



Universidad del Azuay
Escuela de Posgrados

**La mediación pedagógica como puente entre la rigurosidad
científica y el sentido ético en la docencia universitaria**

Título de cuarto nivel a obtener: Máster en Docencia Universitaria

Autor: José Patricio Beltrán Carreño

Director: José Vera Reino

Cuenca, Ecuador 2026

DEDICATORIA

A mis padres, Francisco y Olga, por ser el cimiento inquebrantable de mi vida, enseñándome con su ejemplo el valor de la perseverancia, la humildad y la vocación de servicio. Su amor incondicional y sus sacrificios silenciosos trazaron el camino por el que hoy transito con gratitud y orgullo.

A mi hermano Christian, por la complicidad, el apoyo fraterno y el compañerismo constante en cada etapa compartida.

A mi amada esposa, Dorys, mi compañera de vida y mi mayor refugio. Gracias por tu paciencia infinita, por tu apoyo incondicional en los momentos de desvelo y por ser el pilar que sostiene cada uno de nuestros sueños. Este logro es tan tuyo como mío.

A mis amados hijos, José Francisco y María Emilia, la luz que ilumina mi existir y la inspiración más profunda detrás de cada esfuerzo. Que esta obra sea para ustedes un testimonio de que el conocimiento solo adquiere sentido cuando se pone al servicio del ser humano y del bien común.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad del Azuay, mi querida casa de estudios, por haberme otorgado la beca de posgrado que hizo posible la realización de esta Maestría en Docencia Universitaria.

Expreso mi profunda gratitud por apostar por la formación continua de sus docentes, por confiar en mi vocación y por brindarme un espacio donde el rigor científico y el humanismo se encuentran para transformar la educación.

Al Dr. José Vera Reino, mi tutor, por su sabia guía, su acompañamiento generoso y sus acertadas orientaciones durante el desarrollo de esta obra. Gracias por su rigor académico, por cuestionar mis certezas y por enseñarme a mirar la práctica educativa desde la empatía y la mediación pedagógica.

A los docentes de la Maestría en Docencia Universitaria, por haber sido faros en este proceso de desaprendizaje y reconstrucción, impulsándome a superar la enseñanza tradicional para abrazar una docencia consciente, inclusiva y con sentido.

A mis estudiantes de la Facultad de Medicina, quienes con sus inquietudes, cuestionamientos y miradas del mundo otorgan verdadero significado a mi labor diaria, recordándome que enseñar es, ante todo, un acto de transformación mutua.

RESUMEN:

El objetivo de este estudio fue reconfigurar y reflexionar críticamente sobre la práctica docente en la enseñanza médica universitaria. Fundamentado en la mediación pedagógica, se desarrolló una investigación-acción con enfoque cualitativo sociocrítico.

Se implementaron prácticas de aprendizaje, diarios de campo, talleres de validación, tutorías, un Texto Paralelo y un modelo de mediación tecnopedagógica orientado al uso ético, crítico e integrado de la inteligencia artificial generativa. Los resultados evidenciaron la necesidad de transitar del modelo biomédico tradicional hacia una docencia dialógica, contextualizada, inclusiva y sustentada en la evaluación formativa.

Las estrategias aplicadas favorecieron la articulación entre saber, saber hacer y saber ser, así como la reflexión docente sobre las decisiones pedagógicas, la participación activa del estudiantado y la construcción de aprendizajes significativos vinculados con los desafíos éticos de la práctica profesional.

Se concluye que la mediación pedagógica constituye un puente entre la rigurosidad científica y el sentido ético, capaz de humanizar la formación médica sin renunciar a la exigencia académica ni a la responsabilidad profesional.

Palabras clave: docencia universitaria, educación médica, evaluación formativa, investigación-acción, mediación pedagógica, texto paralelo.

ABSTRACT

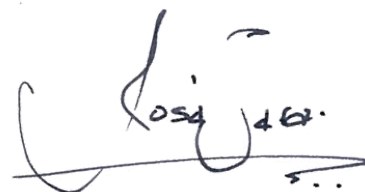
The objective of this study was to reconfigure and critically reflect on teaching practice in university medical education. Grounded in pedagogical mediation, action research was conducted using a qualitative, socio-critical approach.

Learning practices, field journals, validation workshops, mentoring sessions, a Parallel Text, and a technopedagogical mediation model aimed at the ethical, critical, and integrated use of generative artificial intelligence were implemented. The results demonstrated the need to transition from the traditional biomedical model toward a dialogic, contextualized, and inclusive pedagogy supported by formative assessment.

The applied strategies fostered the integration of knowledge, skills, and values (knowing, doing, and being), as well as teacher reflection on pedagogical decision-making, active student participation, and the construction of meaningful learning tied to the ethical challenges of professional practice.

It is concluded that pedagogical mediation serves as a bridge between scientific rigor and ethical purpose, capable of humanizing medical education without sacrificing academic standards or professional responsibility.

Keywords: action research, formative assessment, medical education, parallel text, pedagogical mediation, university teaching.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Beltrán v', with a large, stylized flourish underneath.

11/09/2026

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN:.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xi
1. INTRODUCCIÓN.....	12
2. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Antecedentes y tendencias de la mediación pedagógica.....	14
2.2. Teoría de la mediación pedagógica.....	15
2.3. Mediación semiótico-cultural.....	15
2.4. Mediación tecnopedagógica.....	16
2.5. Delimitación de las categorías centrales.....	17
2.5.1. <i>Rigurosidad científica</i>	17
2.5.2. <i>Sentido ético</i>	17
2.5.3. <i>Mediación pedagógica</i>	17
2.5.4. <i>Texto paralelo</i>	17
3. METODOLOGÍA.....	19
3.1. Enfoque y diseño de la investigación.....	19
3.2. Contexto, población y unidades de análisis.....	19
3.3. Ejes metodológicos.....	19
3.3.1. <i>Las prácticas de aprendizaje</i>	19
3.3.2. <i>La tutoría como mediación pedagógica</i>	20
3.3.3. <i>El Texto Paralelo</i>	21
4. DESARROLLO.....	22
4.1. CAPÍTULO 1. LA ENSEÑANZA EN LA UNIVERSIDAD.....	22
4.1.1. <i>EN TORNO A LA PROMOCIÓN Y EL ACOMPAÑAMIENTO</i>	22
4.1.1.1. El Legado y el desafío de la transformación.....	23
4.1.2. <i>MEDIAR CON TODA LA CULTURA</i>	24
4.1.2.1. El contexto de la tarea: La tensión entre el rigor y el sentido.....	24
4.1.2.2. La mediación de mi propia cultura: El circuito como reflejo del cuidado.....	24
4.1.2.3. El desafío de la transdisciplinariedad.....	25
4.1.3. <i>VOLVER LA MIRADA AL CURRÍCULUM</i>	26
4.1.3.1. La práctica curricular como puente entre la intuición.....	26
4.1.3.2. El relato emocional de la búsqueda.....	27
4.1.3.3. La rueda del currículum.....	28
4.1.3.4. Lo encontrado y las interrogantes abiertas.....	28
4.1.3.5. El Currículum como mandato de transformación.....	28

4.1.3.6. Del currículum formal al currículum oculto.....	29
4.1.4. <i>EN TORNO A NUESTRAS CASAS DE ESTUDIO</i>	30
4.1.4.1. De la inhibición a la palabra.....	30
4.1.4.2. La morada y mi huella pedagógica.....	31
4.1.4.3. Experiencias, Memorias y Emociones.....	32
4.1.4.4. Diálogo de autor a autor y el compromiso de la obra.....	32
4.1.5. <i>EN TORNO A LOS EDUCAR PARA</i>	33
4.1.5.1. La memoria de la crisis como fundamento ético.....	33
4.1.5.2. El grito silencioso de la incertidumbre.....	33
4.1.5.3. El sinsentido de la norma.....	34
4.1.5.4. El profesor estudiante.....	34
4.1.6. <i>LA VIVENCIA DE LAS PRÁCTICAS DE APRENDIZAJE</i>	35
4.1.6.1. El tránsito de la heteronomía a la autonomía.....	35
4.1.6.2. El tsunami pedagógico.....	35
4.1.6.3. Mediando la autonomía.....	36
4.1.6.4. La obra pedagógica como legado.....	38
4.1.7. <i>MÁS SOBRE LAS INSTANCIAS DE APRENDIZAJE</i>	39
4.1.7.1. Rompiendo la soledad del Educador.....	39
4.1.7.2. La encrucijada de la andragogía y la mediación.....	39
4.1.7.3. El acuerdo colaborativo y la trama teórica.....	39
4.1.7.4. Estrategia de entrada: La frustración de la frialdad.....	40
4.1.7.5. Evitando la linealidad del “contenidismo”.....	40
4.1.7.6. El eco del compromiso.....	42
4.1.8. <i>LA INCLUSIÓN EN LA UNIVERSIDAD</i>	43
4.1.8.1. El encuentro con la diferencia en la Universidad.....	43
4.1.8.2. Memorias de la exclusión.....	44
4.1.8.3. La fractura interior y la reconstrucción de mi rol docente.....	44
4.1.8.4. Hacia una docencia de salud inclusiva.....	45
4.1.8.5. Humanizar el dato desde los determinantes sociales.....	45
4.1.9. <i>PRÁCTICA DE PRÁCTICAS</i>	47
4.1.9.1. El encuentro con el desafío.....	47
4.1.9.2. La construcción del mapa de prácticas.....	47
4.1.9.3. Contextualización.....	48
4.1.9.4. La incertidumbre y el juicio crítico.....	49
4.1.10. <i>ENTORNO A LA EVALUACIÓN</i>	50
4.1.10.1. Una reconstrucción narrativa de la evaluación.....	50
4.1.10.2. La humanización del dato.....	50
4.1.10.3. La interlocución en la causalidad.....	51
4.1.10.4. La ética como validación final.....	51
4.1.11. <i>LA FUNDAMENTAL TAREA DE VALIDAR</i>	53
4.1.11.1. La validación como rito de paso.....	53
4.1.11.2. El miedo a la exposición.....	53
4.1.11.3. El encuentro.....	53

4.1.11.4. Hallazgos y reflexiones teóricas.....	54
4.1.11.5. La narrativa como motor.....	54
4.1.11.6. La ambigüedad de la evaluación.....	54
4.1.11.7. Conexiones con la práctica docente actual.....	55
4.1.12. CONCLUSIÓN Y REFLEXIÓN.....	55
4.2. CAPÍTULO 2. EL APRENDIZAJE EN LA UNIVERSIDAD.....	58
4.2.1. <i>EN TORNO A LA LABOR EDUCATIVA CON LA JUVENTUD</i>	58
4.2.1.1. ¿Cómo percibimos a las y los jóvenes?.....	58
4.2.2. <i>ENSEÑANZA, APRENDIZAJE E INTELIGENCIA ARTIFICIAL</i>	60
4.2.3. <i>EN TORNO A LA LABOR EDUCATIVA CON LA JUVENTUD</i>	62
4.2.4. <i>ESCUCHEMOS A LOS JÓVENES</i>	64
4.2.4.1. La deconstrucción del gestor y el nacimiento del mediador.....	64
4.2.5. <i>BÚSQUEDAS DE SOLUCIÓN A LA VIOLENCIA COTIDIANA</i>	66
4.2.6. <i>COMUNICACIÓN MODERNA Y POSMODERNA. LA FORMA EDUCA</i>	68
4.2.6.1. El texto paralelo como espejo y brújula.....	68
4.2.6.2. La sangre y la gramática en el aula.....	68
4.2.7. <i>ACERCARNOS AL DISCURSO DEL ESPECTÁCULO</i>	70
4.2.7.1. Integración de la práctica y la experiencia profesional.....	70
4.2.8. <i>UNA EXPERIENCIA PEDAGÓGICA CON SENTIDO</i>	73
4.2.8.1. Integración de la práctica y la experiencia profesional.....	73
4.2.9. <i>CONCLUSIÓN Y REFLEXIÓN</i>	75
4.3. CAPÍTULO 3. INVESTIGAR COMO CAMINO.....	77
4.3.1. <i>PROYECTÁNDOSE HACIA ADELANTE</i>	77
4.3.1.1. Investigar la docencia desde el Aula Universitaria.....	77
4.3.1.2. La mediación tecnopedagógica y la soberanía cognitiva.....	77
4.3.1.3. El choque de paradigmas.....	77
4.3.1.4. La tensión de la pseudocompetencia.....	78
4.3.2. <i>INVESTIGUEMOS NUESTRA PRÁCTICA DOCENTE</i>	79
4.3.2.1. Modelo de mediación tecnopedagógica.....	79
4.3.2.2. De la verticalidad biomédica a la mediación tecnopedagógica.....	80
4.3.2.3. Investigar la propia docencia: querer, saber y poder.....	80
4.3.3. <i>CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN</i>	82
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES.....	84
6. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	87
7. ANEXOS.....	92
8. REFERENCIAS.....	103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Herramientas semióticas y tipos de mediación utilizados.....	25
Tabla 2 Síntesis y análisis teórico de los componentes curriculares de la UDA.....	26
Tabla 3 El conflicto curricular: Tensión entre perversidad y morada.....	31
Tabla 4 Las instancias de aprendizaje.....	36
Tabla 5 Análisis y contraste de la mediación pedagógica.....	41
Tabla 6 Clasificación de los capítulos de Epidemiología.....	48
Tabla 7 Transformación de la lógica evaluativa en el bloque de medición.....	51
Tabla 8 Matriz de reconstrucción del diseño original al diseño validado.....	55
Tabla 9 Pilares pedagógicos para el uso ético de la IA en Epidemiología.....	61
Tabla 10 Transformación de la práctica docente.....	63
Tabla 11 Manifestaciones de la violencia cotidiana y mediación pedagógica.....	67
Tabla 12 Evaluación cualitativa y cuantitativa del TikTok Educativo de la UNAM.....	71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Ciclo de la Mediación Inclusiva en el Aula de Salud.....	46
Figura 2 El ciclo de la evaluación como aprendizaje implementado.....	52

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Fotografía de la socialización de recursos audiovisuales como herramienta de mediación pedagógica en bioseguridad.....	92
Anexo 2 Fotografía del taller participativo de revisión y validación cualitativa del mapa de prácticas pedagógicas.....	93
Anexo 3 Fotografías de las entrevistas sobre percepciones generacionales y experiencias en la formación médica de grado.....	93
Anexo 4 Fotografías de la entrevista cualitativa sobre la praxis y mediación pedagógica en medicina.....	94
Anexo 5 Innovación en formación médica: Visita y prácticas de simulación en las instalaciones del SIM LAB - UDA.....	94
Anexo 6 Matriz de planificación de objetivos, mediación pedagógica y criterios de evaluación de los contenidos.....	96

1. INTRODUCCIÓN

La docencia se ha configurado históricamente como un espacio académico atravesado por una fuerte impronta del modelo biomédico tradicional, anclado en el positivismo, la objetivación del dato y la centralidad de la evidencia cuantificable. Esta tradición se expresa en prácticas didácticas centradas en la transmisión lineal de contenidos, la hegemonía de la racionalidad técnica y la evaluación basada en la reproducción exacta de procedimientos, indicadores y normas, muchas veces desvinculados de las vivencias concretas del estudiantado y de los dilemas éticos que atraviesan el ejercicio clínico cotidiano. Este énfasis en la rigurosidad científica, si bien indispensable para garantizar la solvencia profesional, corre el riesgo de derivar en un “cientificismo” que invisibiliza la complejidad de la condición humana, la vulnerabilidad del paciente y las desigualdades socio-sanitarias que condicionan la salud (Mendoza Barragan, 2025; Rocha-Espinoza & Sánchez-Santamaría, 2025; Siemens, 2004; Ullauri-Ullauri & Mauri-Majós, 2022).

Esta investigación surge precisamente de la vivencia de un docente médico que, inmerso en la docencia universitaria de las ciencias de la salud, reconoce el conflicto entre una enseñanza que privilegia la exactitud del dato y una práctica educativa que requiere escuchar, acoger y problematizar la experiencia de las y los estudiantes. El proyecto se plantea como un ejercicio de investigación-acción sociocrítica que busca interrogar las propias prácticas docentes en la Facultad de Medicina, evidenciando cómo los dispositivos curriculares, evaluativos y discursivos pueden reproducir la rigidez positivista o, por el contrario, abrirse a la mediación pedagógica como acto emancipador que integra conocimiento, ética y afectividad (Prieto Castillo, 2003c; Ullauri Ullauri, 2024).

La mediación pedagógica cuestiona frontalmente la enseñanza transmisiva tradicional, caracterizada por la linealidad del “contenidismo”, la verticalidad del discurso docente y la evaluación como mecanismo de control (Prieto Castillo et al., 2023; Tapia et al., 2023). En el ámbito de la formación médica, esto se traduce en la necesidad de revisar cómo se enseñan conceptos como riesgo epidemiológico, causalidad, gestión de servicios y bioseguridad, incorporando narrativas, metáforas, prácticas reflexivas y dispositivos participativos que habiliten una comprensión situada del conocimiento científico (Prieto Castillo, 2019b; Ramírez et al., 2025).

