Por otra parte, los modelos académicos basados en las TIC explican cómo se adquiere, construye y distribuye la información en entornos digitales que permiten generar experiencias de aprendizaje innovadoras y accesibles. Combinan diversas corrientes filosóficas y pedagógicas para justificar el uso de la tecnología en la educación, motivando al análisis, **pensamiento reflexivo-crítico** y la aplicación del conocimiento en situaciones diversas con énfasis en la **toma de decisiones informada**, **integrado ecléctico**, en el que están presentes elementos del **constructivismo**, **humanismo**, **conectivismo** y **cognitivismo** con una mirada **crítica- humana** (Carl Rogers)(Casanova, 1989).

Así, permite repensar el aprendizaje en un mundo digital como propone **George Siemens**, priorizando la accesibilidad, la **colaboración**, la adaptación al estudiante asociada a un componente **ético-humano** para una adecuada formación del cuidado enfermero mediatizado por la tecnología. El **enfoque pedagógico innovador** de la socioformación se alinea perfectamente con este objetivo, enfocado en la **solución de problemas complejos** del entorno social, ambiental y de salud, fomentando el desarrollo de **habilidades transversales** como el **razonamiento crítico**, la **cooperación** y la **conciencia ética** (Corredor et al., 2024) . Este modelo es fundamental para incorporar la Inteligencia Artificial, puesto que no solo prevé el uso de la tecnología, sino su **aplicación reflexiva** para potenciar la calidad de vida de las comunidades. Este contexto, marca las bases de la educación moderna en enfermería a partir de una epistemología pluralista que comprende la multidimensionalidad del cuidado, una perspectiva crítica de la inteligencia artificial que pone en duda sus prejuicios y un marco pedagógico y social que fusiona la socioformación con el enfoque decolonial.

La inteligencia artificial y el reajuste del conocimiento en enfermería

La inteligencia artificial no se limita a ser una herramienta, sino que implica una **reflexión epistemológica intensa** delante de la modernidad. El saber de las IA se genera a partir de datos, algoritmos de aprendizaje automático y la identificación de patrones. Se trata de una forma de racionalidad algorítmica que no posee conciencia, intuición, ética ni empatía. Este tipo de saber es crucial para la predicción y la optimización, aunque puede verse afectado por los prejuicios de los datos con los que se alimenta. Así pues, su aplicación requiere una **epistemología crítica** que investigue sus raíces, sus prejuicios y sus consecuencias éticas. En la profesión de enfermería, la Inteligencia Artificial tiene la capacidad de transformarse en un poderoso aliado en la generación de saber disciplinar, lo que posibilita la investigación predictiva, la

detección temprana de riesgos y otros patrones; sin embargo, la integración de esta tecnología debe ser **humanista y complementaria, no sustitutiva**. Su rol debe ser de asistencia al **juicio clínico**, liberando a la enfermería de tareas rutinarias para permitir su mayor concentración en la esencia del cuidado (Curay et al., 2025; Masters et al., 2024; Narváez et al., 2024).

FUNDAMENTOS, ANÁLISIS Y PROSPECTIVAS DE LA FORMACIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA



Dentro del contexto de la rápida evolución tecnológica y la complejidad social del siglo XXI, la formación en enfermería demanda una **reorganización epistemológica** que sobrepase los paradigmas tradicionales, el surgimiento de la Inteligencia Artificial constituye un estímulo que obliga a la disciplina a reevaluar las raíces del conocimiento, los procedimientos de validación y los fundamentos éticos.

En el contexto actual, la Inteligencia Artificial se destaca como un motor de transformación que transfigura la generación y uso del saber en el campo de la enfermería, pues facilita la creación de un nuevo tipo de saber; en la preparación de los profesionales del mañana, la IA emerge como un recurso valioso. A través de la **simulación clínica** impulsada por **sistemas inteligentes**, se generan situaciones realistas donde el estudiante puede practicar sus **habilidades** sin comprometer la **seguridad del paciente**. Los **instructores virtuales** a medida, ajustan la instrucción al progreso individual de cada estudiante, fortaleciendo sus áreas de oportunidad e impulsando sus puntos fuertes.

El análisis de extensas bases de datos facilita que los estudiantes puedan identificar relaciones y patrones que, de otra manera, pasarían desapercibidos. Cada una de estas vivencias refuerza el componente científico de la enfermería y afianza su carácter como disciplina apta para crear y corroborar saberes. Esta habilidad de análisis predictivo e identificación de patrones impulsa el proceso educativo, brindando al estudiante recursos para tomar decisiones fundamentadas y una organización del cuidado más individualizada (Masters et al., 2024). En este proceso, el docente continúa siendo esencial, orientando a la adquisición de **competencias blandas** como la **empatía**, la **ética** y la **comunicación** adecuada, formando enfermeros capaces de **dialogar** con el conocimiento generado por la IA, discernirlo y contextualizarlo en la práctica como meta epistemológica.

Como principio lógico de la disciplina, el **juicio clínico** es un proceso que une información objetiva con la interpretación subjetiva del paciente y su entorno, algo que la Inteligencia Artificial, en su condición actual, no puede duplicar. La Inteligencia Artificial debe ser vista como un **acompañante cognitivo** en el proceso de formación, un apoyo que libera al futuro enfermero de las labores cotidianas, permitiéndole enfocarse en el núcleo del cuidado: la interacción humana.

La importancia y el reconocimiento de la coexistencia y complementariedad de saberes cruciales

El conocimiento ético que guía el **juicio moral**, el **conocimiento estético**, que se manifiesta en el arte y la pericia clínica y el conocimiento personal, que se construye a través de la **experiencia vivida**, la intuición y la **reflexión crítica** (Gavilanes-Fray et al., 2022), deben ser considerados en el proceso educativo.

Este enfoque pluralista cobra particular importancia en el contexto boliviano, un Estado Plurinacional donde se interpretan la salud y la enfermedad a través de perspectivas del mundo que sobrepasan el modelo biomédico occidental. En este sitio, el conocimiento empírico se entrelaza con los saberes ancestrales y la comunidad, demandando un marco epistemológico que considere todas estas fuentes de conocimiento como válidas e indispensables para el cuidado integral humano e intercultural (Ministerio de Salud y Deportes, 2009).

En Bolivia, la formación en enfermería ha experimentado cambios significativos, pasando de una instrucción que empleaba a los pacientes para la práctica, a un aprendizaje con simuladores que proporcionan un ambiente más seguro y protegido para el desarrollo del PEA, aunque bajo condiciones aún poco adaptables. La Inteligencia Artificial posee la capacidad de enriquecer esto, dado que podríamos tener simuladores que reaccionen de inmediato y consideren un contexto diverso, permitiendo cometer errores sin que nadie esté en riesgo. Esto capacitaría de manera más efectiva a los futuros profesionales para tomar decisiones ágiles y colaborar en equipo (Curay et al., 2025).

La incorporación de la IA en la formación de enfermería, en particular en la enseñanza de la investigación, supone un reto y una oportunidad. No obstante, la era digital ha democratizado el acceso al saber y promovido la cooperación (Weller, 2011), la aplicación de la Inteligencia Artificial debe fundamentarse en pruebas pedagógicas, la equidad digital y aspectos éticos esenciales (Selwyn, 2021). En la formación en investigación, la Inteligencia Artificial induce a la aplicación de un paradigma híbrido donde el conocimiento es coproducido

entre humanos y sistemas inteligentes, ofrece herramientas útiles para la confección de instrumentos, el análisis complejo de datos, la búsqueda de fuentes y apoya la discusión profunda pero al mismo tiempo, presenta peligros como la incertidumbre frente a la validez de la información, el agravamiento de las inequidades en el acceso a la tecnología y la infracción de la privacidad de los datos.

En la adquisición de **competencias científicas** en enfermería, la IA tiene un gran potencial al transformar la forma en que los estudiantes acceden, utilizan, procesan y generan conocimientos. No obstante, esta inclusión debe **ser crítica** y **moralmente responsable**, ya que, en la disciplina, el razonamiento reflexivo y el criterio clínico son esenciales. La tecnología educativa debe incorporarse con base en **equidad**, **ética** y **evidencia pedagógica**, no por moda (Selwyn, 2021). Las **competencias digitales** en enfermería deben mantener la **dimensión ética** y **empática** del cuidado (Espíritu et al., 2024). Freyre (1970) y Rogers (1969) recuerdan que el saber se construye mediante el **diálogo** y la personalización, potenciando a los estudiantes como **participantes activos** en su proceso de aprendizaje y no simplemente consumidores de información (Casanova, 1989; Freyre, 1970).

Estrategias de integración en la formación boliviana: Socioformación y perspectiva decolonial

En el contexto boliviano, la integración de la IA en la formación de enfermería no puede ser un simple trasplante de modelos extranjeros, sino debe centrarse en un proceso arraigado en la realidad cultural y social del país. La Socio formación, como marco pedagógico, ofrece una vía pertinente y efectiva. Este modelo propone que el aprendizaje se construya en torno a la resolución de problemas complejos del contexto, lo que fomenta el desarrollo de competencias transversales.

En este enfoque, la IA se convierte en una herramienta para que los aborden retos reales, como la optimización de la gestión de recursos en centros de salud rurales o el desarrollo de aplicaciones para la educación en salud en comunidades con alta diversidad lingüística. Esto promueve una formación que trasciende lo meramente técnico para enfocarse en la aplicación socialmente responsable de la tecnología (Corredor et al., 2024). En Bolivia, con una rica herencia de saberes ancestrales y un modelo de salud intercultural, la hegemonía del conocimiento tecnocientífico occidental debe ser cuestionada. La formación debe empoderar a los estudiantes para que valoren las prácticas de salud tradicionales y para que la IA se utilice de forma

que no las subalternice, sino que, idealmente, pueda servir como un puente para documentarlas, sistematizarlas o incluso complementarlas.

La implementación de la Inteligencia Artificial presenta dilemas esenciales. A diferencia del **saber humano**, el **saber algorítmico** no posee intencionalidad, **conciencia ética** y **responsabilidad**. La Inteligencia Artificial es intrínsecamente amoral y sus resultados representan los datos con los que se ha entrenado. Si la información está prejuiciada por diferencias socioeconómicas, de género o raciales, el algoritmo mantendrá o incluso intensificará estas inequidades, originando decisiones clínicas injustas (Selwyn, 2021). Por esta razón, la enfermería necesita desarrollar una **epistemología crítica** de la Inteligencia Artificial que investigue sus raíces, sus prejuicios y sus repercusiones en la sociedad.

La formación no solo debe centrarse en el **"cómo usar"** la IA, sino en el **"por qué"** y **"para qué"** se usa. La cuestión de la rendición de cuentas y la transparencia algorítmica se vuelve central. La Inteligencia Artificial no debe poner en riesgo las bases científicas y humanistas de la enfermería, ni su elemento fundamental de atención humanizada (Tuarez-Lino et al., 2023). Conforme se aproxima la IA General, con tutores virtuales y programas a medida surgen una alerta sobre la posibilidad de reducción de sitios laborales y la consiguiente necesidad de preparación proactiva (Masters et al., 2024). Esto implica **adaptar los currículos** para incluir en ellos la IA y la ética de su uso, capacitar a los docentes de manera suficiente y planificar una integración reflexiva y responsable.

El avance a pasos agigantados de la inteligencia artificial en todas las áreas, especialmente en el área de salud permite cuestionarse sobre la ética de la IA. En el 2º Foro Mundial sobre la Ética de la Inteligencia Artificial, **Gabriela Ramos**, subdirectora General de Ciencias Sociales y Humanas de la UNESCO abordó de manera precisa la importancia de la regulación de la IA como uno de los retos más importantes de nuestro tiempo para los gobiernos a nivel mundial (UNESCO, 2024), el fin es maximizar las ventajas de los hallazgos científicos y reducir simultáneamente los peligros, asegurando su aporte a un mundo más inclusivo, sostenible y pacífico. Pero, las rápidas transformaciones provocadas por la aparición de la Inteligencia Artificial también presentan graves dilemas éticos vinculados al potencial de los sistemas basados en IA para perpetuar prejuicios, contribuir al deterioro del clima y poner en peligro la dignidad y los derechos humanos, entre otros. Este problema se intensifica debido a las desigualdades ya existentes, afectando aún más a grupos históricamente excluidos.

Es en este punto donde los expertos en Enfermería deben encabezar procesos de prevención y fomento del respeto a la dignidad y derechos humanos mediante acciones educativas y reflexivas en contextos académicos, clínicos y comunitarios. La interacción con la persona, la familia y la comunidad, implica la definición de una "brújula ética" en la integración de la inteligencia artificial en las funciones profesionales.

CONSIDERACIONES FINALES



En este siglo XXI de deshumanización, se requiere **profesionales reflexivos, autónomos**, capaces de generar conocimiento propio, **líderes en entornos complejos**, con **competencias tecnológicas y éticas**, comprometidos con el **cuidado integral**, donde la espiritualidad sea parte del proceso con la clara convicción de que ningún algoritmo puede sustituir la mirada, la voz y la presencia humana que sanan. Como resultado del análisis de tendencias epistemológicas y la irrupción de la IA en la formación de enfermería en Bolivia se revelan hallazgos y reflexiones cruciales.

El riesgo de una formación acrítica es la deshumanización del cuidado, donde el profesional de enfermería se convierta en un operador de tecnología, perdiendo la esencia de su rol, no obstante, la oportunidad reside en usar la IA para liberarle de tareas repetitivas, transformando la práctica profesional con precisión diagnóstica enfermera, optimización de la gestión de recursos y el tiempo en la interrelación terapéutica individualizada, la empatía y la educación para la salud, que son elementos insustituibles en la práctica profesional.

En este contexto, el futuro de la enfermería en Bolivia no reside en ignorar la IA, sino en abrazarla desde una postura epistemológica ética. Ello conlleva formar profesionales que sean copartícipes en el diseño y la implementación de la tecnología, asegurando que cada avance tecnológico contribuya al propósito fundamental de la disciplina: el cuidado integral del ser humano, su comunidad y su cultura. Este aspecto esencial obliga a la academia a desarrollar estrategias pedagógicas apoyadas en el uso de la IA y potencializar el componente investigativo para el fortalecimiento de competencias acordes a las situaciones del entorno en respuesta a las necesidades humanas en salud.

Las siguientes acciones concretas son esenciales con una visión de futuro:

Reforma curricular: Los planes de estudio deben enfatizar el pensamiento crítico y ético sobre la IA, estructurando competencias que integren conocimiento científico, juicio clínico, comunicación empática, y alfabetización digital para responder con pertinencia al mercado laboral y la sociedad.

Formación docente: Los educadores actualizados no solo en el uso de la IA, sino en cómo enseñarla desde una perspectiva pedagógica reflexiva y crítica centrada en la ética, seguridad y bienestar del individuo.

Investigación y desarrollo local: Se hace imperativo fomentar la investigación en IA aplicada a la salud, contextualizada en las necesidades y realidades de Bolivia.

Trabajo interdisciplinario: La integración exitosa de la IA requiere la participación de profesionales de las diversas disciplinas en un trabajo colaborativo con un objetivo común.

La oportunidad de este nuevo tiempo, es usar la IA para fortalecer la autonomía académica e investigativa en la disciplina, integrando enfoques de análisis crítico, humanismo digital y ética del cuidado, el desafío es incorporar la IA sin desdibujar la identidad epistemológica de la enfermería como disciplina del cuidado humano.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaram no utilizar herramientas de inteligencia artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc). Toda la redacción y/o diseño de los materiales audiovisuales, son de responsabilidad plena de los autores para el desarrollo del contenido académico del capítulo.

REFERENCIAS

Casanova, E. (1989). El procedo educativo segun Carl Rogers: La igualdad y formación de la persona. **Revista Interuniversitaria**, 599-603.

Corredor L., Montenegro JD, Briñez A. (2024). Epistemología en Enfermería. Una mirada desde la socioformación. **Paradigmas Socio-Humanísticos**, 6(2), 47-60.
<https://doi.org/10.26752/REVISTAPARADIGMASSH.V6I2.736>

Curay MAM, Curay CEM, Lozano LAC, Guamán AMA. (2025). Aplicación de la inteligencia artificial (IA) en la práctica de la enfermería oportunidades y desafíos, una revisión sistemática. **RECIMUNDO**, 9(2), 4–16. [https://doi.org/10.26820/recimundo/9.\(2\).abril.2025.4-16](https://doi.org/10.26820/recimundo/9.(2).abril.2025.4-16)

Espiritu A, Gomez K, Espinoza M, Espinosa M. (2024). Impacto de la inteligencia artificial en ciencias de la salud: perspectivas para enfermería. **KANYU**, 2(I), 34–45. <https://doi.org/10.61210/KANY.V2I1.74>

Fawcett J. (2017). Thoughts About Nursing Conceptual Models and the “Medical Model.” **Nursing Science Quarterly**, 30(1), 77–80. <https://doi.org/10.1177/0894318416680710>,

Freire, P. (1970). **Pedagogía del oprimido**.

Gavilanes-Fray V, Tamayo-Vásquez M, Cevallos-Mendez C, Masabanda P, Miño-Acurio C. (2022). Desarrollo epistemológico de la Enfermería. **Polo Del Conocimiento**, 7(5), 1551–1561. <https://doi.org/10.23857/pc.v7i5.4045>

Masters K, Herrmann-Werner A, Festl-Wietek T, Taylor D. (2024). Preparing for Artificial General Intelligence (AGI) in Health Professions Education: AMEE Guide No. 172. **Medical Teacher**, 46(10), 1258–1271. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2387802;PAGE=STRING:ARTICLE/CHAPTER>

McEwen M, Wills E. (2019). **Theoretical Basis for Nursing** (5ta ed.).

Ministerio de Salud y Deportes. (2009). **Salud Familiar Comunitaria Intercultural** (2da ed.). Prisa.

Narváez D, Ocampo J, Morales MP, Ceballos S. (2024). Implementación de la inteligencia artificial en la docencia de enfermería: retos éticos y pedagógicos. **Revista Social Fronteriza**, 4(4), e44369–e44369. [https://doi.org/10.59814/RESOFRO.2024.4\(4\)369](https://doi.org/10.59814/RESOFRO.2024.4(4)369)

Rodríguez-Bustamante P, Báez-Hernández FJ, Rodríguez-Bustamante P, Báez-Hernández FJ. (2020). Epistemología de la Profesión Enfermera. **Ene**, 14(2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Selwyn N. (2021). Education and technology: Key issues and debates. In *International Review of Education* (3ra., Issue 4). **Bloomsbury Academic**. <https://doi.org/10.1007/S11159-022-09971-9>

Tuarez-Lino JM, Figueroa-Castro PA, Lino-Santana JL, Delgado-Orellana JV. (2023). Perspectivas epistemológicas de la gestión del cuidado en enfermería. **CIENCIAMATRIA**, 9(16), 102–112. <https://doi.org/10.35381/cm.v9i16.1028>

UNESCO. (2024, February 6). **Ética de la inteligencia artificial**. <https://www.unesco.org/es/artificial-intelligence/recommendation-ethics?hub=99488>

Weller M. (2011). The digital scholar: How technology is transforming scholarly practice (**Bloomsbury Academic**).

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a la Red Internacional de Investigación en Enfermería la oportunidad para submeter este capítulo a el libro Raíces del Saber.

Revisora

Roberta Waterkemper
Universidade Federal de Ciências da
Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre,
RS, Brasil
ORCID: 0000-0001-9066-7666

Cómo citar

Peláez Mariscal IM, Martínez Pérez S, Maldonado Chacón AP, Nina Mamani AR, Caballero Carballo MC. **Tendencias epistemológicas y la inteligencia artificial en la formación integral de enfermería en Bolivia.** In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.193-205. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17822983](https://doi.org/10.5281/zenodo.17822983).

RECONECTANDO RAÍCES Y HORIZONTES EN LA EDUCACIÓN DE LA ENFERMERÍA PERUANA

Reconectando raíces e horizontes na educação de enfermagem Peruana

Reconnecting roots and horizons in Peruvian nursing

Sonia Olinda Velasquez Rondon | ORCID: 0000-0003-1553-0592
svelasquezr@unsa.edu.pe | Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

Margarita Betzabe Velasquez Oyola | ORCID: 0000-0002-6791-6852
 Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

Flor Maria del Rosario Huertas Angulo | ORCID: 0000-0002-7033-3367
 Universidad Nacional de Trujillo

Esther Justina Ramirez Garcia | ORCID: 0000-0001-7903-5326
 Universidad Nacional de Trujillo

Tarcila Hermelinda Cruz Sanchez | ORCID: 0000-0003-0456-8712
 Universidad Nacional de Huancavelica

Maria Josefa Arcaya Moncada | ORCID: 0000-0003-0961-1193
 Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima

Tula Margarita Espinoza Moreno | ORCID: 0000-0002-8836-8971
 Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima

Yessika Madelaine Abarca Arias | ORCID: 0000-0002-3370-5686
 Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

Amelia Marina Morillas Bulnes | ORCID: 0000-0001-6365-7948
 Universidad Nacional de Trujillo

Este capítulo propone una reflexión crítica sobre la educación de enfermería en el Perú, tensionada entre modelos biomédicos hegemónicos y saberes locales invisibilizados. Se plantea como objetivo explorar caminos para una formación más situada, intercultural y comprometida con la realidad peruana. Es cualitativo, hermenéutico y crítico-reflexivo, con análisis de documentos curriculares y relatos de experiencias docentes en distintas regiones del país. Se identificarán prácticas aun reduccionistas; e innovadoras que integran conocimientos ancestrales, salud comunitaria y enfoques interculturales; desafiando estructuras educativas rígidas. Esta propuesta resulta relevante al promover las transformaciones necesarias que articule ciencia, cultura e identidad profesional, proyectando un horizonte ético-político de cuidado más inclusivo y transformador en las escuelas y facultades de enfermería del Perú. **Descriptores:** Educación en enfermería; conocimiento; competencia cultural.

INTRODUCCIÓN

La educación en enfermería en el Perú ha transitado históricamente entre tensiones epistemológicas y culturales, heredando modelos biomédicos norteamericanos y eurocéntricos que han marginado saberes locales. Reconectar raíces implica reconocer el valor de los conocimientos ancestrales, comunitarios y territoriales en el proceso formativo, mientras que proyectar horizontes demanda una apertura crítica hacia nuevas formas de pensar, enseñar y cuidar (Oguisso, 2012).

Por ello, se hace imperativo un proceso de reconfiguración y redireccionamiento en la formación de las y los enfermeros, que permita una necesaria conexión con las raíces de los conocimientos ancestrales, comunitarios y territoriales, sin dejar de proyectar horizontes críticos hacia las nuevas formas de pensar, enseñar y cuidar en un mundo globalizado.

El presente estudio propone, explorar las transformaciones que ha experimentado la educación en enfermería en el país, desde sus inicios hasta la actualidad, esbozando los cambios necesarios para el desarrollo de un modelo formativo más crítico, reflexivo e intercultural, acorde al contexto nacional; paradigmas científicos, tecnológicos y humanísticos centrados en la persona y las nuevas tendencias en el campo de la educación e investigación en enfermería con desafíos para la universidad, las facultades y escuelas de enfermería del Perú que deben responder a los problemas y necesidades de salud con criterio de equidad, justicia social y respeto a los derechos de las personas (Zegarra, Saco, 2018).

En la búsqueda de empoderar a los estudiantes para brindar cuidado a la persona, la familia y la comunidad, se ha realizado un análisis crítico de las experiencias y los currículos de estudio de universidades públicas representativas, considerando el contexto histórico-cultural, el enfoque curricular, el perfil del egresado, las áreas de formación y sus implicancias.

El análisis de los fundamentos teóricos y epistemológicos del currículo de enfermería es crucial, ya que estos sustentan el conocimiento y la práctica profesional (Allin & Pañella, 2020); no solo determinan la concepción del cuidado, sino que además definen la construcción y validación del conocimiento en el currículo formativo.

La importancia de este capítulo reside en el análisis y la sistematización crítica y reflexiva de los currículos de estudio, las experiencias de formación en las escuelas y facultades de enfermería del Perú, las mismas que son discutidas a la luz de los fundamentos epistemológicos; lo que permite identificar tensiones, desafíos y posibilidades para el desarrollo de una innovación curricular significativa. El propósito es integrar nuevas competencias desde una mirada intercultural y contextualizada en la realidad sociocultural del país (Pantoja, Salazar, 2017).

El presente capítulo se divide en dos secciones principales: los Fundamentos Teóricos y Epistemológicos de la educación en enfermería y, posteriormente, un análisis detallado de las Experiencias y la Práctica de la Enfermería Peruana.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y EPISTEMOLÓGICOS DE LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA



La reflexión epistemológica sobre la educación de la enfermería implica reconocer que la producción y transmisión del conocimiento no es neutral, sino que está atravesada por relaciones de poder, legitimación y exclusión. Desde la epistemología crítica, Habermas (1987), sostiene que todo conocimiento responde a intereses humanos, técnicos, prácticos o emancipadores, mientras que Foucault (1972), resalta que el saber se configura en dispositivos de poder que determinan lo que se considera válido.

En esta línea, las Epistemologías del Sur (De Sousa Santos, 2009), proponen rescatar saberes subalternos generados desde experiencias históricamente invisibilizadas; esto es especialmente relevante en el contexto peruano, donde coexisten cosmovisiones andinas, amazónicas y occidentales, con concepciones propias de salud y cuidado. En consecuencia, la educación de enfermería es analizada también desde los paradigmas de producción de conocimiento en salud: positivista, interpretativo-hermenéutico y sociocrítico (Kemmis, 1993), manteniendo en el contexto de estudio la mirada positivista desde la creación de la carrera de Enfermería en el Perú hasta la actualidad. El campo de la enfermería cuenta con un acervo disciplinar de filosofías, teorías y modelos conceptuales que han orientado históricamente la práctica como la formación profesional. Entre los más influyentes destacan:

Florence Nightingale (1860/1992), con su enfoque higienista y preventivo; Virginia Henderson (1966), que concibe la enfermería como ayuda para lograr la independencia del paciente; Madeleine Leininger (1991), pionera en la enfermería transcultural, que subraya la integración del cuidado a la cultura; y Jean Watson (2008), con su teoría del cuidado humano que incorpora dimensiones éticas, relacionales y espirituales, trascendiendo el enfoque meramente biomédico para situar el acto de cuidar en un plano de conexión transpersonal. Estos modelos teóricos siguen constituyendo fundamentos epistemológicos vigentes para la educación de enfermería en el Perú. Nightingale aporta la **base preventiva**, Henderson y Watson la **dimensión clínica-humanística** y Leininger las **competencias interculturales**.

Sin embargo, las escuelas de enfermería no adoptan una sola teoría como **marco exclusivo**, sino que combinan o adaptan varios modelos para responder a las necesidades locales y del sistema de salud; integrando además **perspectivas contemporáneas** como los enfoques de **salud global** y los determinantes sociales en salud. Desde esta perspectiva la educación de enfermería en el Perú enfrenta tensiones y posibilidades que exigen integrar miradas críticas y plurales. En este punto, Boff (1999), plantea que la formación profesional no puede desligarse de la función social de la educación, pues el conocimiento debe responder a las necesidades concretas de la sociedad y evitar la reproducción acrítica de modelos hegemónicos importados. En el campo de enfermería, esto significa cuestionar la hegemonía de un currículo biomédico occidental, que, si bien aporta rigurosidad científica, tiende a invisibilizar saberes ancestrales y contextuales presentes en la realidad sociocultural peruana.

Por otro lado, Heidegger (2012), concibe la **enfermería** como una **disciplina situada**, donde el cuidado es una construcción social vinculada a valores, **creencias** y **cosmovisiones específicas** de cada comunidad. Esto orienta a una formación que



Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas de canva.

En el caso peruano, supone dialogar con las **cosmovisiones andinas** y **amazónicas**, integrando nociones como el **equilibrio cuerpo-comunidad-naturaleza** y la **armonía espiritual-ecológica** (Belaunde, 2005; Cusihuamán, 2010). Este planteamiento converge con la **interculturalidad crítica** de Catherine Walsh (2009), que supera la visión de la diversidad cultural en una herramienta de transformación social, cuestionando las jerarquías que privilegian el saber occidental; promoviendo la descolonización del conocimiento. Al respecto desde la sociología educativa, Pierre Bourdieu (1986), con los conceptos de **capital cultural** y **habitus**, ayuda a analizar cómo los currículos pueden perpetuar desigualdades o, por el contrario, abrir espacios para la inclusión de saberes marginados. En la misma línea, Paulo Freire (1970) y su **pedagogía crítica**, nos invita a concebir la educación como un **proceso dialógico** y **liberador**, donde docentes y estudiantes **construyamos conocimiento** de **manera conjunta** para alcanzar una **conciencia crítica del enfermero**.

Los **saberes originarios** también ofrecen bases concretas para esta **integración**.

En el mundo andino, la salud se entiende como equilibrio entre cuerpo, comunidad y naturaleza (Cusihuamán, 2010), mientras que en las comunidades amazónicas el bienestar se vincula con la armonía espiritual y ecológica (Belaunde, 2005). Reconocer la legitimidad epistemológica de estas concepciones amplía el horizonte del cuidado de enfermería y fortalece su pertinencia cultural.



Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas de canva.

En este sentido el enfoque de salud intercultural del Ministerio de salud Perú (MINSA, 2016) constituye un avance institucional, aunque su implementación todavía enfrenta desafíos en la formación profesional y políticas públicas.

En conclusión, los modelos de Florence Nightingale, Virginia Henderson, Madeleine Leininger y Jean Watson aportan soportes epistemológicos complementarios para la formación en enfermería. Su articulación con las perspectivas críticas de Boff y Heidegger, los aportes de Walsh, Bourdieu y Freire, así como los saberes ancestrales, podrían configurar una educación de la enfermería peruana que no solo sea científica, sino también culturalmente pertinente, **socialmente transformadora** y epistemológicamente plural.



HALLAZGOS, EXPERIENCIAS Y ANÁLISIS DE LA EDUCACIÓN DE LA ENFERMERÍA PERUANA

La socialización de experiencias y relatos obtenidos de las participantes de Escuelas y Facultades de enfermería en el Perú, en un horizonte temporal revelan, que las raíces epistemológicas de la educación en enfermería están profundamente relacionadas con las transformaciones políticas, económicas, sociales y culturales en el contexto de la sociedad peruana a lo largo del tiempo. La formación aún se articula a una atención sanitaria predominantemente curativa y recuperativa, subordinada a la voluntad del poder económico imperante desde las primeras décadas del siglo XX.

Los eventos de la atención en salud también fueron parte de exclusión, no solo en la población indígena, sino de quienes no tenían algún sistema de salud que se hiciera cargo de ellos. El sistema estaba financiado por el apoyo de los que tenían dinero, sin responsabilidad del estado, tomando la beneficencia pública el encargo de los desposeídos con esa postura paternalista (Madrigal, López, 2008).

Los orígenes de la formación y el modelo de Nightingale

La formación de enfermería en el Perú se inicia bajo el modelo de Florence Nightingale; la primera escuela de enfermería surge bajo la conducción de enfermeras inglesas. Este inicio dio paso a una formación basada en las orientaciones dadas en el libro "Notas de Enfermería", documento central en la enseñanza biomédica. Esta formación evolucionó, variando sus reglas de preparar solo a mujeres, creándose luego una Escuela Mixta; continuando la formación en el modelo biomédico, estrechamente ligado al paradigma positivista imperante en la época (Santiago, 2009).

Las crisis generadas por liderazgos autoritarios de las escuelas, por ganar la supremacía en la formación, unidos a la variabilidad de planes de estudio, generó preocupación por la inadecuada atención a la población, a pesar de las reiteradas acciones de unificación de planes de estudios; hecho que dio origen a la formación de los profesionales de Enfermería en el sistema universitario.

El liderazgo en la formación universitaria fue asumido por la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, en el departamento de Ayacucho, una zona altoandina del Perú, con la denominación de Instituto de Enfermería y Obstetricia, creado el 3 de julio de 1959, es así como se constituyó la primera escuela de enfermería de nivel universitario, anexada a la Facultad de Ciencias Biológicas. Iniciando su funcionamiento en 1962 con una clara influencia positivista, pero vio retrasado su avance en 1980 debido a la violencia terrorista. Posteriormente, se fue adecuando a las leyes peruanas, impactando positivamente en la situación de salud de la población (Zarate, 1992).

A partir del año 1964, se crearon más escuelas de enfermería de nivel universitario en diversas regiones del país, las cuales surgen frente al clamor de la población en vista de la escasez de enfermeras que se produjo en esos años. Es decir, la creación fue producto de las necesidades del país, siendo creadas las escuelas en las Universidades de San Marcos, Nacional de Trujillo, San Agustín y Santa María en Arequipa, y de la Amazonia Peruana bajo el modelo del paradigma positivista. También fueron autorizadas a realizar los programas de complementación académica para las enfermeras tituladas en las escuelas de enfermería, con dos años de estudios para nivelación. De esta forma, obtuvieron el grado académico de bachiller (ASPEFEEN, 2007).

Epistemológicamente, las raíces en la formación de las enfermeras han sido de tendencia positivista con fuerte influencia biomédica, poco énfasis en actividades de salud pública y de investigación. En algunas regiones del país con asesoría de Consultoras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se generaron cambios en la formación ocasionando rivalidad entre las escuelas y facultades con la finalidad de ser reconocidas como mejores y diferentes a las demás, determinando una falta de cooperación para el abordaje en la formación (Barrionuevo, 2014).

En 1980, la nueva Ley Universitaria 23733 generó cambios curriculares, algunas escuelas modificaron sus planes de estudio y asignaturas, y adecuaron sus perfiles.

Sin embargo, el currículo permaneció "oculto" en un alto porcentaje de instituciones formadoras, evidenciado por solo dos o tres cambios curriculares desde su creación. Una de las grandes barreras fue la falta de financiamiento, no se asignaban a las escuelas los presupuestos correspondientes para cumplir a cabalidad el desarrollo de sus enfoques curriculares de cara a las reales necesidades de la situación de salud.

Movilización por la calidad y desafíos actuales

La creación de la Asociación de Escuelas de Enfermería (ASPEFEEN) en 1964 y del Colegio de Enfermeras del Perú (CEP) en 1978, reorientaron la formación buscando mejoras en la calidad de atención. El trabajo conjunto de dichas organizaciones impulsó el desarrollo de actividades descentralizadas, lo que mejoró los procesos institucionales formativos y de desarrollo (Zarate, 1992).

La inestabilidad política del país, con cambios de gobierno cada cinco años, y la falta de sostenibilidad de la política universitaria, generaron modificaciones en la ley universitaria que obligaron a algunas escuelas y facultades a solo adecuar sus planes de estudio, mientras que los perfiles y currículos permanecieron estáticos, deteniendo el desarrollo formativo.

La Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ASPEFEEN), en el año 2003, contribuyó a cambios curriculares con su lema "Movilización Nacional por la Calidad en la Educación en Enfermería"; este esfuerzo logró unir voluntades en las regiones del país, con la participación del 90% de instituciones formadoras gracias al financiamiento logrado a través de un proyecto de cooperación internacional y la intervención de líderes en la formación e instituciones asistenciales, permitiendo introducir cambios significativos en la formación de la enfermería peruana. La introducción de un perfil por competencias como referente nacional fue un hito en la educación de la enfermería peruana, iniciando una transformación global en las áreas específicas: asistencial, docencia, gestión e investigación; se plantearon estándares básicos para una formación de calidad (ASPEFEEN, 2007).

El surgimiento de programas de segunda especialidad en enfermería, con la participación de expertas internacionales, y la creación de maestrías y doctorados en enfermería han constituido un hito al interior de los programas de formación. Sin embargo, los polos epistémicos se dieron de forma aislada, impactando solo en los currículos de algunas universidades (Zarate, 1992).

La Ley 30220, promulgada en 2014, impulsó la **formación por competencias** en las áreas de formación básica, general, especializada y de investigación. En ciertos casos, con el auspicio de PROCALIDAD, y a través de presupuestos de fondos concursables, se generaron nuevos currículos con la participación de expertos nacionales e internacionales. La capacitación de docentes y enfermeras de las regiones constituyó otro hito en la transformación permitiendo la socialización de las experiencias a nivel nacional (ProCalidad, 2017).

Hacia un nuevo horizonte: Más allá del modelo biomédico

El perfil de enfermeras (os) egresados de universidades peruanas en su mayoría se ajusta a lo dispuesto por la Ley de Trabajo de la Enfermera (o) N°27669 del 2002, que define a la enfermera como una profesional de las Ciencias de la Salud que participa en la prestación de servicios de salud integral de forma científica, tecnológica y sistemática. En los procesos de promoción de la salud y de prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad, mediante el cuidado de la persona, familia y comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político con el propósito de elevar la **calidad de vida** y lograr el **bienestar** de la **población**.

Aunque la evolución de la enfermería peruana tiene una clara relación con los cambios trascendentales ocurridos desde su origen, la que ha pasado por transformaciones decisivas para el desarrollo de la profesión como ejecutora de acciones para el recurso humano en enfermería. Sin embargo, las contradicciones y derivaciones del contexto social imperante, han sido poco visibilizadas por los mismos profesionales que transitaban por una formación tradicional, biologicista, pato-centrista y tecnocrática, que aún prevalece.

Urge, por tanto, replantear la formación de enfermeras (os) en el Perú, con un enfoque epistemológicamente plural, no solo técnico-científica, sino también **culturalmente pertinente, humana y socialmente transformadora**. El desafío reside en trascender el modelo hegemónico para integrar saberes ancestrales y comunitarios, fomentando una práctica que dialogue con la realidad sociocultural de cada región, promoviendo un **cuidado humano equitativo** que responda genuinamente a las necesidades de la población peruana.

CONSIDERACIONES FINALES



La educación en enfermería peruana se ha ido ejerciendo bajo una marcada y constante tensión epistémica, donde la hegemonía del modelo de formación biomédico positivista y eurocéntrico, ha marginado la pluralidad de saberes y la riqueza sociocultural del contexto peruano.

Aunque la evolución de la enfermería peruana tiene una clara relación con los cambios trascendentales ocurridos desde su origen, la que ha pasado por transformaciones decisivas para el desarrollo de la profesión como ejecutora de acciones para el recurso humano en enfermería. Sin embargo, las contradicciones y derivaciones del contexto social imperante, han sido poco visibilizadas por los mismos profesionales que transitaban por una formación tradicional, biologicista, pato-centrista y tecnocrática, que aún prevalece.

Urge, por tanto, replantear la formación de enfermeras (os) en el Perú, con un enfoque epistemológicamente plural, no solo técnico-científica, sino también culturalmente pertinente, humana y socialmente transformadora. El desafío reside en trascender el modelo hegemónico para integrar saberes ancestrales y comunitarios, fomentando una práctica que dialogue con la realidad sociocultural de cada región, promoviendo un cuidado humano equitativo que responda genuinamente a las necesidades de la población peruana.

Tomar conciencia de este escenario, de las tensiones históricas y los nudos críticos; abre oportunidades para una transformación, de manera que los principales aportes de este estudio, radican en la identificación de que el desafío a enfrentar no es sólo técnico, sino epistemológico y cultural.

La proyección a futuro demanda una reorientación estratégica, de un cambio paradigmático hacia una educación plural, humanista y socialmente transformadora; ello implica una revisión profunda de los currículos, una inversión sostenida en la formación de una docencia intercultural y el fomento de la investigación desde el objeto de estudio de la enfermería, que articule con las realidades de nivel local, regional, nacional y con la flexibilidad curricular que la ley permite.

La clara delimitación de las competencias en pregrado, posgrado y segunda especialidad, contribuyen en el mejoramiento de la calidad educativa de la formación de enfermería; lo cual posibilitará una contribución más significativa en los ámbitos regional y global, promoviendo la cooperación mutua y la realización de investigaciones multicéntricas.

El fortalecimiento en la formación de la enfermería, con una pertinencia epistemológica a su objeto de estudio, posicionará a la Enfermera/o como un actor clave en respuesta a los problemas reales y potenciales de salud del país, en un agente de cambio social, capaz de integrar el rigor científico con una profunda sensibilidad cultural y un compromiso inquebrantable no solo con la mejora continua de la calidad de vida, sino también como motor de equidad y la justicia social sanitaria en el país.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaram no utilizar herramientas de inteligencia artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc). Toda la redacción y/o diseño de los materiales audiovisuales, son de responsabilidad plena de los autores para el desarrollo del contenido académico del capítulo.

REFERÊNCIAS

Allin, S., & Pañella, C. S. (2020). Educación y enfermería: el currículum como herramienta de transformación social. **Revista Cubana de Enfermería**, 36(3), e3027.

Aspefeen. (2007). **Mobilización nacional por la calidad en la educación en enfermería: Informe final**. ASPEFEEN.

Barrionuevo, C. (2014). El desarrollo de la enfermería en el Perú: Una perspectiva histórica. **Revista Enfermería**, 3(1), 5-11.

Belaunde, T. (2005). **La sabiduría de los pueblos amazónicos**. Lima, Perú.

Boff, L. (2003). El ethos que cuida. Recuperado de www.leonardoboff.com/articulos.

Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. En J. Richardson (Ed.), **Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education** (pp. 241-258). Greenwood Press.

Cusihuamán, A. (2010). **Salud y cosmovisión andina**. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

De Sousa Santos, B. (2009). **Una epistemología del Sur**. Siglo XXI Editores.

- Foucault M. (1972). **La arqueología del saber**. Siglo XXI Editores.
- Freire P. (1970). **Pedagogía del oprimido**. Montevideo: Tierra Nueva.
- Habermas J. (1987). **Conocimiento e interés**. Editorial Taurus.
- Heidegger M. (1962). **El ser y el tiempo**. Fondo de Cultura Económica.
- Henderson V. (1966). **The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education**. Macmillan Publishing Co.
- Kemmis S. (1993). Critical theory, action research and the professionalization of nursing. **Journal of Advanced Nursing**, 18(1), 16-25.
- Leininger MM. (1991). **Culture care diversity and universality: A theory of nursing**. National League for Nursing Press.
- Madrigal C, López A. (2008). Historia de la salud pública en el Perú: Siglos XIX-XX. **Panamericana**.
- Ministerio de Salud (MINSA). (2016). **Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad**. Lima: MINSA.
- Nightingale F. (1992). **Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es**. Salvat Editores. (Obra original publicada en 1860).
- Oguisso T. (2012). Cuidado de enfermería: una perspectiva histórica. **Enfermería Global**, 11(26), 1-13.
- Pantoja EE, Salazar LJ. (2017). La interculturalidad en la formación de profesionales de la salud. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, 34(3), 444-450.
- ProCalidad. (2017). **Informe de gestión 2014-2017**. PROCALIDAD.
- Santiago R. (2009). **El modelo Nightingale en el Perú**. Editorial Universitaria.
- Walsh C. (2009). **Interculturalidad crítica y educación intercultural**. Recuperado de <https://sermixe.org/wp-content/uploads/2020/08/Lectura10.pdf>.
- Watson J. (2008). **Nursing: The philosophy and science of caring**. University Press of Colorado.
- Zarate G. (1992). **Formación y desarrollo de la enfermería peruana**. Ediciones Enfermeras Unidas.
- Zegarra FR, Saco JA. (2018). **Historia de la enfermería en el Perú**. Universidad Nacional Mayor de San Marcos

AGRADECIMENTOS

A las instituciones participantes, a quienes se agradece su participación.

Revisores

Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva
ORCID: 0000-0002-6403-2349
Eliane Ramos Pereira
ORCID: 0000-0002-6381-3979

Cómo citar

Velasquez Rondon SO, Velasquez Oyola MB, Huertas Angulo FMR, Ramirez García EJ, Cruz Sanchez TH, Arcaya Moncada MJ, Espinoza Moreno TM, Abarca Arias YM, Morillas Bulnes AM. **Reconectando raíces y horizontes en la educación de la enfermería peruana**. In: Lino MM, Romero Daza AI, Martinez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.206-218. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17823126](https://doi.org/10.5281/zenodo.17823126).

INNOVACIÓN CURRICULAR EN ENFERMERÍA DESDE EL PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN: EXPERIENCIA FORMATIVA EN EL NORTE DE CHILE

Inovação curricular em enfermagem a partir do paradigma da transformação: experiência formativa no norte do Chile

Curricular innovation in nursing from the paradigm of transformation: Training experience in northern Chile

Yenny Valdivia Rojas | ORCID: 0000-0002-8154-4557

yenny.valdivia@uantof.cl, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, ii región, Chile

Angela Valdés Jara | ORCID: 0000-0003-1539-149X

Universidad de Antofagasta, Antofagasta, ii región, Chile

Rosella Santoro Ageno | ORCID: 0009-0001-6339-0339

Universidad de Antofagasta, Antofagasta, ii región, Chile

Andrés Gutiérrez Carmona | ORCID: 0000-0001-7323-0884

Universidad de Antofagasta, Antofagasta, ii región, Chile

Milton Jorquera Malebrán | ORCID: 0009-0006-5716-7030

Universidad de Antofagasta, Antofagasta, ii región, Chile

A una década de su puesta en marcha, este capítulo presenta la sistematización de la innovación curricular implementada en la carrera de Enfermería de la Universidad de Antofagasta (UA, Chile), destacando su fundamento teórico, desarrollo e impacto preliminar. La propuesta surge de un proceso colectivo de reflexión académica situada, en respuesta a tensiones sociopolíticas, sanitarias y ambientales locales y globales. Las demandas del movimiento estudiantil de 2011-2012 y la crisis de legitimidad del sistema de salud nacional evidenciaron la necesidad de redefinir el perfil de egreso bajo criterios de integralidad, sustentabilidad y justicia epistémica. El rediseño, guiado por el paradigma de la Transformación y la concepción del ser humano como unidad energética, adoptó un enfoque por competencias, incorporando transversalmente la simulación clínica como praxis reflexiva. Más que un cambio técnico, se trata de una apuesta ética, política y ontológica orientada a formar profesionales capaces de liderar procesos de cuidado humanizado y comprometido con la sociedad y el planeta. **Descritores:** Educación en Enfermería; Currículum; Facultades de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La transformación curricular de la carrera de Enfermería en la Universidad de Antofagasta (UA, Chile) se desarrolló en un contexto histórico-social marcado por tensiones significativas que cuestionaron profundamente el papel de la educación superior en el país y la formación de profesionales del área de la salud.

Las movilizaciones estudiantiles de 2011–2012 impulsaron el debate sobre la necesidad de una reforma estructural del sistema educativo, con demandas enfocadas en la calidad, equidad, pertinencia, fin del lucro, regulación del financiamiento y mayor participación estatal. Esto resultó en la creación de la Superintendencia de Educación Superior (SES) y, posteriormente, en la promulgación de la Ley de Educación Superior en 2018.

Simultáneamente, surgió una crisis de legitimidad en el sistema de salud, caracterizada por un déficit estructural de recursos humanos, profundas desigualdades en el acceso a la atención y una creciente insatisfacción ciudadana con la calidad y el trato en los servicios sanitarios.

A los retos nacionales se añadieron desafíos globales como la movilidad humana, el cambio climático, la transición epidemiológica y el envejecimiento poblacional. Estos factores demandaban profesionales con conciencia ética, pensamiento crítico y un compromiso genuino con la sustentabilidad y la justicia social.

Frente a estas tensiones, el cuerpo académico de la carrera emprendió un ejercicio colectivo de reflexión en torno a la pregunta fundante:

¿qué es para nosotros la enfermería?

Este proceso permitió visibilizar diversas perspectivas, experiencias y valores, generando un marco de comprensión compartido que otorgó cohesión y dirección a la innovación curricular.

Con apoyo de un proyecto MINEDUC, el proceso se desarrolló entre 2012 y 2014, dando lugar a un nuevo perfil de egreso y a la aprobación en 2015, de un plan de estudios renovado.

El rediseño se estructuró sobre el paradigma de la Transformación, organizado en tres ejes disciplinares: Cuidado de Enfermería, Desarrollo Humano y Ciencia Humana Práctica, integrando competencias específicas y genéricas que promueven pensamiento crítico, comunicación efectiva, solución de problemas y sostenibilidad.

Desde su inicio, el currículo incorporó la simulación clínica como estrategia central de integración teoría-práctica y un sistema de evaluación sistemática de competencias sustentado en el enfoque del Assessment, lo que ha facilitado su seguimiento y evaluación.

REDESEÑANDO LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA EN EL NORTE DE CHILE



El rediseño educativo se fundamentó en el **paradigma de la Transformación**, que concibe la educación como una praxis emancipadora y promotora de justicia epistémica, entendida como el reconocimiento y valoración equitativa de los saberes provenientes de múltiples voces: académicos, egresados, profesionales, estudiantes y la sociedad en general, todos convocados a la construcción del conocimiento (Fricker, 2007).

Desde esta perspectiva, el equipo docente considera al ser humano como una unidad energética en constante interacción con un entorno universal, define la salud como un estado de equilibrio dinámico y resonante, y concibe el cuidado como una categoría ética, política y ontológica que orienta las acciones profesionales.

En coherencia con esta concepción, y en diálogo con la reflexión de **Fawcett (2023)** sobre la evolución del metaparadigma de la enfermería, el **paradigma de la Transformación** plantea la necesidad de ampliar y dinamizar los conceptos centrales de **persona-ser humano**, **entorno-universo**, **salud-armonía-equilibrio**, cuidado de enfermería y holismo. Desde la perspectiva de **Rogers (1994)**, el entorno abarca el universo en su totalidad, como dimensión inseparable de la unidad del ser humano. Esta mirada multidimensional reconoce que el cuidado no es solo una intervención técnica, sino una práctica ética situada, vinculada a contextos reales y adaptada a la naturaleza cambiante de las realidades sociales y sanitarias.

De este modo, inspirada en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1994), esta visión reconoce que todos los niveles de interacción, incluidos estudiantes,

docentes, comunidades profesionales, sociedad y usuarios de la atención sanitaria, son actores legítimos en la construcción del conocimiento. Así, se fomenta un diálogo horizontal e inclusivo que respeta la diversidad epistemológica y cultural, integrando experiencias y contextos para enriquecer la formación y la práctica de la enfermería.

En esta misma línea, el marco teórico se nutrió de referentes disciplinares que, al integrarse en diversas asignaturas de la formación, otorgaron un sustento epistemológico amplio y coherente a la propuesta curricular. Destaca la contribución de **Jean Watson (2021)** y su enfoque del cuidado humano transpersonal, que inspiró una asignatura planificada en torno a su teoría e incorporó experiencias clínicas orientadas a la dimensión espiritual y ética del cuidado. De manera complementaria, la teoría de las transiciones de **Afaf Meleis (2010)** se incorporó en la asignatura de bases profesionales, abordando fenómenos vinculados al movimiento de personas y a los procesos de adaptación en la experiencia de salud y las transiciones del ciclo vital.

La ciencia de los síntomas desagradables de **Elizabeth Lenz** orientó la enseñanza de los cuidados paliativos, mientras que la teoría transcultural de Madeleine Leininger iluminó la formación en contextos de creciente diversidad cultural e interculturalidad (Leininger, 2002).

A estos aportes se suman las perspectivas de teoristas que, si bien adscritos al **paradigma de la integración**, fueron adaptados de manera innovadora para enriquecer la práctica clínica. Tal es el caso de **Joyce Travelbee (1971)**, cuyas ideas sustentaron la asignatura de cuidados de enfermería en salud mental y psiquiatría, aplicada en escenarios abiertos y cerrados de atención, donde la educación emocional se vuelve un recurso esencial para potenciar la dimensión humanista de la formación (Ardiles-Irarrázabal, 2024). De igual modo, las contribuciones de **Dorothea Orem (2001)**, junto con los modelos de **Pender, Gordon y Callista Roy (2009)**, ampliaron la comprensión del cuidado en comunidades abiertas, aportando herramientas conceptuales y prácticas que fortalecieron la formación en distintos niveles de complejidad.

En coherencia con el Proyecto Educativo Institucional de la Universidad de Antofagasta, el currículo se concibe como un currículo situado, que vincula la formación con contextos reales y significativos, e integra competencias genéricas como **“Solución de Problemas y Pensamiento Crítico”** (Villa & Poblete, 2020) con las competencias específicas de la disciplina. Se privilegia un aprendizaje activo, reflexivo y autónomo, que fomente la capacidad de análisis y respuesta ante problemáticas reales.

Este enfoque se alinea con la pedagogía crítica de Freire (2019), que propone la problematización de la realidad y la formación de profesionales comprometidos con la transformación social. En este marco, la evaluación de competencias se implementa mediante un sistema de Assessment, entendido como un proceso estructurado y continuo que integra múltiples evidencias para valorar el logro de los resultados de aprendizaje, siguiendo los planteamientos de Van der Vleuten et al. (2012) sobre la evaluación programática en la educación profesional. Este sistema constituye una herramienta de retroalimentación continua, alineada con el perfil de egreso, que fortalece la autorregulación del aprendizaje y asegura su alcance (Tobón, 2018).

Finalmente, la simulación clínica se integra como un recurso estratégico para operacionalizar los fundamentos epistemológicos del plan de estudios, permitiendo articular las dimensiones cognitiva, procedimental y actitudinal en contextos controlados pero realistas. A través de escenarios cuidadosamente diseñados, facilita la aplicación del conocimiento disciplinar, el ejercicio del juicio clínico y la resolución de problemas en un entorno seguro, fortaleciendo la autonomía profesional y la capacidad de respuesta ante las demandas cambiantes del sistema sanitario (Jeffries et al., 2022).

En síntesis, estos fundamentos proporcionan un marco orientador robusto que guía la formación de enfermeras y enfermeros capaces de responder a la complejidad y dinamismo de los sistemas de salud contemporáneos, posicionándose como agentes de cambio que promueven la equidad, la sustentabilidad y, en forma pionera, la humanización del cuidado (Morin, 2005; Watson, 2021; Freire, 2019).



LA INNOVACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTOFAGASTA

Se constituye una experiencia formativa innovadora que ha marcado un hito en la región, tanto por su alcance como por su capacidad de responder a las demandas de un sistema de salud globalizado, diverso y en constante cambio (American Association of Colleges of Nursing [AACN], 2021; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014; QSEN, s. f.).

El proceso de levantamiento del perfil de egreso constituyó el punto de partida para el rediseño curricular y se desarrolló durante cuatro años mediante una metodología mixta que integró enfoques cualitativos y cuantitativos de forma complementaria. La fase inicial incluyó la identificación de demandas socioculturales, epidemiológicas y biogeográficas propias de la región, articuladas con un análisis documental exhaustivo de referentes internacionales de excelencia en la formación en enfermería, tales como los estándares de la [American Association of Colleges of Nursing](#) (2013) y las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (2014).

El diseño metodológico contempló la aplicación de encuestas estructuradas para obtener datos cuantitativos, complementadas con entrevistas en profundidad y grupos focales para explorar percepciones y expectativas de empleadores, egresados, académicos, estudiantes y representantes del sector salud. Los resultados se triangularon con un análisis del contexto laboral nacional e internacional, que evidenció un déficit estructural de recursos humanos en salud (OCDE, 2009), y con un estudio prospectivo de tendencias y competencias emergentes requeridas para el ejercicio profesional en escenarios de creciente complejidad.

La información recolectada fue sistematizada en una matriz de competencias que constituyó la base para la redacción del nuevo perfil de egreso, asegurando la coherencia entre las demandas del entorno, las proyecciones de la disciplina y las capacidades requeridas en los futuros profesionales. La amplia participación de la comunidad académica y profesional, sumada a la validación por parte de expertos externos, garantizó que el perfil resultante fuera pertinente, sostenible y alineado con los desafíos globales de la enfermería contemporánea.

La primera cohorte formada bajo este nuevo plan registró una tasa de titulación oportuna del 85,7 % y una empleabilidad al primer año del 92,3 %, lo que refleja el impacto positivo del rediseño curricular tanto en la continuidad y culminación de los estudios como en la posterior inserción profesional.

Para el alcance del perfil de egreso, la propuesta curricular se estructuró en torno a tres ejes formativos que integran competencias específicas: (1) Cuidado Humano, orientado a proveer cuidados de enfermería integrales y de calidad que favorezcan el bienestar individual y colectivo, reconociendo a la persona como un ser unitario en interacción continua con el universo; (2) Desarrollo Humano, que fomenta la relación de ayuda, el equilibrio en la experiencia de salud y el autocuidado personal y profesional; y (3)

Ciencia Humana Práctica, que incorpora la **gestión del cuidado** y la investigación aplicada para la **resolución de problemas** inherentes a la salud y a la disciplina profesional. Estos ejes se articulan con competencias genéricas transversales como **pensamiento crítico**, **comunicación efectiva**, **solución de problemas**, **sostenibilidad** y **liderazgo ético**, que fortalecen una formación integral, pertinente y contextualizada.

Estas competencias específicas se complementaron con competencias genéricas transversales, como pensamiento crítico, comunicación efectiva, solución de problemas, desarrollo sostenible como competencia sello de la institución, lo que implica **sostenibilidad** y **liderazgo ético**, cuya progresión se garantiza mediante una secuencia curricular que integra asignaturas teóricas, prácticas y de integración de competencias.

Respecto al proceso de implementación y sus principales hitos, este comenzó con una fase de **“marcha blanca”**, concebida como un espacio de ensayo y ajuste destinado a validar procedimientos, materiales y estrategias de evaluación antes de su consolidación definitiva. En este escenario, se impulsó un programa de formación continua dirigido al cuerpo docente, con el propósito de robustecer metodologías activas, potenciar el uso de la simulación y promover la evaluación auténtica como eje formativo. De manera paralela, se emprendió la construcción de una infraestructura moderna, con especial énfasis en los laboratorios de simulación clínica, a los que se incorporaron mejoras operacionales fruto de las pasantías realizadas por académicos en centros avanzados, públicos y privados a nivel nacional. Todo este entramado de acciones tuvo como horizonte asegurar las condiciones óptimas para el desarrollo y fortalecimiento de las competencias profesionales de los estudiantes.

La evaluación de los procesos formativos se estructuró a través de un sistema de Assessment, con hitos integradores distribuidos a lo largo de la trayectoria académica. Estos hitos, concebidos como asignaturas de evaluación integrada, permiten valorar el desempeño de los estudiantes en contextos realistas y constatar el avance progresivo en el logro de los resultados de aprendizaje. Se encuentran distribuidos en la arquitectura curricular y posibilitan la medición de desempeños y habilidades vinculados al escalamiento de las competencias específicas definidas en el perfil de egreso, asegurando así la solidez de la formación profesional. En este marco emerge el ECOA (Examen Clínico de Observación y Aprendizaje basado en el Assessment) se ha consolidado como un sello distintivo en la evaluación de competencias.

Este neologismo, creado por el equipo docente de esta escuela, surge de la necesidad de contar con una metodología que garantice una medición rigurosa y objetiva, integrando principios del *assessment* formativo y sumativo junto con la simulación clínica de alta y baja fidelidad, de acuerdo con los estándares de mejores prácticas propuestos por la *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* (INACSL Standards Committee, 2016) y los aportes de Crespo-Cabuto et al. (2022).

Sustentado en evidencia científica y teorías de evaluación que miden integralmente el *saber, saber hacer y saber ser* (Núñez Alonso et al., 2023; Miller, 1990), el ECOA se desarrolla en los hitos de integración de competencias, asignaturas prácticas con aseguramiento de recursos y planificación colegiada que identifican saberes, actitudes y desempeños críticos (Biggs, Tang, 2011).

A diferencia del Objective Structured Clinical Examination (OSCE), basado en estaciones independientes, el ECOA plantea un caso integrado de simulación que demanda un abordaje holístico, alineado con un modelo pedagógico de la complejidad y un enfoque socioconstructivista (Díaz Barriga et al., 2016; Vygotsky, 1978). El proceso contempla evaluación diagnóstica, retroalimentación multifuente, intervención formativa grupal y personalizada, reevaluación e instancias remediales, con tasas históricas de aprobación superiores al 98 % (Cant, Cooper, 2011; INACSL Standards Committee, 2016).

La simulación clínica, más allá de su valor técnico, se incorporó como un espacio para la integración ética y reflexiva del cuidado. Su potencial se potenció mediante la aplicación sistemática del *debriefing* posterior a cada simulación, favoreciendo la autorregulación del aprendizaje, el análisis crítico de la práctica y la construcción colectiva de soluciones (Fanning, Gaba, 2007; Jeffries et al., 2015). Recientemente, estudios realizados por el equipo han mostrado cómo el enfoque compasivo en las fases de *briefing* y *debriefing* en simulación clínica con pacientes estandarizados contribuye a profundizar esta dimensión humanista de la formación en enfermería (Gutiérrez-Carmona et al., 2025)

El seguimiento del currículo ha evidenciado resultados significativos. Destaca la alta empleabilidad de los egresados, insertos en diversos ámbitos profesionales tanto en Chile como en países como Alemania, Estados Unidos, Canadá, España, Argentina, Italia y Dinamarca, lo que confirma la pertinencia del perfil de egreso y la capacidad de adaptación de estos profesionales.

La **internacionalización** ha sido la última etapa de la puesta en marcha de la innovación que se ha reforzado mediante programas de movilidad estudiantil, con intercambios hacia y desde países como Brasil, Perú, Bolivia y España, enriqueciendo la experiencia formativa y fortaleciendo redes de colaboración académica y profesional.

En síntesis, el desarrollo del nuevo currículo, inspirado en el paradigma de la Transformación, ha logrado articular competencias específicas y genéricas, metodologías activas y evaluación auténtica para formar profesionales comprometidos con el cuidado humanizado, la sustentabilidad y la equidad.



CONSIDERACIONES FINALES

La experiencia reveló logros emergentes que enriquecieron la formación de estudiantes y docentes. Destaca el creciente interés en la línea de desarrollo humano, reflejado en participación entusiasta y un 91% de satisfacción sostenida en cinco años. Asimismo, la implementación del ECOA se consolidó como una innovación pionera, con potencial de transferibilidad institucional y difusión en espacios académicos de enfermería.

El proceso también enfrentó barreras significativas. Varias surgieron al interior de la institución, asociadas a la falta de comprensión del nuevo paradigma formativo, como ejemplo la compra de insumos de simulación como parte del material didáctico, fármacos de simulación entre otros insumos. Así mismo las gestiones administrativas y logísticas necesarias para sostener el currículo, se sumaron ajustes en la carga académica, coordinación docente y calibración de criterios evaluativos.

Estos obstáculos evidencian que la transferibilidad requiere apoyo institucional decidido, compromiso docente, recursos básicos y marcos normativos y administrativos flexibles que aseguren sostenibilidad a largo plazo. La arquitectura curricular flexible no solo facilitó la adaptación a los cambios del entorno, sino que también favoreció la titulación oportuna, trayectorias más inclusivas y la prosecución de estudios de postítulo y postgrado. La internacionalización, la alta empleabilidad y la capacidad de los egresados para adaptarse a contextos diversos son indicadores del impacto

alcanzado, aunque plantean el reto de preservar la pertinencia en un escenario global dinámico y cambiante, así como realizar reformulaciones para armonizar y facilitar el intercambio académico y reconocimientos de estudios.

De cara al futuro, la proyección del modelo contempla la sistematización de la voz de estudiantes, egresados y empleadores, con el doble propósito de retroalimentar la calidad curricular y generar evidencia para la toma de decisiones estratégicas. También se propone fortalecer la investigación educativa en enfermería, en particular en evaluación de competencias y las didácticas utilizadas para la formación, consolidando estos ámbitos como núcleos de innovación con impacto en el debate académico nacional e internacional.

Finalmente, se prioriza la integración de perspectivas interculturales y de salud planetaria, alineando la formación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y compromisos globales de equidad y sustentabilidad. Un desafío complementario será articular la continuidad hacia la especialización, ampliar la oferta de postítulos y consolidar programas de posgrado descentralizados que impulsen la práctica avanzada en enfermería, respondiendo tanto a necesidades regionales como a tendencias internacionales de la disciplina.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran haber utilizado a *Write Wise* como herramienta de inteligencia artificial únicamente como apoyo en la redacción, edición y mejora de resúmenes, manteniendo en todo momento la plena responsabilidad sobre el contenido académico, la interpretación y las conclusiones del capítulo.

REFERÊNCIAS

Ardiles-Irarrázabal, R.-A. (2024). Educación emocional en educación sanitaria, una tarea pendiente y necesaria... desde primaria. *Evidencia Educativa*, 1, 13-16. Instituto Interuniversitario de Investigación Educativa (IESED-Chile). https://www.researchgate.net/publication/381486195_Educacion_emocional_en_educacion_sanitaria_una_tarea_pendiente_y_necesaria_desde_primaria

American Association of Colleges of Nursing. (2021). The Essentials: Core competencies for professional nursing education. <https://www.aacnnursing.org/Portals/0/PDFs/Publications/Essentials-2021.pdf>

Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. En M. Gauvain & M. Cole (Eds.), *Readings on the development of children* (pp. 37-43). Freeman. <https://www.ncj.nl/wp-content/uploads/media-import/docs/6a45c1a4-82ad-4f69-957e-1c76966678e2.pdf>

Crespo-Cabuto, A., Mortis-Lozoya, S. V., Tobón Tobón, S. de J., & Herrera Meza, S. R. (2022). Rúbrica para evaluar un diseño curricular bajo el enfoque socioformativo. *Estudios Pedagógicos*, 48(3), 135-149. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8870244>

QSEN. (s. f.). Competencias QSEN: Conocimientos, habilidades y actitudes para pre-licencia. Recuperado el 1 de Agosto de 2025, de <https://www.qsen.org/competencias-pre-licensure-ksas>

Tobón, S. (2018). El proyecto de enseñanza aprendizaje y evaluación. CIFE. <https://kampus.cife.edu.mx/>

Watson, J. (2021). Revisitando la «disciplina» en relación con la ciencia del cuidado como ciencia sagrada: Revisitando la disciplina de enfermería. *Journal of Holistic Nursing*, 40(1), 58-63. <https://doi.org/10.1177/089801012111041187>

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro profundo reconocimiento a todas y todos los docentes que han contribuido al desarrollo de esta escuela formadora, muchas de ellas/ellos como parte de su historia y otras/otros que, en la actualidad, entregan su esfuerzo para dar continuidad a la obra de quienes cimentaron la academia. En nombre de todos y todas ellas, extendemos un agradecimiento especial a nuestras maestras ya retiradas, cuya visión y solidaridad sembraron los frutos que hoy recogemos como parte de un ciclo virtuoso de formación de profesionales de excelencia: Dra. Carmen Collao Avilés, Dra. Verónica Iturra Maldonado, Mg. Rosa Silva Zepeda y Dra. Catalina Tapia Pinto. Asimismo, queremos rendir un sentido homenaje y agradecimiento póstumo a quienes partieron de este mundo, dejando una huella indeleble en la academia gracias a su dedicación y esfuerzo: Dra. María Dolores Ubilla, Mg. Rosa Apablaza Correa y Mg. Alfredo Tomás Opgaard Jaure.

Revisor

Sara Guerrero Núñez
ORCID:0000-0001-5004-3760

Cómo citar

Valdivia Rojas Y, Valdés Jara A, Santoro Ageno R, Gutiérrez Carmona A, Jorquera Malebrán M. **Innovación curricular en enfermería desde el paradigma de la transformación: experiencia formativa en el norte de Chile.** In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p. 219-230. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17823161](https://doi.org/10.5281/zenodo.17823161).

LA HUMANIZACIÓN COMIENZA POR CASA

A humanização começa em casa

Humanization begins at home

Rodrigo-Alejandro Ardiles-Irarrázabal | ORCID: 0000-0001-7427-7772

rodrigo.ardiles@uantof.cl - Universidad de Antofagasta

Jessica Olate Andaur | ORCID: 0000-0001-7012-3303

Universidad De O'higgins

Carla Ramirez Lazcano | ORCID: 0000-0001-6457-479X

Universidad de Santiago de Chile

Yenny Lorena Valdivia Rojas | ORCID: 0000-0002-8154-4557

Universidad de Antofagasta

La educación en enfermería está vinculada a problemas psicoemocionales, siendo los estudiantes de enfermería los que presentan mayores dificultades de salud mental. En Chile, esta situación ha existido incluso antes de la pandemia. Las enfermeras son el grupo profesional más grande en el sistema de salud mundial, y la creación de redes orientadas a la humanización en salud ha ayudado a visibilizar la importancia del tema y las brechas existentes. Esto representa un desafío para los sistemas de salud, las instituciones de educación superior y los propios profesionales, que deben trabajar en conjunto para promover una formación más humanizada. Este capítulo destaca la relevancia de la educación psicoespiritual en la formación de estudiantes de enfermería y su posible impacto en políticas de humanización en salud. Se revisan las prevalencias de trastornos de salud mental, se analizan experiencias respaldadas por evidencia y se proponen estrategias para fortalecer competencias en atención humanizada. El enfoque es descriptivo y reflexivo, con énfasis en el contexto chileno, aunque con proyecciones a nivel global. La temática resalta la necesidad de avanzar en una atención más humanizada a través de una formación adecuada, considerando el bienestar emocional de los futuros profesionales y pacientes. **Descriptores:** estudiantes de enfermería, salud mental, humanización de la atención.