En coherencia con esta concepción, la tesis se propone construir y validar un Texto Paralelo compuesto por temas reflexivos, diarios de campo, talleres con estudiantes y un modelo de mediación tecnopedagógica para el uso ético de la inteligencia artificial

generativa en la formación médica. Esta tesis funciona como mediación pedagógica que reescribe la experiencia docente, transformando la cátedra en un espacio dialógico donde el conocimiento técnico se entrelaza con relatos, emociones y preguntas éticas. La docencia universitaria, en este horizonte, deja de ser mero dispositivo de certificación de competencias para convertirse en práctica de acompañamiento crítico que reconoce al estudiantado adulto como sujeto de saber y de decisión.

La investigación se apoya en un enfoque cualitativo sociocrítico, basado en la investigación-acción, que involucra al docente-investigador, al estudiantado de pregrado y a la comunidad académica en procesos de coanálisis y co-construcción de sentido. La obra se organiza en temas que recorren la enseñanza en la universidad, el aprendizaje en la juventud, las experiencias pedagógicas con sentido y la investigación de la propia docencia y el aula. Cada tema incluye relatos, tablas, figuras y reflexiones que funcionan como mediaciones pedagógicas, articulando los fundamentos teóricos (mediación pedagógica, semiótico-cultural, complejidad, conectivismo, alteridad, tecnopedagogía) con las experiencias concretas de la Facultad de Medicina.

En suma, esta introducción sitúa el problema entre el modelo biomédico tradicional y la urgente necesidad de humanización y ética en la educación médica universitaria; propone la mediación pedagógica como horizonte de transformación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes y tendencias de la mediación pedagógica

La mediación pedagógica ha sido tradicionalmente estudiada en el campo de la educación popular y la educación a distancia, pero en la última década se observa una progresiva incorporación de sus principios en la educación superior en salud. Estudios posteriores han trasladado esta noción a escenarios universitarios de formación en ciencias de la salud, proponiendo estrategias de aprendizaje colaborativo, uso de textos paralelos y dispositivos dialógicos que buscan humanizar el dato clínico y resignificar la relación docente–estudiante (Guevara-Toledo & Céleri Gomezcoello, 2024; Rocha-Espinoza & Sánchez-Santamaría, 2025).

En el ámbito específico de la educación médica, diversas experiencias han mostrado que la incorporación de mediaciones pedagógicas como portafolios reflexivos, relatos de casos, simulaciones con enfoque humanista y talleres de coanálisis, favorece la construcción de autonomía, pensamiento crítico y sentido ético en el estudiantado. Una mediación pedagógica en educación superior en salud desarrollada en Colombia, por ejemplo, evidenció que el diálogo horizontal, la problematización de la práctica clínica y la resignificación de materiales académicos transforman el vínculo entre rigidez técnica y humanización, generando una formación más sensible a la diversidad de pacientes y contextos (Alzate Yepes et al., 2008).

En el contexto latinoamericano, se ha señalado que estas propuestas siguen siendo marginales frente al peso del paradigma biomédico positivista, pero constituyen núcleos de innovación que permiten articular la exigencia de rigurosidad científica con una ética del cuidado y de la alteridad (Abritta, 2017).

Paralelamente, la literatura reciente sobre evaluación formativa en educación médica muestra una convergencia con los postulados de la mediación pedagógica. Se reconoce que la evaluación formativa, entendida como proceso continuo de retroalimentación que acompaña el aprendizaje, favorece el desarrollo de competencias clínicas, la auto-regulación y el compromiso ético, en contraste con la evaluación exclusivamente sumativa centrada en la calificación del rendimiento (Roberts, 2017).

Revisiones sistemáticas recientes indican que la integración de estrategias formativas, rúbricas cualitativas, feedback narrativo, autoevaluaciones guiadas, se asocia con mejoras significativas en desempeño académico, competencia clínica y satisfacción estudiantil (Gupta & Srivastava, 2024; Navin Sagar, 2026). Estas propuestas dialogan de

manera directa con la mediación pedagógica, al concebir la evaluación como mediación y no solo como control, reforzando el vínculo entre rigor científico y acompañamiento ético.

En conjunto, los antecedentes muestran una tendencia clara: la educación médica contemporánea busca superar la enseñanza transmisiva y la evaluación punitiva, avanzando hacia modelos de mediación que integran participación, reflexión y cuidado. Sin embargo, la literatura evidencia que estas innovaciones suelen implementarse de modo fragmentario y que persiste la tensión entre un discurso institucional de competencia técnica y prácticas educativas que descuidan la dimensión humanista, especialmente en áreas como Epidemiología, Gestión en Salud y espacios de titulación (Hale et al., 2024).

2.2. Teoría de la mediación pedagógica

La mediación pedagógica se define como el tratamiento de contenidos y formas de expresión que hace posible el acto educativo en un horizonte de participación, creatividad, expresividad y relacionalidad (Gutiérrez-Pérez & Prieto-Castillo, 1999). Esta concepción desplaza la enseñanza de un modelo transmisivo basado en la entrega lineal de información hacia un modelo dialógico, donde el docente se reconoce como mediador entre cultura, saber científico y experiencia vital del estudiantado. La mediación implica traducir y reconfigurar los contenidos disciplinarios para que sean significativos en el contexto histórico-social del aula, sin sacrificar su rigurosidad conceptual.

En la educación médica universitaria, la mediación pedagógica adquiere una dimensión afectiva central. La relación docente–estudiante se convierte en espacio de reconocimiento, cuidado y responsabilidad compartida sobre el aprendizaje. Mediar afectivamente significa atender al clima emocional de la cátedra, considerar las ansiedades e inseguridades propias de la formación clínica y abrir espacios para que las y los estudiantes expresen dudas, experiencias de práctica y dilemas éticos que no siempre aparecen en el currículum formal (Alzate Yepes et al., 2008; Izquierdo-Condoy et al., 2025). De este modo, la mediación pedagógica y afectiva se posiciona como puente entre los indicadores técnicos, dominio de conceptos epidemiológicos o capacidad para diseñar un proyecto de titulación y la construcción de una identidad profesional atravesada por empatía, alteridad y sentido ético.

2.3. Mediación semiótico-cultural

La psicología histórico-cultural sostiene que las funciones psicológicas superiores se desarrollan mediante procesos de mediación simbólica, en los que herramientas culturales (lenguaje, signos, artefactos) permiten al sujeto internalizar formas de razonamiento

socialmente construidas (Vygotsky & Cole, 1978). La mediación pedagógica, en clave semiótico-cultural, implica seleccionar y diseñar estos recursos de manera que faciliten la objetivación crítica del conocimiento; es decir, que el estudiantado no solo memorice fórmulas, sino que comprenda sus implicaciones éticas y contextuales (Alzate Yepes et al., 2008).

Las metáforas cumplen una función particular en este proceso. Al traducir conceptos abstractos en imágenes y relatos, permiten vincular la rigurosidad científica con la experiencia humana. Metáforas como el “queso suizo” para describir sistemas de seguridad, o la “trinchera médica” para representar la práctica en escenarios de precariedad, operan como dispositivos semióticos que hacen visible la complejidad y la vulnerabilidad en el campo de la salud. La mediación pedagógica aprovecha estas metáforas para integrar datos y afectos, invitando al estudiantado a reflexionar sobre el sentido ético de la información que manipulan (Abd-alrazaq et al., 2023; Reason, 2000).

2.4. Mediación tecnopedagógica

La mediación tecnopedagógica se refiere a la intervención consciente del docente en el diseño de entornos de aprendizaje que integran tecnologías digitales, de modo que estas contribuyan a la construcción de sentido y no a la alienación del estudiantado. En el caso de la IA generativa, esta mediación implica regular su uso en tareas académicas y clínicas, establecer criterios de verificación de la información producida por algoritmos, discutir sus sesgos y limitaciones, y promover la reflexión ética sobre su impacto en la relación médico–paciente (Hale et al., 2024; Hersh, 2025; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Kang & Ahn, 2025).

Uno de los riesgos identificados en la literatura es la pseudo-competencia: estudiantes que aparentan dominar contenidos y habilidades gracias a textos generados por IA, pero carecen de comprensión profunda y capacidad de juicio autónomo. La mediación tecnopedagógica busca precisamente prevenir este fenómeno mediante estrategias como: delimitar actividades que deben realizarse sin apoyo de IA (por ejemplo, ciertos ejercicios de razonamiento clínico y escritura reflexiva), enseñar a contrastar respuestas de IA con fuentes científicas validadas, explicitar criterios de uso ético (transparencia, cita de fuentes, protección de datos), e incorporar la discusión sobre IA como contenido curricular en sí mismo (Izquierdo-Condoy et al., 2025; Lin et al., 2025; Sousa et al., 2026).

2.5. Delimitación de las categorías centrales.

Para organizar el análisis de la práctica docente, la tesis define cuatro categorías centrales, que se articulan con conceptos transversales como pseudo-competencia, soberanía cognitiva y alteridad.

2.5.1. Rigurosidad científica.

Teóricamente, se entiende como el conjunto de prácticas y criterios que aseguran validez, confiabilidad y coherencia lógica en la producción y uso del conocimiento científico. Incluye dominio conceptual, manejo adecuado de métodos epidemiológicos y de gestión, capacidad para interpretar evidencias y aplicación de protocolos basados en guías y normas (Abreu Suarez, 2017; Castorina, 2015; Muñoz Martínez & Garay Garay, 2015).

2.5.2. Sentido ético.

Se define como la capacidad de situar decisiones académicas y clínicas en marcos de responsabilidad moral, respeto a la dignidad humana, justicia social y cuidado de la alteridad. Operacionalmente, se manifiesta en indicadores como: problematización explícita de dilemas éticos en clase, inclusión de dimensiones de equidad y determinantes sociales en trabajos de titulación, actitudes de respeto y hospitalidad en prácticas de aula y hospital, y reflexión crítica sobre el impacto de decisiones basadas en datos sobre personas y comunidades (Abritta, 2017; Morin, 1999).

2.5.3. Mediación pedagógica.

Teóricamente, alude al tratamiento de contenidos, prácticas de aprendizaje y formas de comunicación que hacen posible el acto educativo como experiencia significativa, participativa y creativa. Se traduce en indicadores tales como: diseño de actividades que articulan teoría y experiencia estudiantil, uso de textos paralelos y narrativas, integración de evaluaciones formativas con feedback dialógico, reconfiguración del enmarcamiento del aula hacia formas más abiertas y participación real del estudiantado en la construcción del discurso pedagógico (Guevara-Toledo & Céleri Gomezcoello, 2024; Gutiérrez-Pérez & Prieto-Castillo, 1999; Vygotsky & Cole, 1978).

2.5.4. Texto paralelo.

En esta tesis, el Texto Paralelo se concibe como dispositivo de mediación que reescribe la experiencia docente, materiales de apoyo y seminarios, funcionando como espacio de metacognición y articulación entre saber disciplinar y vivencias del aula.

Teóricamente, se inscribe en la tradición de educación popular y en la investigación-acción, donde el texto se construye colectivamente a partir de relatos, registros de campo y análisis compartidos (Abritta, 2017; Guevara-Toledo & Céleri Gomezcoello, 2024).

3. METODOLOGÍA

3.1. Enfoque y diseño de la investigación

Esta tesis se inscribe en un enfoque cualitativo sociocrítico, sustentado en la investigación como estrategia central para reconfigurar y reflexionar sobre la propia práctica docente. El problema de estudio se centra en la tensión entre la rigurosidad biomédica y positivista y el sentido ético y humanista en la docencia universitaria. Esta tensión exige un enfoque que no se limite a describir la realidad, sino que permita transformarla desde la práctica del docente-investigador.

Metodológicamente, el estudio se articula en tres ejes centrales:

- Las prácticas de aprendizaje, entendidas como instancias de investigación educativa y transformación pedagógica.
- La tutoría, concebida como mediación pedagógica que acompaña el proceso de enseñanza y aprendizaje y la construcción de la tesis.
- El Texto Paralelo, como dispositivo narrativo y analítico donde se documenta y sistematiza la experiencia formativa.

Estos ejes estructuran la metodología y se articulan con las categorías teóricas definidas en el marco conceptual: rigurosidad científica, sentido ético, mediación pedagógica, texto paralelo, pseudocompetencia, soberanía cognitiva y alteridad.

3.2. Contexto, población y unidades de análisis

El estudio se desarrolla en la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay, en Cuenca, institución cuyo Modelo Educativo se basa en la mediación pedagógica, la centralidad del estudiante y la articulación entre conocimiento científico y compromiso humanista. Las cátedras de Epidemiología, Titulación y Gestión en Salud constituyen el escenario principal de la investigación, dado que en ellas se hace más visible la tensión entre el paradigma biomédico rígido y la necesidad de humanización y ética en la formación médica.

3.3. Ejes metodológicos

3.3.1. *Las prácticas de aprendizaje*

Las prácticas de aprendizaje constituyen el núcleo operativo de la metodología. Siguiendo la experiencia de posgrados de la UDA, se entienden como investigaciones autónomas y guiadas sobre temas específicos, que articulan el saber, el saber hacer y el saber ser, y que se desarrollan en diálogo con el tutor y el grupo de estudiantes.

Se implementan, entre otras, las siguientes modalidades:

Prácticas de significación, en las que las y los estudiantes construyen definiciones propias de conceptos como riesgo epidemiológico, soberanía cognitiva, pseudo-competencia, mediación pedagógica y alteridad, contrastándolas con el marco teórico y con sus experiencias clínicas.

Prácticas de observación, orientadas a analizar situaciones áulicas y escenarios hospitalarios mediante guías de observación centradas en la relación entre dato técnico, trato ético y cultura institucional, retomando la idea de que observar implica reconocer múltiples relaciones y no reducir la realidad a un solo aspecto (Prieto-Castillo & Kintto, 2005).

Prácticas de interacción, que fomentan el trabajo colaborativo, el intercambio de ideas y la discusión de casos clínicos y proyectos de titulación, entendiendo la interacción como práctica que fortalece la comunicación oral y escrita y el trabajo en equipo (Guevara-Toledo & Céleri Gomezcoello, 2024).

Prácticas de reflexión sobre el contexto, aplicación e inventiva, donde el estudiantado analiza los determinantes sociales de la salud, diseña propuestas de mejora de la docencia y experimenta con soluciones creativas.

Cada práctica se planifica mediante tablas que incluyen: objetivos, resultados de aprendizaje, contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales, saber/saber hacer/saber ser, estrategias de entrada, desarrollo y cierre, recursos, tiempo y criterios de evaluación. Estas prácticas funcionan simultáneamente como estrategias pedagógicas y como fuentes de datos cualitativos, al generar textos, relatos, observaciones y reflexiones que luego se integran en el Texto Paralelo y en los diarios de campo.

3.3.2. *La tutoría como mediación pedagógica*

El segundo eje metodológico es la tutoría, entendida como mediación pedagógica que acompaña al maestrante en el desarrollo de la tesis y al estudiantado de Medicina en sus prácticas de aprendizaje. En la experiencia de la Maestría en Docencia Universitaria, la tutoría se concibe como relación de acompañamiento permanente, donde el estudiante percibe apoyo, orientación y presencia significativa del tutor, incluso más allá de la interacción presencial.

En esta tesis, la tutoría cumple tres funciones:

Epistemológica, acompañando la formulación del problema, la construcción del marco teórico, la definición de categorías y la organización de la metodología.

Pedagógica y afectiva, sosteniendo el proceso de aprendizaje del maestrante y de los estudiantes de Medicina, promoviendo hábitos intelectuales, dedicación continua y participación activa.

Ética y metodológica, asegurando que las prácticas de aprendizaje respeten la autonomía del estudiantado, cuiden la confidencialidad de los participantes y se ajusten a los lineamientos institucionales de investigación educativa.

La tutoría se registra mediante actas, correos, acuerdos pedagógicos y reflexiones del propio maestrante, que luego se incorporan como insumo en el análisis de la mediación pedagógica.

3.3.3. *El Texto Paralelo*

El tercer eje es el Texto Paralelo, recurso en el que se plasma “todo el proceso de enseñanza-aprendizaje de los actores educativos”. Se trata de una obra reflexiva compuesta por módulos y capítulos que integran relatos, tablas, figuras, glosario y anexos, elaborados progresivamente a lo largo de la investigación-acción.

Metodológicamente, el Texto Paralelo:

Documenta las prácticas de aprendizaje, la evolución de la docencia y las experiencias estudiantiles.

Genera material para evaluación formativa, pues permite valorar procesos más que solo productos.

Estimula creatividad y pensamiento crítico, al exigir que el docente-investigador y los estudiantes reconstruyan sus experiencias, identifiquen aprendizajes y reflexionen sobre sus decisiones (Guevara-Toledo & Céleri Gomezcoello, 2024; Gutiérrez-Pérez & Prieto-Castillo, 1999).

A través de este procedimiento, la metodología permite describir y transformar la práctica docente, verificando en qué medida la mediación pedagógica se convierte efectivamente en un puente entre la rigurosidad científica y el sentido ético en la docencia universitaria.

4. DESARROLLO

4.1. CAPÍTULO 1. LA ENSEÑANZA EN LA UNIVERSIDAD

4.1.1. EN TORNO A LA PROMOCIÓN Y EL ACOMPAÑAMIENTO

Generar el relato sobre la experiencia ha sido un viaje inesperado y profundamente emocional. Al principio, la tarea parecía un simple ejercicio de redacción, un encargo más. Pero a medida que iba tejiendo las palabras, los recuerdos se despertaron y me encontré sumergido en mi propia historia, en mis propios días de estudiante.

Recordar al Dr. Aguirre, ese maestro que con su humanidad rompía la barrera del conocimiento académico, me conmovió de una manera que no esperaba. Sus relatos sobre cómo financiaba sus estudios y su vida familiar me trajeron a la mente a mis propios profesores, a aquellos que, con un simple gesto o una anécdota personal, nos hacían sentir que éramos más que números en una lista. Esa sensación de conexión entre la vida del profesor y la nuestra es un tesoro que perdura. Me sentí lleno de una gratitud inmensa por esos mentores que nos moldearon, no solo como profesionales, sino como seres humanos.

Escribir sobre la lección en la Unidad de Cuidados Intensivos, me hizo sentir una mezcla de admiración y sorpresa. ¡Qué método tan creativo y audaz! Me hizo pensar en cómo la innovación pedagógica puede ir de la mano con la empatía. A medida que escribía sobre los latidos del corazón de la compañera acelerándose, pude sentir esa tensión en mi propio pecho. Me hizo recordar la presión de los exámenes, pero también la satisfacción de superar un desafío. Fue un momento de reconexión con el coraje que se requiere para aprender.

El silencio absoluto que se generaba en el aula y la confianza que el Dr. René Aguirre deposita en sus estudiantes, incluso saliendo del salón, me llenó de un sentimiento de respeto y añoranza. Esos momentos me recuerdan la importancia de la confianza mutua en el proceso de aprendizaje. Es un pacto silencioso de honestidad que trasciende las reglas. Me sentí orgulloso de haber sido parte de una generación donde el respeto por el maestro y los compañeros era tan profundo.

Al escribir sobre el Dr. Aguirre hasta su muerte, mi corazón se sintió entristecido, pero al mismo tiempo, lleno de admiración. Su legado, su dedicación inquebrantable, incluso en los momentos más difíciles, es un recordatorio de lo que significa ser un verdadero profesional y un verdadero ser humano. Me recordó que la medicina, y cualquier profesión, es un llamado al servicio.

En resumen, este relato no fue solo una tarea; fue un acto de sanación y reflexión. Me permitió honrar a mis propios maestros y a la experiencia que me formó. Me hizo sentir que la educación es un ciclo de dar y recibir, donde la pasión de un mentor se convierte en la motivación de un estudiante. Me sentí inspirado y conmovido por la idea de que la pedagogía, cuando se hace con corazón, tiene el poder de transformar vidas de una manera que va mucho más allá de un aula o un hospital. Me siento agradecido por este ejercicio, que me ha recordado el valor incalculable de la experiencia y el poder de compartirla.

El silencio absoluto que se generaba en el aula y la confianza que el Dr. Aguirre deposita en sus estudiantes, incluso saliendo del salón, se convirtió en la metáfora más poderosa de su método. Este acto de fe era la base para que el estudiante se responsabilizara de su propio proceso, un pilar del aprendizaje autónomo. El respeto y la añoranza que sentí al recordar esos momentos me confirmaron que la promoción del aprendizaje no es una técnica, sino un pacto silencioso de honestidad que trasciende las reglas de asistencia o calificación. Me sentí orgulloso de haber sido parte de una generación donde el respeto mutuo era tan profundo.

4.1.1.1. El Legado y el desafío de la transformación

Al escribir sobre el Dr. Aguirre hasta su muerte, mi corazón se sintió entristecido, pero al mismo tiempo lleno de admiración. Su dedicación inquebrantable, incluso en los momentos más difíciles, es un recordatorio de que la medicina, y cualquier profesión, es un llamado al servicio que exige la entrega total. Este recuerdo me obligó a contrastar esa entrega con mi práctica actual:

¿Estoy yo, como docente, promoviendo esa misma pasión y humanidad?

El aprendizaje de esta primera práctica se resume en una epifanía: la mediación pedagógica debe ser, ante todo, un acto de humanidad. La mediación con toda la cultura, no puede ocurrir si antes no existe una mediación con el corazón. Mi registro a largo plazo comenzó con este ejercicio de sanación y reflexión.

El diálogo con lo aprendido en la Maestría es claro: la experiencia del Dr. Aguirre valida la teoría de que "el acompañante e interlocutor ideal" es aquel que rompe la verticalidad y construye confianza. Mi compromiso ahora es replicar esa pedagogía de la confianza en mis clases, entendiendo que mi pasión por la docencia debe ser la primera herramienta de acompañamiento (Galindo & Arango, 2009; Gutiérrez-Pérez & Prieto-Castillo, 1999).

4.1.2. MEDIAR CON TODA LA CULTURA

Este tema nos desafió a mediar con toda la cultura, exigiendo que el conocimiento sea activado a través de signos conocidos y significativos para el receptor (Prieto-Castillo & Kintto, 2005).

4.1.2.1. El contexto de la tarea: La tensión entre el rigor y el sentido

La solicitud de escribir un ensayo de maestría combinando la Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente (un tema inherentemente técnico-clínico) con la mediación pedagógica cultural (un concepto humanístico y semiótico), se presentó como un verdadero ejercicio de transdisciplinariedad. Mi mente, acostumbrada a la precisión de la Ingeniería Electrónica, identificó la necesidad de "cablear" dos mundos que se resisten a dialogar.

¿Cómo inyectar la pasión del relato de Luis Radford sobre la literatura y el análisis de datos sin perder el tono de la revista científica?

4.1.2.2. La mediación de mi propia cultura: El circuito como reflejo del cuidado

La clave para desbloquear el ensayo fue desprenderme momentáneamente de la identidad del "profesor de maestría" y abrazar la del "ingeniero que migró a la pedagogía". El relato de Radford (2013), al usar la literatura como anclaje semiótico para explicar la complejidad matemática, me dio la licencia creativa. Mi propia "obra literaria" es la lógica de sistemas.

Al recrear la sesión de clase, elegí la metáfora del circuito abierto como el puente perfecto entre la electrónica y la seguridad del paciente. El estudiante de medicina a menudo personaliza el error: la culpa es del médico o del cirujano. El ingeniero, en cambio, ve el error como una falla de diseño sistémico. Un circuito abierto es, por definición, una falla latente, una de las capas defensivas que presenta un "agujero" que puede alinearse con otras fallas (Reason, 2000).

Reflexión Introspectiva: Al redactar esa sección, sentí una profunda conexión entre mi memoria emotiva (la frustración punzante de mi primer circuito fallido en la universidad) y el objetivo pedagógico (despersonalizar el error médico). El circuito abierto no es solo un concepto técnico; es una poderosa metáfora de la vulnerabilidad humana y organizacional que valida el Modelo del Queso Suizo de Reason (2000). Fue un momento de transferencia cultural interna: estaba utilizando mi caudal personal (la electrónica) para desvelar un principio ético esencial en otra disciplina. La mediación se sintió, entonces, como una

catálisis; el conocimiento no se transmitió, sino que se activó a través de un signo conocido por el mediador, pero inesperado para el receptor.

Tabla 1

Herramientas semióticas y tipos de mediación utilizados

Concepto a mediar	Herramienta semiótica
Error Médico	Metáfora del Circuito Abierto (Electrónica).
Responsabilidad	Falla Latente / Falla Activa.

4.1.2.3. El desafío de la transdisciplinariedad

La verdadera dificultad del ensayo residía en integrar el andamiaje teórico. Es necesario que el concepto de mediación semiótico-cultural de Radford justificara la presencia de la Ingeniería Electrónica en una clase de Medicina (Radford, 2013; Vygotsky & Cole, 1978).

El Texto Paralelo registra que la escritura misma es una forma de mediación de la propia práctica docente. Al obligarme a formalizar la experiencia con el rigor de un ensayo, logré entender mejor por qué esa clase funcionó: no fue por el contenido de la electrónica, sino porque la analogía fue un disruptor cultural que rompió la caja negra de la disciplina médica. Esta disrupción cultural es el andamiaje que permite al estudiante moverse en su Zona de Desarrollo Próximo (ZDP) (Vygotsky & Cole, 1978).

La tarea no concluye con la entrega del texto, sino con la validación de la tesis de que el profesor universitario, independientemente de su especialidad, debe ser un curador de su propia cultura para poder mediar el conocimiento con significado y propósito. La gestión de la calidad académica empieza por la calidad del sentido que se le da al aprendizaje.

4.1.3. VOLVER LA MIRADA AL CURRÍCULUM

4.1.3.1. La práctica curricular como puente entre la intuición

El tema representó un ejercicio de profundo contraste personal: la transición del saber intuitivo que he acumulado por años como profesional, a la confrontación con la norma oficial que rige el quehacer formativo en la Universidad del Azuay (UDA). Este proceso no solo sintetizó la información clave sobre el ejercicio curricular, sino que develó la teoría subyacente que valida el diseño educativo contemporáneo, un aspecto crucial para cualquier docente que aspire a la excelencia, tal como lo enfatiza Stenhouse (1991) al concebir el currículum como un proyecto de investigación-acción que debe ser accesible y conocido por sus actores.

Tabla 2

Síntesis y análisis teórico de los componentes curriculares de la UDA

Elemento Curricular	Reflexión Inicial	Hallazgos Documentales Clave
Perfil del Egresado	Se sabía que debía ser "integral y humanista". Se ignoraba la redacción específica y énfasis.	Perfil de Médico/a General con visión de Atención Primaria de Salud (APS), integrando ciencia y saberes ancestrales. Basado en el Modelo de Competencias (CMBE).
Plan de Estudios	Se conocía la estructura tradicional de asignaturas. Se ignoraba la denominación de los módulos integradores.	Estructura con módulos de "Medicina Integrada I, II, III" y la inclusión de "Introducción al ABP". Articulación estricta de teoría-práctica-comunidad (Externado/Internado).
Sistema de Evaluación	Se recordaba un sistema de ponderación antiguo (25%-25%). Se ignoraba la metodología vigente.	Regido por el Reglamento de Titulación (UDA): exige Examen de Grado Complexivo (Teórico-Práctico). El enfoque tiende a evaluar Actividades Profesionales Confiables (APROC), forzando la evaluación del desempeño y no solo del conocimiento.
Labor del Docente	Se debatió entre el modelo tradicional (transmisor) y el moderno (guía). Se ignoraban	El currículum por competencias lo obliga a ser un tutor, mediador y evaluador de desempeño (no solo de información),

los programas específicos de requiriendo capacitación en APROC y el uso del crédito académico RRA para equilibrar la práctica y la teoría.

La creación se fundamenta en la Necesidad Social/Planes de Desarrollo Nacional y el Principio Ético-Humanista (Reglamento de Fundamentos Desconocimiento total de la Curriculares resolución de creación. Facultades UDA), haciendo del currículum un proyecto político-pedagógico que busca la pertinencia.

4.1.3.2. El relato emocional de la búsqueda

El desarrollo de esta práctica fue una vivencia emotiva que inició con una mezcla de curiosidad y la ineludible punzada de la humildad profesional. La primera fase, la reflexión grupal, me obligó a confesar, con algo de rubor, cuánto desconocía formalmente del currículum que da forma a la docencia médica. Existía una gran satisfacción al confirmar que mi visión idealista de un médico integral y de un aprendizaje activo era compartida, pero una profunda frustración al no poder respaldarla con la ley, el crédito o el reglamento exacto. Me recordó, con un dejo de nostalgia, a mis primeros años como docente, cuando confiaba ciegamente en mi experiencia clínica como única herramienta pedagógica, sin dimensionar que la enseñanza es una ciencia en sí misma. Esta experiencia me confirmó que la intuición, aunque valiosa, es un corpus insuficiente sin la base documental y la teoría que la sustenta (Stenhouse, 1991).

La búsqueda posterior de los documentos, la segunda fase, fue inicialmente un momento de ansiedad ante la avalancha de normativas y resoluciones. Era, metafóricamente, como intentar leer el mapa de un laberinto burocrático. Sin embargo, a medida que los fragmentos —el Perfil APS, los módulos de Medicina Integrada, el Examen Complexivo— empezaron a encajar como piezas de un rompecabezas largamente ignorado, la ansiedad se disolvió en una sensación de clara revelación.

"Fue emocionante. De repente, la visión idealista que habíamos compartido en el grupo cobraba cuerpo y ley en los documentos de la UDA. Entendí que el currículum no era un simple documento, sino el mandato estratégico que obliga a la universidad a cambiar."

Sentí una profunda admiración por la arquitectura curricular, al darme cuenta de que un solo cambio, como el enfoque en APROC, no es una simple modificación, sino un potente motor de transformación que obliga a revisar y cambiar la evaluación, la didáctica, y

—lo más importante— la formación docente. Mi aprendizaje se elevó al comprender que la coherencia narrativa que busco en este texto paralelo es la misma coherencia que debe existir entre la visión (el Perfil) y la acción (la Evaluación) en el currículum. La práctica no fue solo recolectar datos, fue dialogar con la institución y entender su propósito estratégico.

4.1.3.3. La rueda del currículum

La reflexión suscitada por el hallazgo del modelo curricular de la UDA me permitió conectar directamente con los materiales académicos del curso, específicamente con la concepción de Zabalza (2015) sobre el currículum como un "plan de acción" que abarca la intencionalidad, los contenidos y las estrategias.

La estructura de la Facultad de Medicina, con su base en APS y la adopción de ABP/APROC, ilustra la evolución desde un currículum centrado en el contenido (tradicional) hacia uno centrado en el proceso y el desempeño (constructivista). Esta conexión es crucial: la Maestría me está dotando de las herramientas pedagógicas para ejecutar un currículum que, como la UDA lo establece, es inherentemente innovador. El currículum se convierte así en un texto vivo y transformador, que, si bien establece un marco rígido, promueve una docencia flexible y reflexiva.

4.1.3.4. Lo encontrado y las interrogantes abiertas

El aprendizaje más significativo fue la confirmación de que el currículum de la UDA es un catalizador de cambio que trasciende la simple acumulación de asignaturas, describe como un puente entre la cultura académica y la cultura experiencial.

4.1.3.5. El Currículum como mandato de transformación

Los hallazgos revelaron aspectos clave:

Fundamento de Pertinencia: La formación anclada en la Atención Primaria de Salud y la realidad nacional/ancestral válida la vocación social de la carrera. Esto no es solo una declaración; es un compromiso político-pedagógico.

Innovación Pedagógica: La evidencia de módulos integrados y el uso del ABP demuestran que la UDA se alinea con modelos que promueven el aprendizaje constructivista y la integración temprana.

Potenciador de Transformación Docente: El enfoque en APROC no es solo un sistema de evaluación; es el hilo conductor que obliga al docente a dejar de ser un

transmisor de información para convertirse en un evaluador de desempeño profesional real. Este es un desafío docente que me interpela directamente.

4.1.3.6. Del currículum formal al currículum oculto

A pesar de la riqueza documental, el ejercicio abrió nuevas interrogantes que se convierten en mis futuras líneas de investigación personal:

Mecanismos de Transferencia Pedagógica: Si el currículum exige un cambio de rol docente (de transmisor a mediador), ¿cuáles son los programas de capacitación pedagógica continua específicos de la Facultad de Medicina para asegurar que todos los docentes estén preparados para implementar Actividades Profesionales Confiables (APROC) y Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)? Este es el eslabón perdido entre la teoría y la práctica.

Mi reflexión se centra en el concepto de Currículum Oculto: la documentación oficial es la norma, pero ¿las prácticas cotidianas en las aulas y hospitales reflejan realmente la integración de saberes ancestrales o la total adopción del ABP? La verdadera prueba del currículum es su puesta en práctica, que sólo la observación in situ y la memoria de las vivencias del aula pueden revelar. Esta conexión es lo que, en esencia, busca este texto paralelo: un diálogo de lo aprendido entre el ideal y la realidad del aula universitaria.

4.1.4. EN TORNO A NUESTRAS CASAS DE ESTUDIO

Este tema me obligó a confrontar mis saberes previos con la arquitectura formal del currículum de la UDA, encontrando un marco de innovación basado en competencias y APROC, me ha empujado a una reflexión más profunda y dolorosa: ¿está la cultura institucional de mi Facultad de Medicina a la altura del diseño curricular que la rige? La morada universitaria no es solo un mapa de créditos, sino un ecosistema donde la palabra y la crítica deben florecer.

Este texto sintetiza ese diálogo interno, pasando de la estructura a la esencia, manteniendo el hilo conductor de mi proceso de aprendizaje.

4.1.4.1. De la inhibición a la palabra

La invitación a la escritura reflexiva, propia de este Texto Paralelo como obra pedagógica, ha sido un ejercicio que confronta mi formación tradicional. Confieso que, al iniciar la redacción del ensayo “En torno a nuestras casas de estudio”, sentí la inhibición discursiva que Prieto Castillo (2005) identifica como una de las formas de discriminación en los establecimientos educativos. Mi formación, anclada en el rigor metodológico de la Epidemiología y la Gestión de Salud, prioriza la objetividad clínica y el informe científico, estructuras que, por su naturaleza, son parcas, solemnes y, a menudo, despersonalizadas.