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras se reconocen como la columna vertebral y grupo profesional más numeroso del sistema sanitario a nivel global (WHO, 2025). Los estudiantes de enfermería (EE) son los que presentan mayores problemáticas de salud mental en comparación con estudiantes de otras carreras de salud (Siles-González et al., 2017; Ardiles-Irarrázabal, 2022). Los estudiantes de enfermería han reportado diversos problemas psicoemocionales: desde depresión, ansiedad y estrés, hasta ideación suicida, como lo comprueban recientes revisiones sistemáticas que advierten de estos problemas de salud mental en este grupo vulnerable (Efsthathiou et al., 2025; Groves et al., 2023).

Ya antes del inicio de la pandemia se observaban altas tasas de prevalencia de sintomatología en salud mental (SM), situación aún más pronunciada en estudiantes del área de la salud, quienes presentaban niveles significativamente superiores de estrés académico en comparación con sus pares de otras disciplinas, como se reportó en España (Toribio-Ferrer, Franco-Bárceñas, 2016) y en EE en Chile (Uribe T., Illesca P., 2017). Una reciente revisión tipo *umbrella*, que sintetiza evidencia meta-analítica sobre la prevalencia de problemas de salud mental en esta población de EE, estimó una prevalencia global del 27% de trastornos de salud mental en esta población susceptible (Efsthathiou et al., 2025). Por lo anterior, queda claro que a nivel mundial los trastornos de la salud en estos estudiantes es un problema de salud pública instalado que tiene consecuencias, no solo en la vida a nivel personal, sino que además, consecuencias con sus grupos de pares, profesores, y potenciales sujetos de cuidado.

Por otro lado, definitivamente la humanización de la salud ha estado en la agenda, como lo demuestra la discusión legislativa en Chile de la última reforma al sistema de salud, impulsada a inicios de los años 2000, y reforzada por marcos normativos como la Ley N.º 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en salud (Ministerio de Salud, 2012), colocando la dignidad de la persona humana en el centro de la reforma.

Esta política tiene como objetivo humanizar los servicios de salud, a través de la viabilidad de prácticas que cambien la gestión y la atención (Goldstein, 2024). La humanización de la salud no sólo implica poner al paciente en el centro de toda la organización, sino también al personal sanitario y a los acompañantes de los pacientes (Cervera, 2020; Riveros-Jiménez et al., 2024). Asimismo, la labor del profesional de enfermería no se limita a ofrecer y garantizar un servicio de

excelencia, sino que incluye el acompañamiento activo a la familia y redes de apoyo del paciente. En este contexto, la sociedad demanda una formación integral del estudiantado de enfermería, demostrando competencias generales y específicas de la profesión. En las últimas décadas, la educación superior se ha inclinado hacia un modelo por competencias, arrastrado por el contexto social, el avance de las tecnologías y la nueva oferta de un puesto en el mercado laboral.

Por lo anterior, las **metodologías activas** se presentan como un enfoque pedagógico que impulsa la participación activa del estudiantado en su propio proceso formativo. Este modelo promueve no solo el acceso a la información, sino también propicia su análisis y aplicación ética, crítica y responsable, favoreciendo la autonomía y el desarrollo de un pensamiento reflexivo. El papel del profesorado se transforma en el de guía y facilitador, orientando al alumnado hacia la observación, discusión e inferencia a través de actividades prácticas y colaborativas. De esta manera, se incrementa el rendimiento académico, se fortalece la transición a escenarios clínicos reales y se fomenta la capacidad de resolución de problemas complejos en el ámbito de la salud (Williams, 2024).

Las enfermeras se reconocen como la columna vertebral y grupo profesional más numeroso del sistema sanitario a nivel global (WHO, 2025). Los estudiantes de enfermería (EE) son los que presentan mayores trastornos de salud mental en comparación con estudiantes de otras carreras de salud (Siles-González et al., 2017). La educación en enfermería se ha asociado a diversos problemas psicoemocionales: desde depresión, ansiedad y estrés, hasta ideación suicida, como lo comprueban recientes revisiones sistemáticas que advierten de estos problemas de salud mental en este grupo vulnerable (Efstathiou et al., 2025; Groves et al., 2023).

Ya antes del inicio de la pandemia se observaban altas tasas de prevalencia de sintomatología en salud mental (SM), situación aún más pronunciada en estudiantes del área de la salud, quienes presentaban niveles significativamente superiores de estrés académico en comparación con sus pares de otras disciplinas, como se reportó en España (Toribio-Ferrer & Franco-Bárceñas, 2016) y en EE en Chile (Uribe T., Illesca P., 2017). Una reciente revisión tipo umbrella, que sintetiza evidencia meta-analítica sobre la prevalencia de problemas de salud mental en esta población de EE, estimó una prevalencia global del 27% de trastornos de salud mental en esta población susceptible (Efstathiou et al., 2025). Por lo anterior, queda claro que a nivel mundial los trastornos de la salud en estos estudiantes es un problema de salud pública instalado que tiene consecuencias, no solo en la vida a nivel personal, sino que además, consecuencias con sus grupos de pares, profesores, y potenciales sujetos de cuidado.

Por otro lado, definitivamente la humanización de la salud ha estado en la agenda, como lo demuestra la discusión legislativa en Chile de la última reforma al sistema de salud, impulsada a inicios de los años 2000, y reforzada por marcos normativos como la Ley N.º 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en salud (Ministerio de Salud, 2012), colocando la dignidad de la persona humana en el centro de la reforma.

Considerando la relevancia de ambos temas, la salud mental en EE y la humanización en salud, en el ámbito de las políticas de salud pública, y frente a un escenario emergente que desafía la formación en Enfermería, surge la siguiente interrogante:

¿cómo se prepara a los estudiantes de enfermería para la humanización del cuidado, considerando las altas prevalencias de problemas de salud mental que experimentan?



Fonte - Desenhos gráficos CANVA, 2025.

En base a lo anterior, el objetivo de este capítulo es relevar la importancia de la **educación psicoespiritual** en la formación de estudiantes de enfermería y su potencial impacto en el diseño e implementación de políticas de humanización en salud.

SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA



El grupo con mayor riesgo de suicidio son los jóvenes entre 15-29 años, siendo la segunda causa de muerte en este grupo etario, periodo en el cual se inician los estudios universitarios (Ying et al., 2020).

El 20,3 % de las personas que se suicidan en Chile son jóvenes entre 20-29 años, por lo que es necesario enfocarse en esta población (Ministerio de Salud, 2021), esto refleja la labilidad que viven los jóvenes en Chile. Es en estas edades donde se concentra la población de EE.

Ser universitario significa un riesgo a desarrollar estrés, el que puede desencadenar problemas emocionales, cognitivos, y fisiológicos (Ardiles-Irarrázabal et al., 2022; Toribio-Ferrer, Franco-Bárceñas, 2016). Antes de la pandemia, los estudiantes universitarios en Chile ya mostraban una alta incidencia de síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión (Martínez et al., 2021). Esta situación era aún más crítica entre los estudiantes del área de la salud, quienes experimentaban niveles de estrés académico considerablemente superiores a los de otras disciplinas (Siles-González et al., 2017). En particular, los EE se destacaban por su vulnerabilidad frente a elevados niveles de estrés (Ardiles-Irarrázabal et al., 2022; Caro Alonso et al., 2018), lo cual se ha vinculado con una mayor prevalencia de trastornos de salud mental en comparación con el resto de la población universitaria (Mthimunya, Daniels, 2019; Paidipati et al., 2023).

Una revisión general de meta-análisis, que utilizó 375 estudios primarios y un total de 171.828 EE, El grupo con mayor riesgo de suicidio son los jóvenes entre 15-29 años, siendo la segunda causa de muerte en este grupo etario, periodo en el cual se inician los estudios universitarios (Ying et al., 2020). El 20,3 % de las personas que se suicidan en Chile son jóvenes entre 20-29 años, por lo que es necesario enfocarse en esta población (Ministerio de Salud, 2021), esto refleja la labilidad que viven los jóvenes en Chile. Es en estas edades donde se concentra la población de EE.

En este orden de ideas, el pensamiento crítico es una metodología que exige lo que analíticamente se piensa de un asunto. Pensar más allá de un tema, analizar la lógica que lo rodea y en última instancia, realizar una evaluación completa. El **pensamiento crítico** se aplica en la **seguridad de los pacientes**, en la **solución de problemas complicados**, mediante la capacidad de identificar síntomas atípicos o casos donde un tratamiento específico es ineficaz, abriendo espacio para la reevaluación y la búsqueda de otros diagnósticos e información en lugar de apegarse a su juicio inicial; adicionalmente en la **toma de decisiones**.

El pensamiento crítico facilita un **diálogo abierto**, la capacidad de defender una posición bien fundamentada y la **habilidad de escuchar** todas las partes del equipo (Kaddoura, 2011).

La literatura científica ha demostrado que el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico en los estudiantes y en los profesionales de la salud reduce los casos de error médico y contribuye a mejores resultados para los pacientes (Fero et al., 2009).

Una de las áreas de mayor transformación en la concepción del rol docente ha sido en las últimas décadas. La figura clásica del profesor como "transmisor de conocimiento", dictador de la clase y conferenciante, cambió profundamente para poner al profesor como "facilitador del aprendizaje". En este nuevo concepto, no es "qué se aprende" lo que prevalece, sino "cómo se aprende", y es el estudiante quien construye activamente su conocimiento. En este sentido, el nuevo profesor, el facilitador, no proporciona respuestas, sino que plantea preguntas, permite el diálogo y la interacción y la confrontación de ideas genera reflexión y capacidad crítica.

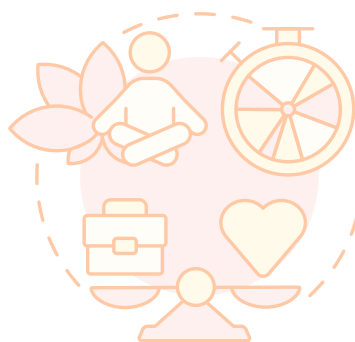
Más que proporcionar contenido, el profesor ahora proporciona un entorno donde existen las condiciones indispensables para favorecer la curiosidad, la duda, la formación de hipótesis y la experimentación, promoviendo estrategias que generan un proceso de aprendizaje (Díaz-Barriga, Hernández-Rojas, 2002).

Las competencias profesionales de enfermería se adquieren con la práctica, la simulación clínica desarrolla componentes propios del saber de la disciplina necesarios para fundamentar el cuidado de enfermería, del saber hacer inmersos en un componente normativo que dialoga con la formación ética y moral, y de saber ser necesario como la expresión de afectividad, sensibilidad y emocionalidad hacia el cuidado humanizado (Acevedo, 2025).

Ser universitario significa un riesgo a desarrollar estrés, el que puede desencadenar problemas emocionales, cognitivos, y fisiológicos (Ardiles-Irarrázabal et al., 2022; Toribio-Ferrer, Franco-Bárcenas, 2016).

E Antes de la pandemia, los estudiantes universitarios en Chile ya mostraban una alta incidencia de síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión (Martínez et al., 2021). Esta situación era aún más crítica entre los estudiantes del área de la salud, quienes experimentaban niveles de estrés académico considerablemente superiores a los de otras disciplinas (Siles-González et al., 2017). En particular, los EE se destacaban por su vulnerabilidad frente a elevados niveles de estrés (Ardiles-Irarrázabal et al., 2022; Caro Alonso et al., 2018), lo cual se ha vinculado con una mayor prevalencia de trastornos de salud mental en comparación con el resto de la población universitaria (Mthimunya, Daniels, 2019; Paidipati et al., 2023).

Una revisión general de meta-análisis, que utilizó 375 estudios primarios y un total de 171.828 EE, estimó que la prevalencia general de trastornos de SM entre estos estudiantes alcanzó el 27%. Informó que para trastornos del sueño, depresión, ansiedad y estrés presentaban prevalencias preocupantes: 50%, 29%, 29% y 27% respectivamente (Efsthathiou et al., 2025). Esta situación es compleja, pues estas cifras develan la fragilidad que vive esta población estudiantil, y nos abre la pregunta: si existen altas prevalencias de sintomatología en nuestra población de EE



cómo influyen estos problemas emocionales en la entrega los cuidados a los pacientes y familiares en un contexto educativo... y que sucede con ellos al momento de titulación y posterior trabajo?

Fonte - Desenhos gráficos CANVA, 2025.

Desafíos de la Humanización

Etimológicamente, la palabra “Humanización” proviene de dos componentes: “Humanus” que significa “aquellos originarios de la tierra” (“Humus”) y el sufijo “izare” que se entiende como “un sentido de acción”. Hablar de “humanización” exige dignidad, trato igualitario, equidad y derechos considerados por las personas como inalienables (Anders, 2025). Humanizar en salud, presenta un imperativo ético, pues posee la capacidad de hacer una realidad digna del ser humano, más cercana y menos cruel o dolorosa para las personas (Bermejo, 2019).

El compromiso que ha asumido Chile con la humanización de la atención en salud se refleja tanto en su marco legal como en diversas iniciativas. Desde el inicio de la reforma sanitaria en 2005, el Estado ha reconocido a la persona como sujeto de derechos y deberes, considerando su dimensión biopsicosocial y espiritual. Este enfoque se ha consolidado con la reciente implementación del Plan Nacional de Humanización del Ministerio de Salud (2024),

lo que evidencia el progreso sostenido de esta temática en el país (Goldstein, 2024). La importancia de este aspecto se consolida al formar parte de la gestión sanitaria, en la que la satisfacción usuaria ha sido definida como uno de los ejes centrales desde los primeros lineamientos de la reforma. Por tanto, resulta clave que las jerarquías superiores en los diferentes niveles de la red asistencial, se involucren de manera efectiva en la implementación de estrategias de humanización como un valor de cada institución.

Sin embargo, la humanización de la atención sanitaria no se limita únicamente a situar al paciente y su familia como eje central de la organización; también implica reconocer, valorar y relevar profundamente al personal de salud como actores fundamentales en la experiencia de cuidado (Cervera, 2020; Riveros-Jiménez et al., 2024); por tanto su bienestar, formación y compromiso son esenciales para generar entornos empáticos, seguros y centrados en las personas.

Si consideramos que las enfermeras constituyen el cuerpo profesional más numeroso dentro de los sistemas de salud a nivel global (WHO, 2025), y observamos la prevalencia de problemáticas de SM que enfrentan durante su formación, se revela un problema sistémico de gran complejidad. Esta situación plantea desafíos urgentes y multifacéticos para las instituciones de educación superior, no solo en Chile, sino en todo el mundo, al evidenciar la necesidad de fortalecer el acompañamiento emocional, la resiliencia profesional y el enfoque humanizador en la formación de quienes serán pilares fundamentales del cuidado sanitario.

Educación en humanización en enfermería

La educación orientada a la humanización se sustenta en tres principios fundamentales que deberían guiar toda práctica formativa con enfoque humanizador: la correspondencia histórico-contextual, que reconoce la realidad concreta y dinámica de los sujetos educativos; una educación abierta e integradora, que promueve la inclusión, la diversidad y el diálogo entre saberes; y una educación crítica, que impulsa la reflexión profunda sobre las estructuras, prácticas y valores que configuran el acto educativo (Cruz, Henríquez, 2018). Si nos enfocamos en el primer principio, queda en evidencia que la educación en enfermería debe partir desde la realidad concreta de quienes participan en ella: estudiantes y educadores, reconociendo su existencia, contexto y vivencias particulares.

CONTEXTOS EDUCATIVOS



Como telón de fondo, las EE han sido reportadas como una de las ramas donde los educandos manifiestan mayores niveles de problemas en SM (Efsthathiou et al., 2025; Groves et al., 2023), por lo que no ha de extrañar que año a año se reporten ideaciones, intentos y suicidios consumados en profesionales recientemente egresadas (*“Segundo suicidio de enfermera UCI de clínica viñamarina despierta alarmas por presión laboral”*, 2021). Los desajustes psicoemocionales que afectan a las EE responden a múltiples factores que trascienden el rigor académico propio de la disciplina. A las exigencias de evaluaciones y laboratorios se suman las prácticas simuladas y las experiencias clínicas en diversos centros asistenciales —hospitales, CESFAM, comunidades—, todas supervisadas por profesionales que muchos veces pudiesen carecer de formación pedagógica y/o trabajan en entornos laborales disruptivos (Reguera-Carrasco, 2025).

Esta combinación puede intensificar la percepción de displacer en los estudiantes, quienes deben demostrar sus competencias frente a pacientes reales, enfrentando demandas emocionales que a menudo superan los recursos psicoespirituales con los que cuentan (Ardiles-Irarrázabal, 2024), realidad que no solo viven las EE, sino, en general todas las carreras sanitarias. En estos contextos educativos y de campos formadores con climas laborales de baja calidad (Reguera-Carrasco, 2025).

¿Es posible desarrollar del todo una cultura de humanización en salud?



Sin duda el paciente, como otro ser humano que transita por la vulnerabilidad que implica la pérdida de salud, y los familiares que lo acompañan, enfrentando incertidumbres propias de estas experiencias vitales, representan exigencias complejas para los EE. El contacto con el sufrimiento, el dolor o la muerte de los pacientes hace que esta población se enfrente a situaciones de estrés totalmente diferentes a las de los alumnos de otras titulaciones (McNamara et al., 2023).

Estas demandas no solo requieren habilidades clínicas, sino también competencias interpersonales y emocionales que, en muchos casos, generan altos niveles de estrés en quienes se están formando (Michinov, E., 2024). A pesar del entrenamiento técnico en cuidados biofisiológicos, los estudiantes no siempre están preparados para abordar las dimensiones psicoemocionales, sociales y espirituales que emergen en el contexto del sufrimiento humano.

La falta de experiencia, la inmadurez emocional o la escasa formación en estos ámbitos profundizan esta brecha. En estos entornos cargados de fragilidad, donde se espera que el estudiante cuide a quien sufre (Ardiles-Irarrázabal, 2024), surgen desafíos éticos y pedagógicos fundamentales en la formación hacia la humanización en salud. Como es el hecho de generar entornos formativos que reconozcan y acompañen la dimensión emocional del estudiante, especialmente cuando este se ve expuesto al sufrimiento humano en contextos clínicos (comunitarios y hospitalarios). Asimismo,

¿cómo podemos transformar los espacios educativos en enfermería para promover una formación integral orientada a la humanización del cuidado de otros y de ellos mismos como sujetos de cuidado?



La falta de experiencia, la inmadurez emocional o la escasa formación en estos ámbitos profundizan esta brecha. En estos entornos cargados de fragilidad, donde se espera que el estudiante cuide a quien sufre (Ardiles-Irarrázabal, 2024), surgen desafíos éticos y pedagógicos fundamentales en la formación hacia la humanización en salud.

Las habilidades intangibles necesarias

En contraste con la preocupante realidad psicoemocional que enfrentan los EE, la psicología señala que los efectos negativos del estrés pueden ser modulados mediante estrategias de afrontamiento adecuadas. En este contexto, la **gestión emocional** se vuelve un elemento clave, y su fortalecimiento puede lograrse a través del desarrollo de la **inteligencia emocional** (IE) (Dugué et al., 2021), la conexión con la **espiritualidad** (Pinto et al., 2023) y el compromiso académico (Wang et al., 2021). Sin embargo, cuando no se cultivan hábitos psicoemocionales saludables desde etapas tempranas —como el **entorno familiar**—, estos déficits tienden a prolongarse y manifestarse en la vida profesional, como lo evidencian diversos estudios sobre inteligencia emocional. (Dugué et al., 2021; Liu et al., 2025).

Son muchos los beneficios asociados a la IE, la que se considera moderan los efectos adversos de la salud mental y hasta el suicidio. Es decir, una buena formación o entrenamiento en IE y el desarrollo de competencias blandas en el reconocimiento de emociones, puede actuar como factor protector ante la carga emocional negativa. De hecho, las personas con una mejor IE se asocian a mayor satisfacción, una mejor salud, poseen habilidades sociales más desarrolladas, son menos conflictivas y afrontan mejor las dificultades. Además, en el caso de las carreras de salud, la IE cimienta una mejor toma de decisiones clínicas, quirúrgicas y propicia la empatía (Ardiles-Irarrázabal et al., 2020). En cambio, personas con baja IE tienen más probabilidades de experimentar dificultades interpersonales y problemas psicológicos significativos. Asimismo, se ha reportado correlaciona inversamente con la sintomatología de los problemas de salud mental.

Potenciar el desarrollo de la IE serviría como mecanismo de prevención y control de distintos trastornos emocionales (Ardiles-Irarrázabal, 2024). Si se habla de humanización, se debe considerar la espiritualidad, pues se reconoce su importancia dentro de la salud; física y mental como un factor protector (Salmoirago-Blotcher et al., 2016) y demás está decir la importancia que le da la población general a este constructo como depositarios de cuidados integrales. La espiritualidad se considera y define como un componente del ser humano, subjetiva, intangible y multidimensional, motiva la búsqueda del sentido de vida, es universalmente experimentada, social e individualmente desarrollada a lo largo de la existencia. Considera tres dimensiones centrales: búsqueda de sentido de vida, relaciones, y trascendencia (Weathers et al., 2016).

Cuando hablamos de relaciones, nos referimos tanto al vínculo con uno mismo como con los demás. Esto incluye las relaciones intrapersonales, como la autoconciencia, autoestima y autocompasión; y las interpersonales, que abarcan los lazos con otras personas, la compasión, las divinidades u otras entidades significativas. Estas dimensiones relacionales constituyen un pilar fundamental que, según la evidencia, actúa como factor protector y como fuente esencial de conexión y sentido en la vida de las personas.

En el ámbito de la salud, este enfoque relacional adquiere una relevancia aún mayor. El sufriente —el paciente—, su familia y, por supuesto, el equipo de salud, deben ser reconocidos como sujetos de cuidado. Este reconocimiento implica no solo atender las necesidades físicas, sino también emocionales, sociales y espirituales de todos los involucrados. En este contexto, el desafío de humanizar el sistema de salud se vuelve permanente y urgente, demandando una mirada más integral, empática y ética que promueva el bienestar colectivo y el respeto por la dignidad humana.

Otro elemento importante por considerar entre las competencias intangibles es el engagement académico que se define como un compromiso emocional positivo hacia los estudios. La evidencia lo identifica como otro factor protector antes el estrés sostenido en el tiempo (Ardiles-Irarrázabal et al., 2023). En pandemia, a pesar de la desadaptación psicológica generalizada, se manifestó como un factor protector, como lo evidencian investigaciones que reportaron altos niveles de bienestar académico; el engagement resultó un amortiguador de la sintomatología asociada al burnout (Ardiles-Irarrázabal et al., 2023; Wang et al., 2021).

Estos tres constructos, según la evidencia disponible, se revelan como elementos fundamentales frente a los desafíos de salud mental que enfrentan los estudiantes de enfermería. Se posicionan como habilidades esenciales, no solo por el impacto positivo que pueden tener en su bienestar personal, sino también porque fortalecen las competencias necesarias para promover entornos saludables. Estos entornos favorecen la humanización del trato, tanto hacia sí mismos como hacia los pacientes, sus familias y —algo igualmente relevante— hacia el equipo de salud. En este sentido, el desarrollo de estas habilidades no solo contribuye a la formación profesional, sino que también impulsa una cultura de cuidado más empática, colaborativa y respetuosa dentro del sistema sanitario.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante la necesidad de humanizar el sistema de salud en Chile, se vuelve urgente que las instituciones de educación superior, especialmente aquellas dedicadas a la formación en enfermería, fomenten el desarrollo de competencias socioemocionales y la gestión adecuada de las emociones en sus estudiantes. Por ejemplo, el diseño e implementación de talleres permanentes tendría como objetivo mejorar la regulación emocional mediante prácticas como la consciencia plena, la relajación y la autocompasión, contribuyendo directamente al bienestar de los estudiantes.

Estos talleres, como fuente promotora y preventiva frente a los problemas de salud mental, podrían ayudar a disminuir de forma sostenida el consumo de psicofármacos, así como reducir las prevalencias de drogadicción y alcoholismo. En un sentido más estructural, sería pertinente incorporar en la currícula de enfermería un eje formativo transversal y permanente en competencias socioemocionales, de forma integrada en distintas asignaturas y niveles, tal como recomiendan recientes lineamientos internacionales para la formación humanizada de profesionales de la salud (WHO, 2023).

Las habilidades emocionales que se busca fortalecer desembocan en la capacidad de establecer relaciones saludables con los demás, y permiten reconocer tanto a sí mismos como a los otros como sujetos de derecho y de cuidado. Esta inversión educativa, si se realiza de manera temprana y sostenida, podría traducirse, más temprano que tarde en una disminución de licencias médicas, renuncias prematuras, suicidios y situaciones de maltrato hacia pacientes, familias y el equipo de salud.

Finalmente, considerando el modelo de salud de Chile, “**Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria**” que posee como pilar fundamental la educación, junto a la reciente publicación de la “**Norma sobre sana convivencia y protección de la salud mental en campos clínicos**” (2025) cuyo objetivo es promover una sana convivencia en campos clínicos y resguardar la salud mental de los y las estudiantes que realizan prácticas clínicas en el contexto de una relación asistencial docente, se deben propiciar espacios educativos en salud que mejoren las condiciones emocionales, esto en línea con la defensa de la educación emocional como una cuestión de salud pública.

Sin duda la humanización en salud debe comenzar por casa, no solo como un deber ético, una moda y/o la obligación de cumplir un objetivo sanitario, si no como una convicción para alcanzar el más alto bienestar de la población; lo que exige y se traduce en un cambio paradigmático en la forma de enseñar y aprender las más y mejores dimensiones del cuidado para sí mismo y el otro.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaram no utilizar herramientas de inteligencia artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc). Toda la redacción y/o diseño de los materiales audiovisuales, son de responsabilidad plena de los autores para el desarrollo del contenido académico del capítulo.

REFERÊNCIAS

Anders, V. (2025). HUMANIZACIÓN, radicación. Etimologías de Chile - Diccionario que explica el origen de las palabras. <https://etimologias.deChile.net/?humanizacio.n>

Ardiles-Irarrázabal, R.-A. (2024). Educación emocional en educación sanitaria, una tarea pendiente y necesaria... desde primaria. IESED-Chile, 1, 13-16. https://www.researchgate.net/publication/381486195_Educacion_emocional_en_educacion_sanitaria_una_tarea_pendiente_y_necesaria_desde_primaria

Ardiles-Irarrázabal, R.-A., Alfaro Robles, P., Moya Cruz, M., Leyton Rojas, C., Rojas Callejas, P., & Videla García, J. (2020). La inteligencia emocional como factor amortiguador del burnout académico y potenciador del engagement académico. Revista Electrónica de Investigación en Docencia Universitaria, 2(1), Article 1. <https://doi.org/10.54802/r.v2.n1.2020.10>

Ardiles-Irarrázabal, R.-A., Jaramillo-Calderón, E., Moya-Cruz, M., Figueroa-Sánchez, M., & Palza-Valck, R. (2023). Academic engagement and burnout in nursing students during the COVID-19 pandemic. MedUNAB, 26(3). <https://doi.org/10.29375/01237047.4569>

Ardiles-Irarrázabal, R.-A., Sandoval, C. C., Orellana, S. D., Leal, C. G., Evanan, M. P., & Valderrama, K. T. (2022). Academic burnout as a predictive factor of suicide risk in nursing students. Index de Enfermería, 31(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962022000100005&script=sci_arttext

Bermejo, J. C. (2019). Humanization and relationship. Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes. https://revistasoched.cl/1_2019/V12-N1-2019.pdf

Caro Alonso, P. Á., Rodríguez-Martín, B., Caro Alonso, P. Á., & Rodríguez-Martín, B. (2018). Potentialities of resilience of nursing professionals. Index de Enfermería, 27(1-2), 42-46. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962018000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Cervera, A. (2020, agosto 4). HUMANIZACIÓN de la Salud: ¿Qué es y por qué es necesaria? SIMBIOTIA. <https://www.simbiotia.com/humanizacion-de-la-salud/>

Cruz, M. T., & Henríquez, A. M. (2018). Principios para la humanización de la educación. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 11, Article 11. <https://doi.org/10.5377/rhcs.v0i11.8052>

Dugué, M., Sirost, O., & Dosseville, F. (2021). A literature review of emotional intelligence and nursing education. *Nurse Education in Practice*, 54, 103124. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103124>

Efstathiou, M., Kakaidi, V., Tsitsas, G., Mantzoukas, S., Gouva, M., & Dragioti, E. (2025). The prevalence of mental health issues among nursing students: An umbrella review synthesis of meta-analytic evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 163, 104993. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.104993>

Groves, S., Lascelles, K., & Hawton, K. (2023). Suicidal thoughts and behaviours among student nurses and midwives: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 80(6), 2202-2213. <https://doi.org/10.1111/jan.15982>

Goldstein B, E. (2024). Normas legales vinculadas a la humanización de la Salud en Chile: Derecho internacional y marco normativo nacional post reforma del sector salud (AUGE-GES). Asesoría Técnica Parlamentaria. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://lc.cx/KQv5pj>

Martínez, P., Jiménez-Molina, Á., Mac-Ginty, S., Martínez, V., Rojas, G., Martínez, P., Jiménez-Molina, Á., Mac-Ginty, S., Martínez, V., & Rojas, G. (2021). Mental Health of Higher Education Students in Chile: Scoping Review and Meta-Analysis. *Terapia psicológica*, 39(3), 405-426. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000300405>

Ministerio de Salud. (2012). Ley N.º 20.584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. *Diario Oficial de la República de Chile*, 24 de abril de 2012. <https://www.superdesalud.gob.cl/normativa/ley-20-584/>

Ministerio de Salud-Gobierno de Chile. "Más de 220 mil chilenos han planificado su suicidio y más de 100 mil intentaron quitarse la vida". (2021). Recuperado 24 de noviembre de 2021, de <https://www.minsal.cl/mas-de-220-mil-chilenos-han-planificado-su-suicidio-y-mas-de-100-mil-intentaron-quitarse-la-vida/>

McNamara, C., O'Brien, B., & O'Reilly, P. (2023). The learning experiences of student nurses in the perioperative environment: An integrative literature review. *Nurse Education Today*, 131, 105985. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105985>

Mthimunye, K., & Daniels, F. M. (2019). Predictors of academic performance, success and retention amongst undergraduate nursing students: A systematic review. *South African Journal of Higher Education*, 33(1), 200-220. <https://doi.org/10.20853/33-1-2631>

Paidipati, C. P., Lozano, A. J., West, J., Huang, L., Hanlon, A. L., & Ulrich, C. M. (2023). Understanding the mediated relationship between moral distress, depression, and suicide risk in undergraduate nursing students. *Nursing Outlook*, 71(3), 101966. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.101966>

Pinto, C. T., Veiga, F., Guedes, L. úcia, Pinto, S., & Nunes, R. (2023). Models of spiritual intelligence interventions: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 73, 103829. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103829>

Riveros-Jiménez, M. A., Jeldres, S. P., Mora, A. M., Tapia-Escobar, E., & Silva-Jiménez, D. (2024). *Desafíos de la Humanización en Salud en Chile* [Text.Chapter]. Religacion Press. <https://press.religacion.com/index.php/press/catalog/view/187/649/844>

Salmoirago-Blotcher, E., Fitchett, G., Leung, K., Volturo, G., Boudreaux, E., Crawford, S., Ockene, I., & Curlin, F. (2016). An exploration of the role of religion/spirituality in the promotion of physicians' wellbeing in Emergency Medicine. *Preventive Medicine Reports*, 3, 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.01.009>

Segundo suicidio de enfermera UCI de clínica viñamarina despierta alarmas por presión laboral. (2021, mayo 2). G5noticias. <https://g5noticias.cl/2021/05/01/segundo-suicidio-de-enfermera-uci-de-clinica-vinamarina-despierta-alarmas-por-presion-laboral/>

Siles-González, J., Noreña-Peña, A. L., & Solano-Ruiz, C. (2017). Emotional intelligence during clinical practices of nursing students. An approach from educational anthropology applied to clinical practices. *Ene*, 11(2), 0-0. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2017000200008&lng=es&nrm=iso&ftlng=es

Toribio-Ferrer, C., & Franco-Bárceñas, S. (2016). Estrés Académico: El Enemigo Silencioso del Estudiante. *Revista Salud y Administración*, 3(7), Article 7. <https://cdam.unsis.edu.mx/revista/index.php/saludyadmon/article/view/49>

Uribe T., M. Á., & Illesca P., M. (2017). Burnout in nursing students of a private university. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 234-241. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.11.005>

Wang, J., Bu, L., Li, Y., Song, J., & Li, N. (2021). The mediating effect of academic engagement between psychological capital and academic burnout among nursing students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 102, 104938. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104938>

Weathers, E., McCarthy, G., & Coffey, A. (2016). Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nursing Forum*, 51(2), 79-96. <https://doi.org/10.1111/nuf.12128>

Who, State of the world's nursing report (2025). Recuperado 9 de julio de 2025, de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110236>

Ying, J., You, J., & Guo, J. (2020). The protective effects of youth assets on the associations among academic stress, regulatory emotional self-efficacy, and suicidal risk: A moderated mediation model. *Children and Youth Services Review*, 119, 105660. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105660>

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a la Red Internacional de Investigación en Enfermería la oportunidad para submeter este capítulo a el libro Raíces del Saber.

Revisora

Angélica Beatriz Melita Rodríguez
Universidad de Concepción, Chile
ORCID: 0000-0002-8026-7295

Cómo citar

Ardiles-Irarrázabal RA, Olate Andaur J, Ramírez Lazcano C, Valdivia Rojas YL. **La humanización comienza por casa**. In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.231-247. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi: [10.5281/zenodo.17823197](https://doi.org/10.5281/zenodo.17823197).