El primer gran hallazgo teórico que sacudió mi memoria académica fue el ensayo de Malo (2013), “Universidad, Institución Perversa”. La frase resonó con mis propias frustraciones acumuladas como docente, aquellas que, por convención, he intentado suprimir. Malo no se limita a la crítica; él diagnostica que la universidad se convierte en la “cabeza de turco” donde la sociedad deposita sus frustraciones e ineficiencias.

El impacto fue emocional: Sentí una punzada de profunda humildad y a la vez de urgencia ética. Me pregunté: ¿He sido, en mis años en la UDA, un agente de la ‘perversidad’ o he trabajado por el rol de la ‘conciencia crítica’?

Mi registro de aprendizaje comenzó en ese reconocimiento: la única vía para dignificar mi labor es abrazar la crítica como motor de la transformación, no como elemento paralizante. Este ejercicio de expresión me ha permitido construir mi propia interioridad respecto a mi labor, entendiendo que la educación debe promover una pedagogía del sentido donde el individuo recupera su voz y la capacidad de expresión (Gutiérrez-Pérez & Prieto-Castillo, 1999).

4.1.4.2. La morada y mi huella pedagógica

El concepto de la universidad como morada, trabajado por autores como Tünnermann Bernheim (2012), se reveló en la escritura como la antítesis emocional de la "Institución Perversa". Si la perversidad es desilusión, la morada es pertenencia, encuentro y compromiso social. Mi trabajo en la Facultad de Medicina, enfocado en Investigación y Gestión de Salud, es donde esta tensión se vive con mayor intensidad, especialmente en el contexto del modelo APS y APROC.

En Investigación: Mi tarea es combatir la burocratización académica que, en muchos casos, convierte la tesis en un mero trámite administrativo, vaciando de sentido el proceso. El riesgo de la "perversidad" interna se materializa cuando el estudiante solo escribe para resolver cuestiones burocráticas, sin lograr convertirse en un autor con voz propia. Por ello, mi obra pedagógica reside en acompañar la titulación como una crónica del propio proceso de aprendizaje del estudiante, buscando que el documento final se parezca a su autor y tenga una totalidad de sentido.

En Gestión y Epidemiología: La morada se construye en el contexto sanitario. Mis cátedras exigen que los futuros médicos no solo diagnostiquen la enfermedad individual, sino la enfermedad social (inequidad, mala gestión, falta de pertinencia). La universidad, debe ser el hogar de la disidencia y la libre discusión de ideas. Mi labor como docente es mediar este diálogo e instar a mis estudiantes a asumir un compromiso activo con la realidad sanitaria del Azuay. Mis planes de gestión propuestos por los alumnos son el material elaborado que evidencia la urgencia de la pertinencia social.

Tabla 3

El conflicto curricular: Tensión entre perversidad y morada

Concepto Teórico	Descripción Central	Impacto en la Docencia Médica	Implicación Personal
Institución Perversa	La universidad está presa de la burocracia, el aislamiento disciplinar y la pérdida de la conciencia crítica.	Riesgo: Burocratización de la investigación. El estudiante aprende a simular el desempeño en lugar de vivirlo.	La lucha interna por dedicar más tiempo al acompañamiento humanizado que a los informes de gestión.

4.1.4.3. Experiencias, Memorias y Emociones

El Texto Paralelo me permite ejercer la desinhibición discursiva para analizar el conflicto sin caer en la resignación. Siento angustia al ver cómo la alta carga administrativa y la priorización de indicadores de gestión, lejos de facilitar, entorpecen la investigación genuina que requiere tiempo y reflexión profunda. Esto me trae a la memoria mis primeras experiencias como profesional de la salud, donde la urgencia de la atención relegaba a menudo la reflexión sobre la gestión. Ahora, como docente, esa urgencia se disfraza de "trámite académico".

Mi registro de conflicto personal es la batalla diaria entre el docente-estudiante que desea humanizar las relaciones en la educación superior y el académico que teme ser juzgado por no cumplir con la norma rígida. Es una lucha constante por proteger el tiempo de acompañamiento personalizado al estudiante, que es el verdadero núcleo de la obra pedagógica.

Diálogo de lo aprendido: Esta tensión, sin embargo, no es paralizante; es fecunda. Al compararla con la experiencia actual de la Maestría, entiendo que el conflicto es esencial para la transformación. La Maestría me ha dado el lenguaje teórico para nombrar esa fricción y transformarla en una línea sostenida de acción pedagógica (Posso, 2022; Prieto Castillo, 2019a; Tünnermann, 2012).

4.1.4.4. Diálogo de autor a autor y el compromiso de la obra

El proceso de escritura y relectura me ha enseñado que el verdadero aprendizaje reside en la relectura y el diálogo. Al volver sobre mis palabras, asumo la plena responsabilidad de ser autor y me conecto con la teoría del Conocimiento Pedagógico del Contenido (PCK): no basta con saber Epidemiología (el contenido), sino que debo saber cómo transformarlo pedagógicamente y cómo el contexto institucional afecta esa transformación.

Mi anhelo es que la cátedra de Gestión y Epidemiología sea una aventura en la comunicación donde el estudiante, al escribir pensando en un lector y al incluir su memoria, se convierta en co-creador de conocimiento. Este es el verdadero espíritu de la Obra Pedagógica y el camino para salir de la "clase tradicional" definida por los autores del texto paralelo como una mera toma de notas sin vida.

4.1.5. EN TORNO A LOS EDUCAR PARA

Tras haber analizado la arquitectura formal del currículum y haber confrontado la cultura institucional. El gran dilema de la universidad no es solo qué enseñar, sino para qué estamos formando. Este segmento es mi registro a largo plazo de la lucha por humanizar la educación médica, centrado en dos pilares elegidos: *Educación para la Incertidumbre y Educación para la Significación*.

4.1.5.1. La memoria de la crisis como fundamento ético

Mi registro de aprendizaje de esta práctica comienza con una confrontación: la resistencia inicial a la desinhibición discursiva. Mi formación como epidemiólogo, enfocada en el dato y la tabla, me había hecho temer a la emoción y a la palabra subjetiva, un claro síntoma de la inhibición discursiva moldeada por la academia tradicional. La burocracia, que tanto critiqué como parte de la "Institución Perversa", había colonizado mi propia escritura, priorizando la forma sobre el fondo (Huiracocha Tutivén & Correa Villavicencio, 2024; Malo González, 2013; Posso, 2022; Ruiz-Corbella & López-Gómez, 2019).

El diálogo con los textos de la Maestría y la exigencia de este Texto Paralelo como obra pedagógica me obligó a revertir ese hábito. Mi memoria no podía ser una lista de temas; debía ser una crónica de lo vivido.

4.1.5.2. El grito silencioso de la incertidumbre

Al elegir Educación para la Incertidumbre como mi prioridad, no elegí un concepto teórico, sino la realidad vivida.

Recuerdo el inicio de la pandemia, cuando los datos epidemiológicos cambian hora tras hora, destrozando la ilusión de la certeza médica que se vende en los libros de texto. Sentí la angustia de la verdad brutal que expone la fragilidad del ser humano y del sistema de salud.

Mi mirada como epidemiólogo y docente se centra en este imperativo: mi práctica pedagógica tiene la obligación ética de enseñar a deliberar con el 60% de los datos y a convivir con la ambigüedad. Si el médico sale de la Facultad creyendo en la verdad absoluta, es un profesional paralizado ante la primera crisis real. Este es mi primer gran paso de transformación profesional, y el Texto Paralelo atesora esta memoria como la prueba de que mi elección es existencial, no solo académica.

4.1.5.3. El sinsentido de la norma

La segunda prioridad, Educar para la Significación, es el antídoto contra la burocratización. Prieto Castillo (2019) enfatiza que una educación sin sentido solo produce angustia y desmotivación. Veo esta angustia en los ojos de mis estudiantes de Investigación y Titulación, cuya primera pregunta no es qué van a construir, sino: "*¿Cuál es el formato?*", "*¿Cuántas páginas me exige el sistema?*". La Institución Perversa se manifiesta precisamente ahí, cuando el proceso de creación se subordina al trámite de aprobación (Geyer, 2018).

Mi experiencia más gratificante, que nutre este registro, fue cuando una estudiante que investigaba la gestión de residuos hospitalarios me dijo: "*Profesor, mi tesis no es una nota; es el plan de saneamiento que le voy a dejar a mi comunidad*". En ese instante, la totalidad de sentido se hizo presente: el conocimiento técnico se había articulado con su compromiso vital y con la pertinencia social de la UDA.

4.1.5.4. El profesor estudiante

Mi doble rol en la UDA (profesor y estudiante de Maestría) ha sido un catalizador para este seguimiento y registro del aprendizaje. Cuando presenté mi trabajo de maestría, experimenté la incertidumbre de la evaluación y la necesidad de significación para no caer en el trámite. Esto me proporciona una mirada más empática hacia mis propios alumnos de Medicina. El goce de la vida profesional, aunque no se prioriza en la academia, se encuentra en este encuentro compartido y en el modelado de la expresión sincera y la invención.

Manejo de la incertidumbre: La Simulación de "Crisis sanitaria incompleta" en Epidemiología es mi forma de inyectar la realidad. Es un juego productivo que exige la convivencia y el diálogo para deliberar bajo estrés. Mis estudiantes se ven obligados a dejar de ser consumidores de información para convertirse en deliberantes activos con el 40% faltante. Esto educa para convivir, ya que la incertidumbre solo se maneja en equipo.

Apropiación de la significación: El Ensayo de sentido y compromiso como componente obligatorio de la Titulación es mi acto de rebeldía pedagógica. Al exigir la desinhibición discursiva para responder: "*¿Qué significado tiene esto para mí y para la comunidad?*", rompo el molde de la redacción técnica y fomento que el trabajo final se asemeje a una obra personal.

4.1.6. LA VIVENCIA DE LAS PRÁCTICAS DE APRENDIZAJE

4.1.6.1. El tránsito de la heteronomía a la autonomía

Si el tema me obligó a definir el qué (Educar para la Incertidumbre y la Significación), es el registro de aprendizaje de mi cómo: las acciones concretas para mediar la enseñanza. Esta sección es el corazón de mi obra pedagógica, demostrando que la implementación del currículum por competencias y la superación de la burocracia institucional dependen, en última instancia, del trabajo consciente del docente. Mi rol se define como el docente bífido: un ser dividido entre la herencia de una formación tradicional y la urgencia de promover la autonomía del estudiante a través de la Mediación Pedagógica.

4.1.6.2. El tsunami pedagógico

Hoy, sentado en mi oficina en la UDA, siento el peso de mi propia historia. La recuperación de la memoria de mi formación en Medicina en la Universidad de Cuenca es, como señala Prieto Castillo (2019), un acto de apropiación de la vivencia atesorada. Mi pasado fue una reducción drástica de las seis instancias a solo dos, marcadas por un control vertical y la ansiedad:

Instancia Dominante (El educador y el texto): El profesor era el dueño del saber; la calidad se medía por la memorización. Mi sensación de estudiante era de ansiedad, no de asombro. La interlocución estaba prohibida.

Instancia silenciada (consigo mismo): Las dudas se guardaban por miedo al juicio, haciendo tabla rasa de mi experiencia previa.

El verdadero quiebre, el Tsunami Pedagógico, llegó con el Internado de Médico. El contexto - el paciente real, la incertidumbre - se convirtió en el currículum vivo que no aceptaba la matriz memorística. La autonomía fue impuesta por la necesidad de tomar decisiones bajo incertidumbre, forzándola al ciclo vital de Acción-Reflexión-Acción. Fue doloroso, pero profundamente liberador. El aprendizaje en la Maestría me ha proporcionado el lenguaje para entender que aquel dolor era el nacimiento de la autorregulación y la base de mi compromiso con Educar para la Incertidumbre (Cancino Marentes et al., 2011; Galindo & Arango, 2009; Hernández & Flores, 2012; Zabalza, 2015).

La batalla del docente bífido consiste en confrontar lo que, sin querer, repito: la inercia de la prisa y la verticalidad heredada.

4.1.6.3. Mediando la autonomía

Desde mi rol en la UDA, mi obra pedagógica consiste en mediar intencionalmente cada instancia, buscando que el estudiante alcance la autonomía necesaria para la vida profesional. Mi acción es el puente para que el enfoque APROC/Competencias se sienta real, y no burocrático.

Tabla 4*Las instancias de aprendizaje*

Instancia de aprendizaje	La barrera de la heteronomía (Mi pasado)	Acción mediadora intencionada (Mi práctica en UDA)	Propósito pedagógico (Conexión teórica y práctica)
La Institución	Burocratismo rígido que agota el entusiasmo.	Traducción y negociación: transformó el lenguaje burocrático de titulación a lenguaje pedagógico. Lucho por temas de investigación que sean relevantes para el contexto, alineado con la pertinencia social de la UDA.	Combatir el sinsentido y el agotamiento generado por la burocracia.
El Educador	Imposición de sentencias propias.	Mediación metacognitiva: Mi experiencia clínica es el puente. Uso el ethos del médico para dar significación a la epidemiología. La madurez pedagógica me exige escuchar la vivencia previa del estudiante.	Rol mediador. promover la interlocución como clave del aprendizaje.
Los Medios	Solo lectura y reproducción de textos.	Medios como producción: diseño actividades para que el estudiante use bases de datos y software	Fomentar la transferencia teórica a la práctica y evitar la simulación de tabla

		de modelado para interrogar la realidad (ej. análisis de datos locales en epidemiología).	rasa.
El Grupo	Alianza de supervivencia individualista.	Interdependencia positiva: estructurar proyectos de gestión de salud que requieren la aportación indispensable de cada miembro. Implementó la tutoría entre pares.	Aprendizaje colaborativo. Romper el individualismo y el miedo, preparándonos para la gestión clínica real.
El Contexto	Desconexión entre teoría y realidad sanitaria.	Currículum vivo: La problematización de la titulación nace de una necesidad sentida en la Red de Salud. Utilizo el diálogo para recuperar las vivencias clínicas y comunitarias.	Impulsar el ciclo de Acción-Reflexión-Acción, crucial para educar para la incertidumbre.
Consigo Mismo	Instancia de silencio y miedo a la incertidumbre.	Ancla de la autonomía: Exijo el diario de reflexión en titulación. Un espacio para que el estudiante evalúe su honestidad y autodisciplina, reconociendo y superando el miedo.	Metacognición y autorregulación. transformar la vivencia atesorada en conocimiento transferible.

4.1.6.4. La obra pedagógica como legado

Este texto paralelo es el registro vivo de mi proceso de aprendizaje en la maestría. Cada apartado, desde el currículum hasta las instancias, es un ladrillo de mi obra pedagógica en construcción. La desinhibición discursiva me ha permitido nombrar el miedo y la prisa heredada.

Mi compromiso es que esta bitácora de transformación defina mi legado. El diálogo de lo aprendido con los textos de Prieto Castillo, Cardozo Ortiz, Hernández Segura y el contexto de la UDA y sus estudiantes, se convierte en el motor para la humanización que busco.

4.1.7. MÁS SOBRE LAS INSTANCIAS DE APRENDIZAJE

4.1.7.1. Rompiendo la soledad del Educador

Mi rol, como docente experto en Gestión de Proyectos y estudiante de la Maestría, me situó en el epicentro de la exigencia: mediando contenidos técnicos, como la Gestión de Proyectos 2025 y la Normativa de Calidad, ante una audiencia que juzga el conocimiento por su aplicabilidad y su impacto en la vida real.

Este texto es el registro del esfuerzo por romper la soledad del educador a través de la observación recíproca con el colega Oscar Ureña, y el análisis de nuestra praxis a la luz de la mediación pedagógica.

4.1.7.2. La encrucijada de la andragogía y la mediación

La preparación para esta práctica estuvo marcada por una profunda tensión emocional. Enfrentar a Directores de Hospital, cuya experiencia acumulada en crisis y éxitos supera a menudo la teoría de un aula, genera respeto y una sutil ansiedad de desempeño. Mi memoria voló a mis primeras experiencias como docente, donde el miedo al vacío de conocimiento me hacía sobrecargar de datos mis presentaciones, una forma de contenidismo que ahoga la significación.

Hoy, como estudiante de maestría, entiendo que lo verdadero no reside en cuánto saber se tiene, sino en cómo se media ese saber para que el adulto lo integre a su ser y su acción.

La andragogía, entendida como ciencia y arte de educar a personas adultas, postula que el adulto es autodirigido, motivado por la relevancia del contenido y usa su experiencia como principal recurso de aprendizaje. Mi colega y yo tuvimos que ser brutalmente honestos: un director de hospital no asiste para que se le dicte una norma; asiste para encontrar una solución a la brecha de camas o al riesgo epidemiológico. La mediación tenía que ser sensible y humanizada, ajustada no solo al intelecto, sino a la tensión profesional de quien debe tomar decisiones de vida o muerte.

4.1.7.3. El acuerdo colaborativo y la trama teórica

El acuerdo con Oscar Ureña fue la primera acción concreta para romper la soledad. Entendimos que, para que el ejercicio fuera productivo, la observación debía basarse en criterios de la Maestría, no en listas de chequeo convencionales. El consenso fue un proceso de diálogo dialógico, donde definimos que la observación se centraría en:

Conexión Emotiva: ¿Se usa la experiencia del directivo como un puente conceptual?

Profundización: ¿Se evita el contenidismo al usar ángulos de mira?

Diálogo Sensible: ¿Hay escucha activa para descifrar las resistencias?

Este proceso demostró que la palabra en la mediación pedagógica debe ser precisa, honesta y enfocada en el desarrollo del otro. El diseño de nuestros criterios se sustenta en la siguiente concepción:

La ejecución de las sesiones distribuidas en Gestión de Proyectos: Normativa de Calidad y PCIAAS y la posterior retroalimentación fue donde la teoría académica cobró vida.

4.1.7.4. Estrategia de entrada: La frustración de la frialdad

Mi sesión inició con una presentación rigurosa de las metas de proyectos para la Zona 6. Oscar, en su retroalimentación, fue directo: *Tu contenido fue excelente, pero tu entrada fue fría*. Esta palabra me golpeó. Recordé una sensación de desconexión inicial en la sala, a pesar de la relevancia de las cifras.

El error radicó en sustituir la narrativa por la estadística. La narrativa introduce la dimensión emotiva y genera el conflicto intelectual (Vásquez & Prieto, 2014). Debí iniciar con el relato de un proyecto fracasado en un hospital de la Zona 6, uno que generó una crisis real, para luego preguntar:

¿Qué falló aquí, según los modelos que vamos a revisar?

Esto habría sido una estrategia de entrada magistral, que cumple con el rigor científico, pero usa la emoción para capturar la atención del adulto (Knowles et al., 2014). Mi aprendizaje fue: el directivo necesita sentir el problema para justificar el conocimiento.

4.1.7.5. Evitando la linealidad del “contenidismo”

En la sesión, el riesgo fue el contenidismo. La normativa técnica es, por naturaleza, lineal y descriptiva. Mi observación se centró en el Criterio 4: Integración de saber, sensibilidad y acción.

Le hice ver que el saber de la norma técnica y la acción del plan de implementación estaban presentes, pero la sensibilidad y la reflexión profunda se perdían.

Propuse el uso sistemático de los ángulos de mira (Feo, 2010). Por ejemplo, en lugar de sólo describir el protocolo de bioseguridad, debió preguntar:

¿Cuál es el costo ético de priorizar la eficiencia sobre la seguridad del paciente?

¿Cuál es el impacto político de una infección nosocomial en la gestión de la Coordinación Zonal 6?

Este enfoque multidimensional no solo promueve la comprensión profunda, sino que integra el contenido a la compleja realidad de la toma de decisiones ejecutivas. Este ejercicio de crítica constructiva reforzó mi convicción de que la docencia universitaria requiere de una visión holística que trascienda la especialidad.

Tabla 5

Análisis y contraste de la mediación pedagógica

Criterio (Rúbrica)	Mi sesión: Gestión de proyectos 2025 (Puntaje 0.8)	Sesión de Oscar Ureña: Normativa de Calidad (Puntaje 0.8)	Recomendación de mejora (Teoría aplicada)
1. Conexión con la experiencia	Alto rigor en datos (Saber), pero baja emotividad en la inducción.	Conexión pertinente a problemas de calidad reales, pero no se transformó en dilema personal.	Fortalecer la Estrategia de Entrada usando la Narrativa y el Conflicto.
2. Comprensión Profunda	Debate focalizado en la herramienta de lo técnico, no en el porqué de las fallas.	Exposición correcta, pero con riesgo de contenidismo por la densidad de la norma.	Promover el Tratamiento Recurrente y el Análisis Crítico con la Pedagogía de la Pregunta.
3. Mediación Sensible	Trato profesional, pero la escucha activa no logró decodificar las resistencias institucionales profundas.	Trato cordial, pero centrado en la formalidad del contenido, no en la tensión del rol directivo.	Aplicar los principios de la Andragogía para validar la experiencia y gestionar la resistencia con empatía.
4. Integración	Predominio del	Predominio del Saber	Usar los Ángulos de Mira

S. S. A.	saber y la acción; debilidad en la sensibilidad de la ética y política.	como la norma; la acción es forzada si no hay convicción ética.	como lo Ético, Político, Económico en el desarrollo para vincular la teoría a la decisión humana.
5. Cierre Significativo	Finalizó con un resumen informativo.	Cierre de metas a cumplir, sin reflexión.	El cierre debe ser una Proyección al Futuro con un compromiso explícito de acción de mejora, verificando el aprendizaje.

4.1.7.6. El eco del compromiso

El último punto de inflexión fue el Cierre del criterio 5. Tradicionalmente, terminamos con un resumen de los puntos clave. Sin embargo, la teoría de la Mediación nos enseña que el cierre debe ser un impulso, una proyección al futuro (Méndez, 2007).

Para audiencias ejecutivas , esto debe traducirse en compromiso. En lugar de solo resumir, debimos pedir a cada Director que articula su “Promesa Pedagógica”: una acción inmediata de mejora de la gestión de proyectos o de calidad que implementarían al volver a sus hospitales. Solo en ese momento, cuando el saber se convierte en una palabra empeñada y una acción inminente, se verifica el verdadero aprendizaje.

4.1.8. LA INCLUSIÓN EN LA UNIVERSIDAD

4.1.8.1. El encuentro con la diferencia en la Universidad

Al llegar a la octava estación de este viaje de maestría, sentí que el suelo firme por el que creía transitar se desvanecía. Hasta ahora, en mi formación como profesional de la salud y luego como docente universitario, había operado bajo la ilusión de la neutralidad científica.

En las prácticas anteriores, cuestionamos la epistemología positivista, y aunque intelectualmente comprendí que el conocimiento es una construcción social, en la práctica diaria de mis aulas de Epidemiología, seguía predominando el dato frío, la media estadística y la desviación estándar. El estudiante era, en gran medida, un receptor de esa verdad aséptica.

Esta práctica sobre la inclusión ha funcionado como un martillo que rompe ese espejo aséptico. Me ha obligado a mirar no la norma, sino los márgenes. La inclusión, comprendí en esta unidad, no es un apéndice del currículo ni una rampa en la entrada del edificio. Es una postura ética y política radical, en la que se trata de abandonar la homodidáctica, esa obsesiva pretensión de que todos aprendan lo mismo, al mismo tiempo y de la misma manera para dar paso a la hetero-relación, el encuentro genuino con el otro en su irreductible diferencia.

Este desarrollo es la crónica de cómo esa comprensión teórica se encarnó dolorosamente a través del diálogo con mis compañeros y cómo está reconfigurando mi identidad docente.

Nos enfrentamos a la dura realidad de la exclusión. Mientras leía los documentos bibliográficos, sentí una profunda incomodidad. Él habla de la mirada selectiva y me pregunté cuántas veces, en mis clases de Epidemiología, he visto a los estudiantes como simples números, ignorando sus individualidades y sus pies descalzos.

La inclusión requiere una pedagogía de la hospitalidad. No se trata de que el estudiante con discapacidad o de diferente orientación sexual se adapte a mi clase, sino de que yo debo transformar mi aula para recibirlo. La homo-didáctica; la pretensión de que todos aprendan al mismo tiempo y de la misma forma es, en esencia, un acto de violencia simbólica (Estrella et al., 2023; Morales, 2006; Ortiz et al., 2025).

4.1.8.2. Memorias de la exclusión

Al trabajar con José, Juan, Oscar y Valeria, las historias personales brotaron con una carga emotiva inesperada. El caso de la estudiante de medicina discriminada por su orientación sexual me generó indignación. Me transportó a mis años de pregrado, donde el deber ser del médico era un molde estrecho que no permitía la disidencia. Ver que incluso el Departamento de Bienestar Estudiantil falló en su protección me recordó que la institución inteligente e inclusiva aún está en construcción (Mirón et al., 2019; Parra et al., 2024; Ramírez et al., 2025).

Otro momento que me conmovió fue el relato del boxeador. Es doloroso ver cómo una pasión personal puede ser vista por la institución como una amenaza a la homogeneidad. Como docente, me preguntó:

¿Cuántos talentos he dejado ir por no saber mediar entre el interés del estudiante y el currículo rígido?

4.1.8.3. La fractura interior y la reconstrucción de mi rol docente

Al analizar estos casos me ha provocado una fractura interna. Como profesional de la salud, he sido formado para diagnosticar, etiquetar y tratar. Esa lógica médica, trasladada acríticamente a la docencia, es peligrosa. He tendido a ver al estudiante que no rinde como un caso problema, alguien con un déficit cognitivo o actitudinal que debe ser remediado.

Hoy entiendo que esa mirada es, en sí misma, excluyente. La inclusión no es arreglar al estudiante defectuoso para que encaje en mi clase de Epidemiología.

La inclusión es preguntarme: ¿Qué barreras estoy poniendo yo, con mi lenguaje, mis ejemplos, mis métodos de evaluación, que impiden que este estudiante específico participe plenamente?

La maestría, y especialmente esta práctica, me exige transitar de ser un profesor instructor a un profesor mediador. La mediación pedagógica, en el sentido inclusivo, implica ser un puente entre la cultura del estudiante y la cultura académica, validando la primera para acceder a la segunda.

4.1.8.4. Hacia una docencia de salud inclusiva

Con los antecedentes revisados y la transformación personal en marcha, planteo la reconfiguración de mis espacios docentes en la universidad. No como un listado de buenas intenciones, sino como estrategias concretas fundamentadas en la teoría de la alteridad.

4.1.8.5. Humanizar el dato desde los determinantes sociales

La Epidemiología suele enseñarse como la matemática de la enfermedad. Mi propuesta es enseñarla como la ciencia de la injusticia social.

Estrategia: Al abordar los brotes epidémicos o las enfermedades crónicas, el punto de partida no será la estadística, sino los Determinantes Sociales de la Salud.

Fundamento inclusivo: Esto permite que estudiantes provenientes de comunidades rurales, indígenas o zonas urbano-marginales validen su experiencia vital como conocimiento científico legítimo. Ellos son expertos territoriales. Si un estudiante indígena comparte cómo su comunidad entiende la salud y la enfermedad, eso no es folclore, es epistemología.

Incorporaré el diálogo de saberes, rompiendo la hegemonía del conocimiento biomédico occidental como única verdad, en línea con lo trabajado en las primeras prácticas sobre la construcción social del conocimiento.

En la materia de Gestión, los estudiantes aprenden a administrar recursos hospitalarios. Tradicionalmente, el enfoque es la eficiencia económica y clínica.

Estrategia: Introducir la Gestión de la diversidad como un pilar de la calidad sanitaria. Los estudiantes deberán diseñar protocolos de atención que sean no solo eficientes, sino hospitalarios para poblaciones vulnerables como LGTBIQ+, personas con discapacidad o inmigrantes.

Fundamento inclusivo: Evaluaré no solo si el modelo de gestión cuadra financieramente, sino si es capaz de acoger la diferencia sin patologizarla. Les enseñaré que un hospital que expulsa simbólicamente a una paciente lesbiana o que no tiene intérpretes para un paciente quechuahablante, es un hospital de mala calidad, por muy moderna que sea su tecnología.

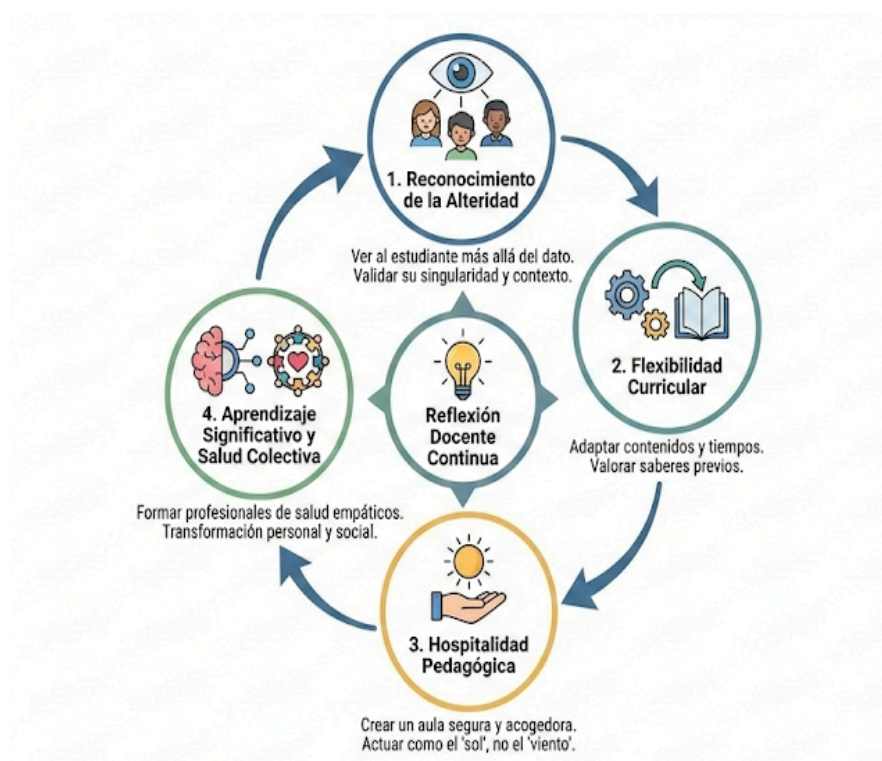
El proceso de tesis es, quizás, el filtro excluyente más fuerte al final de la carrera. Muchos estudiantes diferentes por sus tiempos, sus cargas familiares, sus estilos de aprendizaje se quedan en el camino.

Estrategia: Implementar un sistema de tutoría flexible y afectivo. Reconocer que el estudiante de tesis no es un cerebro sin cuerpo; a menudo es un padre o madre de familia, un trabajador a tiempo completo.

Fundamento inclusivo: Aplicaré la metáfora del sol de esopo. Mi rol no es ser el viento que presiona con plazos rígidos y críticas devastadoras a los borradores. Mi rol es proporcionar el calor del acompañamiento, estructurando metas personalizadas, ofreciendo retroalimentación formativa y validando sus miedos e inseguridades. La flexibilidad en los tiempos no significa bajar el rigor académico, sino ajustar el camino para que todos puedan llegar a la meta (López, 2025; Mirón et al., 2019; Morales, 2006; Parra et al., 2024).

Figura 1

Ciclo de la Mediación Inclusiva en el Aula de Salud



Nota. Figura generada con inteligencia artificial mediante Gemini (Google, 2026), según indicaciones del autor.

4.1.9. PRÁCTICA DE PRÁCTICAS

4.1.9.1. El encuentro con el desafío

Al iniciar el desarrollo del tema, me encontré frente a un documento que, en su frialdad de hoja de cálculo, representaba un desafío monumental: el "Mapa de Prácticas de Epidemiología 2026". A primera vista, las celdas llenas de términos como tasas de incidencia, curvas de Kaplan-Meier y estudios de cohortes evocaron en mí el recuerdo de mi propia formación de pregrado, donde la epidemiología se sentía como una matemática árida, desconectada del sufrimiento humano. La pregunta detonante surgió casi de inmediato:

¿Cómo transformar este listado de contenidos técnicos en una experiencia de aprendizaje significativa?

Este texto paralelo no es solo un registro de actividades; es la bitácora de una transformación personal y profesional. Entendí que mi rol no era el de un transmisor de la información contenida en el texto de Leon Gordis, sino el de un mediador que debe "hacer apasionante el conocimiento".

Este proceso implicó un diálogo constante con mis propios prejuicios sobre la enseñanza de las ciencias de la salud y una inmersión profunda en el modelo de la educación alternativa (Annabell et al., 2022).

4.1.9.2. La construcción del mapa de prácticas

El primer paso en esta reingeniería educativa fue romper con la linealidad del sílabo. Basándome en las discusiones mantenidas con la tutoría y revisando la teoría de las competencias, decidí clasificar los capítulos en una matriz tridimensional de saberes. Fue un momento de revelación académica: la epidemiología no es solo calcular o Saber Hacer, requiere primero entender el contexto es decir el Saber Conocer y culmina ineludiblemente en una postura ética que es el Saber Ser.

Esta clasificación, que presento a continuación, se convirtió en la brújula de toda la planificación didáctica:

Tabla 6*Clasificación de los capítulos de Epidemiología*

Capítulos (Gordis)	Competencia dominante (Saber)	Eje transversal (Educar Para)	Justificación pedagógica
1 y 2 Historia y transmisión	Saber Conocer	Apropiación de la historia y convivencia	Contextualizar la enfermedad como fenómeno social.
3, 4 y 5 Medición y riesgo	Saber Hacer	Significación y expresión	Transformar el dato estadístico en información clínica útil.
6 y 7 Causalidad y sesgo	Saber Juzgar	Incertidumbre	Desarrollar pensamiento crítico ante la evidencia.
8 Ética	Saber Ser	Respeto y dignidad	La humanización de la investigación.

Al estructurar esta tabla, sentí que el peso abrumador del contenido se aligeraba.