FORMACIÓN DE ENFERMERÍA CON ENFOQUE SOCIAL, REFLEXIVO Y HUMANIZADO EN CHILE

Formação em enfermagem com enfoque social, reflexivo e humanizado no Chile

Nursing education with a social, reflective and humanized focus in Chile

Soledad Alejandra Jofré Barrueco | ORCID: 0000-0002-9181-0708

alejijofre@uchile.cl | Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile, Santiago, Chile

Silvana del Carmen Castillo Parra | ORCID: 0000-0002-9195-1391

Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile, Santiago, Chile

Matías Cristian Faúndez Aedo | ORCID: 0000-0003-1042-2752

Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile, Santiago, Chile

Claudia Andrea Sepúlveda Cerda | ORCID: 0009-0001-6382-1610

Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile, Santiago, Chile

Este capítulo tiene como objetivo reflexionar sobre la enseñanza en enfermería en una universidad pública de Chile, que propone formar profesionales socialmente comprometidos, capaces de abordar el cuidado en personas, familias y comunidades, como una acción esencialmente humana, desde una perspectiva crítica, reflexiva y humanizada. Su desarrollo contribuirá al conocimiento sobre la formación de enfermería en la región, presentando un contenido relevante para promover reflexiones pedagógicas respecto a los procesos formativos de estudiantes que construyen conocimiento a lo largo del curriculum y particularmente durante las prácticas clínicas. Lo anterior, permite mediante la enseñanza reflexiva, favorecer en estudiantes y profesores examinar críticamente su propio desempeño y su razonamiento disciplinar, por lo cual se abordará particularmente la formación docente y de tutores clínicos. En dicho contexto, la formación se promueve en un enfoque centrado en el estudiante y en un marco curricular orientado por competencias, como oportunidad de resolver problemas socialmente relevantes, donde se releva a la práctica clínica como uno de los ejes fundamentales y a la reflexión de la misma como columna vertebral para el logro de los aprendizajes. **Descriptores:** Educación en enfermería; Humanización en la atención; Práctica reflexiva

INTRODUCCIÓN

Alguien podría preguntarse si la relación entre las palabras «epistemología» y «educación en enfermería» es sólo un experimento académico o literario. Sin embargo, aunque es cierto que algunos conceptos derivados de la filosofía (ej. Epistemología, Ontología, Axiología, etc.) pueden sonar abstractos o rimbombantes, no es menos cierto que su relación con la educación en enfermería es profunda y concreta. En realidad, siempre hay una perspectiva filosófica que sostiene el diseño y práctica de la educación. De hecho, cuestiones cruciales tales como

¿por qué educamos?, ¿cómo concebimos la educación? o ¿bajo qué valores educamos?

Son preguntas cuyas respuestas se construyen ineludiblemente sobre fundamentos filosóficos (Faúndez et al., 2024). En este capítulo expondremos el caso de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile (EEUCH), institución de carácter pública, que actualmente propone formar profesionales socialmente comprometidos, capaces de abordar el cuidado en personas, familias y comunidades, como una acción esencialmente humana, desde una perspectiva crítica, reflexiva y humanizada. El contenido que se presenta tiene como propósito contribuir al conocimiento sobre la formación de enfermería en la región, promoviendo reflexiones que permitan repensar los procesos formativos y enriquecer las prácticas pedagógicas, buscando así fortalecer una educación más consciente, pertinente y comprometida con los desafíos globales y actuales.

En una primera sección, comenzaremos relatando y describiendo hitos históricos claves en el desarrollo de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile, desde su fundación como la primera escuela de enfermería en Latinoamérica, pasando por sus distintas transiciones en función al panorama sociopolítico en que se situó y abordando los diferentes elementos que han influido en su desarrollo a través de los años, lineamientos institucionales, modelos emergentes en salud y en la disciplina, cambios de paradigmas educacionales, entre otros. A la vez, se describirán elementos claves del diseño curricular actual y aspectos centrales sobre el proceso de implementación en varios niveles del plan de estudios. En la sección siguiente, proveeremos un breve análisis de los fundamentos filosóficos que han enmarcado a la institución desde el punto de vista educativo, discutiendo distintas etapas que, aunque solapadas y a veces iterativas, se pueden distinguir como hitos a lo largo del tiempo.

Concluimos dicho apartado señalando el estado actual, implicaciones, tensiones y desafíos en vista del análisis realizado.



Fundamentos teóricos
epistemológicos

LA DINAMICIDAD DEL QUE HACER EDUCATIVO

En base a lo antes presentado, la experiencia de la EEUCH, puede ser descrita como una trayectoria. Esto significa que los marcos epistemológicos y filosóficos, más genéricamente que han sostenido el quehacer educativo han sido dinámicos en el tiempo. Naturalmente, esta trayectoria ha ido dejando algunos vestigios trazables de cambios y transiciones, los cuales nos proponemos condensar en esta sección a través de paradigmas filosóficos que representan tres grandes etapas en esta trayectoria. Es importante mencionar que este análisis filosófico es más bien de carácter inductivo y a posteriori. Esto quiere decir que, al asignar un paradigma específico a cada etapa, no queremos dar la impresión de que dichos paradigmas fueron intencionados, más bien, creemos que estas etiquetas encapsulan de forma retrospectiva el andamiaje filosófico que sostuvo (a veces de una forma más bien implícita) los procesos educativos albergados en cada etapa.

I- El paradigma heurístico y el enfoque sociosanitario

En los albores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile con su fundación en 1842, la Escuela de Enfermería erige sus diseños y prácticas formativas con un enfoque primordial hacia la llamada enfermería sanitaria. Así, la educación en enfermería se centra en proveer profesionales con un férreo compromiso social que responda esencialmente al contexto sociosanitario del momento. Saberes claves en este período fueron la salud pública y el manejo de las enfermedades infecto-contagiosas, principalmente desde un enfoque de promoción y prevención, con prácticas como el saneamiento ambiental y la educación a las comunidades (Collao, Osorio, 2019).

Aquí, el andamiaje filosófico que sostuvo esta etapa fue primordialmente heurístico. Con esto, nos referimos a que la formación emergió y se adecuó esencialmente como respuesta a las necesidades del entorno. De esta manera, comenzó con una naturaleza eminentemente práctica. Esto no quiere decir que se desatendió lo académico. De hecho, es reconocida en este tiempo la movilidad internacional de enfermeras formándose a nivel doctoral buscando fundamentos teóricos vanguardistas.

No obstante, esta búsqueda de conocimientos y el mismo desarrollo docente estuvieron supeditados a la praxis contextualizada a la realidad de la nación. Esta epistemología heurística fue crucial en los inicios, otorgando a la formación un sello sociosanitario que permanece medular hasta el día de hoy. De hecho, el slogan “De la Universidad de Chile para Chile” aún se transmite al estudiantado hoy, señalando que la institución forma profesionales con alta empatía por las necesidades del país y un fuerte compromiso ciudadano.

II - El paradigma academicista y el sello disciplinar y científico

Sobre este perenne enfoque sociosanitario, la EEUCH, comenzó a construir durante el siglo XX un fuerte paradigma academicista con sello disciplinar y científico. Los diseños y prácticas educativas (y de la Facultad más genéricamente) se centraron en la transmisión de conocimientos expertos por parte de un profesorado poseedor de crecientes credenciales académicas. Bajo esta lógica, predominó la clase magistral en un modelo donde el estudiantado era socializado en la cultura profesional por parte de la institución formativa, siendo esta última el repositorio exclusivo del saber experto (Faúndez et al., 2024).

Es relevante mencionar que inicialmente la educación en enfermería fue presidida por la profesión médica, lo que cambió recién en la década de los 40s. Esta transición fue clave, pues se tornó en un aliciente para el empoderamiento de enfermería en el desarrollo de su propio cuerpo de conocimientos, este periodo encuentra su pináculo en la creación del Departamento de Enfermería, cuyo foco, se centró en el desarrollo disciplinar a través de la investigación. Así, el paradigma filosófico de esta etapa (que apuntaló a toda la Facultad) fue un catalizador del desarrollo disciplinar y academización de la enfermería (Ayala et al., 2014).

Finalmente, la impronta que asumió la escuela de enfermería era una formación con robusto conocimiento de ciencias básicas. En la práctica, esto moldeó un currículum con gran énfasis, por décadas situado en los primeros dos años y medio del programa, en ciencias generales como biología o matemáticas y en otras más específicas como la microbiología, fisiología, fisiopatología y farmacología, entre otras.

Popularmente, esto se transmitía señalando que las/los profesionales de la institución poseían un saber científico distintivo.

III - El tránsito hacia la enseñanza reflexiva y la humanización

Es reconocible que el despuntar del siglo XXI trajo consigo complejidades y necesidades que debían responderse tanto al micronivel del aula como del macronivel curricular y pedagógico. Así, sin atenuar la realidad y el valor de los paradigmas que sostuvieron las etapas anteriores, uno de los giros epistemológicos y axiológicos relevantes es la incorporación de la enseñanza reflexiva en el marco de la humanización.

Planteamientos como la centralidad en la persona y la práctica reflexiva llegaron a constituirse en un verdadero marco teórico y referencial de una nueva concepción de enseñanza-aprendizaje, delineando una más pertinente «pedagogía del cuidado» centrada en el estudiantado, en sus procesos, contextos, saberes, afectos, capacidades, etc., y en cómo estos elementos participan en la co-construcción de la experiencia de aprendizaje (Castillo-Parra et al., 2023).

La instalación del concepto de humanización ha sido un giro paradigmático en tanto requiere no solo recordar los aspectos intrínsecamente humanos que participan en la enseñanza-aprendizaje, sino frecuentemente reformular los valores (he aquí el cambio axiológico) y las perspectivas sobre la construcción del conocimiento (y aquí yace el cambio epistemológico).

Como sea, nos encontramos cursando aún esta trayectoria de aprendizaje y cambios y desde este paradigma en la actualidad, pretendemos contribuir a la formación de profesionales de enfermería que lideren cuidado humanizado con pensamiento crítico y reflexivo.

LAS REFORMAS CURRICULARES Y LOS MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD



La reflexión sobre la formación en enfermería está innegablemente vinculada a los contextos sociopolíticos, desarrollo de la disciplina, evolución de la enfermería global y por la institución en la que estamos insertos.

En Chile, la formación de enfermería ha evolucionado desde su comienzo en coherencia con los distintos modelos de atención en salud adoptados por el país (Ayala y Nuñez, 2017; Nuñez et al, 2021). Estos cambios, propiciaron diversas reestructuraciones de los planes de estudios, siendo el más importante el del año 1947, que dió origen a una única malla curricular para

enfermería a nivel país que formaba enfermeras en un tiempo estimado de 3 y 4 años, en un sistema de internación y con un enfoque de integración entre la educación sanitaria y la administración hospitalaria. A partir de este hito la formación de enfermería en Chile, se volvió un referente para Latinoamérica.

A comienzos del siglo XXI, la reforma de salud generó importantes vuelcos en el modelo que, hasta la actualidad, impactan la formación de enfermería: un enfoque centrado en la familia, con énfasis en la promoción - prevención en salud y el fortalecimiento del nivel primario de atención (Soto, 2021; Gattini, 2024). Además se incorporó la definición de enfermería en el código sanitario chileno, asignando a los profesionales de enfermería la responsabilidad legal respecto la gestión del cuidado: la planificación y entrega del cuidado fundamentado en un cuerpo de conocimientos propios, la participación en actividades de cuidado derivadas del acto médico, y el deber de velar por la adecuada gestión de recursos en la atención de salud (MINSAL, 1968).

La evolución de la enfermería a nivel global también ha impactado significativamente en el diseño del plan de estudios, a través, de la constante incorporación de un cuerpo de conocimientos propio que se ha enriquecido y consolidado mediante investigaciones centradas en el cuidado (Altamira y Camacho, 2023; Duque, Flores-Pulido y Mejía-Ramírez, 2023) y de la incorporación de nuevos elementos a la definición de enfermería, tales como la abogacía, el deber de asegurar el acceso equitativo a la atención de salud, y perspectivas medioambientales y de sostenibilidad (White et al., 2025).

Otra arista en esta reflexión está vinculada a los mandatos institucionales de una universidad de carácter pública, que se desprenden de profundos procesos que se han desarrollado en su interior. La Universidad de Chile declara en su misión el deber de dar respuesta a los problemas del país, destacando entre sus principios orientadores “la formación de personas con sentido ético, cívico y de solidaridad social” y manifiesta entre sus valores elementos vinculados con el compromiso social, respeto a los derechos humanos, la formación integral como miembros de la comunidad y no sólo desde la perspectiva intelectual (Universidad de Chile, 2019).

Asimismo, el modelo educativo entrega importantes lineamientos para el currículo, reconociendo la complejidad y multidimensionalidad del aprendizaje, entendiéndolo como un proceso personal con un carácter social, toda vez que existe en él influencia de las experiencias previas y que se enriquecen en el contacto e interacción con otros; centrando así al estudiante

como protagonista de este proceso. El desarrollo del plan de estudios de enfermería Universidad de Chile, ha vivido hitos curriculares de relevancia, entre ellos, la incorporación del grado de licenciatura en el año 1995 lo que significó aumentar de 4 a 5 años la formación y una innovación curricular en el año 2013, proceso de reflexión profunda en el que se modificó paradigma educativo desde un modelo por objetivos a un modelo orientado por competencias. Lejos de un modelo de competencias estándares al servicio de la productividad laboral, la comunidad universitaria llevó a cabo un proceso exhaustivo para la construcción de competencias complejas, mediante

“

un modelo que permitiese garantizar que cada profesional egresado supiese actuar de manera pertinente en un contexto particular, eligiendo y movilizandorecursos personales, de redes y de contexto, argumentando las razones de cada una de sus decisiones, haciéndose responsable de las mismas y de sus efecto (Hawes y Troncoso, 2009).

”

En el proceso, se incorporaron un conjunto de acciones tanto a nivel de política institucional, como de gestión y de docencia, que permitieron adaptarse a la nueva realidad social, orientadas en múltiples direcciones: en metodologías docentes, estructura de las enseñanzas, en la garantía de los procesos de aprendizaje o en la calidad y, por supuesto, en potenciar la movilidad de estudiantes y profesores (Sepulveda, 2014)

El cambio de modelo educativo, incluyó, cambios en la estructura curricular, con un enfoque centrado en la adquisición e integración de aprendizajes significativos, incorporación de nuevas metodologías activas (centradas en el estudiante) que garantizarán el logro de competencias específicas de la profesión. Se incorporó también una evaluación auténtica que incluyera desempeños individuales y colectivos, además de la habilitación docente, para una mejor comprensión del cambio del rol del educador. Esto con el gran propósito de responder al compromiso realizado a la sociedad, a través del

perfil de egreso y contribuir a la formación de los mejores profesionales de enfermería del país, desafío que nos moviliza como comunidad educativa hasta el día de hoy.

A 13 años de la implementación del modelo, que aún se encuentra vigente y ad portas a un ajuste de dicho plan, parece relevante preguntarse si el modelo utilizado

¿contribuye a la formación de profesionales con compromiso social, con pensamiento crítico y reflexivo que sean capaces de brindar un cuidado a personas, familias y comunidades de manera humanizada? y si es así, ¿cuáles son las estrategias que se utilizan para lograr la construcción de dichos aprendizajes?



Hoy tenemos evidencia, a través de evaluaciones curriculares participativas, que el modelo contribuye. Así como también lo hace en contexto social, el modelo actual de salud, el desarrollo de la disciplina, la globalización de la enfermería, entre otros. En este caso, con la incorporación de competencias sello, dirigidas a una formación crítica y autocrítica, ética, responsable, democrática y pluralista en contextos. Además del respeto a los derechos humanos y la interculturalidad para contribuir en la construcción de una sociedad libre de discriminación, con igualdad de género, equitativa e inclusiva, sustentable y justa para todas las personas. A su vez, la articulación entre cursos disciplinares, de las ciencias sociales y salud pública, han permitido el desarrollo y fortalecimiento de competencias enfocadas al compromiso social y ético.

Es imperioso relevar a todos aquellos programas de cursos que incorporan construcción de conocimiento mediante la experiencia, el aprendizaje a través de la vinculación con las comunidades y el desarrollo de aprendizajes situados en los espacios clínicos, con la generación de saberes prácticos vinculados a sesiones reflexivas.

En este contexto, se debe señalar que la formación clínica de los estudiantes de enfermería se concibe como un espacio significativo de aprendizaje, donde los estudiantes movilizan saberes y recursos para progresar en desempeños pertinentes en diversos contextos. Reconociendo la naturaleza práctica del conocimiento de enfermería, entendemos dichos espacios formativos como oportunidades de reconstrucción de conocimiento situado, donde el estudiante no solamente aplica conocimiento, sino que desarrolla un proceso progresivo de reflexión, donde puede relacionar sus propias experiencias y saberes con nuevos contextos y desafíos, generando un nuevo conocimiento que adquiere cada vez mayor relevancia en las decisiones que enfrenta.

Claramente en el mundo real de la práctica existen situaciones inciertas y rápidamente cambiantes, donde los protocolos son insuficientes y adquiere relevancia el juicio clínico. Los espacios donde el protocolo e incluso, a veces la teoría no son suficiente, son llamados por Schön (1982) como las “**zonas indeterminadas de la práctica o zonas pantanosas**”, es decir, aquellos espacios donde las decisiones se toman en base a un criterio profesional basado en la **experiencia construida** a partir de la **reflexión**, superando la aplicación de una teoría, protocolo o estándar de acción, que es insuficiente cuando el profesional se enfrenta a **situaciones nuevas, complejas** y con conflicto de valores (Medina, 2017).

En coherencia con lo anterior, buscamos promover espacios de aprendizaje donde el estudiante reflexione sistemáticamente respecto a sus saberes y experiencia, instalando un hábito que les permita progresar hacia el uso de un **conocimiento práctico, pertinente, virtuoso**, que les permita progresar más prontamente desde novatos a expertos (Benner, 1984)

En dicho escenario, adquiere relevancia el reconocimiento del estudiante como persona que se fortalece profesionalmente para **cuidar humanizadamente** a otras personas, y en donde el tutor clínico adquiere una relevancia como formador reflexivo. Así entonces, la formación clínica de nuestros estudiantes incorpora la **práctica reflexiva** en tres aspectos fundamentales que a continuación describimos:

- ④ Desarrollo de talleres de autoconocimiento y desarrollo de habilidades que incorporan tutorías y estrategias de escritura mediante diario reflexivo.
- ④ Entrenamiento en cada experiencia práctica del habitus reflexivo (Perrenoud, 2007) mediante espacios de diálogo reflexivo en torno a incidentes críticos enfrentados.

Formación de los tutores de prácticas clínicas en torno a la docencia humanizada y el desarrollo de diálogo reflexivo con los estudiantes en práctica

Con la implementación de estas estrategias desde el primer año de estudios y con la incorporación de manera progresiva y transversal en todo el plan de estudios, pretendemos contribuir a la formación de estudiantes con pensamiento crítico y reflexivo que sean capaces de dar respuesta a las necesidades de las personas y de las comunidades desde un enfoque del cuidado humanizado.

CONSIDERACIONES FINALES



Reconocemos que la trayectoria de la EEUCH ha sido iterativa y dinámica, llena de solapamientos y no exenta de tensiones. El cambio a paradigmas más centrados en el estudiante y menos en el docente experto, por ejemplo, no ha estado libre de resistencias. Tampoco es infrecuente el cuestionamiento de la “humanización”, considerando el ethos natural de la enfermería como ciencia humana. No obstante lo anterior, reconocemos que todos los hitos de esta trayectoria han sido importantes y aportan un sello distintivo que indudablemente permea en los procesos actuales. En ese sentido, el diálogo entre pasado y presente se vuelve imprescindible para proyectar el futuro con sentido crítico y renovado.

A la vez, comprendemos que el rol enfermero va evolucionando rápidamente, y permea cada vez más ámbitos impensados, lo que reafirma que vendrán nuevas reformulaciones y avances en la formación de enfermería no sólo a nivel local, sino también regional y global y es en este contexto donde el ejercicio reflexivo de mirar cómo hemos construido lo que hemos construido es crucialmente necesario, y ahí yace el valor de un libro y un capítulo como este.

Inevitablemente esta reflexión nos conduce a plantearnos innumerables desafíos, sin embargo nos enfocaremos en aquellos que, nos parecen, nos permitirán una mejor adaptación a la dinámica actual.

Proponer estrategias que permitan realizar una valoración continua y permanente del plan de estudios, con el fin de responder a las grandes

preguntas que guían nuestro quehacer de manera sistemática, permitiéndonos reflexiones profundas y la elaboración de planes de mejora.

- ✓ Planificar acciones que posibiliten la incorporación de nuevas competencias coherentes a la evolución global de enfermería, a los cambios sociales y/o a los avances tecnológicos. Por ejemplo hoy podríamos pensar en las vinculadas a la gobernanza, migración y su contribución en los objetivos de desarrollo sostenible, competencias digitales o con enfoque interprofesional, entre otras.
- ✓ Formar a formadores con liderazgo educativo, dominio en la disciplina, competencias pedagógicas, capacidad reflexiva, que logren contribuir a la formación de profesionales con el ethos institucional. Este desafío nos parece relevante ya que la formación de quienes forman no sólo impacta en la sala de clases, sino que se refleja directamente en la calidad del cuidado.

Para finalizar es importante señalar que la trayectoria histórica y pedagógica de la EEUCH constituye un referente significativo en la configuración de la formación en enfermería dentro de la región. A través de los años ha logrado consolidar una impronta institucional que dialoga críticamente con los desafíos actuales. En este sentido, la experiencia acumulada nos invita constantemente a pensar nuevas estrategias formativas que respondan con pertinencia, consciencia y compromiso a las demandas del entorno.

En definitiva, este capítulo propone una lectura situada y comprometida con la formación en enfermería, una formación entendida como una práctica social, reflexiva y esencialmente humana, que incide directamente en el cuidado y en la calidad de vida de las personas, familias y comunidades y en el desarrollo sostenible del país y la región.

USO DA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran el uso de la herramienta de inteligencia artificial ChatGPT (modelo GPT-5 de OpenAI) exclusivamente como apoyo en la redacción y mejora de estilo de algunos apartados de este capítulo. El contenido, las ideas y la interpretación de la información corresponden a los autores, quienes asumen plena responsabilidad sobre la versión final presentada.

REFERÊNCIAS

- Altamira-Camacho R. (2023). La disciplina de enfermería. Una perspectiva sobre su campo y dominio. **Index de Enfermería**, 32(2), e1 4252. Epub 14 de noviembre de 2023.<https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20235589>
- Ayala RA., Núñez ER. (2017). Dusting off the looking-glass: A historical analysis of the development of a nursing identity in Chile. **Nursing inquiry**, 24(3), 10.1111/nin.12185. <https://doi.org/10.1111/nin.12185>.
- Ayala RA, Fealy GM, Vanderstraeten, R., & Bracke, P. (2014). Academisation of nursing: An ethnography of social transformations in Chile. **International Journal of Nursing Studies**, 51(4), 603-611. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.010>
- Benner P. (1984). From novice to expert. **AJN The American Journal of Nursing**, 82(3), 402-407.
- Castillo-Parra S, Lorca Nachar A, Leiva AJ, Leiva JC, Lara-Jaque R. (2023). Humanization of Assistance; Building the path from the university. **Revista médica de Chile**, 151(10), 1295-1302. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872023001001295>
- Collao C, Osorio X. (2019) 'Acontecimientos históricos en la formación académica de los profesionales de enfermería en Chile', en Rivas E. (ed.) **Historia de la enfermería en Chile** [Online]. Temuco: Universidad de La Frontera, pp. 29-62. Disponible en: <https://bibliotecadigital.ufro.cl/?a=view&item=1673>
- Duque PA, Flórez-Pulido LM, Mejía-Ramírez LF. (2023). Revisión de literatura integradora del conocimiento disciplinar de la enfermería y el currículo. **Universidad Y Salud**, 26(1), C1-C10. <https://doi.org/10.22267/rus.242601.306>
- Faúndez-Aedo M, Castillo-Parra S, Lara-Jaque R. (2024). Estudiantes volviéndose profesionales: aproximándose a la formación desde una perspectiva de socialización profesional. **Index de Enfermería**, 33(3), e14774. Epub 13 de diciembre de 2024.<https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20246910>
- Gattini C. (2024). Desarrollo y organización del sistema de salud en Chile. **OCHISAP**. <https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2024/09/Desarrollo-y-organizacion-del-sistema-de-salud-en-Chile.pdf>
- Hawes G, Troncoso K. (2009). **Conceptualización de la competencia**. Santiago :Universidad de Chile, Facultad de Medicina
- Medina JLM (2017). **La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación profesional de enfermería**. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Ministerio de Salud de Chile. (1968). **Código Sanitario** (DFL N° 725, 31 de enero de 1968), art. 113. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=5595>
- Núñez ER, Macías L., Navarro R, Loyola M. (2021). Los desafíos de la descentralización de los cuidados de enfermería: El Servicio Nacional de Salud Chileno y la Profesionalización de la Enfermería 1950-1970. **Cultura De Los Cuidados**, 25(60), 63-77. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.60.06>.

Perrenoud P. (2007). **De la práctica reflexiva al trabajo sobre el habitus. Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar**, 137-155.

Sepúlveda CC. (2014). La innovación curricular en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **Revista Hospital Clínico Universidad De Chile**, 25(1), pp. 5-12. <https://doi.org/10.5354/2735-7996.2014.72930>

Schön D. (1982). **El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan**. BA: Paidós.

Soto L, Soto J, Riquelme F. (2021). Hacia un modelo de atención en salud para el siglo XXI: Breve historia del modelo de atención integrada en Chile. **Revista Médica Clínica Las Condes**, 32(4), 373-378. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.06.001>

Universidad de Chile (2019). **Plan de Desarrollo Institucional de la Universidad de Chile 2017 - 2026**. Universidad de Chile. Disponible en <https://doi.org/10.34720/tvtd-vc27>

White J, Gunn M, Chiarella M, Catton H, Stewart D, (2025). Actualización de las definiciones de «enfermería» y «enfermera». Informe final del proyecto, junio de 2025. **Consejo Internacional de Enfermeras**. https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_SP_Web.pdf

Wilson L, Moran L, Zárate R, Warren N, Ventura CAA, Tami-Maury I et al. (2016). Descripción cualitativa de las competencias de salud global por docentes de enfermería en África y las Américas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 24, e2697. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0772.2697>

White J, Gunn M, Chiarella M, Catton H, Stewart D. (2025). Actualización de las definiciones de «enfermería» y «enfermera». **Informe final del proyecto**, junio de 2025. Consejo Internacional de Enfermeras.

Williams C, López-Entrambasaguas OM, Cayul E, Goset-Poblete J. (2024). Impacto de las metodologías activas en las estrategias de aprendizaje de estudiantes del área de la salud de primer año en la Universidad Finis Terrae. **Revista Médica Clínica Las Condes**, 35(5-6). <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2024.02.004>

Zárate-Grajales RA. (2020). La formación clínica de los profesionales de enfermería ante una emergencia sanitaria en México. **Enfermería universitaria**, 17(3), 258-261. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.1039>

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a la Red Internacional de Investigación en Enfermería la oportunidad para submeter este capítulo a el libro Raíces del Saber.

Revisor

Jessica Olate Andaur
Universidad de O'Higgins, Chile.
ORCID: 0000-0001-7012-3303

Cómo citar

Jofré Barrueco SA, Castillo Parra SC, Faúndez Aedo MC, Sepúlveda Cerda CA. **Formación de enfermería con enfoque social, reflexivo y humanizado en Chile**. In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.248-260. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi: [10.5281/zenodo.17823232](https://doi.org/10.5281/zenodo.17823232).

EPISTEMOLOGÍA DEL CUIDADO APLICADO A LA SIMULACIÓN Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA SEGÚN CALLISTA ROY

Epistemologia do cuidado aplicada a simulação e ao processo de enfermagem segundo Callista Roy

Epistemology of care applied to simulation and the nursing process according to Callista Roy

Mirta Elena Seco | ORCID: 0009-0004-0638-0726

mirtaseco@hotmail.com | Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNA.J)

Universidad Nacional de Lanús (UNLa)- Buenos Aires-Argentina

Sonia Noemí Cornejo | ORCID: 0009-0004-5611-3917

Universidad Nacional de La Pampa (UNLPam) - La Pampa - Argentina

Rodolfo Gustavo Gonzales | ORCID: 0000-0003-3072-8687

Universidad Castilla- La Mancha, Toledo, Espanha

Hugo Florencio Servin | ORCID: 0009-0007-0561-932X

Universidad Nacional de Lanús (UNLa)-Buenos Aires -Argentina

Universidad Nacional de Chilecito (UNdeC)-Chilecito - La Rioja -Argentina

Juanita Leonarda Lamas | ORCID: 0009-0001-5904-0838

Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV) - Buenos Aires - Argentina

El objetivo de este capítulo es reflexionar sobre la epistemología del cuidado de enfermería desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy, y su aplicación en la enseñanza universitaria mediante las estrategias de simulación clínica y el proceso de enfermería. Desde un enfoque teórico e histórico se abordan estrategias pedagógicas que promueven una visión interactiva e integrativa del modelo de Roy, orientado a favorecer la adaptación de las personas en situaciones de vulnerabilidad para preservar sus procesos vitales e integridad. La contribución del capítulo radica en visibilizar el desarrollo teórico de Roy y su potencial didáctico, identificar estrategias que integren teoría y práctica en la enseñanza de enfermería, y explorar experiencias implementadas en universidades argentinas. Este análisis resulta relevante para el fortalecimiento de la enseñanza del cuidado en escenarios de simulación, enmarcada en las políticas de educación superior, los recursos disponibles, el rol de los actores formativos y los desafíos actuales y futuros para la disciplina. **Descriptores:** Epistemología; Simulación; Proceso de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este capítulo es contribuir a la reflexión sobre la integración de la teoría y la práctica profesional de enfermería. En ese sentido el modelo de Callista Roy proporciona un marco para la atención integral al paciente, centrado en la adaptación del individuo a su entorno que interactúa buscando mantener la integridad y la dignidad a través de diferentes modos: fisiológico, autoconcepto, función de rol e interdependencia, que permite a los estudiantes de enfermería practicar y evaluar sus habilidades en un entorno seguro antes de la atención al paciente real, según las circunstancias de su ambiente, la persona se adapta de una forma diferente; esto lleva a que los individuos sean cada vez más complejos y tengan un mayor crecimiento. (Fawcett, 2005)

Este modelo conceptual permite orientar el cuidado de enfermería hacia la disminución de las respuestas inefectivas, lo que implica identificar sus causas y favorecer intervenciones que conduzcan a los resultados esperados. En este marco el profesional de enfermería actúa promoviendo situaciones de bienestar que potencien el nivel de adaptación de las personas y sus respuestas adaptativas frente a los diversos estímulos. Desde su base epistemológica, este modelo concibe a la persona como un sistema biopsicosocial en interacción constante con su entorno, lo que fundamenta su aplicación en el cuidado enfermero, particularmente a través de la simulación clínica y el proceso de enfermería como estrategias formativas asistenciales. La selección de tema incluyó las distintas perspectivas:

Relevancia teórica: El modelo promueve una visión del sujeto de cuidado centrada en la adaptación activa frente a los estímulos, integrando la salud y la enfermedad como parte de un continuo proceso.

Valor práctico: Al utilizar simulaciones basadas en estímulos reales (focales, contextuales, residuales), el modelo estructura la valoración y la intervención de enfermería para promover respuestas adaptativas en los cuatro modos.

Innovación educativa: Aplica un enfoque metacognitivo en simulación, donde se reflexiona sobre decisiones clínicas relacionadas a estímulos y modos adaptativos.

De esta manera, el objetivo general de este capítulo es reflexionar sobre la epistemología del cuidado de enfermería desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy, y su aplicación en la enseñanza universitaria mediante las estrategias de simulación clínica y el proceso de enfermería.

Por tal motivo, surgen distintos supuestos para tener en cuenta durante el contexto de los fundamentos epistemológicos del modelo:

persona, entorno, estímulos, procesos de afrontamiento, modos adaptativos ¿se encuentran presentes dichas características en el PAE y Simulación clínica? ¿Se diseña un escenario de simulación donde se identifiquen estímulos, respuestas adaptativas y se formulan intervenciones pertinentes? y ¿Se da un enfoque educativo por medio del desarrollo de competencias clínicas, metacognitivas y de razonamiento reflexivo-crítico?



Fundamentos teóricos
epistemológicos

EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY EN LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA

El enfoque teórico del **Modelo de Adaptación** fue iniciado por **Callista Roy** en la década de los años 70, surgida de su experiencia personal en su ámbito profesional como enfermera pediátrica, lo que le permitió ver la adaptabilidad de los niños al entorno derivado de los cambios producidos por el estado de salud; continuó su desarrollo teórico hasta los años 90. Sus principales sustentos se basan en principios filosóficos de la **teoría de la adaptación** del psicólogo **Harry Helson**, quien en su trabajo explica los cambios que se van produciendo desde la psicofísica a la psicología conductual, en donde combinan estímulos focales, contextuales y residuales. Asimismo, desde el enfoque científico se sustenta en la teoría de los sistemas de **Von Bertalanffy**. (Kenneth, 2007)

Para enfermería, Roy ofrece una descripción amplia de la disciplina al constatar que es

“una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general”.

En concreto y de acuerdo con su modelo define a la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. Identifica las actividades de enfermería con el análisis de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. La enfermería actúa para mejorar la interacción entre las personas y su entorno, para fomentar la adaptación. (Alligood, 2015)

Por otra parte, el marco filosófico que subyace en la práctica de enfermería es fundamental para entender cómo los profesionales de la salud abordan su labor. La filosofía influye en todos los aspectos de la práctica de enfermería, desde la forma en que los enfermeros interactúan con los pacientes hasta cómo contribuyen al desarrollo de políticas de salud. La filosofía de la enfermería se basa en principios como la dignidad, la bondad y el respeto por la vida humana. Dichos principios no sólo guían la práctica diaria, sino que también moldean la forma en que los enfermeros perciben su rol en la sociedad. (Gómez Ramírez, 2011; Rodger, 1991).

Sé considera que, en la simulación, el enfermero actúa con una filosofía centrada en el cuidado holístico, donde se reconoce la importancia de atender tanto las necesidades físicas como emocionales de los pacientes y sus familias.

Adoptar un modelo conceptual implica que las/los enfermeras/os compartan sus valores y creencias, que conozcan los conceptos que desarrolla, sus proposiciones y elementos fundamentales. Posteriormente, requiere su operativización a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería, que organice y sistematice los modelos de cuidados.

Precisa desarrollar registros, usar tecnología para dirigir el modelo conceptual y evaluar los resultados. Sin embargo, en algunos centros asistenciales en los que se aplica el proceso de atención de enfermería, se deja de lado gran parte de los modelos teóricos existentes. Por ende, en estas situaciones, no hay una reflexión paradigmática sobre el cuidado, sino, en todo caso, una reflexión pragmática mediante la aplicación de herramientas útiles.

Aun así, se observa que, en lugares que aplican modelos teóricos, tampoco son habitualmente reflexionados, ni profundamente comprendidos por los profesionales que los aplican, por lo que difícilmente las/los enfermeras que los usan compartan sus valores.

Estas circunstancias llevan a posicionamientos de profesionales que consideran a estos ejercicios como únicamente académicos más que prácticas profesionales. (Medina, 2005)

Como consecuencia, se presenta un modelo conceptual disociado: por un lado, está el discurso disciplinar y, por el otro, las exigencias de la práctica profesional. Prevalece la atención de aspectos físicos sobre el resto, el profesional no se implica profundamente en el cuidado de la persona atendida y se abortan nuevas sugerencias de trabajo. A esto se asocia la perspectiva de falta de utilidad y credibilidad de los modelos teóricos y el interés en “lo que es” realmente la práctica y no en lo que, según otros, “debería ser” (visión de la teoría por parte de las enfermeras), por lo que tradicionalmente los modelos se han considerado impracticables. (Miler, 2006)

En un estudio de revisión bibliográfica, se refiere a la simulación como una técnica para sustituir o complementar experiencias de la vida real con experiencias guiadas. El objetivo fue describir la efectividad del uso de la simulación en la formación de estudiantes de enfermería. La conclusión fue que los estudiantes de enfermería con aprendizaje basado en simulación se sintieron más seguros al atender los pacientes en la práctica clínica real, tiene un efecto positivo y buena importancia, mejorando las puntuaciones de comunicación enfermera-paciente, habilidades operativas experimentales, pensamiento crítico y sentando una buena base clínica y capacidad de autoaprendizaje. (Carhuaricra, 2025)

Con el propósito de conocer los avances en la aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica, se realizó una revisión de la literatura en el periodo comprendido entre 1996 y 2009. La mayoría de los estudios reportados fueron descriptivos, con muestras intencionales, y se han realizado en personas con enfermedad crónica y cuidadores. Los resultados demostraron que la alteración de un modo adaptativo afecta y que algunos estímulos influyen en el proceso de adaptación de los individuos.

El análisis evidencia la necesidad de fortalecer el desarrollo de estudios de tipo cualitativo y cuantitativo, para profundizar en el conocimiento del fenómeno de la adaptación, y la importancia de fortalecer redes de investigadores en Latinoamérica para consolidar los avances en el desarrollo del modelo y medir su aplicación en la práctica. (Ferguson, 2009)

MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN (ESCAPS) DE CALLISTA ROY - LA EXPERIENCIA EN LA ENSEÑANZA UNIVERSITARIA



El modelo de adaptación de Roy está profundamente enraizado en la práctica de enfermería, sigue siendo uno de los marcos conceptuales utilizado con mayor frecuencia a nivel nacional e internacional. Pone de relieve las características de la disciplina y guía la práctica, la formación y la investigación. El proceso de enfermería planteado por Roy está bien desarrollado, por medio de seis pasos: evalúa las conductas en los cuatro modos de adaptación, evalúa los estímulos, expone su juicio sobre el estado de adaptación, fija objetivos, establece intervenciones y evalúa que objetivos se han alcanzado. (Alligood, 2015)

Asimismo, en una investigación metodológica, sobre la validez facial y la confiabilidad de la versión en español del instrumento de **escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (ESCAPS)** de Callista Roy con el fin de evaluar su comportamiento y dominio. La escala, fue diseñada por Callista Roy en 2004, con el fin de identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación que la persona utiliza para hacer presente a situaciones difíciles. Se utilizaron dos métodos, el primero correspondió a un panel de expertos, quienes evaluaron el instrumento considerando tres criterios de calificación: claridad, precisión y comprensión, al respecto se encontró que 45 (96%) del total de los 47 ítems del instrumento cumplieron estos criterios. El segundo correspondió a cinco sujetos de estudio quienes evaluaron el instrumento en su totalidad, determinando su comprensión. De esta forma se estableció que el instrumento evidencia validez facial. Para establecer la confiabilidad del instrumento, este se aplicó a una muestra de 417 sujetos mayores de 50 años, con una función mental intacta, procedentes del municipio de Chía y la ciudad de Bogotá, durante 2005-2006, mediante un muestreo aleatorio por conveniencia. La confiabilidad se evaluó a través de la consistencia interna. Los resultados confirman la validez y confiabilidad de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy, en su versión en español. (Gutiérrez-López, 2007).

Consideramos que este tipo de estudio permitiría conocer como se identificarían las estrategias de afrontamiento y adaptación aplicado a la

simulación clínica y el PAE por medio de la escala de Roy y así llegar a un instrumento validado de calidad por su claridad, precisión y comprensión. Por otra parte, las guías de autoaprendizaje constituyen una estrategia pedagógica que permite abordar e integrar conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes. El objetivo fue validar las guías de autoaprendizaje del laboratorio de procedimientos y simulación del Programa de Enfermería de Colombia. Se realizó validez facial y de contenido de 40 guías por comité de expertos con base en la guía de evaluación de material educativo de la OPS. Los resultados dan cuenta que la mitad de las guías requieren ajustes de estructura, presentación e imágenes.

Según el juicio de los expertos el 50% de las guías obtuvo una puntuación del índice de validez de contenido (IVC) mayor de 0.6, esto indica que el proceso de elaboración de diseño y el contenido son pertinentes para el autoaprendizaje de los estudiantes; 16 guías corresponden a puntajes entre 0.64 y 0.8, es decir una validez buena con necesidad de ajustes de los aspectos evaluados y 4 guías obtuvieron IVC superior a 0.8, es decir muy buena validez. La evaluación de guías construidas y evaluadas es fundamental para la facilitación del aprendizaje y mejoramiento de habilidades y conocimientos clínicos, tanto para la práctica en escenarios, como para el futuro desempeño profesional. La validez facial y de contenido de material educativo para el uso actual de la simulación clínica, requiere de evaluación y de procesos metodológicos fundamentados en pedagogías motivadoras en un contexto de aprendizaje autónomo y cercano a la realidad. (Barragán, 2017)

El **método de simulación** permite al estudiante experimentar situaciones complejas, cometer errores sin consecuencias negativas, y recibir retroalimentación inmediata, lo que facilita el aprendizaje significativo y adquisición de competencias profesionales. La aplicación de las guías de autoaprendizaje permite mejorar el margen de error y mayor seguridad en la experiencia clínica real. En la investigación sobre la utilización del PAE como metodología de la disciplina, contribuye a las competencias, permite **intervenciones reflexivas**, resolución de problemas y atención integral a la persona, mejora la comunicación, delimita el campo profesional en cuanto identifica los fenómenos de interés y fundamenta la investigación; por ello tiene un espacio destacado en la formación del pregrado. Sus objetivos fueron describir las experiencias de los alumnos de la Licenciatura en Enfermería en el aprendizaje y aplicación del PAE durante su formación académica; e identificar si el estudiante reconoce al proceso como la metodología propia de la disciplina.

En el estudio con enfoque cualitativo-fenomenológico-descriptivo los resultados obtenidos fueron: En el análisis emergieron tres categorías: a) Mundos diferentes, con tres subcategorías: darse cuenta, vinculación teoría-práctica e influencia del profesional de enfermería; b) Formación teórica con dos subcategorías: aprendizaje complejo y, salud y enfermedad; c) Ambivalencia en la enseñanza del PAE por el docente con dos subcategorías: heterogeneidad y desavenencia docente, y acompañamiento del profesor. Aquí se aborda la primera categoría. En la discusión y conclusión, además de las diferencias entre la teoría y la práctica del PAE, la interacción del estudiante con personal de enfermería no favorece el desarrollo del aprendizaje y aplicación de este. (Mondragon-Hernandez, 2019)

Si pudiéramos relacionar las categorías abordadas con el modelo de Roy, quedarían de manifiesto los modos de adaptación y afrontamiento en los cuidados de enfermería, por medio de dos conceptos interrelacionados que se utilizan para brindar cuidados de enfermería integrales y centrados en el paciente. Mientras que otra investigación enfatiza que el cuidado es la esencia de enfermería, aplicarlo en un enfermo o individuo sano requiere de un proceso largo y complicado, exige al profesional encaminar al restablecimiento, conservación y autocuidado del paciente. La teoría de Faye G. Abdellah, no se limita a cuidar al enfermo, sino que incluye cuidadores, buscando mantener y alcanzar un equilibrio físico, psicológico y social, afirma que la enfermería es un arte y ciencia que permite moldear actitudes, habilidades teóricas y capacidad intelectual. El objetivo fue analizar el PAE en las Unidades Asistenciales Docentes. Se utilizó el diseño cuantitativo, no experimental, transversal, realizado en la ciudad de Machala-Ecuador, con muestra censal de 95 enfermeros/as, utilizando encuestas. Los resultados arrojaron un predominio del sexo femenino 76,84%, con tercer nivel 55,78% y 21,05% con maestría. El 100% no recibió información sobre la teoría de Faye G. Abdellah durante su formación académica, pero sí de Virginia Henderson 97,9% y Callista Roy 2,1%. Se concluyó que un predominio del sexo femenino, licenciadas, con edades entre 46-55 años y 6-8 años de trabajo. Todos los profesionales de enfermería conocen sobre el PAE y las 5 etapas, la mayoría considera que el diagnóstico es basado en el eje, logrado mediante el historial que presente el paciente, que el enfoque del PAE es multidisciplinar.

Que ninguno en su formación académica recibió información sobre la teoría de Faye G. Abdellah (21 problemas de enfermería), la mayoría manifiesta que la Teoría de Virginia Henderson es la mejor para suplir las necesidades del paciente y un pequeño grupo considera de Callista Roy. (Sanmartín-Espinosa, 2025)

Consideramos que en los resultados y conclusiones a los estudiantes no se les dieron los conocimientos sobre las teorías de enfermería para relacionar con el PAE, muy bajo el porcentaje en relación con la teoría de Callista Roy, porque la teoría de Roy proporciona un marco para entender como las personas responden a los desafíos de salud y cómo la enfermería puede facilitar la adaptación.

Sotomayor-Sánchez (2022) afirman que el PAE constituye la herramienta metodológica del cuidado; su enseñanza y aplicación en los campos educativo y laboral requiere una formación teórico-práctica, crítica y reflexiva que posibilite al profesional otorgar un **cuidado autónomo** y **delimitado**, confiriéndole identidad y liderazgo. Resulta pertinente comprender el importante significado de su enseñanza a la luz del concepto de **cotidianidad** propuesto por Henri Lefebvre. El objetivo fue analizar el significado del PAE desde la enseñanza cotidiana de enfermería. Fue realizado un estudio cualitativo y descriptivo a docentes. El trabajo se apegó a criterios de ética, rigor científico y consentimiento informado. Tuvo como resultados enseñanza simbólico-verbalística; enseñanza desvinculada de un marco teórico-disciplinario, en este aspecto se concuerda con **Abascal R.** acerca de la necesidad de asentar la enseñanza del PAE sobre bases filosóficas y éticas, y no sólo como etapas; asimismo se coincide con **Souza**, pues enfatiza que, para llevar a cabo un PAE eficiente, se requiere de una teoría.

La enseñanza del PAE requiere por parte de los docentes identidad, conocimiento teórico disciplinar y experiencia en su aplicación, para proyectarla como una herramienta metodológica del cuidado de enfermería y así otorgar un cuidado profesional delimitado y autónomo. (Sotomayor Sánchez, 2022) Coincidimos con el autor, para que el PAE sea eficiente se debe relacionar con una teoría de enfermería.



CONSIDERACIONES FINALES

El recorrido realizado en este capítulo permite reflexionar sobre la epistemología del cuidado de enfermería desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy, y su aplicación en la enseñanza universitaria mediante las estrategias de simulación clínica y el proceso de enfermería. Y responder a los supuestos para dar claridad al tema tratado: si bien los

fundamentos epistemológicos de Callista Roy como persona, entorno, estímulos, procesos de afrontamiento y modos adaptativos, se encuentran en el PAE y Simulación clínica porque permiten evaluar al paciente (real o ficticio), analizando cómo responde en cada uno de los cuatro modos de adaptación (fisiológico, autoconcepto, función de rol e interdependencia), establece metas, definiendo junto con el paciente objetivos realistas de adaptación, planifica intervenciones, desarrollando estrategias para manejar los estímulos, fortalecer los mecanismos de afrontamiento y promover la adaptación positiva y por último evalúa resultados, determinando la efectividad de las intervenciones y ajustando el plan de cuidados según sea necesario.

En resumen, la teoría de Callista Roy proporciona un marco sistemático para entender la adaptación humana y orientar la práctica de enfermería, centrándose en el individuo como un ser holístico que busca mantener la integridad y el bienestar a través de la adaptación a los desafíos del entorno real o ficticio, por medio de escenarios de simulación identificando estímulos, respuestas adaptativas e intervenciones pertinentes. Y si se da un enfoque educativo por medio del desarrollo de competencias clínicas y metacognitivas por medio de la reflexión sobre los propios procesos de pensamiento y aprendizaje, permitiendo entender cómo aprendemos y cómo podemos mejorar ese proceso; son habilidades esenciales para el aprendizaje autónomo y eficaz, tanto en el ámbito académico como en la vida cotidiana. Por tal motivo, las competencias metacognitivas son herramientas esenciales para el aprendizaje efectivo y el desarrollo profesional.

Por último, desde la perspectiva de relación del PAE y Simulación Clínica con la teoría de Callista Roy podemos reflexionar si se permite a los estudiantes de enfermería analizar **situaciones complejas**, **tomar decisiones** y brindar una **atención de alta calidad** a los pacientes por medio del **pensamiento crítico reflexivo** en sus prácticas. Como manifiesta **Gutiérrez-López** en su investigación que los resultados del estudio confirman la validez y confiabilidad de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy, en su versión en español; por tal motivo, sería recomendado realizar una investigación.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran haber utilizado herramientas de inteligencia artificial (como ChatGPT) exclusivamente como apoyo en la redacción y en la integración de contenidos, manteniendo la responsabilidad plena sobre el contenido académico del capítulo.

REFERÊNCIAS

- Alligood MR. (2015). **Modelos y teorías en enfermería**. España : ELSEVIER- Octava edición.
- Barragán JHN. (2017). Validación de guías de autoaprendizaje en simulación clínica para estudiantes de enfermería. (Vol. 8). **Rev. Cuid.**
- Fawcet J. (2005). **Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and theories**. Philadelphia: F.A. Davis.
- Gómez-Ramírez J. (2011). **Fuentes y Contexto del Conocimiento de Enfermería: La narrativa como medio para comunicarla**. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Gutiérrez K; López C. **Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy** (abril ed., Vol. 7). Chía, Colombia: Revista Aquichan. Año 7, 2007.
- Carhuarica CCH. (2025). Efectividad del Uso de la Simulación en la Formación de Estudiantes de Enfermería. (en línea enero-febrero ed., Vol. 9). México, México: Ciencia Latina, **Revista Científica Multidisciplinar**.
- Kenneth DP. (2007). **Modelos y Teorías de Enfermería: "Modelo de adaptación" de Callista Roy**. Madrid, España: ELSEVIER.
- Medina JM. (2005). **El deseo de cuidar y la voluntad de poder. La enseñanza de la Enfermería**. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Miller B. (2006). Importancia de los modelos conceptuales y teorías de Enfermería: Experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Habana. La Habana, Colombia: **Aquichan**.
- Mondragon-Hernandez IS. (2019). Experiencia en el aprendizaje del proceso de atención de enfermería (julio-septiembre ed., Vol. 16). Mexico, Mexico: Enfermera Universitaria. ENEO.
- Moreno-Fergusson ME. (2009). Aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy en Latinoamérica (abril ed., Vol. 9). Chia, Colombia: Revisión de la Literatura año 9. **Aquichan**.
- Rodger L. (1991). **Deconstructing the dogma in nursing knowledge and practice Image**. Foundations of Nursing as Caring.
- Sanmartin-Espinosa NT. (2025). **SanmartinE/Enfermeria Investiga** (enero-marzo ed., Vol. 16). revista.uta.edu.ec.
- Sotomayor-Sánchez S. (2022). Significado del proceso de atención de enfermería desde la enseñanza cotidiana de los profesores (Vol. 21). **rev. Enferm Neurol**.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar su profundo agradecimiento a: La Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE) y a la coordinación editorial del libro "Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería" por la invaluable oportunidad de contribuir a esta significativa obra conmemorativa de sus XV años; las instituciones de afiliación de cada uno de los autores de Argentina: Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), Universidad Nacional de La Pampa (UNLPam), Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV), Universidad Nacional de Chilecito (UNdeC) y la revisora Ester Elisa Armand Ugon por sus aportes críticos y constructivos, que contribuyeron sustancialmente a la mejora de la calidad y profundidad del texto.

Revisora

Ester Elisa Armand Ugon
Universidad Nacional Lanús, AR

Cómo citar

Seco ME, Cornejo SN, Gonzales RG, Servín HF, Lamas JL. **Epistemología del cuidado aplicado a la simulación y el proceso de enfermería según Callista Roy.** In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p. 261-272. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17823276](https://doi.org/10.5281/zenodo.17823276).

FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DEL CUIDADO HUMANIZADO EN ENFERMERÍA: SABERES, VÍNCULOS Y PRÁCTICA SITUADA

Fundamentos epistemológicos do cuidado humanizado em enfermagem: saberes, vínculos e prática situada

Epistemological foundations of humanized care in nursing: knowledge, bonds and situated practice

Fernando Gomez | ORCID: 0000-0002-2363-9419

fernando.gomez@med.unne.edu.ar, Facultad de Medicina - Corrientes - Argentina

Mirta Elena Seco | ORCID: 0009-0004-0638-0726

Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ)

Universidad Nacional de Lanús (UNLA)- Buenos Aires-Argentina

Sonia Noemi Cornejo | ORCID: 0009-0004-5611-3917

Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Nacional de La Pampa - Argentina

Este capítulo propone una reflexión crítica sobre los fundamentos epistemológicos del cuidado humanizado en enfermería, considerando al cuidado como una práctica relacional, situada y ético-política. El objetivo es analizar cómo las concepciones de persona, salud y conocimiento configuran modos de cuidar centrados en la dignidad, la alteridad y el vínculo. Desde un enfoque teórico plural, se articulan aportes de la Filosofía, la ética del cuidado y la pedagogía crítica para cuestionar la hegemonía tecnocrática y promover una enfermería comprometida con la humanización. La contribución principal radica en visibilizar el carácter epistémico del cuidado humanizado y su relevancia en los procesos formativos. Se recuperan experiencias del contexto iberoamericano que enriquecen los saberes profesionales y fortalecen la formación de una enfermería reflexiva, crítica y sensible a los desafíos sociales, culturales y sanitarios contemporáneos. **Descriptores:** Cuidado Humanizado; Epistemología; Educación en Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El cuidado constituye la esencia de la enfermería, pero no cualquier forma de cuidado, sino una que se enraíza en el reconocimiento del otro como sujeto digno, autónomo y situado en contextos sociales, culturales y existenciales diversos. En este sentido, el **cuidado humanizado** se configura no sólo como una práctica clínica, sino como una **construcción epistémica profundamente ética**, relacional y política. Frente a los desafíos contemporáneos de los sistemas de salud, marcados por la tecnificación, la fragmentación de los vínculos y la mercantilización de la atención, reflexionar sobre los fundamentos epistemológicos que sustentan el cuidado humanizado se vuelve una tarea impostergable para la formación en enfermería.

Este capítulo se propone analizar críticamente las bases teóricas, epistemológicas y experienciales del cuidado humanizado en enfermería, visibilizando su relevancia en los procesos de formación, investigación y ejercicio profesional. Nos posicionamos desde una perspectiva que articula la **pedagogía crítica** (Freire, 1996), la ética del cuidado (Tronto, 1993; Gilligan, 1985), y los modelos humanistas desarrollados en el campo de la enfermería (Watson, 2008; Boff, 1999), reconociendo el cuidado como una práctica situada, vinculante y transformadora.

En el contexto iberoamericano, donde la formación en enfermería enfrenta tensiones entre modelos hegemónicos tecnocráticos y propuestas emergentes centradas en la integralidad del sujeto, es clave recuperar enfoques que restituyan el carácter humanizante de la profesión. En el caso argentino, el marco normativo que orienta la formación universitaria en enfermería, como la Resolución Ministerial N.º 2721/15, promueve una educación integral basada en el respeto por los derechos humanos, la responsabilidad social y la ética del cuidado. Estos principios se articulan directamente con la perspectiva del cuidado humanizado, brindando un sustento institucional a su inclusión transversal en los planes de estudio.

El cuidado humanizado no es un complemento ni un adorno de la práctica profesional; es su núcleo constitutivo, desde donde se despliegan saberes, competencias, habilidades relacionales y decisiones éticas con impacto en la vida de las personas.



MARCOS CONCEPTUALES CON LAS REALIDADES PRÁCTICAS Y FORMATIVA

Este capítulo se sustenta en un enfoque teórico-documental, basado en el análisis crítico de fuentes bibliográficas relevantes del campo de la Enfermería, la Filosofía, la Pedagogía y la Ética del cuidado. Se integran también evidencias empíricas recientes provenientes de estudios realizados en contextos iberoamericanos, con el fin de vincular los marcos conceptuales con las realidades prácticas y formativas.

La epistemología del cuidado humanizado en enfermería se inscribe en una matriz de pensamiento que reconoce al sujeto como centro de la práctica de salud, y al cuidado como una construcción intersubjetiva, situada y relacional. Esta perspectiva tensiona los enfoques positivistas o biomédicos que han dominado históricamente los sistemas de formación y atención, al proponer una comprensión ampliada del conocimiento enfermero, enraizada en la experiencia vivida, la ética del encuentro y la sensibilidad ante el sufrimiento del otro.

Jean Watson (2008), una de las autoras más influyentes en este campo, desarrolló la **Teoría del Cuidado Humano** como respuesta a la creciente despersonalización del acto de cuidar. En su modelo, el cuidado se concibe como un proceso transpersonal, que trasciende la técnica y se funda en una relación profunda entre quien cuida y quien es cuidado. La autora propone los factores caritativos (actualmente denominados procesos caritas) como núcleos que integran ciencia, ética y espiritualidad en el acto de cuidar. Desde esta mirada, el conocimiento enfermero no se limita a lo técnico-científico, sino que incorpora dimensiones afectivas, morales y existenciales.

Complementariamente, la ética del cuidado formulada por Carol Gilligan (1985) y desarrollada políticamente por Joan Tronto (1993) aporta una base sólida para comprender al cuidado como una práctica moral, vinculada a la responsabilidad, la atención y la reciprocidad. Tronto plantea que el cuidado debe ser entendido como una actividad estructural de la vida humana y no como una tarea secundaria. Para ello, identifica fases del proceso de cuidar (cuidar por, cuidar de, encargarse de, recibir el cuidado) que permiten visibilizar el entretejido ético

y social en que se inscribe toda práctica de cuidado. Estas fases no solo iluminan la práctica clínica, sino que interpelan la formación profesional en su dimensión relacional y política. Por su parte, **Leonardo Boff** (1999) contribuye con una perspectiva filosófico-teológica al entender el cuidado como una actitud fundamental hacia la vida, el planeta y el otro. En su propuesta, cuidar es asumir una postura amorosa, responsable y respetuosa frente a la fragilidad del ser. Esta mirada, en diálogo con **paradigmas ecológicos** y **espirituales**, enriquece la comprensión del cuidado más allá del ámbito disciplinar, posicionándolo como una categoría ética que trasciende especialidades.

Desde la educación, **Paulo Freire** (1996) ofrece claves para comprender el **cuidado** como un **acto pedagógico**. Al concebir la **educación** como una **práctica de libertad**, Freire introduce la **dimensión dialógica** y **problematicadora** de la relación educativa. Aplicado a la enfermería, este enfoque invita a repensar el proceso de enseñanza-aprendizaje no como transmisión de conocimientos, sino como un encuentro entre sujetos que comparten, construyen y transforman saberes desde su realidad concreta. Así, el acto de cuidar puede ser comprendido como acto educativo, que reconoce, valora y dignifica al otro.

En el ámbito específico de la enfermería, **Madeleine Leininger** (2002) aporta una mirada transcultural que amplía la comprensión del cuidado al integrarlo con los valores, creencias y prácticas culturales de las personas. Su **Teoría del Cuidado Culturalmente Congruente** plantea que el cuidado debe ser significativo para quien lo recibe, lo cual requiere un conocimiento profundo de su contexto cultural. Esta propuesta es especialmente relevante para los países iberoamericanos, caracterizados por una diversidad cultural amplia, donde el cuidado humanizado implica también el reconocimiento y la inclusión de las diferencias.

En suma, los fundamentos epistemológicos del cuidado humanizado en enfermería se construyen desde una pluralidad de saberes que confluyen en la afirmación del otro como sujeto de derechos, y del cuidado como acto ético, político y epistémico. Estos marcos teóricos nos permiten cuestionar las formas de conocimiento que privilegian la eficiencia técnica por sobre la relación humana, y abren camino a una enfermería comprometida con la dignidad, la escucha y la presencia significativa.

Esta articulación de enfoques teóricos no busca una síntesis totalizante, sino más bien un entramado de perspectivas que, en su diversidad, contribuyen a una comprensión más profunda y situada del cuidado humanizado. Recuperar estos fundamentos no solo enriquece el debate académico, sino que fortalece las

bases de una educación en enfermería crítica, sensible y comprometida con los desafíos de nuestros pueblos.



FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DEL CUIDADO HUMANIZADO EN LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS Y ASISTENCIALES - UN DESAFÍO COMPLEJO Y URGENTE

La traducción de los fundamentos epistemológicos del cuidado humanizado en las prácticas formativas y asistenciales en enfermería constituye un desafío complejo y urgente. Este desafío se complejiza al considerar contextos de atención específicos y diversos, como lo demuestran recientes investigaciones empíricas en Iberoamérica. Tales estudios revelan tanto el potencial transformador del cuidado humanizado como los límites estructurales, institucionales y culturales que condicionan su ejercicio.

En un estudio sobre el cuidado humanizado hacia personas con diversidad de género, [Ramírez Moreno](#) et al. (2024) evidencian que las vivencias de profesionales de enfermería están atravesadas por valores como [igualdad](#), [empatía](#) y [respeto](#), pero que su ejercicio se ve obstaculizado por factores como la ausencia de formación inclusiva, la falta de acompañamiento institucional y el desconocimiento o resistencia a usar el nombre social de los/as pacientes. Este hallazgo interpela tanto la formación de grado como la educación continua, ya que el cuidado humanizado requiere competencias culturales y comunicativas específicas que deben ser integradas transversalmente en los planes de estudio y en las prácticas clínicas supervisadas.

La autora [Palavecino](#) (2021) refuerza esta mirada al señalar que las narrativas del cuidado en la formación de enfermería aún transitan entre [ideales humanistas](#) y rutinas institucionalizadas que invisibilizan las dimensiones éticas y subjetivas del acto de cuidar. En el ámbito de las unidades críticas, [Bailón Moreira](#) (2024) identifica que, pese a la fuerte disposición ética hacia la atención humanizada, la sobrecarga laboral, el desgaste profesional y la escasa valoración institucional de las competencias emocionales y relacionales limitan su ejercicio. La autora subraya la necesidad de una gestión integral del cuidado que articule tecnología, empatía y bienestar laboral, lo que coincide con la perspectiva epistemológica de que el cuidado no puede dissociarse de las condiciones

materiales y organizacionales que lo sostienen. Esta tensión remite directamente a lo planteado por **Watson** (2008), cuando afirma que el cuidado transpersonal requiere presencia auténtica y conexión emocional, condiciones que resultan inviables cuando se impone la lógica de la eficiencia sobre la del vínculo.

En contextos hospitalarios generales, **Lobo-Osorio et al.** (2023) muestran que el 44 % de los pacientes siempre perciben cuidado humanizado, mientras que un 9 % nunca lo percibe. Las dimensiones más valoradas son las cualidades del trabajo del enfermero, la **escucha activa** y la presencia, lo que confirma que el cuidado humanizado se expresa no solo en procedimientos técnicos, sino fundamentalmente en el vínculo, la **comunicación efectiva** y la **actitud de respeto** hacia el otro. Sin embargo, también se observa que las experiencias negativas — como la indiferencia, la prisa o el maltrato— dejan huellas emocionales que impactan en la confianza, la recuperación y la percepción general del sistema de salud. Esto ratifica la idea de Freire (1996), para quien no hay educación sin diálogo, como



*no hay cuidado sin reconocimiento del
otro como sujeto!*

Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas (Elementos Gráficos) del Canva.

Varela y Briceño (2024), por su parte, analizan el cuidado humanizado en diferentes servicios hospitalarios, encontrando percepciones más altas en ginecología y obstetricia y más bajas en cirugía general, con diferencias estadísticamente significativas por género y servicio. Este hallazgo refuerza la idea de que el cuidado humanizado no es uniforme ni automático, sino que se ve influenciado por variables contextuales, culturales, organizativas y personales. Tales diferencias invitan a pensar en la importancia de incluir contenidos sobre ética del cuidado, diversidad, derechos humanos y formación reflexiva en la educación de enfermería, tal como sostienen autores como Tronto (1993) y Tardif (2004), que insisten en que las prácticas profesionales se configuran en el entrecruce entre saberes, experiencias, relaciones de poder e institucionalidad.

Además, estas evidencias permiten comprender que el cuidado humanizado no es un concepto abstracto ni un ideal normativo desvinculado de la realidad. Por el contrario, constituye una práctica situada que requiere condiciones institucionales favorables, competencias interpersonales sólidas, formación

inclusiva, conciencia ética, acompañamiento reflexivo y compromiso político. Leininger (2002) advertía ya que el cuidado sólo puede ser significativo si se reconoce y respeta el contexto cultural de quien lo recibe. Por tanto, la epistemología del cuidado humanizado no puede construirse sólo desde una visión universalista: debe nutrirse del diálogo entre marcos teóricos y realidades locales. En este sentido, los aportes de Boff (1999) resultan especialmente fecundos. El autor invita a pensar el cuidado como una actitud ética y espiritual, que pone en el centro la dignidad y la fragilidad del otro, la empatía como responsabilidad activa y el respeto como forma de justicia. Esta visión permite trascender los marcos clínicos tradicionales para abordar el cuidado como una categoría de vida, como una forma de ser en el mundo.

Por lo tanto, integrar estos aportes teóricos y empíricos en los procesos formativos de enfermería no solo enriquece el currículo, sino que transforma el modo en que se concibe el acto de cuidar. El cuidado humanizado se convierte así en una práctica pedagógica que interpela, resignifica y transforma. Como plantea Palma (2019), no se trata solo de enseñar contenidos, sino de construir sujetos capaces de leer críticamente el mundo, comprometerse con su transformación y ejercer una profesión ética, sensible y situada.

Finalmente, el reconocimiento del cuidado como acto epistémico implica también revisar cómo se produce el conocimiento en enfermería, qué formas de saber se privilegian y cuáles se excluyen. Desde esta perspectiva, pensar en una formación que articule saberes científicos, experienciales, éticos y culturales se vuelve una tarea imprescindible para sostener una enfermería verdaderamente humanizadora.

CONSIDERACIONES FINALES



El recorrido realizado en este capítulo nos permite afirmar que el cuidado humanizado en enfermería no es simplemente una técnica más ni un valor agregado, sino una categoría epistémica que interpela la forma en que concebimos, enseñamos y ejercemos la profesión. Reconocer el cuidado como práctica relacional, situada y ético-política implica revisar críticamente los marcos teóricos, curriculares e institucionales que sustentan la formación profesional, así como los discursos que legitiman determinadas maneras de conocer y actuar en salud.

Los fundamentos epistemológicos del cuidado humanizado proponen una ruptura con las lógicas fragmentadas, objetivantes o tecnocráticas que aún persisten en muchos entornos formativos y asistenciales. Al mismo tiempo, ofrecen un horizonte de transformación que recupera el valor del vínculo, la alteridad, la sensibilidad y el compromiso ético en el acto de cuidar. En este marco, la formación en enfermería adquiere una dimensión profundamente política: formar para cuidar humanamente es formar para resistir la deshumanización, para sostener la dignidad en contextos de vulnerabilidad, y para construir saberes comprometidos con la vida y la justicia.

Esta perspectiva desafía a las instituciones a repensar sus diseños curriculares, sus estrategias pedagógicas y sus modelos de gestión, desde una coherencia que no disocie el discurso del cuidado de las condiciones reales en que se enseña y se aprende. Asimismo, demanda una revisión de los modos en que los vínculos entre docentes, estudiantes, equipos de salud y comunidades son construidos, mediados o interrumpidos.

Humanizar el cuidado supone, en definitiva, humanizar también la educación!



Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas (Elementos Gráficos) del Canva.

Desde el contexto iberoamericano, marcado por profundas desigualdades pero también por potentes experiencias de resistencia y cuidado colectivo, el abordaje epistemológico del cuidado humanizado cobra una especial relevancia. Recuperar saberes locales, prácticas comunitarias, enfoques interculturales y perspectivas críticas de la salud permite enriquecer la formación de profesionales sensibles, comprometidos y capaces de sostener una enfermería situada, inclusiva y transformadora.

En suma, este capítulo invita a seguir pensando la educación en enfermería no solo desde lo que se enseña, sino desde cómo, con quiénes, para qué y desde qué mirada se construye ese conocimiento. Solo una educación que cuida puede formar profesionales que cuidan. Y solo una enfermería que se piense a sí misma como práctica humanizante podrá sostener, en medio de las crisis, una ética del cuidado verdaderamente transformadora.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran no utilizar herramientas de inteligencia artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc). Toda la redacción y/o diseño de los materiales audiovisuales, son de responsabilidad plena de los autores para el desarrollo del contenido académico del capítulo.

REFERENCIAS

Bailón-Moreira MG. La gestión del cuidado humanizado en unidades críticas: percepción del personal de enfermería. **Revista Pulso Científico**, (2024); 2(2), 1–15. <https://doi.org/10.70577/rps.v2i2.20>

Boff L. **El cuidado esencial: Ética de lo humano, compasión por la Tierra**. Trotta, 1999.

Freire P. **Pedagogía de la autonomía: Saberes necesarios para la práctica educativa** (25.ª ed.). Paz y Tierra, 1996.

Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Harvard University Press, 1985.

Leininger M. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. **Journal of Transcultural Nursing**, 13(3), 189–192, 2002. . <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>

Lobo-Orsorio D, Oviedo-Córdoba H, Cortina-Navarro C. La experiencia del cuidado humanizado en personas hospitalizadas: un estudio transversal. **Duazary**, 20(2 número especial), 17–27, 2023. <https://doi.org/10.21676/2389783X.5354>

Palavecino C. Narrativas del cuidado en la formación de enfermería: Sentidos, tensiones y aprendizajes. **Cuadernos de Educación y Cuidado**, 7(2), 44–60, 2021.

Palma A. Educación y epistemología decolonial en salud: Aportes para una formación crítica y contextualizada. **Revista Latinoamericana de Educación en Ciencias de la Salud**, 17(1), 85–96, 2019.

Ponce Varela YM, Contreras-Briceño JI. El cuidado humanizado de enfermería en un hospital del sur ecuatoriano. **Revista Científica UNEMI**, 11(2), 1718–1735, 2024.

Ramírez-Moreno P, Santelices-Tello C, Correa-Quiroz A, Silva-Morales B, Venegas-Rojas B. Vivencias del profesional de enfermería en el cuidado humanizado a personas con diversidad de género. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, 13(2), e3757, (2024). <https://doi.org/10.22235/ech.v13i2.3757>

Tardif M. **Saberes docentes y formación profesional**. Narcea, 2004.