4.1.9.3. Contextualización

La mediación de los primeros capítulos me llevó a reflexionar sobre el concepto de Educar para la Apropiación de la Historia. Recordé cómo, en mi práctica clínica, a menudo olvidamos que las enfermedades tienen historia. Para el capítulo 1, decidí no empezar con definiciones, sino con la narrativa de John Snow y el cólera.

La emoción que busqué despertar en esta fase fue la curiosidad detectivesca. Al diseñar la actividad del Mapa de John Snow, intenté que el estudiante se viera a sí mismo no como un alumno en un aula, sino como un investigador en el Londres victoriano.

La transición epidemiológica no es un gráfico; es la historia de cómo nuestra sociedad ha cambiado su forma de vivir y morir. Al escribir estas líneas, reconozco que mi propia visión de la historia médica se ha enriquecido; enseñar es, indudablemente, la mejor forma de aprender (Cañadas & Santos, 2021).

4.1.9.4. La incertidumbre y el juicio crítico

Avanzando hacia la segunda mitad del curso, el texto paralelo se torna reflexivo sobre la verdad científica. Los capítulos sobre causalidad y sesgos me permitieron integrar los siete saberes necesarios para la educación del futuro, específicamente el de enfrentar las incertidumbres (Tapia et al., 2023).

Diseñar el capítulo 6 como un juicio a la causalidad fue una decisión pedagógica nacida del deseo de fomentar el debate. Me imaginé el aula transformada en un tribunal, donde los criterios de Bradford Hill son las leyes. Al redactar esta práctica, sentí una profunda satisfacción al pensar que estoy formando estudiantes escépticos, que no aceptarán un paper científico como verdad absoluta sin antes buscar sus sesgos.

4.1.10. ENTORNO A LA EVALUACIÓN

4.1.10.1. Una reconstrucción narrativa de la evaluación

Al iniciar este tema, me encontré frente a un espejo incómodo. Durante años, tanto en los pasillos del Hospital José Carrasco Arteaga como en las aulas de la Universidad del Azuay, he portado una toga invisible: la del experto que posee la verdad. En la enseñanza de la medicina, y específicamente en Epidemiología, hemos naturalizado que evaluar es sinónimo de filtrar. Recuerdo mis propios días de estudiante, donde el examen de bioestadística era una guillotina diseñada para separar a los aptos de los no aptos.

Me di cuenta de que, sin quererlo, había replicado este modelo: mis estudiantes estudiaban para defenderse de mis preguntas, no para comprender la salud de la población.

Este texto paralelo es el registro de mi renuncia a ese poder. La transición no fue sencilla; implicó luchar contra mi propia inercia profesional, donde el error médico se castiga, para entrar en una lógica pedagógica donde el error se abraza como insumo de aprendizaje.

4.1.10.2. La humanización del dato

Aquí, la teoría de la mediación pedagógica fue mi brújula. Comprendí que no podía pedirle a un estudiante que simplemente calculará. Eso es administrativo. Tenía que pedirle que sintiera y tradujera.

Decidí implementar la actividad llamada "Los números tienen rostro" como eje evaluativo. Al escribir la consigna en mi borrador, recordé las noches de guardia y cómo explicamos un diagnóstico difícil a una familia. Esa vivencia se transformó en criterio de evaluación: ya no calificaría solo el resultado de la fórmula, sino la capacidad del estudiante para redactar un boletín comunitario.

Fue un momento de epifanía docente: la evaluación se convirtió en un puente entre la fría estadística y la calidez necesaria en la salud pública. Sentí alivio al darme cuenta de que la rigurosidad matemática no está peleada con la sensibilidad social; de hecho, la evaluación mediada las une.

Tabla 7*Transformación de la lógica evaluativa en el bloque de medición*

Dimensión	Lógica anterior (Administrativa)	Lógica Actual (Evaluación como aprendizaje)
Rol del docente	Auditor de resultados numéricos.	Mediador que contextualiza el dato.
Rol del estudiante	Calculadora humana, pasivo.	Traductor cultural de la salud, activo.
El error	Motivo de penalización.	Oportunidad de ajuste.
Instrumento	Fórmulas.	Taller de traducción de datos y texto paralelo.

4.1.10.3. La interlocución en la causalidad

La inferencia causal es el corazón de la epidemiología. Tradicionalmente, evaluaba esto con preguntas de opción múltiple. Pero,

¿cómo cabe el pensamiento crítico en una casilla de verificación? Dialogando con el texto base, resonó en mí la idea de la interlocución. La ciencia no se hace en solitario; se hace debatiendo.

Al diseñar el juicio a la causalidad, sentí miedo.

¿Y si los estudiantes no participan?

¿Y si se pierde el control?

Decidí que la evaluación no sería individual y silenciosa, sino colectiva y ruidosa. Validar la capacidad de argumentar de un estudiante frente a sus pares es más justo que pedirle que memorice los criterios de Bradford Hill.

Este cambio en la evaluación me devolvió la esperanza en el aula presencial; imaginé a mis estudiantes discutiendo con pasión, defendiendo sus ideas, algo que el examen escrito jamás había logrado provocar (Prieto Castillo et al., 2023).

4.1.10.4. La ética como validación final

Aquí, la conexión con mi práctica profesional fue total.

¿Cuántas veces hemos firmado consentimientos informados que los pacientes no entienden?

Al proponer la actividad de validación del consentimiento donde el estudiante debe salir a la calle y leer su documento a un ciudadano común, estoy evaluando algo más que conocimientos: estoy evaluando humanidad.

Este ejercicio me llevó a una reflexión dolorosa pero necesaria sobre el poder. Al evaluar la capacidad del estudiante para hacerse entender, estoy evaluando su disposición a ceder ese poder, a bajarse del pedestal médico. La evaluación deja de ser un mecanismo de control para convertirse en un acto de justicia social. Sentí, al escribir los criterios de esta práctica, que por fin estaba alineando mi fe en la educación con mi juramento hipocrático: *primum non nocere* traducido a lo primero es no hacer daño.

Una evaluación injusta o estresante hace daño; una evaluación mediada, cura la ignorancia sin herir la autoestima.

Figura 2

El ciclo de la evaluación como aprendizaje implementado



Nota. Figura generada con inteligencia artificial mediante Gemini (Google, 2026), según indicaciones del autor.

4.1.11. LA FUNDAMENTAL TAREA DE VALIDAR

4.1.11.1. La validación como rito de paso

El camino de esta Maestría ha sido un constante desaprender. Vengo de un mundo de la medicina y la epidemiología hospitalaria donde la duda es peligrosa y la autoridad técnica es el escudo que nos protege del caos. En el Hospital Vicente Corral Moscoso, mi palabra como director o especialista suele ser la última.

Al redactar el Mapa de Prácticas de Epidemiología 2026 en la práctica anterior, sentí la satisfacción del deber cumplido. Creí haber creado una obra maestra de planificación. Pero al revisar la literatura de los procesos de validación, esa seguridad se resquebrajó (Cortés, 1993). Un material no validado es una apuesta a ciegas. Me di cuenta de que había diseñado un curso para un estudiante ideal, un fantasma creado a mi imagen y semejanza, ignorando por completo al estudiante real de carne y hueso que se sentará en el aula. Esta práctica no fue, por tanto, un simple trámite académico; fue una crisis necesaria para desmontar mi Yo Experto y dar paso al Yo Mediador.

4.1.11.2. El miedo a la exposición

Días antes del taller, convocado para el 3 de febrero de 2026, experimenté una resistencia interna inusual.

¿Por qué debía someter mi trabajo al juicio de estudiantes que aún no se han graduado?

¿Acaso no sé más de epidemiología que ellos?

Estas preguntas, nacidas del ego profesional, eran síntomas de la cultura de la defensa. Estaba preparado para defender mi mapa, no para abrirlo.

Si vamos a exigir a los estudiantes meses de su vida dedicados a nuestra materia, lo mínimo es garantizar que el mapa que les damos sea legible. Con esa convicción, desarrollé la presentación y el QR y me dirigí a la Facultad de Medicina.

4.1.11.3. El encuentro

La sesión inició a las 17:00 horas con estudiantes de 9no ciclo. El ambiente inicial era frío, casi burocrático. Ellos esperaban instrucciones; yo esperaba aprobación. Romper esa inercia requirió un cambio de discurso.

No quiero que me digan que está bonito, les dije, quiero que encuentren cada error, cada frase aburrida y cada instrucción confusa que les haría odiar esta materia.

Fue fascinante ver cómo cambiaba su postura corporal. Dejaron de ser receptores pasivos para convertirse en colegas editores. Comenzaron a diseccionar el documento. El ruido del aula cambió: del silencio respetuoso al murmullo del debate productivo.

4.1.11.4. Hallazgos y reflexiones teóricas

Doctor, señaló una estudiante, esto es terrible, pero es una historia gringa. Nosotros en el internado vemos problemas de consentimiento con pacientes quichua-hablantes y no sabemos qué hacer.

Un material es válido sólo si el interlocutor se ve reflejado en él. Yo, en mi afán de ser internacional, había alienado a mis estudiantes de su propia realidad local. La mediación pedagógica exige partir del contexto. Comprendí que un mapa debe oler y saber sobre nuestra realidad andina. La lección fue dura: la universalidad de la ciencia no justifica la desconexión cultural de la enseñanza.

4.1.11.5. La narrativa como motor

Por otro lado, la inclusión de la historia de John Snow y el mapa del cólera en la Introducción fue celebrada. Los estudiantes comentaron que parecía una novela de detectives y que eso les daba ganas de seguir leyendo.

Esto validó la importancia de la forma y la belleza en la mediación. Como señala, el texto educativo debe seducir, no solo informar. Confirmé que cuando abandonamos el lenguaje acartonado y nos atrevemos a narrar, el estudiante responde con curiosidad. La aridez de la epidemiología no es una característica de la ciencia, sino un defecto de mi antigua forma de enseñarla.

4.1.11.6. La ambigüedad de la evaluación

Donde mi diseño falló estrepitosamente fue en la matriz de evaluación. Los estudiantes marcaron con rojo la sección de trabajo autónomo. Es confuso, No se entiende qué pide, Parece que esto es para que usted justifique notas, no para que nosotros sepamos qué hacer.

Esta crítica dolió, pero fue justa. Reveló que, como docente, a veces uso el lenguaje administrativo para ocultar la falta de claridad pedagógica. La validación cumplió su función

de evaluación formativa del docente: me obligó a simplificar, a ser transparente, a bajar del pedestal de la terminología compleja para negociar significados claros.

Tabla 8

Matriz de reconstrucción del diseño original al diseño validado

Dimensión	Diseño original	Crítica del estudiante
Contexto	Ejemplos de EE.UU., Europa.	Se siente ajeno. Necesitamos ver nuestra realidad local.
Lenguaje	Técnico, académico y denso.	Párrafos muy largos, cansa la vista. La rúbrica es un laberinto.
Emoción	Neutro, objetivo, frío.	La historia de John Snow nos atrapó. Queremos más de eso.

4.1.11.7. Conexiones con la práctica docente actual

Esta vivencia ha generado un diálogo intenso con mi rol actual en la gestión hospitalaria y la docencia. A menudo, en el hospital, emitimos protocolos y memorandos esperando cumplimiento inmediato, sin validar si el personal de nuestros interlocutores, realmente comprende la instrucción.

Al trasladar la experiencia a mi vida profesional, me doy cuenta de que el error de comunicación suele ser, en realidad, un error de validación. He aprendido que preguntar

¿Qué entendiste? o

¿Cómo mejorarías esta instrucción? no debilita mi autoridad; la legitima.

La validación me ha enseñado que la docencia universitaria no es una transmisión de datos de un recipiente lleno a uno vacío, sino la construcción de un ecosistema donde el material educativo actúa como un interfase. Si esa interfase es opaca, confusa, aburrida, ajena, el aprendizaje se detiene (Tapia et al., 2023).

4.1.12. CONCLUSIÓN Y REFLEXIÓN

El recorrido por las prácticas desarrolladas en este primer capítulo ha transformado profundamente mi comprensión de la docencia universitaria. He dejado de concebirla como la transmisión rigurosa de contenidos para reconocerla como un proceso de mediación

pedagógica, ético y humano, en el que enseñar implica acompañar, escuchar, problematizar y aprender junto con los estudiantes.

Esta transformación ha sido especialmente significativa en mi identidad como profesional de la salud, pues me ha permitido comprender que el rigor científico no pierde valor al incorporar la emoción, la experiencia y la reflexión; por el contrario, adquiere mayor sentido cuando se vincula con la dignidad de las personas y con las realidades sociales en las que se ejercerá la profesión.

Las prácticas sobre promoción y acompañamiento del aprendizaje, mediación cultural, currículum, inclusión, evaluación, validación e instancias de aprendizaje me permitieron reconocer que el aula no es un espacio neutral. En ella se expresan relaciones de poder, normas institucionales, prejuicios, saberes previos, emociones, silencios y expectativas que pueden favorecer o limitar el aprendizaje. Por ello, mi papel docente ya no puede reducirse a explicar protocolos, indicadores epidemiológicos o procedimientos técnicos; debo convertirme en un mediador capaz de tender puentes entre el conocimiento académico, la experiencia vital del estudiantado y los desafíos concretos de los servicios de salud.

Uno de los aprendizajes más relevantes ha sido comprender que la inclusión, la autonomía y la evaluación formativa no son componentes complementarios de la docencia, sino condiciones indispensables para una formación universitaria coherente con el humanismo. Formar profesionales de la salud en un ambiente rígido, excluyente o centrado exclusivamente en la calificación puede reproducir en el sistema sanitario prácticas despersonalizadas.

En cambio, promover espacios de diálogo, expresión, validación y reflexión crítica permite que los futuros profesionales desarrollen no solo competencias técnicas, sino también conciencia ética, sensibilidad social y capacidad para tomar decisiones responsables ante la incertidumbre.

El Texto Paralelo ha sido fundamental en este proceso, porque me permitió recuperar mi propia experiencia, confrontar mis certezas y reconocer las tensiones entre el modelo tradicional en el que fui formado y el horizonte pedagógico que deseo construir. La escritura reflexiva dejó de ser un requisito académico para convertirse en un ejercicio de autoconocimiento, memoria y transformación profesional. A través de este proceso comprendí que mi vulnerabilidad como docente no debilita mi autoridad pedagógica; al

contrario, humaniza la relación educativa y abre la posibilidad de construir una comunidad de aprendizaje más honesta y comprometida.

Como compromiso, asumo la responsabilidad de diseñar experiencias de aprendizaje significativas en las que el contenido científico dialogue con casos reales, narrativas, dilemas éticos, preguntas críticas y metas de acción. Me propongo fortalecer una docencia que mantenga la exigencia académica, pero que rechace el contenidismo, la frialdad discursiva y la evaluación entendida como castigo. El reto que queda abierto es asegurar que el currículum formal, las prácticas cotidianas y el currículum oculto de la universidad expresen coherentemente los principios de mediación, inclusión, autonomía y respeto por la diversidad.

En síntesis, este capítulo me ha permitido afirmar que educar en ciencias de la salud es formar para cuidar la vida. Mi obra pedagógica deberá orientarse, por tanto, a construir aulas donde el conocimiento científico sea riguroso, pero también sensible; donde la evaluación acompañe; donde la diferencia sea reconocida como riqueza; y donde cada estudiante pueda descubrirse como un profesional competente, autónomo y éticamente comprometido con la transformación de la realidad. Esta conclusión integra los ejes desarrollados en el capítulo: mediación pedagógica, currículum, inclusión, evaluación, validación y reflexión sobre la práctica docente.

4.2. CAPÍTULO 2. EL APRENDIZAJE EN LA UNIVERSIDAD

4.2.1. EN TORNO A LA LABOR EDUCATIVA CON LA JUVENTUD

4.2.1.1. ¿Cómo percibimos a las y los jóvenes?

Al aproximarse a la dimensión del "Ser, Saber y Hacer", encuentro en el texto paralelo un lienzo para reflexionar, desde la vulnerabilidad y el asombro, sobre cómo la juventud contemporánea interpela, desafía y enriquece mi vocación docente en las aulas y en los pasillos clínicos (Prensky, 2001).

Durante años, mi visión estuvo moldeada por indicadores de gestión, tasas de incidencia y protocolos de calidad; sin embargo, al observar a mis estudiantes, comprendo que no los percibo como meros receptores de información técnica, sino como una generación que habita una realidad radicalmente distinta a la que forjó mi propia formación profesional.

Uno de los fenómenos que más me estremece, y que la literatura sobre nativos digitales, es la forma en que esta generación se informa. Percibo que los jóvenes actuales dan una importancia preponderante a la instantaneidad. Para ellos, la información no es algo que se busca en bibliotecas, sino algo que los encuentra a través de algoritmos.

En mis clases de Epidemiología, esto genera una tensión palpable entre la información y el dato, y entre la información y el conocimiento. Observo con fascinación y cierto vértigo su asombrosa capacidad para encontrar una respuesta en segundos, pero también reconozco su vulnerabilidad ante la desinformación si esta se presenta en un formato visualmente atractivo. Como educador, siento el peso de esta realidad: la importancia que le otorgan a la información está mediada por la relevancia inmediata para su contexto vital, lo que nos desafía a nosotros, los docentes, a convertir la teoría en algo que resuene con sus realidades palpables (Bayas, 2016).