Tronto J. **Moral boundaries: A political argument for an ethic of care**. Routledge, 1993.

Watson J. **Nursing: The philosophy and science of caring (rev. ed.)**. University Press of Colorado, 2008.

AGRADECIMIENTOS

La Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE) y a la coordinación editorial del libro "Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería" por la invaluable oportunidad de contribuir a esta significativa obra conmemorativa de sus XV años; Las instituciones de afiliación de cada uno de los autores, la Universidad Nacional del Nordeste, la Universidad Nacional de Tucumán, la Universidad Nacional de La Pampa, la Universidad Nacional de Formosa y la Universidad Isalud, la revisora Ana Beatriz Luque por sus aportes críticos y constructivos, que contribuyeron sustancialmente a la mejora de la calidad y profundidad del texto.

Revisora

Ana Beatriz Luque
Universidad de la Cuenca del Plata.
Facultad de Ciencias Sociales (UCP).

Cómo citar

Gomez F, Seco ME, Cornejo SN. **Fundamentos epistemológicos del cuidado humanizado en enfermería: saberes, vínculos y práctica situada.** In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.273-282. ISBN: 978-65-5203-487-8. [doi:10.5281/zenodo.17823327](https://doi.org/10.5281/zenodo.17823327).

ENFERMAGEM E DECOLONIALIDADE: CONSTRUINDO NOVAS EPISTEMOLOGIAS PARA FORMAÇÃO E O CUIDADO

Enfermería y decolonialidad: construyendo nuevas epistemologías para la formación y el cuidado

Epistemological foundations of humanized care in nursing: knowledge, bonds and situated practice

Mábia Sousa Neves Trindade | ORCID: 0009-0007-1914-306X

mabianeves.27@gmail.com, Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN), Brasil

Dandara Costa Alcântara | ORCID: 0000-0001-6962-0847

Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN), Brasil

Alva Helena de Almeida | ORCID: 0000-0002-7463-8432

Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN), Brasil

Ana Paula da Silva Coutinho | ORCID: 0009-0008-9007-3014

Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN), Brasil

Leila Medianeira Coutinho Rosa | ORCID: 0000-0002-7463-8432

Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN), Brasil

Este capítulo analisa as interrelações entre a formação em enfermagem e a colonialidade, problematizando como os currículos, práticas pedagógicas e identidades profissionais seguem estruturados em bases eurocêtricas. A importação do modelo nightingaleano e a adoção de bibliografias estrangeiras contribuíram para o apagamento de saberes afro-indígenas e populares, configurando epistemicídio e reforçando hierarquias de gênero, raça e classe. A partir da teoria da colonialidade do ser, saber e poder (Quijano; Mignolo), discute-se como a colonialidade se manifesta na dominação dos corpos e saberes, no epistemicídio e na reprodução de hierarquias. A contribuição incide em desvelar as estruturas coloniais que persistem na prática do cuidado e na formação profissional. A relevância para a educação em enfermagem e saúde é propor uma reflexão crítica sobre a necessidade da adoção de estratégias decoloniais na formação em enfermagem, a fim de construir uma formação equitativa e inclusiva, valorizando a diversidade de conhecimentos e experiências no campo da saúde. **Descritores:** Decolonialidade; Formação em Enfermagem; Bases epistemológicas.

INTRODUÇÃO

A formação da enfermagem no Brasil se estruturou a partir de um olhar eurocêntrico, marcado pela importação do modelo nightingaleano, criado na Inglaterra no século XIX. Esse modelo, introduzido no país no início do século XX, priorizava disciplina, obediência e moral cristã, e acabou se consolidando como padrão científico e pedagógico a ser seguido (Oguisso, 2019; Padilha; Borenstein, 2006). Ao privilegiar as referências europeias, deslegitimou-se os saberes de parteiras, curandeiras e práticas afro-indígenas, que foram classificadas como atrasadas ou não científicas (Silva, 2010).

Esse processo reflete a lógica da colonialidade do saber, em que a ciência europeia foi erigida como universal e superior, produzindo epistemicídio e apagamento das práticas locais (Alcântara, 2022; Quijano, 2005; Maldonado-Torres, 2010). Assim, o cuidado foi medicalizado e subordinado ao modelo biomédico ocidental, invisibilizando experiências culturais e espirituais que já compunham o campo da saúde (Nunes; Maia, 2019).

Além disso, a formação em enfermagem reproduziu hierarquias de gênero, classe e raça. O modelo eurocêntrico valorizava a inserção de mulheres brancas de classe média como enfermeiras profissionais, enquanto mulheres negras e pobres foram relegadas a funções subalternas no cuidado (Barros, Alves, 2016). Esse processo dialoga com a análise de Carneiro (2005), segundo a qual a identidade branca se constrói a partir da negação do outro, o negro como “não-ser”, mecanismo que também atravessa a profissão ao legitimar determinados corpos e saberes em detrimento de outros.

Portanto, a formação da enfermagem, ao se estruturar sob o prisma eurocêntrico, não apenas padronizou práticas e currículos com base no modelo europeu, como também reforçou desigualdades históricas, contribuindo para a invisibilidade de saberes afro-brasileiros e indígenas. e para a perpetuação de hierarquias raciais e de gênero no campo da saúde, apesar de ser uma profissão formada majoritariamente por mulheres negras de baixo status social.

Sendo assim, este capítulo tem por objetivo analisar as interrelações entre formação em enfermagem, cuidado e colonialidade, propondo epistemologias decolônias, e oferecendo uma lente crítica para desvelar as estruturas de dominação que persistem na formação e prática do cuidado no campo da enfermagem.



INTERRELAÇÕES ENTRE A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM, CUIDADO E COLONIALIDADE

Este capítulo configura-se como uma revisão de literatura de natureza teórica, com o objetivo de explorar as interrelações entre a formação em enfermagem, cuidado e colonialidade à luz do conceito proposto por Quijano (1992) e Mignolo (2003), colonialismo do ser, saber e poder.

O texto está organizado em três partes: inicialmente, apresenta-se uma reflexão acerca da dominação dos corpos e dos saberes em saúde, com apoio das teorias decoloniais. Na sequência o conceito proposto por Quijano (1992) e Mignolo (2003) referente ao colonialismo do ser, saber e poder oferece uma lente crítica para explorar os conceitos dessa teoria correlacionando suas manifestações na educação em enfermagem e por fim propõe-se uma reflexão sobre a necessidade de uma educação decolonial no campo da enfermagem brasileira.

O COLONIALISMO DO SER, SABER E PODER: MANIFESTAÇÕES NA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM



De acordo com Araújo (2024), a epistemologia pode ser compreendida como um estudo sistemático e crítico do saber, abrangendo sua organização, formação, desenvolvimento, funcionamento e produtos intelectuais. A autora a define como uma reflexão aprofundada sobre a ciência, considerando-a uma atividade humana central na sociedade contemporânea, a ponto de constituir uma das formas específicas da existência moderna. Sendo assim, refletir sobre epistemologia é essencial para entender a colonialidade no processo formativo em enfermagem, uma vez que as bases epistemológicas apresentam o que é considerado “conhecimento legítimo”, ou seja, quem decide o que vale como ciência, contudo, quando esse critério de legitimidade é eurocêntrico, saberes locais ficam excluídos do currículo tidos como formais e validados socialmente (Quijano 1992, Mignolo 2003).

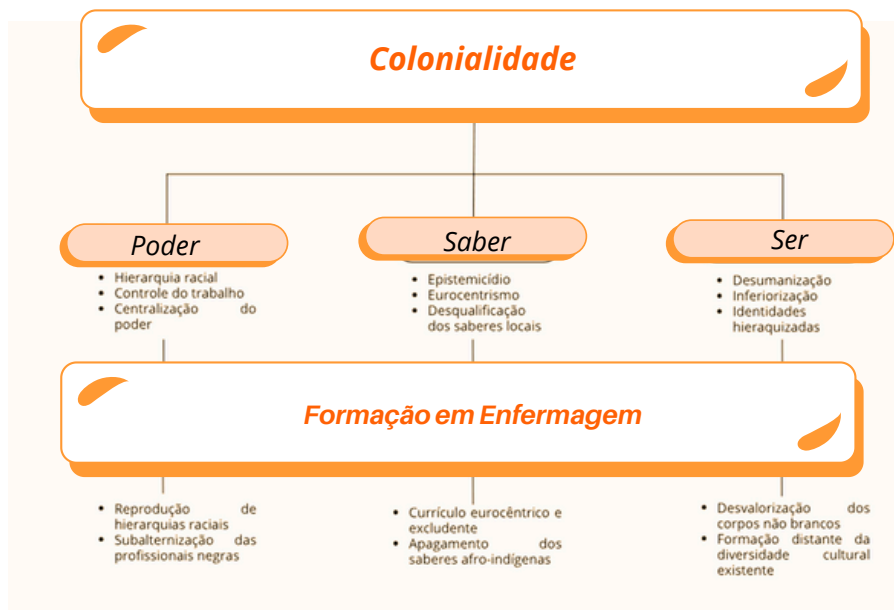
Quijano (1992) ainda problematiza o conceito de colonialismo e colonialidade, para o autor o colonialismo difere da colonialidade, pois o mesmo refere-se ao regime histórico de ocupação, dominação política/territorial e exploração dos povos e territórios, já a colonialidade é a persistência dos padrões de poder, segregação e hierarquias que sobreviveram até os dias atuais, através de mecanismos como a classificação racial como princípio de organização social, a hierarquização de saberes (eurocentrismo) e as formas de controle do trabalho vinculadas ao capitalismo mundial. Gonzalez (1979) defende que o que acontece no Brasil é uma discriminação prática, em relação às representações mentais e sociais que são reforçadas e perpetuadas de várias formas.

O autor, adicionalmente argumenta que a modernidade é indissociável da colonialidade; o eurocentrismo consolida a ideia de que o conhecimento europeu é o universal, este é o ponto que valida a crítica ao currículo biomédico hegemônico. A dimensão existencial da colonialidade revela-se na construção de identidades profissionais hierarquizadas. O modelo da “**enfermeira padrão**” historicamente racializada, conecta-se diretamente à formação em enfermagem, onde segundo Ferreira (2025) as questões étnico-raciais foram sistematicamente negligenciadas ou distorcidas no campo da saúde, resultando na construção de práticas alheias às realidades e necessidades das populações negras, pois ainda segundo a autora a enfermagem, enquanto área central no cuidado humano, não pode se limitar a protocolos técnicos; ela precisa abraçar a diversidade cultural e biológica das pessoas que atende.

No entanto, a colonialidade do saber implica que formas de conhecimento não europeias são desqualificadas, enquanto a epistemologia eurocêntrica se apresenta como universal. Essa imposição epistemológica explica porque currículos e manuais de enfermagem importados se consolidaram como único padrão legítimo (Quijano, 1992; Mignolo, 2003).

As três Dimensões da Colonialidade

A colonialidade é um conceito central no pensamento decolonial, que se refere à **persistência de padrões de poder coloniais** que emergiram com o colonialismo moderno, mas que sobreviveram ao fim das administrações coloniais. Walter Mignolo (2003), baseando-se em Aníbal Quijano(1992), aprofunda essa compreensão em três dimensões interligadas:



Fonte: Elaborado pelos autores do capítulo com base em Quijano (1992,2005) e Mignolo (2003).

Figura 1- Dimensões da colonialidade e suas manifestações na formação em enfermagem.

Originalmente formulada por Aníbal Quijano, a colonialidade do poder descreve um padrão global de poder que se estabeleceu com a conquista da América e a formação do capitalismo mundial. Seus pilares incluem a imposição de uma hierarquia racial que subalterniza povos indígenas e africanos, o controle do trabalho baseado na raça, a centralização do poder político e econômico em elites eurodescendentes e a imposição de padrões europeus de sexualidade e gênero.

Na educação em enfermagem e nos processos formativos em saúde, os currículos, as literaturas e as práticas ainda são extremamente pautadas a partir da história branca-europeia, apresentando a história particular e a realidade dos europeus como o conjunto de toda a experiência humana. (Ferreira, 2025). Como resultado dessa referência, ocorre a imposição das realidades e cultura européia como universal e adaptável a todos os povos independentemente de sua origem geográfica, formação histórica, econômica, social, cultural e política, e hierarquicamente superior às demais (Asante, 2014).

De acordo com Esegbona-Adeigbe (2021), as estruturas curriculares do ensino superior permanecem dominadas por perspectivas intelectuais eurocêntricas e de origem branca. Essa hegemonia resulta na insuficiente inclusão de grupos etnicamente plurais e na omissão do reconhecimento do privilégio branco, bem como das ideologias que dele se originaram e são por ele mantidas.

“O uso de um currículo eurocêntrico ensina que a diversidade racial é um problema e um déficit. Desse modo, seguimos formando profissionais da saúde a partir da ideia de que se os processos, as tecnologias e as teorias servem para cuidar do branco, servirá incontestavelmente para os demais seres humanos, pois vivemos sob a égide de que fazemos parte da grande raça humana, e, portanto, somos iguais. Este cenário desconsidera que o ser humano é um produto social, “ele é o que come, aprende, ouve, vê, sente e vive” (Fu-Kiau, 2024) e que apresenta variabilidade genética (Ferreira, 2025, p. 15).”

Conectando a colonialidade do saber, segundo Mignolo (2003), **Torres** (2022), refere-se à imposição de uma epistemologia eurocêntrica como a única forma válida de produzir conhecimento, enquanto outros saberes (indígenas, africanos, populares) são desqualificados como mitos ou folclore.

Há de se considerar que a **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra** (PNSIPN, 2017) representa um avanço ao reconhecer o racismo como determinante social da saúde e ao estabelecer como objetivo a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais. Entre suas diretrizes, destaca-se a necessidade de inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde. Contudo, a distância entre a normativa e a realidade dos currículos de enfermagem evidencia que o epistemicídio persiste como mecanismo estruturante da formação, mantendo à margem os conhecimentos e experiências das populações negras no campo do cuidado.

A colonialidade do ser aborda a dimensão existencial e ontológica da dominação colonial. Para Mignolo (2003), **Torres** (2022), ela se manifesta na desumanização e na inferiorização dos povos colonizados, afetando sua

própria percepção de si e seu lugar no mundo. Isso inclui a negação da plena humanidade, a internalização da inferioridade e a imposição de modos de vida que desqualificam as formas de ser e existir dos povos não-ocidentais. A ideia era que se além da colonialidade do poder existisse também a colonialidade do conhecimento, então poderia muito bem haver uma colonialidade específica do ser (Torres,2022).


E esse reflexo é notório na formação em enfermagem no Brasil, onde a colonialidade atravessa os processos formativos e os currículos. A partir da distinção proposta por Quijano (1992) entre colonialismo e colonialidade, observa-se que, embora o primeiro se refira a um regime histórico de dominação, o segundo permanece como padrão de poder que organiza hierarquias raciais e epistemológicas, sustentando a centralidade do eurocentrismo como forma legítima de conhecimento. Essa lógica explica porque os currículos da enfermagem foram historicamente estruturados com base em manuais, teorias e protocolos oriundos de uma realidade que não é a nossa, desqualificando práticas afro-indígenas e saberes populares como “não científicos” (Mignolo, 2003; Ferreira, 2025).

Esse cenário se reflete tanto na bibliografia adotada, majoritariamente estrangeira e branca (Esegbona-Adeigbe, 2021), quanto nas práticas pedagógicas, que ainda reproduzem a ideia de uma ciência universal, neutra e adaptável a todos os corpos.

Na prática, como assinala Gonzalez (1979), o racismo cultural naturaliza desigualdades e legitima a marginalização de sujeitos e saberes, resultando em currículos que invisibilizam a diversidade racial e cultural do país. Assim, a colonialidade do saber e do ser, ao orientar a organização curricular e a identidade profissional, perpetua desigualdades históricas e compromete a formação das trabalhadoras da enfermagem tornando-as incapazes de reconhecer e atender às múltiplas realidades culturais e sociais de uma sociedade plural. Assim preconiza a Política Sobre Etnia e Saúde (OPAS,2017):.

Interculturalidade

“Devem-se estimular os esforços por capacitar os profissionais institucionais e comunitários da saúde como facilitadores interculturais e geradores de condições para o diálogo de saberes. Deve-se levar em consideração a atenção integral e articulada com outros setores, de modo que se tenha uma atenção à saúde oportuna, culturalmente pertinente e não discriminatória. Além disso, deve-se estimular a inclusão da interculturalidade na elaboração do currículo das carreiras técnicas e profissionais no âmbito da saúde. Deve-se promover a representatividade nos sistemas de saúde dos indígenas, afrodescendentes e membros de outros grupos étnicos nos sistemas de saúde, conforme seja a realidade do país, a fim de assegurar a atenção à saúde culturalmente pertinente (OPAS, 2017, p. 15).”



Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas (Elementos Gráficos) del Canva.

Portanto, desenvolver processos formativos na enfermagem com base em outras epistemologias e cosmovisões, revela compromisso com o resgate da humanidade dos sujeitos, atendem aos princípios da universalidade, integralidade e da equidade, ordenadores do Sistema único de Saúde (Ferreira, 2022).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo propôs uma discussão sobre a formação em enfermagem no Brasil, que permanece imbricada em matrizes epistemológicas eurocêntricas cuja persistência configura a colonialidade do saber, do ser e do poder. Ao distinguir colonialismo e colonialidade, identificamos que não se trata apenas de uma herança histórica, mas de um padrão de organização social e cognitiva que continua a orientar currículos, bibliografias, práticas pedagógicas e identidades profissionais, produzindo epistemicídio e a invisibilidade de saberes afro-indígenas e populares.

Essa estrutura epistemológica legitimadora de saberes eurocêntricos repercute diretamente nas trajetórias formativas da enfermagem e no exercício profissional: ementas curriculares padronizadas, referências bibliográficas predominantemente estrangeiras, exercícios clínicos e protocolos pensados para corpos e contextos distintos do brasileiro.

O racismo presente na historiografia da enfermagem brasileira, se entrelaça com as representações estereotipadas que se tinham das mulheres negras, que eram vistas como incompatíveis à imagem construída da enfermeira padrão, relegando assim as práticas e saberes de cuidado pré profissionais, oferecidos pelas parteiras, mães pretas e amas de leite. Sendo esse mecanismo o mesmo que se vincula ao processo de genocídio da população negra no Brasil, pois uma vez que ocorre a negação ao acesso à formação profissional em enfermagem de forma respeitosa à história pregressa da nossa sociedade, a população não branca é impelida a condições menos favorecidas social e economicamente, encontrando obstáculos reais para sobreviver.

Frente a esse diagnóstico, as diretrizes e políticas públicas, como por

exemplo as **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais** e para o **Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira** (DCNERER,2004), a **Política Nacional de Saúde integral da População Negra** (PNSIPN,2017) constituem pontos de apoio imprescindíveis, mas insuficientes se implementadas apenas no papel, isto é, quando ficam na formalidade. A transformação requerida demanda intervenções articuladas em diferentes níveis: revisão crítica e decolonial dos projetos pedagógicos, das estratégias de ensino, das referências disciplinares e também da adequada formação docente.

Por fim, a decolonialidade da formação em enfermagem não deve restringir-se ao mero acréscimo de conteúdos, exige deslocamento epistemológico, uma ecologia de saberes que reconheça a pluralidade de conhecimentos, restitua protagonismo às práticas historicamente subalternizadas e reconfigure a profissão para responder com integralidade e equidade às necessidades de uma população plural.

USO DA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Os autores declaram que não utilizaram ferramentas de inteligência artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc). Toda a redação e/ou desenho dos materiais audiovisuais, são de responsabilidade plena dos autores para o desenvolvimento do conteúdo acadêmico do capítulo.

REFERÊNCIAS

Alcântara DC. **Travestilidade, transexualidade e interseccionalidade: o gênero, cor e classe como questões de saúde** (Dissertação mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.
<https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/19074/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Dandara%20Costa%20Alc%C3%A2ntara%20-2022-Completa.pdf>

Araújo PC. Epistemologia: Um conceito em análise no domínio da organização do conhecimento. In C. C. Almeida, S. R. San & Á. D. Martínez (Orgs.), **Estudos críticos em organização do conhecimento** pp. 139-164, 2024. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica.

Asante MK. **Afrocentricidade: A teoria da mudança social. Rio de Janeiro: Afrocentricidade Internacional**, 2014.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Conselho Pleno. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana**, 2004. Brasília-DF.
https://download.inep.gov.br/publicacoes/diversas/temas_interdisciplinares/diretrizes_curriculares_nacionais_para_a_educacao_das_relacoes_etnico_raciais_e_para_o_ensino_de_historia_e_cultura_a

[fro_brasileira_e_africana.pdf](#)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política para o SUS (3a ed.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, (2017). <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/publicacoes/politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra-1-edicao-2010>

Carneiro AS. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser (Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. <https://repositorio.usp.br/item/001465832>

Esebona-Adeigbe S. The impact of a Eurocentric curriculum on racial disparities in maternal health. **European Journal of Midwifery**, 5, 36, 2021. <https://doi.org/10.18332/ejm/140086>

Ferreira SC. Debate contracolônial na formação em saúde: Resgatando a ciência de Kemet. In **Racismo científico e a formação em saúde** pp. 7–35, 2022. Salvador: EDUNEB.

Ferreira SC. **A produção do conhecimento contracolônial na formação em saúde: Trilhando caminhos coletivos**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2025.

Fu-Kíau KKB. **O livro africano sem título: Cosmologia dos Bantu-Kongo**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2024.

Gonzalez L. Cultura, etnicidade e trabalho: Efeitos linguísticos e políticos da exploração da mulher. In **Anais do 8º Encontro Nacional da Latin American Studies Association**, pp. 8–15, 1979.

Lima MRA, Nunes MLA, Klüppel BLP, Medeiros SM, Sá LD. Nurses' performance on indigenous and African-Brazilian health care practices. **Rev Bras Enferm**. 2016; 69(5:788-94). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.201669050>

Mignolo W. **Histórias locais/projetos globais: Colonialidade, saberes subalternos e pensamento liminar** (S. R. de Oliveira, Trad.). Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2003.

Oguisso T, Takashi MH, Freitas GF, Bonini BB, Silva TA. (2019) Primeiro Código Internacional de Ética de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm** 28: e20180(140p). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0140>

Organização Pan-Americana da Saúde. **Política sobre etnia e saúde**. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C., EUA, 25–29 de setembro de 2017. <https://www.paho.org/sites/default/files/2022-09/ethnicityhealth-policy-2017-po.pdf>

Padilha, M.I.C. de S; Borenstein, M.S. (2006) História da enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade. **Esc Anna Nery R Enferm** 2006 dez; 10 (3: 532 – 8). 26Artigo22.pmd

Quijano, A. (1992). Colonialidad y modernidad/racionalidad. *Perú Indígena*, 13(29).

Quijano, A. (2005). Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In E. Lander (Org.), *A colonialidade do saber: Eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: CLACSO.

Schweickardt JC, Cabral KV, Martins FM, Ferla AA. (Org) **Decolonialidades e cuidados em saúde na América Latina**. 1 Ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida (Série Saúde & Amazônia, v.33 (408 p.), 2024 DOI:10.18310/9786554621830

Torres M.V.S; M.R.G.M, Pires. Mulheres, curandeiras e enfermeiras na perspectiva de gênero e de raça: o que perde a enfermagem com a reedição de discursos discriminatórios. **Revista do CEAM**, UnB, Brasília/DF, Brasil volume 9 (15p), 2023 <https://doi.org/10.5281/zenodo.7877646>

Torres NM. **Sobre a colonialidade do ser: Contribuições para o desenvolvimento de um conceito** (p. 90). Belo Horizonte: Via Verita, 2022.

AGRADECIMENTOS

La Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE) y a la coordinación editorial del libro "Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería" por la invaluable oportunidad de contribuir a esta significativa obra conmemorativa de sus XV años; que contribuyeron sustancialmente a la mejora de la calidad y profundidad del texto.

Revisora

Roberta Waterkemper
Universidade Federal de Ciências da
Saúde de Porto Alegre
Porto Alegre, RS, Brasil
ORCID: 0000-0001-9066-7666

Como citar

Trindade MSNT, Alcântara DC, Almeida AH, Silva Coutinho AP, Coutinho Rosa LM. **Enfermagem e decolonialidade: construindo novas epistemologias para a formação e o cuidado**. In: Lino MM, Romero Daza AI, Martinez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.283-293. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17823373](https://doi.org/10.5281/zenodo.17823373).

COMPASIÓN EN ENFERMERÍA: BASES CONCEPTUALES Y EPISTEMOLÓGICAS PARA UNA FORMACIÓN MÁS HUMANA Y TRANSFORMADORA

Compaixão na enfermagem: bases conceituais e epistemológicas para uma formação mais humana e transformadora

Compassion in Nursing: Conceptual and Epistemological Foundations for a More Human and Transformative Education

Andrés Antonio Gutiérrez Carmona | ORCID: 0000-0001-7323-0884

andres.gutierrez.carmona@uantof.cl, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile

Daniela Castillo Mansilla | ORCID: 0000-0002-8801-2609

Universidad de Chile, Santiago, Chile

Ángela Cristina Valdés Jara | ORCID: 0000-0003-1539-149X

Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile

Este capítulo propone una reflexión crítica sobre la compasión como categoría epistemológica en la formación en enfermería. Su objetivo es problematizar su reducción a un valor moral o emocional, argumentando que constituye una forma de conocimiento situada, encarnada y relacional. El enfoque teórico articula la antropología evolutiva, la fenomenología del cuidado y teorías enfermeras como las de Travelbee, Watson y Eriksson. Se examinan las bases conceptuales que sustentan la incorporación de la compasión en la enseñanza, la investigación y las prácticas clínicas, destacando su capacidad para cuestionar enfoques técnico-racionalistas aún dominantes en la formación. La contribución del capítulo radica en ampliar los fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Frente al avance de la inteligencia artificial, se plantea que cultivar la compasión es clave para preservar el carácter ético y humano del cuidado en escenarios clínicos crecientemente automatizados. **Descriptores:** Compasión; Educación en Enfermería; Epistemología

INTRODUCCIÓN

En el actual escenario sanitario global, marcado por una crisis multidimensional del cuidado —donde confluyen la creciente tecnificación de los procesos, la sobrecarga laboral de los equipos de salud, la mercantilización de la atención y el avance acelerado de la inteligencia artificial (IA)—, la enfermería enfrenta un desafío crucial: salvaguardar la esencia ética y humana del cuidado. En este contexto, entre los múltiples valores que orientan la práctica profesional, la compasión se erige como una dimensión indispensable, aunque a menudo subestimada o reducida a un mero atributo moral o emocional (Condeço, 2025). Esta concepción limitada invisibiliza su potencial como forma de conocimiento con capacidad transformadora, situada en la experiencia encarnada del cuidado y en la comprensión profunda de la vulnerabilidad humana (Raustol, 2023).

La incorporación consciente de la compasión en la formación de enfermeras y enfermeros no responde únicamente a un imperativo ético: también amplía los fundamentos epistemológicos de la disciplina, fortaleciendo su capacidad de respuesta frente a la complejidad del sufrimiento humano (Varghese, 2025). La evidencia científica reciente muestra que la compasión es una habilidad entrenable, asociada a mejoras significativas en el bienestar psicológico, la regulación emocional y la calidad del cuidado (Zarrinkolah et al., 2025; Gutiérrez-Carmona et al., 2024; Gutiérrez-Carmona et al., 2025). Sin embargo, su integración en los currículos sigue siendo limitada debido a la persistencia de enfoques técnico-racionalistas que priorizan las competencias instrumentales sobre las relacionales y reflexivas (da Silva, 2025).

Este capítulo plantea una reflexión crítica sobre la **compasión** como categoría epistemológica en enfermería, articulando fundamentos teóricos provenientes de la antropología evolutiva, la fenomenología del cuidado y modelos enfermeros clásicos y contemporáneos, como los de **Travelbee**, **Watson**, **Eriksson** y **Georges**. Asimismo, se examina su relevancia frente a los retos educativos y éticos que plantea la automatización sanitaria. Tiene como objetivo general analizar la compasión como categoría epistemológica y sus implicancias para una formación en enfermería más humana y transformadora así como Examinar los fundamentos conceptuales y epistemológicos de la compasión,

explorar estrategias para su integración efectiva en la enseñanza y la práctica clínica y reflexionar sobre su papel en la preservación del carácter ético del cuidado frente a la automatización.



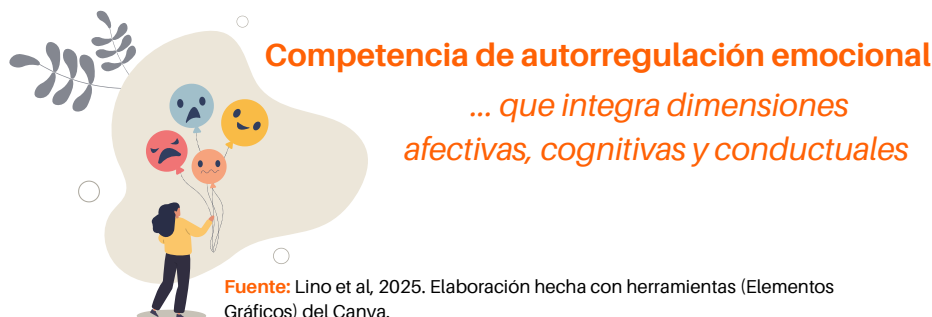
LA COMPASIÓN: UNA ATITUDE PROFESIONAL NECESARIA

La compasión, cuyo origen etimológico proviene del latín *cumpassio* —“sufrir con”, “padecer junto” o “sentir por”— (Ten Have, Patrão, 2021), ha sido históricamente entendida como una disposición moral o afectiva orientada hacia el otro. En el marco contemporáneo, y desde una perspectiva sustentada en la evidencia, su conceptualización más difundida se inspira en la tradición budista, que la define como sensibilidad hacia el sufrimiento propio y ajeno, acompañada de la motivación activa para prevenirlo y aliviarlo (Jinpa, 2016). Esta definición reconoce tres flujos interrelacionados: ofrecer compasión a otros, recibirla de otros y cultivarla hacia uno mismo.

Asumir la compasión en este sentido amplio implica reconocer que el cuidado no se reduce al acto de aliviar el sufrimiento ajeno, sino que exige también volver la mirada hacia uno mismo con amabilidad y contención. La autocompasión se convierte así en práctica fundamental para sostener el bienestar del profesional de enfermería, al permitir reconocer la propia vulnerabilidad y atenderla con la misma ternura con que se acompañaría a otro ser humano. Igualmente, aceptar la compasión proveniente de otros rompe con la ilusión de autosuficiencia y renueva la energía del cuidado. Cuando los tres flujos están activos, la compasión no se experimenta como desgaste, sino como fuente de vitalidad y equilibrio interno, capaz de proteger frente al burnout y la fatiga empática.

Paul Gilbert ha mostrado que esta dinámica puede comprenderse a través de los sistemas de regulación emocional (Gilbert, Van-Gordon, 2023). El sistema de amenaza activa la defensa y el estrés; el sistema de logro impulsa la acción y la búsqueda de metas; y el sistema de calma y seguridad fomenta la relajación, el apego y la conexión. La práctica compasiva fortalece este último sistema, promoviendo una sensación de seguridad afectiva que regula los otros dos y posibilita una presencia más estable y empática en la relación de cuidado. De esta manera, la compasión puede entenderse no sólo como respuesta ética, sino también como competencia de autorregulación emocional que integra dimensiones afectivas, cognitivas y conductuales.

De esta manera, la compasión puede entenderse no sólo como respuesta ética, sino también como una



En el ámbito enfermero, se despliega en un entramado relacional donde el **vínculo cuidador-paciente** es central para la calidad del cuidado (Raustol, 2023). Aunque tradicionalmente se ha concebido como valor moral, una lectura crítica permite situar como categoría epistemológica: un fundamento desde el cual se genera, valida y aplica conocimiento disciplinar (Condeço, 2025). Trasciende así la mera respuesta emocional para constituirse en un saber situado que emerge de la (Condeço, 2025; Varghese, 2025)



Esta comprensión como conocimiento encarnado halla sustento en la neurofenomenología de Francisco Varela, para quien conocer es experiencia situada que integra la perspectiva en primera persona (vivencia subjetiva) con la de tercera persona (evidencia empírica) (Berkovich-Ohana et al., 2020; Shutaleva, 2023). La enacción, concepto central de Varela, sugiere que la cognición y la experiencia no son representaciones de un mundo externo, sino que emergen a través de la interacción dinámica y el acoplamiento estructural entre el organismo y su entorno. En el cuidado, la compasión encarnada sería un claro ejemplo de este proceso enactivo, donde el conocimiento no es abstracto, sino que se realiza en la acción compasiva misma.

En este marco, la experiencia vivida del cuidado —en estudiantes, profesionales y pacientes— se reconoce como **fuentes legítimas de saber**. La **integración de datos neurocientíficos** y relatos fenomenológicos permite comprender cómo el **entrenamiento sistemático en compasión** fortalece competencias relacionales y modifica patrones atencionales, afectivos y cognitivos. Incorporarla en los currículos no es un añadido ético, sino un núcleo epistémico del aprendizaje clínico profundo, **capaz de preservar la humanidad** del cuidado incluso en contextos de creciente automatización tecnológica.

Lejos de ser un ornamento moral, la compasión constituye una **estrategia adaptativa** que ha modelado profundamente la manera en que los humanos se vinculan. Desde la psicología evolutiva se asocia al **“cerebro social”**, que permitió percibir el sufrimiento ajeno y responder con conductas protectoras que fortalecieron la cohesión grupal (Gilbert, Van Gordon, 2023).

En este horizonte, la fenomenología del cuidado en enfermería constituye un marco privilegiado para comprender la experiencia vivida del profesional y de la persona cuidada. Como enfoque metodológico, desvela el mundo existencial compartido, mostrando matices éticos y relacionales que exceden la ejecución técnica. **Norlyk y Thaulow** (2023) destacan que esta perspectiva dota a la disciplina de una sensibilidad capaz de cuestionar las tendencias tecnocráticas y estandarizadas de la atención sanitaria.

Un estudio fenomenológico-hermenéutico en cuidados paliativos a pacientes con insuficiencia cardíaca evidenció que el cuidado aporta **“confort psicológico”**, ofrece **“magnanimidad en la humanidad”** y sitúa la compasión como piedra angular del acompañamiento al final de la vida (Akbarian-Rokni et al., 2025). Así, la fenomenología interpreta la experiencia desde claves afectivas, éticas y relacionales, valorando la presencia auténtica, la **escucha activa** y la **creación de espacios intersubjetivos** donde confluyen la vulnerabilidad del paciente y la responsabilidad moral del profesional.