El apego a la tecnología no es una simple adicción, sino una reconfiguración de su existencia. En la práctica diaria, constato que para el estudiante de medicina de hoy, el smartphone no es un accesorio, es una prótesis cognitiva y social. Es en las redes sociales donde validan su identidad, procesan el estrés de la práctica clínica y construyen comunidades de aprendizaje informales.

No obstante, esta hiperconectividad genera una paradoja que me preocupa profundamente: están más informados que nunca sobre lo que sucede en el mundo, pero a veces parecen desconectados de la presencia física inmediata, de ese aquí y ahora que es fundamental en la semiología médica y en la escucha del paciente (Arnbjörnsson, 2014).

Esta disonancia se refleja en su forma de comunicarse: eminentemente visual y fragmentaria. Se comunican desde la horizontalidad; ya no aceptan la autoridad por el simple hecho del cargo o la edad. Confieso que, en ocasiones, esta comunicación directa es percibida como brusca por quienes fuimos formados en la rigidez jerárquica. No se andan con rodeos; si algo no les parece justo o útil, lo manifiestan, lo cual, aunque desafiante para la estructura jerárquica hospitalaria, es un síntoma de una salud democrática que mi generación a veces envidia.

En su interior, estos jóvenes están profundamente atravesados por la ética del cuidado de una manera global. A diferencia de mi época de estudiante, donde la salud mental era un tabú, ellos la ponen en el centro de la conversación. No se conforman con aprender a tratar una enfermedad; quieren entender el determinante social que la causa.

Esta búsqueda de propósito trasciende la estabilidad económica, alimentada por una crianza donde se ha priorizado el bienestar emocional, haciéndolos personas mucho más empáticas y abiertas al diálogo. El choque ocurre cuando esta inmediatez del consumo y protección parental colisionan frontalmente con la realidad del hospital: el cansancio, el error, la muerte.

Finalmente, he aprendido a reinterpretar su rebeldía. Ya no la percibo como un acto de indisciplina gratuita, sino como una necesidad diagnóstica. La rebeldía del joven estudiante es lo que impide que la medicina se estanque en dogmas. Se rebelan contra los horarios inhumanos y el trato despersonalizado. Siento que su rebeldía es, en esencia, una demanda de coherencia; nos piden que seamos lo que decimos ser.

4.2.2. ENSEÑANZA, APRENDIZAJE E INTELIGENCIA ARTIFICIAL.

Durante años, en los pasillos del Hospital Vicente Corral Moscoso, he forjado un respeto reverencial por la exactitud del dato. En epidemiología, un número equivocado no es un error tipográfico; es un brote no contenido, es una vida en riesgo. Por ello, confieso que mi primer acercamiento a la Inteligencia Artificial en el aula estuvo teñido de un profundo vértigo. Experimenté una sacudida emocional al revisar los trabajos de mis estudiantes del último ciclo: me entregaron protocolos de vigilancia epidemiológica con una redacción impecable, pero infestados de alucinaciones. Habían delegado su pensamiento crítico a la máquina, inventando datos estadísticos que no corresponden ni a la realidad de Cuenca ni a la capacidad de nuestro hospital. Sentí frustración, pero luego comprendí que el error no era de la tecnología, sino de nuestra omisión pedagógica: los estudiantes estaban asumiendo a la IA como un oráculo infalible en lugar de un procesador que exige supervisión humana.

Esta crisis me obligó a replantear mi mediación docente. Ya no puedo ser un simple transmisor de información en una era de abundancia digital; debo ser un curador del conocimiento y un auditor ético. Decidí desterrar la prohibición, por inútil, y abrazar el prompt engineering como un ejercicio de razonamiento clínico. En mis clases, la IA se convierte ahora en un paciente simulado al que el estudiante debe diagnosticar, detectando sus sesgos y corrigiendo sus ausencias de contexto social. Es fascinante ver cómo esta estrategia devuelve el poder al alumno, exigiendo aplicar el ser ético frente al hacer automatizado.

Para materializar esta transformación, he estructurado mi práctica docente apoyado en herramientas específicas, encontrando en Notebook mi refugio académico. A diferencia de modelos que divagan o importan realidades ajenas, esta herramienta me devuelve la paz mental al anclar sus respuestas estrictamente a las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública. Me maravilla cómo la IA deja de ser un opinólogo genérico para convertirse en mi asistente técnico especializado. Junto a esta herramienta, integro a Gemini para la comunicación visual en salud pública y a Claude como un implacable par evaluador de dilemas bioéticos.

Para gobernar este ecosistema tecnológico con rigor, he diseñado un esquema metodológico de aplicación obligatoria para mis estudiantes, el cual sintetizo a continuación:

Tabla 9*Pilares pedagógicos para el uso ético de la IA en Epidemiología*

Pilar estratégico	Descripción de la práctica evaluativa	Objetivo Clínico-Pedagógico
1. Triangulación	Todo dato generado por IA debe contrastarse en un anexo con fuentes humanas oficiales (MSP, INEC).	Evitar sesgos algorítmicos y anclar la evidencia a la realidad sanitaria local.
2. Autoría híbrida	Declaración de prompts y presentación de una bitácora detallando qué se aceptó y qué se corrigió de la máquina.	Fomentar la transparencia, la apropiación del conocimiento y el control humano.
3. Auditoría forense	Talleres para forzar el error de la IA y exigir al alumno justificar sus decisiones en una entrevista de validación.	Garantizar que el estudiante comprenda el porqué detrás del protocolo generado.

Esta experiencia en el curso ha sido un registro evolutivo de mi propio asombro. Al profundizar en la mediación pedagógica, identifiqué que, a menudo, en la enseñanza de la medicina priorizamos el "Saber" técnico sobre el "Ser" humano. El seminario de Inteligencia Artificial (IA) fue el punto de inflexión emocional más fuerte. Experimenté una mezcla de escepticismo inicial y posterior entusiasmo al ver cómo herramientas como NotebookLM pueden anclarse a la evidencia científica local, mitigando ese miedo profesional a la desinformación.

La vivencia del curso me ha permitido reconciliar mi rol con el de estudiante. Al redactar este texto paralelo, reconozco que el aprendizaje significativo solo ocurre cuando permito que estos conceptos atraviesen mi historia personal. No se trata solo de usar un algoritmo; se trata de cómo ese algoritmo, mediado pedagógicamente, puede ayudar a un futuro médico a ser más empático. Siento que he pasado de ser un tutor que vigila el cumplimiento de tareas a un mediador que acompaña el descubrimiento. Esta transición, documentada en cada práctica, es mi mayor logro: entender que la tecnología, si no tiene alma pedagógica, es solo ruido digital. Hoy, mi práctica docente en la UDA está marcada por esta nueva sensibilidad, donde el rigor investigativo de una tesis de grado convive en armonía con la calidez de un diario de aprendizaje.

4.2.3. EN TORNO A LA LABOR EDUCATIVA CON LA JUVENTUD

El propósito es reflexionar sobre cómo las lecturas de la Unidad 1 han sacudido mis cimientos, obligándome a confrontar mis propias prácticas de violencia educativa y a redimensionar el humanismo en las aulas de la Universidad del Azuay.

Al sumergirme en el texto de Jaramillo Paredes (s. f.), *Violencia y Educación*, experimenté un diálogo interno profundamente perturbador. Recuerdo tardes en el Hospital Vicente Corral Moscoso, analizando indicadores de gestión, donde el cientificismo, ese ismo que Jaramillo denuncia, me hacía creer que el dato era la única verdad absoluta. Al trasladar esa mentalidad al aula de Epidemiología, confieso haber incurrido en una forma de violencia silenciosa: la imposición de una visión del mundo puramente utilitarista, donde la subjetividad del estudiante se asfixiaba bajo el peso de la estadística. Me vi reflejado en el profesor sanguinario, no por maldad, sino por esa falsa creencia de que el rigor es sinónimo de distancia y frialdad. Esta sacudida existencial me permite entender ahora que el conocimiento sin empatía es, en efecto, una herramienta de opresión (Jaramillo Paredes, s. f.; Samper Pizano, 2002).

Esta reflexión se entrelaza con el concepto de la crisis silenciosa. En la facultad de medicina, solemos priorizar el crecimiento técnico sobre la formación de ciudadanos capaces de pensamiento crítico. Como docente de investigación, he sentido la presión de producir técnicos que dominen la normativa Vancouver, pero me ha recordado que debemos formar profesionales, no sólo técnicos. Un profesional de la salud excelente es aquel que tiene la técnica, pero también la brújula moral para usarla en favor de la justicia social. No basta con saber cómo se comporta una curva epidemiológica; es imperativo preguntarse qué vidas están representadas en esos puntos y cómo nuestra labor puede mitigar su dolor (Bayas, 2016; Nussbaum, 2010).

Para sistematizar esta evolución de mi pensamiento docente frente a los desafíos planteados en la Unidad 1, presento la siguiente comparación entre lo tradicional en el que fui formado y el nuevo horizonte pedagógico que persigo:

Tabla 10*Transformación de la práctica docente*

Dimensión de análisis	Tradicional (Técnico-Utilitarista)	Nuevo horizonte (Humanista-Mediador)	Referente teórico
Rol del conocimiento	El dato como verdad absoluta e incuestionable.	El conocimiento como herramienta de liberación y crítica.	Jaramillo Paredes (s. f.)
Relación docente	Jerarquía rígida y distancia clínica del alumno.	Mediación pedagógica basada en la empatía y la escucha.	Prieto Castillo (1999)
Meta educativa	Formación de técnicos eficientes para el mercado laboral.	Formación de ciudadanos justos y éticos el "Ser".	Bayas, (2016)
Visión social	Educación centrada en el lucro y el crecimiento económico.	Educación como resistencia ante la crisis silenciosa.	Nussbaum (2010)

4.2.4. ESCUCHEMOS A LOS JÓVENES

Este documento tiene el propósito de registrar mi claudicación ante esa rigidez metodológica, documentando el ejercicio de escuchar, sin las barreras de la asimetría de poder, a las voces de quienes dan sentido a mi labor docente. Es un testimonio de cómo el rigor investigativo debe doblegarse ante la ineludible necesidad de comprender de nuestros estudiantes, transformando la estadística en rostros y el currículo oculto en un diálogo sanador.

4.2.4.1. La deconstrucción del gestor y el nacimiento del mediador

Mi primer aprendizaje fue reconocer una disonancia cognitiva profunda; mientras yo veía en los estudiantes de medicina una supuesta fragilidad o desconexión tecnológica, la teoría del aprendizaje conectivista me obligó a entender que su aparente distracción es, en realidad, una forma distinta de habitar el conocimiento. Ellos no son receptores pasivos; son nodos en una red líquida que procesa la información con una velocidad que a menudo confundo con superficialidad (Laso Bayas et al., 2020).

Esta tensión se agudizó con la irrupción de la Inteligencia Artificial (IA). Confieso que mi diálogo interno inicial estuvo marcado por el miedo al fraude académico y a la pérdida del rigor investigativo. No obstante, al experimentar con herramientas como NotebookLM y Gemini para mis cátedras de Epidemiología, experimenté una catarsis pedagógica. Comprendí que la IA no es un sustituto del pensamiento crítico, sino un andamio cognitivo. El aprendizaje obtenido no fue técnico, sino ético: la IA puede procesar el protocolo Vancouver en segundos, pero es incapaz de dotar de sentido humano al dato epidemiológico. Mi rol ha mutado; ya no soy el guardián del saber, sino un auditor de la veracidad. He pasado de prohibir el uso de algoritmos a integrarlos como pacientes simulados que mis alumnos deben auditar, devolviéndoles la soberanía sobre su propio proceso de aprendizaje.

El momento culminante de este proceso evolutivo fue el ejercicio de escucha con mis estudiantes de noveno ciclo. Al despojarme del mandil blanco y sentarme a dialogar sin las barreras de la jerarquía hospitalaria, la teoría del currículo oculto cobró un rostro humano y doloroso. Escuché su pavor al error, su cansancio crónico y su rechazo a las estructuras de poder que yo mismo represento en la gestión de salud. Fue un choque emocional violento: reconocer que la excelencia técnica que exigimos a menudo se construye sobre la erosión de su salud mental. Este aprendizaje me ha llevado a reconfigurar mi práctica docente bajo la tríada del Saber, el Hacer y el Ser. No podemos

pretender que un estudiante haga medicina de calidad si su ser está fracturado por una pedagogía del miedo.

Esta evolución no es lineal; es un proceso de aprender a desaprender. Cada vez que entro al hospital, recuerdo que esos jóvenes que hoy cuestionan mis horarios son los mismos que mañana sostendrán el sistema de salud. Mi compromiso como maestrante de la UDA es asegurar que esa transición no sea un trauma, sino una mediación pedagógica donde la tecnología potencie su intelecto y la calidez humana proteja su esencia.

4.2.5. BÚSQUEDAS DE SOLUCIÓN A LA VIOLENCIA COTIDIANA

Redactar estas líneas es documentar un doloroso pero necesario registro evolutivo: el reconocimiento de que la educación universitaria ha estado, a lo largo de su evolución histórica, atravesada por dinámicas de poder que muchas veces devienen en violencia institucionalizada. El propósito de esta entrega es interpelar mis propias prácticas docentes en la Universidad del Azuay, transitando desde la ceguera de la violencia simbólica hacia una pedagogía del acompañamiento ético y humano, donde el estudiante deje de ser un repositorio pasivo para convertirse en un legítimo sujeto cognoscente.

Al caminar por los pasillos del Hospital Vicente Corral Moscoso o al revisar protocolos en el comité de bioética, he advertido la presencia de una crisis silenciosa en la que el modelo utilitarista y mercantil ahoga el verdadero espíritu humanista de la educación. Duele admitir que, en mi afán por formar médicos de excelencia, he sido partícipe del discurso identitario, esa pretensión narcisista de crear clones intelectuales y profesionales. En epidemiología, esto se ha manifestado claramente cuándo he rechazado un diseño de investigación simplemente porque no obedece a la tradición metodológica preferida.

Para sanar esta herida, he decidido instaurar en la cotidianidad el ejercicio de la duda metódica compartida. Ahora, cuando un alumno presenta una hipótesis divergente, evito imponer mis concepciones y respondo con preguntas que abren el espectro de análisis clínico y metodológico, permitiendo que el joven construya su propia identidad intelectual.

He sido testigo también de la mirada clasificadora y descalificadora, una forma destructiva de violencia que etiqueta a los jóvenes y utiliza el sarcasmo público ante el error. En mis pases de visita, la tensión solía ser palpable. Hoy, asumo el compromiso de que el error sea tratado como material de estudio, no de escarnio. Si presenciemos un fallo en el diseño de un protocolo, la indicación es despersonalizar el error y tratarlo como un fenómeno colectivo digno de estudio científico.

Quizás la violencia más normalizada en el campo de la salud sea la idealización perversa, donde se glorifica la privación del sueño, el agotamiento extremo y la abnegación total como supuestas pruebas de vocación.

Hemos romantizado un sufrimiento que erosiona la salud mental de quienes sostendrán el sistema sanitario. Frente a esto, la acción es tajante: humanizar los tiempos. En el inicio de mis cátedras de gestión, he declarado que el descanso es innegociable y me he comprometido a no exigir que respondan correos o avances fuera del horario laboral .

Finalmente, para combatir la infantilización que niega voz en las decisiones académicas, he comenzado a delegar la presidencia rotativa de la sesión de discusión en la revisión de protocolos de investigación. A la par, frente al abandono pedagógico, esa desconexión emocional y burocrática, he implementado la tutoría de contención de cinco minutos. Si noto a un alumno agobiado por sus rotaciones, invierto el final de la clase para un acercamiento directo y empático, no para evaluar su conocimiento, sino para interesarme genuinamente por su bienestar.

Tabla 11

Manifestaciones de la violencia cotidiana y mediación pedagógica

Manifestación de violencia	Impacto en el estudiante de medicina	Estrategia de mediación pedagógica
Discurso identitario	Mimetismo forzado y aniquilación de la diversidad epistémica.	Instauración de la duda metódica compartida y preguntas divergentes.
Mirada descalificadora	Destrucción de la autoestima y freno al esfuerzo por miedo.	Análisis de incidentes críticos sin culpa; el error como material de estudio.
Infantilización	Restricción de la autonomía y ahogo del liderazgo.	Reconocimiento de co-autoría formativa; delegación de responsabilidades.
Idealización perversa	Agotamiento extremo y sufrimiento bajo pruebas de vocación.	Humanización de tiempos y expectativas; respeto innegociable al descanso.
Abandono pedagógico	Aislamiento emocional frente a obstáculos académicos.	Tutoría de contención de cinco minutos para apoyo y presencia afectiva.

4.2.6. COMUNICACIÓN MODERNA Y POSMODERNA. LA FORMA EDUCA

4.2.6.1. El texto paralelo como espejo y brújula

A lo largo de mi trayectoria médica, me acostumbré a la asepsia de los protocolos clínicos. La objetividad era mi escudo. Sin embargo, al adentrarme en la docencia universitaria, descubrí que la neutralidad absoluta es, a menudo, el enemigo del aprendizaje (Bernstein & Díaz, 1985).