En consecuencia, la **compasión** emerge como elemento que transforma el cuidado técnico en **cuidado humanizado**. Se fundamenta en la **“comprensión empática”**, la **“actitud centrada en la persona”** y un **“cuidado interactivo”** que aborda integralmente las dimensiones física, psicológica, social y espiritual, promoviendo seguridad, paz y dignidad (Fookolaee et al., 2025). Esta visión dialoga con la **teoría del cuidado humano de Jean Watson**, que afirma que **“los seres humanos no pueden ser tratados como objetos”** y que la enfermería implica un proceso interpersonal transpersonal donde ambos sujetos están

plenamente presentes (Watson, 2008). Desde la fenomenología y el humanismo, la compasión se presenta como fuerza ética que confiere sentido profundo al cuidado y orienta la praxis hacia una auténtica humanización.



MODELOS QUE INTEGRAN LA COMPASIÓN: CONVERGENCIAS, TENSIONES Y APORTES EPISTEMOLÓGICOS

En el pensamiento enfermero contemporáneo, distintas teorías y modelos han incorporado la compasión como elemento constitutivo del cuidado. Aunque lo hacen desde marcos filosóficos, éticos y prácticos diversos, esta pluralidad no fragmenta el campo disciplinar; por el contrario, enriquece la comprensión de la compasión como fenómeno complejo y multifacético. Su valor no radica únicamente en la dimensión moral o afectiva, sino en su potencial para configurarse como categoría epistemológica: un **fundamento organizador del conocimiento situado**, relacional y coherente con la identidad disciplinar de la enfermería. Esta identidad tiene como raíz las propias teorías creadas a lo largo de los tiempos para fundamentar de forma organizada el cuidado de enfermería y en las cuales la compasión siempre estuvo incluida.

Joyce Travelbee y la centralidad del encuentro humano

Una de las primeras propuestas en integrar la compasión de forma explícita fue el **modelo de relación humano-humano de Joyce Travelbee (1971)**, que surge como respuesta crítica a la tecnificación despersonalizada de la atención de su época. Propone un proceso progresivo —**encuentro inicial, identidad, empatía, simpatía y relación**— en el que la simpatía actúa como antesala de la compasión, entendida como compromiso activo frente al sufrimiento del otro. Su vigencia radica en que desplaza el foco desde la mera intervención técnica hacia la profundidad del vínculo humano. Epistemológicamente, Travelbee concibe el **encuentro interpersonal** como **espacio de co-construcción de sentido**, donde la compasión emerge como experiencia compartida que organiza simultáneamente el conocer y el cuidar.

Jean Watson y la dimensión transpersonal del cuidado

En sintonía con esta visión relacional, pero desde un marco más holístico, Jean Watson (2008) desarrolló la *Theory of Human Caring*, que sitúa la **compasión** como **fuerza energética** capaz de armonizar lo racional y lo afectivo en un **plano transpersonal**. Su primer proceso **Caritas** enfatiza la práctica deliberada del amor y la compasión hacia uno mismo y hacia los demás,

vinculando autenticidad profesional con **integridad emocional**. Evidencias recientes (Bidik, Şişman, 2024) respaldan su validez empírica, mostrando que la compasión impacta en autocuidado y resiliencia. Desde una perspectiva epistemológica, Watson ofrece un puente entre la vivencia subjetiva y la evidencia científica, situando la **compasión como principio organizador del conocimiento clínico** y no solo como virtud personal.

Katie Eriksson y la ética caritativa

A diferencia de Travelbee y Watson, que destacan la dimensión relacional, Katie Eriksson (Bergbom et al., 2022a; Bergbom et al., 2022b) enfatiza el **horizonte ético-trascendente del cuidado**. En su teoría, la compasión se integra en el concepto de caritas, junto con el amor y la misericordia. En esta clave, constituye el núcleo del **acto ético** y se presenta como deber inherente al respeto por la dignidad de la persona. Su aporte epistemológico radica en mostrar que el conocimiento enfermero es inseparable del discernimiento ético, siendo la compasión el hilo conductor que amalgama ciencia y moralidad.

Simone Roach y la articulación ética-práctica

Con un énfasis pedagógico y operativo, Sister Simone Roach (2002) sintetiza la compasión en su **modelo de las 6 Cs: competence, confidence, conscience, commitment, compassion y comportment**. Este marco asegura que la competencia técnica se ejerza con humanidad. Su influencia se reflejó en políticas públicas, como la estrategia británica *Compassion in Practice* (2012), que evidencian su aplicabilidad a gran escala. Desde una clave epistemológica, Roach convierte la **compasión en criterio observable y enseñable**, evitando que permanezca en la abstracción. Al afirmar que cuidar es inherente a la condición humana (Roach, 1992), la sitúa en una ontología práctica del cuidado.

Jane Georges y la perspectiva emancipadora

Finalmente, desde una mirada crítica y política, Jane M. Georges (2013), junto a Shannon Constantinides (2022), propone la *Emancipatory Theory of Compassion*. Esta concibe la compasión como praxis destinada a liberar del sufrimiento en todas sus dimensiones —física, psicoemocional, social, estructural y biopolítica. Reconoce que el sufrimiento está mediado por relaciones de poder y desigualdad, interpelando a la enfermería a actuar tanto en el plano clínico como en el social. Epistemológicamente, desplaza la compasión desde la fenomenología del encuentro hacia un análisis crítico de las condiciones estructurales, situándola en la intersección entre paradigmas interpretativos y críticos.

Compasión como eje onto-epistémico

Tras revisar estas propuestas, es posible releerlas de manera articulada a partir de la reconceptualización del metaparadigma planteada por Bender (2018). Esta perspectiva invita a comprender los modelos no como teorías centradas en objetos —persona, salud, entorno, enfermería—, sino como prácticas relacionales que detectan y configuran relevancias para el cuidado. En esta clave, la compasión funciona como *lente onto-epistémica*, un “conocer-haciendo” que hace emerger vínculos, significados y acciones relevantes para *aliviar el sufrimiento* y promover trayectorias de salud (*relation-sensing performance*).

Desde esta mirada integradora, Travelbee muestra la compasión como sintonización relacional; Watson, como mundo transpersonal donde se entrelazan intención ética y gesto clínico; Eriksson, como horizonte moral que orienta la práctica; Roach, como competencia observable y enseñable; y Georges, como praxis crítica que interpela estructuras sociales. En conjunto, se revela que la compasión es relacional (Travelbee, Watson), ética y normativa (Eriksson), operativa y pedagógica (Roach), y crítica-emancipadora (Georges).

La actualización del CIE (2025)

Esta pluralidad de enfoques encuentra hoy un respaldo normativo en la reciente actualización del *Consejo Internacional de Enfermeras* (International Council of Nurses, 2025), que incorpora explícitamente la compasión en las definiciones de enfermería y de enfermera. Al describir la profesión como guiada por la compasión, la justicia social y la dignidad, el CIE legitima formalmente su carácter de principio epistemológico organizador del conocimiento y la práctica profesional.

Consecuencias metodológicas, formativas y evaluativas

Este reconocimiento institucional no solo reafirma el rol de la compasión, sino que obliga a pensar en sus implicaciones metodológicas, formativas y evaluativas:

Metodología: priorizar diseños capaces de captar dinámicas situadas (fenomenología, etnografía clínica, estudios de trayectorias), coherentes con la ontología relacional del cuidado.

Formación: entrenar la detección relacional mediante presencia atenta, simulación con debriefing compasivo, diarios reflexivos y role-play en

contextos de desigualdad.

Evaluación: superar los indicadores meramente instrumentales (satisfacción, adherencia) e incorporar criterios de calidad relacional: capacidad de hacer emerger lo relevante, juicio ético en la priorización, lectura crítica de estructuras de poder y reflexividad frente a sesgos y asimetrías.

Tecnología e IA: Frente al avance de la inteligencia artificial, esta visión de la compasión se vuelve crucial. No se trata de rechazar la tecnología, sino de asegurar que la IA actúe como una herramienta que complementa y potencia el cuidado humano, en lugar de reemplazarlo o deshumanizarlo.

La compasión como lente onto-epistémica nos permite discernir dónde la automatización puede ser beneficiosa (p. ej., optimizando tareas rutinarias para liberar tiempo) y dónde la interacción humana, con su carga emocional y ética, es **irremplazable**, evitando así que los algoritmos incluyan la complejidad del sufrimiento o las decisiones éticas inherentes al cuidado. El profesional compasivo entrenado en este enfoque no solo utiliza la IA, sino que la evalúa críticamente desde una perspectiva humana.

Evidencia del entrenamiento en compasión

Estas orientaciones encuentran respaldo en programas internacionales como *Compassion Cultivation Training* (Jinpa, Weiss, 2013), *Mindful Self-Compassion* (Neff, Germer, 2013) o *Self-Compassion for Healthcare Communities*. Dichas iniciativas confirman que la compasión es una **habilidad cultivable**, con efectos positivos en bienestar psicológico, resiliencia y reducción del burnout (Neff et al., 2020; Gilbert, Van-Gordon, 2023; Alcaraz-Córdoba et al., 2024).

La experiencia chilena como caso singular

Más allá de la evidencia global, la experiencia chilena ofrece un ejemplo concreto en el ámbito iberoamericano. En una carrera de enfermería del norte de Chile, la compasión se ha integrado como eje articulador del currículo (Gutiérrez-Carmona et al., 2024). Evaluaciones cuantitativas muestran reducciones en estrés y ansiedad, y aumentos en bienestar psicológico, con la autocompasión como mediadora clave (Gutiérrez-Carmona et al., 2024; Gutiérrez-Carmona et al., 2025b). Los estudios cualitativos revelan percepciones de mayor confianza clínica, comunicación empática y sentido renovado de propósito (Gutiérrez-Carmona et al., 2025a).

Estas experiencias se han materializado en la simulación clínica con enfoque compasivo, que incluye briefing y debriefing compasivos, diarios reflexivos y prácticas de mindfulness (Gutiérrez-Carmona et al., 2025c). Así, la compasión se traduce en competencias técnicas, emocionales y relacionales transferibles al ejercicio profesional.

La evidencia acumulada confirma que la integración curricular de la compasión, concebida como categoría epistemológica y lente onto-epistémica, reconfigura los fundamentos de la enfermería contemporánea. Su incorporación deliberada en planes de estudio y metodologías activas ofrece un camino para sostener un cuidado ético, humanizado y clínicamente efectivo, a la vez que fortalece la capacidad de la disciplina para responder a los desafíos sociales, estructurales y tecnológicos de nuestro tiempo.

CONSIDERACIONES FINALES



La reflexión desarrollada a lo largo de este capítulo permite situar la compasión como una categoría epistemológica central en la enfermería contemporánea. No se trata de un mero atributo moral ni de una disposición afectiva espontánea, sino de un principio organizador del conocimiento disciplinar que integra dimensiones afectivas, cognitivas, conductuales y éticas. La revisión de distintos modelos —desde la relación humano-humano de Travelbee hasta la perspectiva emancipadora de Georges— demuestra que, más allá de sus matices, la compasión constituye un eje transversal que otorga coherencia a la práctica del cuidado, reconfigurando la identidad disciplinar en un escenario sanitario crecientemente tecnificado.

Entre los principales aportes destaca, en primer lugar, el reconocimiento de los tres flujos de la compasión —dar, recibir y dirigirse compasión a uno mismo— como núcleo de un cuidado sostenible. Cuando estos flujos se integran, la compasión no agota, sino que se convierte en una energía regeneradora que protege frente al desgaste profesional y habilita una presencia más estable y auténtica en la relación de cuidado. Este hallazgo es particularmente relevante en el ámbito formativo, pues invita a diseñar estrategias pedagógicas que promuevan no solo la empatía hacia el otro, sino también la autocompasión y la apertura a recibir apoyo.

Un segundo aporte radica en el enlace entre neurociencia, fenomenología y

teoría del cuidado. La evidencia muestra que el entrenamiento compasivo genera cambios neuroplásticos asociados a la regulación emocional, al mismo tiempo que favorece la construcción de significados compartidos en la interacción clínica. Esta convergencia confirma que la compasión es conocimiento encarnado: emerge de la experiencia vivida y, a la vez, transforma los modos de interpretar y responder al sufrimiento.

El tercer aporte se relaciona con las implicancias educativas y profesionales. La compasión, concebida como lente onto-epistémica, orienta nuevas metodologías de enseñanza (simulación con debriefing compasivo, diarios reflexivos, prácticas de mindfulness) y redefine los criterios de evaluación al incluir dimensiones relacionales, éticas y críticas. Asimismo, plantea un horizonte de responsabilidad social, al reconocer que el sufrimiento no se limita a lo individual, sino que está atravesado por condiciones estructurales de desigualdad.

De cara al futuro, la enfermería enfrenta el desafío de profundizar en la validación de programas formativos que integren la compasión como eje transversal, superando la visión reduccionista que la confina a lo moral o lo anecdótico. Es necesario avanzar en diseños de investigación que capturen su complejidad —desde estudios fenomenológicos y etnográficos hasta análisis de trayectorias longitudinales— y que vinculen resultados clínicos, bienestar profesional y calidad del cuidado. Asimismo, la incorporación de la compasión en políticas públicas y en marcos regulatorios internacionales, como lo evidencia la reciente actualización del CIE, abre una oportunidad para consolidar su legitimidad como principio rector de la disciplina.

La compasión se proyecta como un fundamento epistemológico emergente que asegura la continuidad ética y humana del cuidado en un contexto de automatización tecnológica y sobrecarga laboral. Su integración en la formación, la investigación y la práctica no solo fortalece la identidad disciplinar de la enfermería, sino que contribuye a formar profesionales capaces de responder a los complejos desafíos de salud global, crisis humanitarias y desigualdades estructurales, sentando las bases para sociedades más justas, cuidadoras y compasivas a escala local y global.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)

Los autores declaran haber utilizado herramientas de inteligencia artificial (ChatGPT) exclusivamente como apoyo en la redacción, manteniendo la responsabilidad plena sobre el contenido académico del capítulo.

REFERENCIAS

- Akbarian-Rokni M, Abbasi M, Pezaro S, Mardani-Hamoooleh M. (2025). Compassion as the cornerstone of palliative nursing care for patients with heart failure: a phenomenological study. **BMC Research Notes**, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-025-07158-7>
- Alcaraz-Córdoba A, Ruiz-Fernández MD, Ibáñez-Masero O, Miranda MIV, García-Navarro EB, Ortega-Galán ÁM. (2024). The efficacy of compassion training programmes for healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. **Current Psychology**. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05618-0>
- Bender M. (2018). Re-conceptualizing the nursing metaparadigm: Articulating the philosophical ontology of the nursing discipline that orients inquiry and practice. **Nursing Inquiry**, 25(3), e12243. <https://doi.org/10.1111/nin.12243>
- Bergbom I, Nåden D, Nyström L. Katie Eriksson's caring theories. Part 1: The caritative caring theory, the multidimensional health theory and the theory of human suffering. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 36(3), 782–790, 2022a. <https://doi.org/10.1111/scs.13036>
- Bergbom I, Nyström L, Nåden D. Katie Eriksson's caring theories. Part 2: The theory of caritative caring ethics and the theory of evidence. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 36(4), 1251–1258, 2022b. <https://doi.org/10.1111/scs.13098>
- Berkovich-Ohana A, Dor-Ziderman Y, Glicksohn J, Goldstein A. A combined first-person and neurophenomenological methodology for investigating the dynamics of the self. **Frontiers in Psychology**, 11, 1680, 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01680>
- Bidik A, Şişman FN. Programa de autocompasión consciente basado en la teoría de Watson del cuidado humano en estudiantes de enfermería: Un estudio controlado aleatorizado. **Archivos de Enfermería Psiquiátrica**, 51, 30–37, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.04.003>
- International Council of Nurses. **Renewing the definitions of “nursing” and “a nurse”**. International Council of Nurses, 2025. https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_EN_Web_0.pdf
- Condeço L. Compassion – an imperative for nursing education and practice. **Millenium. Journal of Education, Technologies, and Health**, 2(27), e40980, 2025. <https://doi.org/10.29352/mill0227.40980>
- Constantinides SM, Georges JM. To a centrality of compassion: Operationalizing the emancipatory theory of compassion. **Advances in Nursing Science**, 45(2), 114–126, 2022. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000411>
- Silva THR. Integrating compassion and empathy into nursing education. **Journal of Learning Development in Higher Education**, 2025. <https://journal.aldinhe.ac.uk/index.php/jldhe/article/view/1347>
- Fookolaee SP, Hadadian F, Feizi A, Jouybari L. Nurses' experiences of providing emotional intelligence-based nursing care: a hermeneutic phenomenological study. **BMC Nursing**, 24(1), 2025. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03361-w>

Georges JM. An emancipatory theory of compassion for nursing. *Adv Nurs Sci*. 2013;36(1):2-9. **Georges JM. An emancipatory theory of compassion for nursing.** *Advances in Nursing Science*, 2013; 36(1), 2-9. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31828077d2>

Gilbert P, Van-Gordon W. **Compassion as a skill: A comparison of contemplative and evolution-based approaches.** *Mindfulness*, 2023; 14(10), 2395-2416, <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02173-w>

Gutiérrez-Carmona A, González-Pérez M, Ruiz-Fernández MD, Ortega-Galán AM, Henríquez D. 2024. **Effectiveness of Compassion Training on Stress and Anxiety: A Pre-Experimental Study on Nursing Students.** *Nursing Reports*, 14(4), 3667-3676. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040268>

Gutiérrez-Carmona A, Ruiz-Fernández MD, González-Pérez M, Ortega-Galán AM, Castillo-Mansilla D. **Nursing students' experiences with compassion, self-compassion training in the academic setting.** *Teaching and Learning in Nursing*, 2025a; 20(4), e1190-e1196, <https://doi.org/10.1016/j.teln.2025.06.009>

Gutiérrez-Carmona A, Ruiz-Fernández MD, Ortega-Galán AM, Henríquez D, Castillo-Mansilla D. **Effects on psychological well-being of a self-compassion training program in student nurses.** *Teaching and Learning in Nursing*, 2025b; 20(4), e1049-e1056. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2025.04.026>

Gutiérrez-Carmona A, Valdivia-Rojas Y, Garollo-Piran C, Segovia-Vega C, Ortega-Galán AM, Ruiz-Fernández MD. **Experiencia de estudiantes de enfermería en simulación clínica con paciente simulado: Aplicación de un enfoque compasivo en briefing y debriefing.** *Horizonte de Enfermería*, 2025c; 36(1), 49-71. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.36.1.49-71

Jinpa T, Weiss L. Compassion Cultivation Training (CCT). **En Singer T, Bolz M (Eds.),** *Compassion: Bridging Practice and Science*. pp. 419-429, 2013. Leipzig: Max Planck Institute.

Raustol A. Compassion, emotions and cognition: Implications for nursing education. **Nursing Ethics**, 2023; 30(8), 1457-1467, <https://doi.org/10.1177/09697330221128903>

Roach, M. S. (2002). *Caring, the human mode of being: A blueprint for the health professions* (2nd rev. ed.). CHA Press.

Sáez, R. (2019). *Evolución humana: Prehistoria y origen de la compasión*. Almuzara.

Singer, T. (2025). A neuroscience perspective on the plasticity of the social and relational brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1547(1), 52-74. <https://doi.org/10.1111/nyas.15319>

Shutaleva, A. (2023). The phenomenon of consciousness and the neurophenomenological project of Francisco Varela. *Philosophies*, 8(5), 94. <https://doi.org/10.3390/philosophies8050094>

Ten Have, H., Patrão Neves, M. (2021). *Compasión*. En: *Diccionario de Bioética Global*. **Springer, Cham**. https://doi.org/10.1007/978-3-030-54161-3_162

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). F. A. Davis Company

Varghese, A., & Khakha, D. C. (2025). Attributes of compassionate care in clinical nursing practice from the perspectives of patients and nurses—A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 14(1). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1872_23

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Revised ed.). University Press of Colorado.

Zarrinkolah, E., Ghafourifard, M., & Dehghannezhad, J. (2025). The relationship between compassion competence, caring behaviours, and professional commitment among nursing students: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 25, 671. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07253-0>

AGRACIEMENTOS

Las autoras agradecen a la Red Internacional de Investigación en Enfermería la oportunidad para submeter este capítulo a el libro Raíces del Saber.

Revisora

María Dolores Ruiz-Fernández
Universidad de Almería: Almería, Almería, ES
ORCID: 0000-0002-6454-4723

Cómo citar

Gutiérrez Carmona AA, Castillo Mansilla D, Valdés Jara AC. **Compasión en enfermería: bases conceptuales y epistemológicas para una formación más humana y transformadora.** In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. *Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería*. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.294-307. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17823422](https://doi.org/10.5281/zenodo.17823422).

COMUNIDADES DE PRÁTICA COMO ESPAÇOS DE APRENDIZAGEM COLETIVA NA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES DE ÉTIENNE WENGER

Comunidades de práctica como espacios de aprendizaje colectivo en la formación en enfermería: contribuciones de Étienne Wenger

Communities of Practice as Spaces for Collective Learning in Nursing Education: Contributions from Étienne Wenger

Juliana Costa Ribeiro-Barbosa | ORCID: 0000-0002-4330-224X

juliana.ribeiro@ufrb.edu.br, Universidade Federal Do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Vânia Marli Schubert Backes | ORCID: 0000-0002-8898-8521

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

Daniela Maysa de Souza | ORCID: 0000-0002-3916-6716

Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, Santa Catarina, Brasil

Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves | ORCID: 0000-0002-8018-9581

Universidade de Coimbra (UC) Escola Superior de Enfermagem, Coimbra, Portugal

Kênia Lara da Silva | ORCID: 0000-0003-3924-2122

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Gilberto Tadeu Reis da Silva | ORCID: 0000-0002-0595-0780

Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

Este trabalho discute as Comunidades de Prática (CoP), segundo a teoria de Étienne Wenger, como espaços potentes de aprendizagem coletiva, construção de conhecimento e formação identitária. As CoP são compreendidas como arranjos sociais que articulam experiência, pertencimento e negociação de significados entre sujeitos que compartilham práticas e interesses comuns. A enfermagem é utilizada como exemplo de aplicação, especialmente no contexto da educação técnica em saúde, demonstrando como as CoP podem ser estratégias formativas para docentes, favorecendo a articulação entre teoria e prática. O estudo destaca como as CoP potencializam o desenvolvimento profissional, colaborativo e pedagógico, promovendo uma cultura de colaboração, pertencimento e reflexão crítica entre profissionais. A contribuição reside em evidenciar o papel das CoP como dispositivos pedagógicos que fortalecem competências e práticas educativas em saúde.

Descritores: Comunidade de Prática; Formação de Professores, Educação em Enfermagem; Educação Técnica em Enfermagem; Sistema Único de Saúde, Bases epistemológicas

INTRODUÇÃO

As Comunidades de Prática (CoP), segundo Étienne Wenger, constituem espaços potentes de aprendizagem coletiva, participação social e construção de significados compartilhados. Nessas comunidades, aprender é entendido como um processo de participação ativa em práticas sociais significativas, no qual os indivíduos se engajam coletivamente na resolução de problemas, no intercâmbio de experiências e na construção de sentidos comuns. Um aspecto central das CoP é a aprendizagem entre pares, que se concretiza na convivência entre sujeitos de diferentes idades, gerações e momentos da trajetória profissional. Essa diversidade enriquece o repertório de saberes, amplia horizontes e possibilita a construção de competências de forma mais significativa, fortalecendo vínculos profissionais e favorecendo a autonomia e a responsabilidade coletiva (Wenger, 2001).

Ainda que assumam formas variadas, caracterizam-se por promover um ambiente de aprendizagem contínua, colaborativa e situada. O engajamento mútuo e a interação entre os membros são condições para a construção de conhecimentos, a negociação de significados e o reconhecimento da pluralidade de perspectivas. Ao aprender com a experiência direta dos colegas, os participantes ampliam sua compreensão das práticas profissionais, desenvolvem pensamento crítico e consolidam um repertório partilhado que fortalece tanto a identidade individual quanto a identidade coletiva (Wenger, 2001).

A complexidade crescente dos processos formativos na saúde torna cada vez mais evidente a necessidade de abordagens pedagógicas que superem a lógica transmissiva e valorizem a participação ativa dos sujeitos. Mais do que a simples aquisição de conteúdos, a formação contemporânea exige espaços de troca, reflexão crítica e colaboração efetiva. Nesse cenário, ganha relevância a noção de aprendizagem como fenômeno social, sustentada por práticas que articulam interação, compartilhamento de saberes e construção de identidades profissionais em contextos autênticos. É nesse horizonte que se insere o conceito de CoP, que compreendem o aprender como pertencimento e engajamento em práticas sociais que dão sentido às experiências de formação e de trabalho.

No contexto da educação em Enfermagem, marcado por desafios éticos, técnicos e humanos, as CoP se mostram especialmente significativas. O desenvolvimento profissional não pode se restringir à dimensão teórica: exige espaços que favoreçam a aprendizagem entre pares, a troca de saberes tácitos e a reflexão sobre a prática cotidiana. Essa dinâmica contribui para a construção de identidades profissionais sólidas, fortalece vínculos de cooperação e cria uma rede de apoio entre docentes e estudantes. A diversidade de experiências permite que saberes de diferentes fases da vida e da carreira se encontrem, enriquecendo o processo formativo e estimulando o engajamento coletivo.

A escolha de explorar as contribuições de Wenger justifica-se pela pertinência do seu referencial para compreender a aprendizagem como participação social. Aprender significa tornar-se parte de uma comunidade, desenvolver repertórios partilhados de práticas e construir uma identidade em constante transformação. As CoP são, portanto, mais que espaços de troca: são territórios de construção de sentido, onde prática, comunidade, identidade e significado se entrelaçam na formação do sujeito e na consolidação de saberes profissionais.

Nesse horizonte, destaca-se o caráter inovador das CoP como modelo de formação docente, capaz de dialogar com as políticas públicas de saúde e educação no Brasil. A leitura crítica de Wenger, aplicada ao contexto da Enfermagem, permite compreender as CoP não apenas como espaços de aprendizagem, mas como estratégias de transformação institucional e de fortalecimento do SUS, ao promover práticas educativas alinhadas aos princípios da integralidade, da equidade e da participação social. Ao articular teoria e prática em redes colaborativas, as CoPs reafirmam-se como caminhos potentes para a construção de uma **docência inovadora, ética** e comprometida com o cuidado em saúde.

Este capítulo tem como objetivo apresentar as contribuições do construto teórico de CoP para a aprendizagem coletiva e o desenvolvimento profissional, tomando a Enfermagem como exemplo de aplicação. A ênfase recai especialmente sobre a educação técnica em saúde, em que as CoP se revelam como estratégias formativas capazes de articular teoria e prática, favorecer o desenvolvimento pedagógico e colaborativo dos docentes e fomentar uma **cultura de pertencimento, reflexão crítica e inovação**.

A contribuição reside em evidenciar o papel das CoP como dispositivos pedagógicos que fortalecem competências e práticas educativas em saúde.

A relevância do tema decorre da necessidade de repensar modelos formativos tradicionais, centrados em práticas individuais e transmissivas, e de propor alternativas que privilegiem a experiência, o engajamento e a interação entre pares. Ao discutir as CoP como espaços de aprendizagem coletiva na Enfermagem, este capítulo pretende contribuir para o aprofundamento teórico e prático de modos alternativos de aprender e ensinar, reforçando a colaboração, o compartilhamento e a construção conjunta do conhecimento.

A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE GRUPO



As CoP foram conceituadas por Wenger, McDermott e Snyder (2002, p. 4 – tradução nossa) como



“um grupo de pessoas que compartilham uma preocupação, um conjunto de problemas, ou uma paixão sobre um assunto, e que aprofundam seu conhecimento e domínio nesta área interagindo em uma base contínua”.

Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas (Elementos Gráficos) del Canva.

Portanto, constituem-se por grupos de indivíduos que apresentam interesses, ideias e planos em comum, engajando-se em ações práticas em prol destes objetivos, o que suscita aprendizagem e contribui para a formação de uma identidade coletiva.

Ademais, Wenger traz que:



Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas (Elementos Gráficos) del Canva.

Eles discutem suas situações, suas aspirações e suas necessidades. Eles refletem sobre problemas comuns, exploram ideias [...] eles acumulam conhecimento, eles **se tornam informalmente ligados** pelo valor que encontram na **aprendizagem em conjunto**. [...] (Wenger; Mcdermott; Snyder, 2002, p. 4 – tradução nossa).



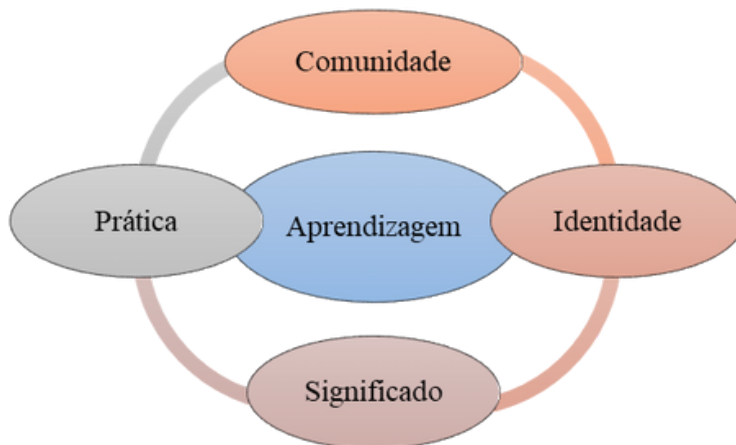
Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas (Elementos Gráficos) del Canva.



Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas (Elementos Gráficos) del Canva.

Com o tempo, eles desenvolvem uma **perspectiva única** sobre seu tópico, bem como um corpo de conhecimento, práticas e abordagens comuns. Eles também desenvolvem **relacionamentos pessoais** e formas estabelecidas de **interação**. Eles podem até desenvolver um **senso comum de identidade**. Eles se tornam uma comunidade de prática (Wenger; Mcdermott; Snyder, 2002, p. 4 – tradução nossa).

Assim, as comunidades de prática são elementos constitutivos da Teoria Social da Aprendizagem a qual tem como princípios: a comunidade, a identidade, a prática e o significado (Figura 1):



FONTE: Wenger, 2001, p. 23.

Figura 1 - Comunidades de Prática como um dos elementos constitutivos da Teoria Social da Aprendizagem.

O significado se relaciona a aprendizagem como experiência, é “uma maneira de falar sobre nossa (mudança) capacidade – no nível individual e coletivo – de experimentar nossa vida e o mundo como algo significativo” (Wenger, 2001, p. 22).

A prática, por sua vez, se relaciona a aprendizagem de como fazer e extrapola a aplicação prática de uma teoria.

É “uma maneira de falar sobre os recursos históricos e sociais, referenciais e perspectivas compartilhadas que possam sustentar o compromisso mútuo na ação” (Wenger, 2001, p. 22).

É, portanto, a participação em atividades de uma comunidade que resulte no aprendizado e na produção de significados. Ainda que prática denote algo a ser feito, não é meramente fazer em si mesmo e por si mesmo, é fazer algo em um contexto histórico e social que dá estrutura e significado ao que é feito. Considerando isto,

a prática é sempre uma prática social (Wenger, 2001).

Ou seja, o domínio define a identidade da Comunidade, conecta as pessoas, orienta suas aprendizagens e dá sentido as suas ações. O segundo elemento é a comunidade propriamente dita enquanto estrutura social da aprendizagem, na qual as interações e relações se efetivam. Finalmente, a prática diz respeito as **abordagens e padrões que fundamentam a ação e a resolução do problema.**

Cabe salientar, que o aprendizado em uma CoP se caracteriza ainda pela presença de três dimensões centrais (Wenger, 2001): engajamento mútuo, que implica na complementaridade de competências entre os membros; empreendimento conjunto, que envolve a negociação coletiva de respostas a situações e desafios; e repertório compartilhado, que abarca palavras, conceitos, narrativas, maneiras de agir e soluções incorporadas e reproduzidas pela comunidade.

Outro aspecto fundamental é que as CoP podem assumir diferentes configurações. Conforme Wenger (2001) podem ser pequenas ou grandes, locais ou internacionais, presenciais ou virtuais, reconhecidas institucionalmente ou mesmo invisíveis. Independentemente de seu formato, são unidas pelo envolvimento concreto em atividades e ações coletivas diante de um propósito comum.

Dessa forma, os fundamentos teóricos das CoP situam a aprendizagem como um fenômeno eminentemente social, em que o conhecimento não se limita à transmissão de conteúdos, mas se constrói pela interação, negociação e compartilhamento em contextos de participação significativa. Essa perspectiva epistemológica amplia a compreensão da formação profissional, ao valorizar não apenas o acúmulo de informações, mas também o processo de construção de identidades, a constituição de vínculos e a criação coletiva de repertórios que sustentam práticas e saberes em permanente transformação.

A COMUNIDADE DA ENFERMAGEM - uma identidade coletiva



Como as CoP constituem espaços coletivos de construção de conhecimento que se sustentam na interação contínua entre pessoas que compartilham interesses, desafios e objetivos comuns, no campo da Enfermagem, sua relevância é ainda mais evidente, pois trata-se de uma profissão que exige constante atualização, integração de saberes, trabalho colaborativo e

compromisso ético com o cuidado em saúde. Ao aproximar sujeitos em torno de problemas concretos do ensino e da prática, as CoP oferecem condições para que docentes, estudantes e profissionais dialoguem sobre experiências, construam repertórios compartilhados e fortaleçam identidades coletivas. Especificamente para o ensino, muitas vezes, a formação docente ocorre de forma fragmentada, centrada em cursos ou oficinas pontuais, que não dão conta da complexidade dos desafios cotidianos.

Nesse cenário, as CoP se destacam como alternativa potente, pois não se limitam a transmitir conteúdos previamente definidos. Ao contrário, criam um ambiente em que a reflexão crítica e a aprendizagem situada acontecem de maneira contínua e contextualizada. Assim, os docentes podem discutir casos reais, compartilhar estratégias pedagógicas e experimentar novas práticas em um processo de retroalimentação. Essa lógica de formação rompe com modelos verticalizados e favorece a autonomia e a corresponsabilidade pelo processo de ensinar e aprender.

Um dos conceitos fundamentais que sustentam a proposta das CoP é o de aprendizagem situada, em que aprender não se resume à aquisição individual de informações, mas ao engajamento em práticas sociais significativas. Em Enfermagem, essa perspectiva ganha força, pois o aprendizado ocorre em contato direto com o contexto assistencial, nos estágios, nas práticas laboratoriais e na interação com equipes multiprofissionais. Nesse mesmo movimento, a formação docente também se beneficia, pois

professores aprendem uns com os outros, apoiando-se em experiências compartilhadas, reflexões coletivas e estratégias pedagógicas construídas em grupo!

O processo de aprender a ser professor não se dá de forma isolada, mas pela imersão em comunidades que permitem observar, trocar e reelaborar práticas a partir da vivência do outro. Possibilitando aos docentes que ampliem suas competências técnicas, relacionais, éticas e culturais, fortalecendo a dimensão colaborativa da Educação em Enfermagem.

Essa dimensão da CoP se expressa no trabalho docente, quando professores de Enfermagem aprendem entre si ao compartilhar relatos de experiência, analisar dificuldades comuns e co-construir estratégias inovadoras. O caráter colaborativo das CoP cria condições para que o saber tácito, muitas vezes invisível nos processos formais de formação, seja reconhecido, registrado e disseminado. Dessa forma, a prática pedagógica deixa de ser um esforço

solitário e passa a ser vivida como experiência coletiva.

O impacto das CoP na formação docente é significativo. Ao oferecer um espaço de diálogo contínuo, elas permitem que os professores revisitem suas concepções sobre ensino, problematizem suas práticas e incorporem metodologias mais participativas. Além disso, funcionam como dispositivos de apoio emocional e social, especialmente em contextos de sobrecarga de trabalho, em que a solidão docente pode fragilizar a qualidade do ensino. Nas CoP, os professores encontram reconhecimento, validam suas experiências e ampliam seu repertório pedagógico, fortalecendo-se para os desafios cotidianos.

Esse impacto se estende ao fortalecimento das práticas pedagógicas na Enfermagem. Quando professores trocam experiências em comunidades, experimentam metodologias ativas e refletem coletivamente sobre os resultados, conseguem alinhar ensino, pesquisa e extensão a partir de uma perspectiva integrada. A formação dos estudantes, por sua vez, torna-se mais crítica, participativa e conectada à realidade dos serviços de saúde. Em vez de uma transmissão unidirecional de conhecimento, o ensino passa a ser construído de forma dialógica, em sintonia com as demandas sociais e profissionais.

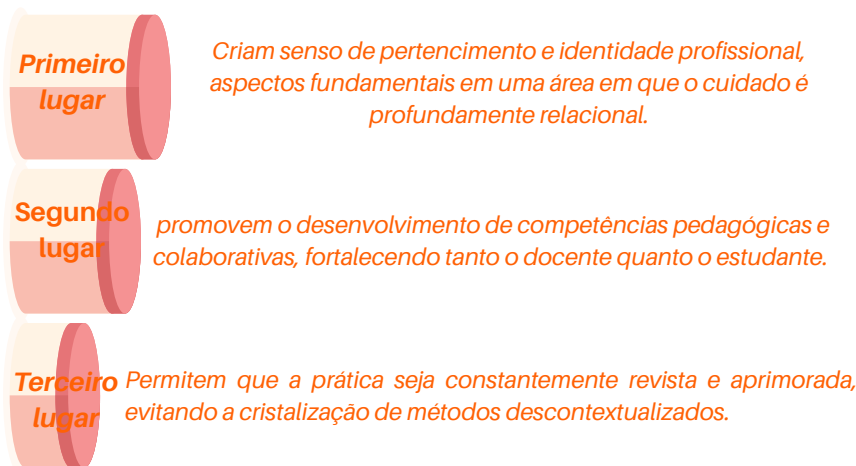
Outro aspecto central a ser considerado é o papel das tecnologias digitais na expansão das CoP. Plataformas virtuais, redes sociais acadêmicas, grupos de mensagens instantâneas e ambientes digitais de aprendizagem têm possibilitado que docentes e profissionais de Enfermagem mantenham interações constantes, mesmo em contextos de distância física.

Durante a pandemia de COVID-19, por exemplo, muitos professores e profissionais de saúde criaram comunidades online para discutir estratégias de ensino remoto, protocolos de atendimento e formas de acolhimento aos estudantes. Essas experiências evidenciaram como as tecnologias digitais podem ampliar o alcance das CoP, conectando sujeitos de diferentes instituições, regiões e países.

Entretanto, a incorporação das tecnologias não está isenta de desafios. A desigualdade no acesso à internet, a sobrecarga de informações e a dificuldade de manter o engajamento em ambientes virtuais podem fragilizar a continuidade das comunidades digitais. Além disso, é preciso cuidado para que os espaços online não se reduzam a repositórios de materiais, mas se

mantenham como ambientes de diálogo, colaboração e construção coletiva. O êxito das CoP digitais depende, portanto, de uma gestão participativa e do compromisso de seus membros com a interação qualificada.

Ao analisar a contribuição das CoP para a Educação em Enfermagem, é possível identificar um conjunto de benefícios:



Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas (Elementos Gráficos) del Canva.

Por outro lado, é importante reconhecer os limites e desafios para a consolidação das CoP. Muitos professores ainda enfrentam restrições de tempo, sobrecarga de trabalho e ausência de políticas institucionais que incentivem a colaboração. Além disso, a cultura acadêmica, marcada muitas vezes pelo individualismo ou pela lógica competitiva, pode dificultar a adoção de práticas coletivas. Superar esses obstáculos requer uma mudança institucional mais ampla, em que a formação docente seja reconhecida como prioridade e em que espaços de colaboração sejam legitimados e valorizados.

Em síntese, as CoP se apresentam como dispositivos potentes para inovar e qualificar a Educação, não somente na Enfermagem, mas em distintas áreas. Ao integrar aprendizagem situada, colaboração, reflexão crítica e tecnologias digitais, oferecem caminhos para fortalecer a docência e tornar o processo de ensino-aprendizagem mais significativo.

Embora existam desafios, os ganhos potenciais justificam a aposta em iniciativas que fomentem comunidades, presenciais ou virtuais, capazes de conectar sujeitos, ampliar repertórios e transformar práticas pedagógicas.

Assim, a Educação em Enfermagem pode se renovar continuamente, em sintonia com as demandas sociais e profissionais do cuidado em saúde. Da mesma forma, a formação docente, de modo geral, se beneficia desse modelo, pois os professores têm oportunidades constantes de aprendizagem entre pares, reflexão sobre a prática, troca de saberes e atualização pedagógica. Ao participar de CoP, os docentes ampliam suas competências, fortalecem sua identidade profissional e constroem coletivamente estratégias de ensino mais eficazes, garantindo que a educação superior e técnica se mantenha dinâmica, colaborativa e alinhada às necessidades contemporâneas da formação em saúde.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, na perspectiva da Teoria Social da Aprendizagem, as CoP configuram a aprendizagem como um fenômeno social, resultado de um processo coletivo de negociação de significados, deslocando o foco da cognição individual para a prática em sociedade. No campo da Educação em Enfermagem, essa abordagem revela-se particularmente pertinente, pois valoriza a experiência concreta, a reflexão coletiva e a construção compartilhada do conhecimento em contextos reais, colaborativos e dinâmicos.

As características inerentes às CoP favorecem sua adoção como espaços potenciais para uma aprendizagem significativa, que integra teoria e prática por meio da interação entre os sujeitos e do aprendizado entre pares. Nesse sentido, os professores não apenas ampliam suas competências técnicas e pedagógicas, mas também fortalecem sua identidade profissional e constroem repertórios comuns que subsidiam a inovação e a melhoria contínua da prática educativa.

Shulman e Shulman (2016) reforçam a relevância das CoP ao destacarem que, ao atuarem como membros dessas comunidades de aprendizagem, os docentes ampliam suas possibilidades de desenvolvimento profissional, reflexão crítica e aprimoramento das práticas de ensino. Tais comunidades promovem a troca de experiências e saberes pedagógicos, constituindo-se em espaços potentes para o fortalecimento da identidade docente, a articulação entre teoria e prática, e o fomento de uma cultura colaborativa na educação em saúde. Todavia, a consolidação das CoP no campo da Educação em Enfermagem exige enfrentar desafios e tensões emergentes.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)

Os autores declaram que não utilizaram ferramentas de inteligência artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc). Toda a redação e/ou desenho dos materiais audio-visuais, são de responsabilidade plena dos autores para o desenvolvimento do conteúdo acadêmico do capítulo.

REFERENCIAS

Shulman LS, Shulman JH. Como e o que os professores aprendem: uma perspectiva em transformação. Cad Cenpec. 2016;6(1). Available from: <http://cadernos.cenpec.org.br/cadernos/index.php/cadernos/article/view/353>

Wenger E. Communities of practice: Learning, meaning, and identity. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.

Wenger E, McDermott R, Snyder WM. Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge [PDF]. Available from: <http://cpcoaching.it/wp-content/uploads/2012/05/WengerCPC.pdf>

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería a oportunidade para submeter este capítulo ao Livro Raíces del Saber.

Revisor

Paulo Joaquim Pina Queirós
Universidade de Coimbra Faculdade de
Medicina: Coimbra, Portugal.
ORCID: 0000-0003-1817-612X

Cómo citar

Ribeiro-Barbosa JC, Backes VMS, Souza DM, Chaves MCRF, Silva KL, Silva GTR. **Comunidades de práctica como espacios de aprendizaje colectiva en la educación en enfermería: contribuciones de Étienne Wenger.** In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.308-319. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17823451](https://doi.org/10.5281/zenodo.17823451).

DO ESTRESSE À RECONSTRUÇÃO: A PANDEMIA COMO INFLEXÃO PARADIGMÁTICA PARA O TRABALHO E A SAÚDE MENTAL DA ENFERMAGEM LATINO-AMERICANA

Del estrés a la reconstrucción: la pandemia como un cambio paradigmático para el trabajo y la salud mental de la enfermería latinoamericana

From stress to reconstruction: the pandemic as a paradigm shift for work and mental health of Latin American nursing

Monica Motta Lino | ORCID: 0000-0003-0828-7969

monica.lino@ufsc.br, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil,

Roberta Waterkemper | ORCID: 0000-0001-9066-7666

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Messias Lemos | ORCID: 0000-0002-6267-599X

Universidade Federal de Rondônia - UNIR, Porto Velho, RO, Brasil

Liana Amorim Corrêa Trotte | ORCID: 0000-0002-6579-7108

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Marluci Andrade Conceição Stipp | ORCID: 0000-0002-9534-6324

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Javier Isidro Rodríguez López | ORCID: 0000-0002-1907-4152

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Brasil e Growing Up Foundation. Bogotá, Colômbia

José Luís Guedes dos Santos | ORCID: 0000-0003-3186-8286

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, SC, Brasil

Este ensaio propõe uma leitura crítica da COVID-19 como uma ruptura epistemológica e socioprofissional na enfermagem latino-americana, onde o estresse e o burnout se tornam catalisadores para novas epistemes sobre o cuidado de si e institucional. Baseado em dados regionais recentes, incluindo estudos do Global Consortium of Nursing & Midwifery Studies (GCNMS), e na literatura internacional sobre sofrimento moral, fadiga por compaixão e saúde mental ocupacional, utiliza uma abordagem hermenêutica crítico-interpretativa, articulando autores clássicos da epistemologia (Bachelard, Canguilhem) e ética do cuidado (Jameton, Rushton). Os resultados revelam que a pandemia evidenciou a vulnerabilidade histórica da enfermagem na América Latina, expondo a coexistência entre centralidade e invisibilidade profissional. O sofrimento moral destacou as estruturas produtivistas e desumanizantes do cuidado. Propõe-se uma reconstrução do bem-estar profissional com base em três pilares: autonomia ética, reconhecimento simbólico e cuidado organizacional. Conclui-se que a pandemia desvelou o regime epistêmico que sustentava a relação entre trabalho, saúde e subjetividade, abrindo espaço para uma reconstrução ética da enfermagem na região. A transição do sofrimento à consciência crítica é vista como o verdadeiro legado, um convite à refundação solidária e reflexiva do cuidado. **Descritores:** Enfermagem; Saúde Mental; Sofrimento Moral; Vulnerabilidade; COVID-19; América Latina.

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 representou, para a enfermagem latino-americana, um choque epistemológico, caracterizado por um colapso simultâneo de sentidos, práticas e estruturas que sustentavam o cotidiano laboral e o imaginário profissional. No interior desse colapso emergiram paradoxos: a visibilidade pública da enfermagem, celebrada como heroica, contrastou com a precariedade concreta das condições de trabalho e com o aumento dos adoecimentos mentais entre os profissionais(1-3). A literatura confirma esse impacto prolongado sobre a saúde mental da enfermagem latino-americana, destacando a correlação entre sofrimento moral e burnout(4).

Este ensaio emerge de um macroprojeto multicêntrico [título oculto para manter revisão cega], que envolveu 19 países e amostra de quase sete mil profissionais de enfermagem e obstetrícia, com coleta padronizada nas fases aguda e pós-aguda da pandemia. O estudo mapeou condições contratuais e organizacionais, suporte institucional, estratégias de autocuidado e marcadores autorreferidos de saúde mental, constituindo a base empírica a partir da qual se desenvolve a presente elaboração conceitual sobre sofrimento moral, bem-estar profissional e reconstrução ética do trabalho em saúde. Dados do Global Consortium of Nursing & Midwifery Studies (GCNMS) evidenciaram uma paisagem de múltiplas vulnerabilidades: vínculos temporários e mal remunerados (20,3%), escasso suporte emocional (18,5%) e elevada prevalência de ansiedade (45,5%), tristeza (42,4%) e cansaço (59,5%) (1).

No Brasil, estudo qualitativo com 308 enfermeiros e enfermeiras identificou as principais fontes de estresse profissional e pessoal: medo da infecção, sobrecarga de trabalho, mudanças organizacionais abruptas e isolamento social(2). Esses achados desvelam o entrelaçamento de dois níveis de sofrimento: o sofrimento moral, entendido como a impossibilidade de agir conforme os valores éticos do cuidado(5-6), e o sofrimento estrutural, derivado das desigualdades históricas que caracterizam os sistemas de saúde latino-americanos(7-8). Longe de se restringir à esfera psicológica, o estresse dos profissionais de enfermagem constitui um sintoma epistêmico, uma expressão da crise nas formas de compreender e organizar o trabalho e a saúde mental. Sob essa lente - filosófica e sociopolítica -, este ensaio propõe interpretar a pandemia de COVID-19 como uma inflexão paradigmática:

um ponto de ruptura que possibilita a reconstrução do sentido de bem-estar e da própria ontologia do cuidar(3,7,9).

A partir desse corpus multicêntrico, o texto em tela articula uma hermenêutica crítico-epistemológica do sofrimento e do bem-estar profissional, com vistas à formulação de um modelo conceitual e de diretrizes ético-políticas para o campo(1,2,6,8,10).



PANDEMIA COMO RUPTURA EPISTEMOLÓGICA: O TRABALHO EM CRISE

O pensamento de Gaston Bachelard oferece uma chave interpretativa potente para compreender a pandemia de COVID-19 no contexto da enfermagem. Para o autor, o conhecimento científico avança por meio de rupturas epistemológicas, nas quais cada crise rompe um “obstáculo” - uma forma cristalizada de pensar - e inaugura um novo regime de inteligibilidade⁽⁹⁾. De modo análogo, a pandemia desestabilizou o habitus institucional da enfermagem, forçando a reorganização dos modos de ser, saber e agir dos profissionais de saúde em um cenário de incerteza e vulnerabilidade^(1,3). Essa ruptura, porém, não se restringe ao plano cognitivo: ela se materializa nas práticas concretas, nos protocolos emergenciais, na criação de redes solidárias de apoio entre enfermeiros e na redefinição dos limites éticos do cuidado.⁽¹⁾

No plano social e político tal inflexão expôs o paradoxo fundante do trabalho de enfermagem na América Latina: ser simultaneamente essencial e invisível. A centralidade da profissão no enfrentamento à pandemia coexistiu com a precariedade material, a exposição cotidiana ao risco biológico e a ausência de políticas estruturantes de proteção laboral^(1,2,7). Tais contradições revelaram as fragilidades históricas do campo da enfermagem, agravadas por processos de desvalorização e pela desigualdade de gênero e classe que permeiam a profissão em âmbito regional^(7,10). Autores latino-americanos como Enrique Dussel⁽¹¹⁾ e Boaventura de Sousa Santos⁽¹²⁾ ajudam a compreender esse paradoxo ao denunciar a colonialidade que estrutura os regimes de visibilidade e reconhecimento profissional. A invisibilidade da enfermagem, nesse sentido, não é apenas social, mas epistêmica — fruto de uma matriz de poder que subalterniza os saberes do cuidado.⁽¹⁾

Inserção de aporte teórico latino-americano para reforçar o caráter regional e decolonial do ensaio. Inclui as referencias no final e reorganizei toda numeração.

Como propôs Canguilhem,

“o anormal não é o contrário do normal, mas o ponto de partida para um novo normal” .

Essa formulação sintetiza a experiência da enfermagem latino-americana: a anormalidade pandêmica atuou como força propulsora de novas normatividades éticas e organizacionais. O sofrimento vivenciado pelos profissionais deixou de ser mero efeito colateral da crise sanitária e assumiu o papel de fenômeno revelador - um espelho das contradições sistêmicas do trabalho em saúde^(2,6).

A sobrecarga, o medo e o esgotamento configuraram, nesse sentido, um laboratório ontológico: espaço simbólico em que o ser-enfermeiro foi posto à prova e confrontado com seus próprios limites existenciais e morais^(5,6,10). O colapso pandêmico, ao tensionar a relação entre A ruptura epistemológica observada nas práticas profissionais converte-se, portanto, em uma ruptura ética: o colapso das rotinas hospitalares reabre(a) questão do sentido moral do trabalho, articulando sofrimento e aprendizado.

Do estresse à consciência crítica: a experiência como aprendizado ético e político

Os achados empíricos do Brasil e da Região Latinoamericana convergem para uma constatação comum: o estresse vivenciado por profissionais de enfermagem não é homogêneo nem individual, mas tecido por tramas estruturais que expressam desigualdades históricas e condições precárias de trabalho^(1-2,7,13). Ao comparar os dados qualitativos e quantitativos do *Global Consortium of Nursing e Midwifery Studies* (GCNMS), observa-se que as maiores prevalências de sofrimento coincidem com contextos marcados por informalidade laboral, fragilidade institucional e ausência de suporte emocional^(1-2,6,8,10). Essa constatação reforça a tese de *Standing* sobre o “precariado profissional” - uma categoria de trabalhadores qualificados, porém desprovidos de estabilidade, reconhecimento e poder simbólico dentro das estruturas de saúde⁽⁷⁾.

A pandemia, ao exacerbar essas condições, evidenciou a vulnerabilidade moral e organizacional da enfermagem latino-americana, mas também produziu fissuras por onde emergiram novas formas de resistência e solidariedade⁽¹⁴⁾. Essas fissuras se materializam em experiências de sobrecarga e sofrimento moral associadas à percepção de risco e à intensificação do trabalho, conforme identificado em diferentes contextos hospitalares⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Apesar do esgotamento generalizado, os profissionais desenvolveram estratégias espontâneas de enfrentamento. Entre elas, destacam-se o diálogo familiar (57,1%), a atividade física (44,4%) e o apoio em redes sociais e espirituais, identificadas como mecanismos de autocuidado e preservação da saúde mental^(1-2,17). Essas práticas configuram não apenas respostas adaptativas, mas expressões de um saber ético incorporado ao cotidiano, revelando a potência criadora dos sujeitos em contextos de crise.

Quando compreendida à luz da noção de resiliência moral, formulada por **Rushton**, a experiência pandêmica adquire novo significado: a resiliência deixa de ser mera adaptação e passa a ser um exercício ético de sustentar valores e agir conforme o bem, mesmo em meio à adversidade^(6,14,17). Nesse processo, o estresse deixa de representar apenas sobrecarga psíquica e transforma-se em **matriz de consciência crítica**, denunciando as falhas estruturais do sistema de saúde e mobilizando a busca por **coerência** entre o **fazer** e o **ser** da enfermagem^(6,10,12). Essa concepção converge com achados internacionais sobre a **resiliência moral** como fator protetor frente à injúria moral em profissionais de enfermagem⁽¹⁸⁾.

O sofrimento, portanto, assume caráter pedagógico - não por ser desejável, mas por ser revelador. Ele ilumina as fronteiras entre técnica e humanidade, entre obediência e autonomia, e convoca a enfermagem a repensar sua prática à luz de uma ética do cuidado e da solidariedade^(6,10,14,17).

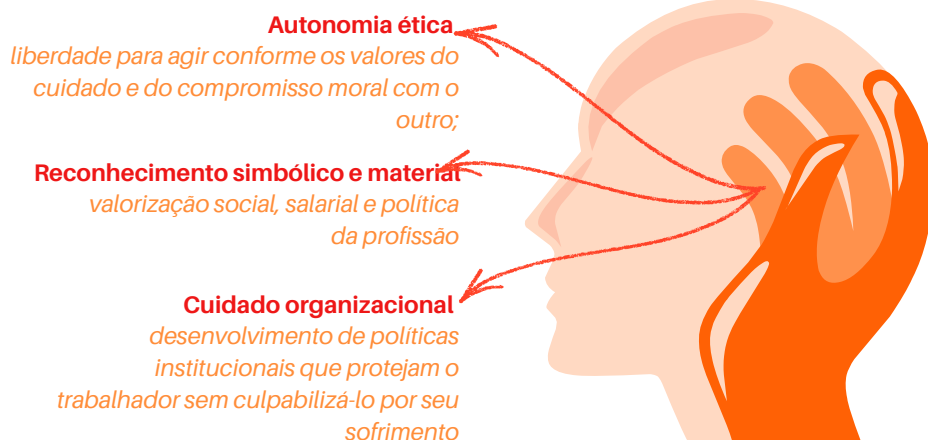
A reconstrução conceitual do bem-estar profissional: cuidado de si, autonomia e justiça ocupacional

A noção de bem-estar profissional requer ser descolonizada de seus sentidos psicologizantes e reapropriada como conceito ético-político. O bem-estar não se opõe ao mal-estar; ele representa o resultado de um processo de reconciliação entre sujeito, trabalho e mundo, uma dinâmica de ressignificação constante que permite à enfermagem transcender a passividade e afirmar sua potência criadora^(8,10,19,20).

Inspirando-se em Canguilhem, compreende-se que a saúde é a capacidade de criar novas normas diante da adversidade⁽⁸⁾. Assim, o bem-estar da enfermagem reside em sua potência normativa, ou seja, na habilidade de reinventar-se frente ao desequilíbrio, transformando o sofrimento em criação de novos modos de ser e cuidar. O pós-pandemia revelou também narrativas de sofrimento crônico entre profissionais, que desafiam o modelo individualista de bem-estar e exigem abordagens institucionais e coletivas⁽²¹⁾.

O conceito foucaultiano de cuidado de si oferece um eixo interpretativo central para esse processo. Para Foucault, cuidar de si é um gesto ético e político que antecede o cuidado do outro e implica a recuperação da agência e da autonomia do sujeito diante das estruturas que o condicionam^(10,22). No contexto pós-pandêmico, a reconstrução da saúde mental da enfermagem latino-americana depende justamente desse duplo movimento: reumanizar os ambientes institucionais e restaurar a autonomia reflexiva do trabalhador^(23,24).

A discussão amplia-se ao incorporar o conceito de justiça ocupacional, proveniente da terapia ocupacional crítica, que propõe o direito de todo profissional exercer suas atividades de modo significativo, digno e socialmente reconhecido⁽²⁵⁾. Essa abordagem conecta o bem-estar individual ao coletivo, articulando as dimensões éticas, simbólicas e estruturais do trabalho em saúde. Assim, o bem-estar profissional da enfermagem deve ser concebido como uma ecologia moral, sustentada por três pilares interdependentes:



Fuente: Lino et al, 2025. Elaboración hecha con herramientas (Elementos Gráficos) del Canva.

Esses elementos, tomados em conjunto, configuram um modelo crítico de bem-estar emancipatório, em que a saúde do trabalhador é compreendida como condição para a sustentabilidade ética do cuidado e para a transformação das práticas institucionais^(20,23,25-27).

SÍNTESE PROPOSITIVA: DIRETRIZES PARA UMA ÉTICA DA RECONSTRUÇÃO



A análise crítica desenvolvida a partir dos dados do *Global Consortium of Nursing and Midwifery Studies* (GCNMS) permite enunciar diretrizes conceituais que orientam a reconstrução ética e epistemológica do campo da saúde mental na enfermagem latino-americana^(1-2,6-7,10,2026,28). Essas diretrizes apontam para um deslocamento paradigmático - do sofrimento como patologia individual para o sofrimento como categoria política, coletiva e transformadora (Figura 1)^(5-6,11,19,27).

Ética da Reconstrução na Enfermagem Latino-Americana

Nova racionalidade do cuidado — solidária, reflexiva e humana

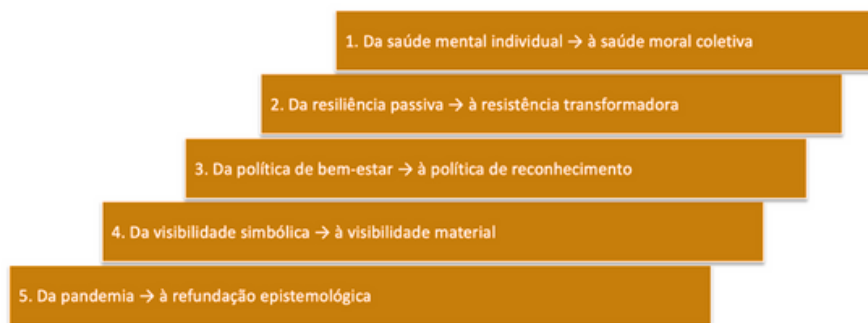


Figura 1 - Diretrizes para uma ética da reconstrução na enfermagem latino-americana.

Fonte: Elaboração pelos próprios autores inspirada em Canguilhem(8), Foucault(10,22), Rushton(6) e Fraser(27).

Estas diretrizes são orientadas partindo-se “Da pandemia à refundação epistemológica”, pois é necessário compreender o evento pandêmico não como um parêntese histórico, mas como catalisador de uma nova racionalidade do cuidado, centrada na solidariedade, na reflexividade e na humanização das práticas^(8-10,19,26-28).

Para isso, requer avanço “Da visibilidade simbólica à visibilidade material” convertendo-se o discurso heróico sobre a enfermagem em políticas concretas de trabalho digno, com garantia de segurança psicológica, condições justas e suporte emocional contínuo^(1-2,7,25,27).

Tais suportes precisam ser fortalecidos a partir “Da política de bem-estar à política de reconhecimento”, incluindo a saúde mental da enfermagem como eixo estruturante de governança institucional, vinculando-a a políticas de reconhecimento simbólico e à justiça organizacional^(23,25-26). De tal maneira que permita, ao trabalhador da enfermagem, sair “Da resiliência passiva à resistência transformadora” que promova uma resiliência crítica, entendida como prática de liberdade, e não como adaptação conformista à injustiça. Trata-se de transformar o sofrimento moral em motor de engajamento ético e de mudança institucional^(6,10,26,28).

Esta mudança institucional pode ser alcançada a partir do momento em que o foco saia “Da saúde mental individual à saúde moral coletiva” e, para isso, é necessário superar a patologização do sofrimento e compreendê-lo como um fenômeno ético-social, que denuncia as falhas estruturais das instituições e convoca à solidariedade interprofissional^(5-6,13,19).

A reconstrução ética do trabalho em enfermagem requer reconhecer o sofrimento não como fragilidade, mas como potência crítica. Ele é o ponto de partida para uma política do cuidado mais justa e sensível, que revalorize a subjetividade profissional, a autonomia moral e o direito coletivo à saúde mental. Trata-se, portanto, de inaugurar uma ética da reconstrução, na qual o bem-estar não é privilégio, mas condição de possibilidade para o cuidado de qualidade e para a sustentabilidade das instituições de saúde^(6,10,19,27-28).

A incorporação desses aprendizados - desde o reconhecimento do sofrimento moral até a promoção da resiliência ética e da justiça ocupacional - constitui o alicerce para um novo pacto social da enfermagem latino-americana^(4,18,21).

Embora fundamentado em uma base empírica ampla proveniente do macroprojeto multicêntrico *Global Consortium of Nursing and Midwifery Studies* (GCNMS), este ensaio apresenta limitações inerentes à abordagem teórico-analítica adotada. As inferências aqui desenvolvidas derivam da interpretação crítica de dados secundários e de referenciais conceituais, o que não permite esgotar as particularidades contextuais dos diferentes países

latino-americanos. Ainda assim, a articulação entre evidências regionais e fundamentos filosóficos oferece subsídios consistentes para a formulação de políticas institucionais e programas de promoção da saúde mental da enfermagem. As implicações para a prática envolvem a necessidade de incorporar a ética do cuidado, a resiliência moral e a justiça organizacional como eixos estruturantes das estratégias de bem-estar, gestão e formação de profissionais de enfermagem nos serviços e nas instituições de ensino em saúde.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia não apenas abalou a saúde mental da enfermagem; ela desnudou o próprio regime epistêmico que sustentava a relação entre trabalho, saúde e subjetividade. Diante do colapso, emergiu a possibilidade de reconstrução. A enfermagem latino-americana, situada historicamente entre o excesso de demanda e a falta de reconhecimento, encontra neste momento a oportunidade de redefinir suas fronteiras éticas e ontológicas.

O desafio que se impõe é o de transformar o sofrimento em linguagem política; o estresse em consciência; e o burnout em reconstrução. Essa passagem - do colapso à criação - constitui o verdadeiro legado da pandemia para a ciência e para a profissão.

Ao converter o sofrimento moral em matriz de reconstrução ética e política, a enfermagem latino-americana delineia um novo paradigma de saúde ocupacional, fundado em justiça, solidariedade e autonomia profissional. Trata-se de uma refundação ética do cuidado, em que o bem-estar deixa de ser privilégio individual e se torna condição estrutural para a sustentabilidade do sistema de saúde.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)

Os autores declaram que não utilizaram ferramentas de inteligência artificial (como ChatGPT, DALL-E, etc). Toda a redação e/ou desenho dos materiais audio-visuais, são de responsabilidade plena dos autores para o desenvolvimento do conteúdo acadêmico do capítulo.

REFERENCIAS

- Bachelard G. La formation de l'esprit scientifique. Paris: Vrin; 1938.
- Bauman Z. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.
- Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating Nurses: A Call for Radical Transformation. San Francisco: Jossey-Bass; 2010.
- Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris: Presses Universitaires de France; 1966.
- Centenaro APFC, Andrade A, Silva RM, Bonow CA, Costa MC, Brum K, et al. Common mental disorders and risk perception in nursing work at COVID-19 hospital units. *Texto Contexto Enferm*. 2024;33:e20230019. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2023-0019en [Accessed 2025 Oct 18].
- Costa CA, Loureiro CF. The Decolonization of Nature According to Enrique Dussel. *Latin American Perspectives*. 2025;0094582X251390389. doi: 10.1177/0094582X251390389. [Accessed 2025 Nov 05].
- Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2015.
- Fraser N. Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange. London: Verso; 2003.
- Foucault M. L'herméneutique du sujet. Paris: Gallimard; 1984.
- Foucault M. L'usage des plaisirs. Paris: Gallimard; 1984.
- Freire P. Pedagogia do oprimido. 60ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2020.
- Fraser N. Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange. London: Verso; 2003.
- Galanis P, Iliopoulou K, Katsiroumpa A, Moisoglou I, Igoumenidis M. Moral resilience protects nurses from moral distress and moral injury. *Nurs Ethics*. 2025;32(5):1617-1628. doi: 10.1177/09697330251324298 [Accessed 2025 Oct 15].
- Global Consortium of Nursing & Midwifery Studies (GCNMS). Condições de trabalho e sintomas autorreferidos de saúde mental de enfermeiros e parteiras da América Latina durante a pandemia de COVID-19. 2025.
- Honneth A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Ed. 34; 2003.
- Jameton A. Nursing Practice: The Ethical Issues. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
- Powell MA, Oyesanya TO, Scott SD, Allen DH, Walton AM. Beyond burnout: nurses' perspectives on chronic suffering during and after the COVID-19 pandemic. *Glob Qual Nurs Res*. 2024. doi: 10.1177/23333936241271271 [Accessed 2025 Oct 17].
- Raustol A. Compassion, emotions and cognition: Implications for nursing education. *Nurs Ethics*. 2023;30(8):1457-67. doi: 10.1177/09697330221128903.

Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil; 1990.

Rushton CH. *Moral Resilience: Transforming Moral Suffering in Healthcare*. New York: Oxford University Press; 2018.

Santos JLG, Neves K, Betat MG, Lemos M, Silva GWS, Assis GGT, et al. Percepção de enfermeiros e enfermeiras brasileiros sobre estresse profissional e pessoal durante a pandemia de COVID-19. *Esc Anna Nery*. 2025;29:e20240113.

Santos TCC, Soares GC, Lima KCO, Souza BBC, Velloso ISC, Caram CS. Nurses' workload during the COVID-19 pandemic: potential for experiences of moral distress. *Rev Bras Enferm*. 2024;77(Suppl 4):e20230200. doi: 10.1590/0034-7167-2023-0200 [Accessed 2025 Oct 23].

Standing G. *The Precariat: The New Dangerous Class*. London: Bloomsbury; 2011.

Ten Have H, Patrão Neves M. *Compasión*. In: *Diccionario de Bioética Global*. Cham: Springer; 2021. https://doi.org/10.1007/978-3-030-54161-3_162.

White R, Durand MA. *Humanising healthcare: patterns of hope for a system under strain*. London: Routledge; 2023.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería a oportunidade para submeter este capítulo ao Livro *Raíces del Saber*.

Revisor

Gilberto Tadeu Reis
Universidade Federal da Bahia
ORCID: 0000-0002-0595-0780

Como citar

Lino MM, Waterkemper R, Lemos M, Corrêa Trotte LA, Stipp MAC, Rodríguez López JI, Guedes dos Santos JL. **Do estresse à reconstrução: a pandemia como inflexão paradigmática para o trabalho e a saúde mental da enfermagem latino-americana**. In: Lino MM, Romero Daza AI, Martínez-Talavera BE, Rojas Espinoza JB, Carrillo Pineda M, Niño Rincón PK, organizadoras. *Raíces del saber: fundamentos epistemológicos de la educación en enfermería*. Veranópolis (RS): Diálogo Freiriano; 2025. p.320-330. ISBN: 978-65-5203-487-8. doi:[10.5281/zenodo.17823451](https://doi.org/10.5281/zenodo.17823451).



CONHEÇA OS LIVROS DA Red Internacional de Investigación en Educación en Enfermería- RIIEE

Para saber mais sobre os títulos e autores da RIIEE visite o site e siga as nossas redes sociais. Além de informações sobre os próximos lançamentos você terá acesso a conteúdos exclusivos e poderá participar pelo link

<https://riiee.jimdofree.com/publicaciones/>



riiee_internacional