Escribir este documento me permite desnudar mis certezas. Me obliga a mirar atrás, a mis años de gestión hospitalaria y a mis tardes frente a los pizarrones, para cuestionar cómo he comunicado la ciencia. La academia suele premiar el fondo, pero en este ejercicio busco reconciliarme con la forma.

La forma educa porque permite el goce y la apropiación. Este texto es, por tanto, mi propio esfuerzo por humanizar la teoría. Busca tejer mis vivencias frente al dolor y la gestión clínica con las exigencias del aula, demostrando que la rigurosidad científica y la empatía narrativa no son fuerzas opuestas, sino alas del mismo vuelo (Prieto Castillo, 2007).

4.2.6.2. La sangre y la gramática en el aula

¿Qué tanto nos capacitamos en nuestra preparación para educar en los recursos formales del discurso pedagógico?

Esta interrogante me persigue a diario. Durante años, mi voz estuvo moldeada por el imperativo de la emergencia médica. Hablaba de códigos, diagnósticos y directrices.

Hoy, al cruzar las puertas de la Universidad del Azuay para impartir Epidemiología, mis estudiantes me reciben los miércoles de 17:00 a 19:00 y los jueves de 16:00 a 19:00. Vienen de largas jornadas, arrastrando el cansancio clínico. Si yo entrara a esa aula utilizando un discurso tradicional y monocorde, el encubrimiento conductual sería absoluto. Ellos fingirían escucharme, y yo fingiría enseñarles (Hernández-Carrera, 2019; Villodre et al., s. f.).

Fue revelador comprender la teoría de Basil Bernstein sobre la gramática pedagógica. Él sostiene que el discurso instruccional siempre debe insertarse dentro del discurso regulativo. En el papel, suena a sociología pura. En mi realidad, es la diferencia entre una clase muerta y una mente encendida (Bernstein & Díaz, 1985).

Recuerdo vividamente mi época como Director Médico del Hospital Vicente Corral Moscoso. Al administrar esa compleja institución, un Hospital General y no de especialidades, aprendí que la autoridad no se impone por decreto, sino por el enmarcamiento del mensaje. Coordinar equipos humanos en crisis me exigía un control exhaustivo de los estímulos vocales y físicos. Un tono de voz equivocado podía desencadenar el caos en la sala de emergencias (Watzlawick et al., 2011).

Esa misma intensidad la traslado hoy al aula. Cuando enseño a mis estudiantes a auditar artículos mediante estrategias PICO o evaluarlos bajo normativas como PRISMA, STROBE y CASPe, el rigor instruccional es alto. La clasificación del conocimiento es fuerte. Pero la magia surge cuando flexibilizo el enmarcamiento (Maldonado-Díaz, 2022; Morais, 2002).

Rompo la distancia pública y entro en su distancia personal. Me muevo entre los pupitres, observo sus rostros tensos al formular variables para sus trabajos de titulación. Siento su frustración. Es entonces cuando acudo al relato.

Los jóvenes actuales están inmersos en la cultura del espectáculo, la inmediatez y la fragmentación. Si compito contra las pantallas con un monólogo asimétrico, pierdo. Por ello, utilizo la hipérbole y la espectacularización narrativa de forma consciente (Navin Sagar, 2026).

Les narro incidentes reales. Les hablo de los encarnizados debates éticos que libramos en el CEISH al revisar protocolos controversiales. Les cuento cómo una mala decisión metodológica puede costar vidas en un pabellón. Al pintar el discurso con la sangre y la urgencia de la vida real, el concepto abstracto se encarna. El conocimiento técnico se humaniza, y el aula, finalmente, respira.

4.2.7. ACERCARNOS AL DISCURSO DEL ESPECTÁCULO

El propósito de esta entrega es plasmar la transición cognitiva y afectiva experimentada durante el estudio de la comunicación moderna y posmoderna, analizando cómo los lenguajes contemporáneos interpelan la praxis educativa en las aulas universitarias.

Históricamente, la universidad se ha edificado como una institución hermética, hija del libro, cuyo sustento descansa sobre la linealidad, la rigidez del texto impreso y un discurso predominantemente adusto. No obstante, la realidad áulica contemporánea sitúa al docente frente a generaciones que son hijas de los medios de comunicación masiva y de la revolución tecnológica digital. Esta desconexión plantea una tensión epistémica y comunicacional profunda (Bernstein & Díaz, 1985; *Docencia Transforma Salud Pública en FacMed UNAM | TikTok*, s. f.; Hernández-Carrera, 2019; Maldonado-Díaz, 2022; Prieto Castillo, 2007).

4.2.7.1. Integración de la práctica y la experiencia profesional

La aproximación práctica a la ley del espectáculo supuso un punto de quiebre en mi concepción del discurso educativo. Los medios de difusión masiva y las plataformas digitales programan meticulosamente sus contenidos audiovisuales con una alta densidad de recursos diseñados para capturar la atención inmediata. En contraste, la enseñanza de la salud ha tendido a un purismo academicista que ignora la dimensión estética y el ritmo de los materiales pedagógicos. Durante el desarrollo de la Práctica 5, nos propusimos analizar el discurso del espectáculo en un microvideo con fines educativos perteneciente al Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM (cuenta @saludpublica.fm.unam). El mensaje central del objeto de estudio, "La docencia también transforma la salud pública", sirvió como eje para evaluar la viabilidad de plataformas emergentes como TikTok en la educación superior en salud.

Para sistematizar esta observación, se aplicó la Matriz de Evaluación del Discurso Educativo en TikTok. Los resultados cualitativos y cuantitativos se estructuraron bajo los criterios analíticos derivados de los marcos conceptuales, tal como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 12*Evaluación cualitativa y cuantitativa del TikTok Educativo de la UNAM*

Criterio de Evaluación	Puntaje	Evidencia y Análisis Discursivo en el Video
Personalización	5/5	Presencia explícita de docentes y estudiantes en planos cortos. Evita la abstracción teórica y genera una identificación humana directa.
Corporalidad	4/5	Uso dinámico de primeros planos, gestos y desplazamientos en territorio. Rompe el inmovilismo clásico, aunque sin caer en hipérboles burdas.
Tratamiento de la forma	4/5	Incorporación armónica de colores institucionales, transiciones fluidas y música motivadora. La forma educa al dotar de belleza al mensaje.
Fragmentación	5/5	Secuencias ágiles y cortes rápidos adaptados al ritmo perceptual contemporáneo. Logra un relato breve con una resolución clara y satisfactoria.
Lenguaje posmoderno	3/5	Montaje rápido y superposición de textos, pero mantiene un tono marcadamente institucional. Limita la creatividad lúdico-poética extrema.
Mediación pedagógica	4/5	Quiebra la monotonía de la docencia expositiva tradicional. Provoca una identificación vocacional y afectiva inmediata con la disciplina.
Interlocución	3/5	El video opera como un mensaje unidireccional. No incluye llamadas a la acción, preguntas detonantes o dinámicas de co-creación.

El análisis de estos componentes curriculares detonó en mí un intenso diálogo interno. En mis cátedras de Epidemiología, Investigación y Gestión en Salud, la densidad conceptual suele ser abrumadora. Es dolorosamente frecuente ver la misma escena en el aula: estudiantes exhaustos, derrumbados sobre los pupitres o refugiados en las pantallas de sus teléfonos celulares, mientras yo, desde el estrado, continuo con un monólogo lineal sobre tasas de incidencia, diseños de cohortes o indicadores de gestión hospitalaria. Evocar esas miradas ausentes me genera una profunda frustración y me obliga a cuestionar la rigidez de mi propio enmarcamiento comunicativo. Como profesional de la salud con

experiencia en la dirección hospitalaria, entiendo que en las emergencias médicas la comunicación debe ser precisa, ágil y cargada de afectividad; sin embargo, al transicionar al aula de clase, suelo revestirme involuntariamente de esa severidad tradicional que aleja al estudiante.

Al conectar este escenario con el enfoque sociológico, entiendo que el discurso pedagógico se compone de un discurso instruccional, el qué se enseña y un discurso regulativo, el orden y la relación comunicativa. Históricamente, he ejercido una pedagogía visible, caracterizada por una clasificación fuerte de contenidos y un enmarcamiento rígido que sitúa al docente como emisor unidireccional. El TikTok analizado me demostró que debilitar controladamente ese enmarcamiento no debilita el rigor académico. Por el contrario, al enriquecer la forma del discurso mediante la síntesis visual, el ritmo y el cuidado de la corporalidad, es posible generar un anclaje afectivo que rescate al estudiantado de la entropía informativa. No se trata de trivializar la epidemiología transformándola en mera telebasura, sino de reapropiarse de la hipérbole y el relato breve como recursos lúdico-poéticos legítimos. Estos formatos funcionan como mediaciones idóneas para introducir problemas complejos de salud pública y motivar, posteriormente, la revisión rigurosa de la literatura científica densa.

4.2.8. UNA EXPERIENCIA PEDAGÓGICA CON SENTIDO

Este ejercicio de escritura reflexiva me invita a desinhibirme, a conectar el rigor científico con la intimidad de mi diario de aprendizaje, permitiendo que mis memorias hospitalarias y temores pedagógicos dialoguen directamente con los marcos teóricos revisados en la Maestría.

Desde una perspectiva epistemológica, el texto paralelo encarna la noción de que el aprendizaje universitario es un proceso dinámico de construcción de sentido.

La práctica educativa se desenvuelve en escenarios inciertos y cambiantes que demandan un ejercicio de autorreflexión permanente. Al escribir este documento, busco romper la fragmentación tradicional del conocimiento, uniendo la teoría constructivista y conectivista con el tejido vivo de mis vivencias en las aulas de la Universidad del Azuay y en los pasillos clínicos, transformando el quehacer diario en una experiencia humanamente significativa.

4.2.8.1. Integración de la práctica y la experiencia profesional

Revisar la práctica pedagógica con sentido y la experiencia de la Dra. Andrea Espinoza, Coordinadora de Medicina de nuestra universidad, me generó un profundo cimbronazo emocional y conceptual. Mientras analizaba cómo ella articula las exigencias de la ginecología, la gestión y la docencia, no pude evitar mirarme al espejo. Recordé mis mañanas en el Centro de Salud Nicanor Merchán, sectorizando con QGIS, o las tensas reuniones de control de calidad en el Hospital José Carrasco Arteaga. ¿Cuántas veces evalué a mis estudiantes de Epidemiología basándome únicamente en la memorización de tasas de incidencia, despojando al dato de su rostro humano? La literatura contemporánea nos advierte que la docencia significativa exige desplazar el foco desde la transmisión mecánica hacia el diseño de entornos experienciales dotados de continuidad e intencionalidad.

El segundo saber de Edgar Morin, centrado en los principios de un conocimiento pertinente, interpeló directamente mi práctica en el aula. Situar la información en su contexto, reconociendo la multidimensionalidad de lo real frente a la hiperespecialización que fragmenta el saber (Morin, 1999). En mi diálogo interno, comprendí que cuando mis alumnos diseñan sus proyectos de titulación, no están simplemente llenando una matriz metodológica rígida; están intentando descifrar un problema de salud complejo donde lo biológico, lo social, lo ético y lo institucional se entrelazan de manera indisoluble. La Dra. Espinoza encarna esta pertinencia al enseñar que detrás de un protocolo ginecológico o de

un indicador de gestión hospitalaria existen personas reales en situaciones de vulnerabilidad extrema.

Esta visión compleja se ensambla de forma perfecta con el concepto de "enseñar la condición humana". Es desgarrador recordar cómo el entorno hospitalario, con su alta presión institucional y exigencia cognitiva, empuja con frecuencia al alumno y al propio profesional hacia la deshumanización. El ser humano es a la vez físico, biológico, psíquico y cultural. Por ello, una experiencia pedagógica con sentido en las ciencias de la salud debe resistir de forma activa esa fragmentación, impidiendo que el paciente sea reducido a un número de cama o un código de patología, y que el estudiante sea visto como un mero receptáculo de información.

Asimismo, las aulas universitarias actuales se han convertido en redes vivas que trascienden el espacio físico. Al contrastar mi experiencia docente con el conectivismo de George Siemens (Siemens, 2004), comprendí que las teorías tradicionales de aprendizaje resultan insuficientes para la era digital. En mis clases de Investigación, los estudiantes ya no dependen de un texto estático; el conocimiento circula en bases de datos reticulares que cambian velozmente. El principio conectivista de que "la capacidad de saber más es más importante que lo que se sabe en un momento dado" redefinió mi rol: ya no soy el emisor central del saber, sino un mediador y facilitador de conexiones críticas. Integrar tecnologías y redes de aprendizaje implica enseñarles a filtrar la sobreabundancia de información y a mantener conexiones duraderas para una actualización continua (Kropf & Kropf, 2013; Mendoza Barragan, 2025).

La toma de decisiones en el ámbito de la salud ocurre bajo el signo de la incertidumbre. Al fusionar las ideas sobre el afrontamiento de las incertidumbres con los postulados constructivistas del aprendizaje reflexivo, asumo que mi misión en la docencia de Gestión en Salud no es proporcionar certezas dogmáticas obsoletas. Preparar a los futuros profesionales para navegar en escenarios cambiantes e inciertos implica promover el pensamiento crítico y la autonomía. Al conectar las experiencias previas de los aprendices con problemas reales mediante la interactividad, generamos una trama pedagógica duradera que deja una huella indeleble en su identidad profesional (Aguilar-Gordón & Cherres-Vargas, 2025; Morin, 1999; Siemens, 2004; Ullauri Ullauri, 2024; Utecht & Keller, 2019).

4.2.9. CONCLUSIÓN Y REFLEXIÓN

El desarrollo de este capítulo ha significado una transformación profunda en mi manera de comprender el aprendizaje universitario. He reconocido que educar a las y los jóvenes no consiste en formarlos según mis propios esquemas, sino en establecer un diálogo genuino con sus formas de sentir, comunicarse, aprender y cuestionar el mundo. Sus lenguajes, sus vínculos con la tecnología, sus incertidumbres y su capacidad de asombro me interpelan a abandonar la pretensión de ser un docente infalible para asumir una actitud de escucha, humildad intelectual y aprendizaje permanente.

La principal lección es que la rigurosidad científica, indispensable en la formación de profesionales de la salud, pierde su capacidad transformadora cuando se presenta de manera fría, fragmentada o distante de la experiencia humana. La epidemiología, la investigación, la gestión en salud y los procesos de titulación requieren precisión metodológica; sin embargo, también demandan una mediación capaz de relacionar el dato con los rostros, los contextos, los determinantes sociales y las decisiones éticas que afectan la vida de las personas. En este sentido, la educación universitaria debe equilibrar el rigor con la ternura, la exigencia con el acompañamiento y la técnica con la conciencia crítica.

La inteligencia artificial, la cultura digital y los lenguajes audiovisuales contemporáneos han dejado de representar una amenaza externa para convertirse en un desafío pedagógico ineludible. He comprendido que la IA no reemplaza al docente ni al profesional de la salud; más bien, evidencia la necesidad de fortalecer aquello que ningún algoritmo puede asumir plenamente: el juicio crítico, la empatía, la interpretación del contexto, la responsabilidad ética y la capacidad de cuidar. Mi compromiso es emplear estas herramientas como recursos de mediación tecnopedagógica, orientados a contrastar información, identificar errores, problematizar sesgos y fortalecer la soberanía cognitiva del estudiantado, evitando que la facilidad tecnológica se convierta en pseudocompetencia.

Asimismo, este capítulo reafirma que la forma de comunicar también educa. El relato, la pregunta, la modulación de la voz, la estética del discurso, las imágenes, los microvideos y las dinámicas participativas no constituyen adornos superficiales, sino recursos que pueden acercar el conocimiento al estudiante cuando se utilizan con intencionalidad pedagógica. No se trata de convertir el aprendizaje en espectáculo vacío, sino de recuperar el goce, la emoción y la belleza como puertas de entrada hacia una comprensión más profunda, crítica y significativa de los contenidos científicos.

La reflexión sobre la violencia cotidiana y las relaciones de poder en el aula me ha permitido reconocer que ninguna exigencia académica justifica la descalificación, el miedo o la negación de la dignidad del estudiante. Como docente y gestor de salud, asumo el compromiso de construir espacios donde el error sea una oportunidad de aprendizaje, la duda sea legítima y la diferencia sea reconocida como una fuente de enriquecimiento colectivo. Esto implica vigilar críticamente mis propias prácticas, evitar discursos humillantes o excesivamente autoritarios y promover una relación pedagógica basada en el respeto, la confianza y la responsabilidad compartida.

En síntesis, el aprendizaje universitario debe ser entendido como una experiencia humana, situada y transformadora. Este capítulo ha consolidado mi tránsito desde una docencia centrada en la transmisión de contenidos hacia una mediación que reconoce al estudiante como sujeto activo, interlocutor válido y futuro profesional comprometido con la sociedad. Mi propósito en la Universidad del Azuay será formar profesionales técnicamente competentes, pero también sensibles ante el dolor, críticos frente a la información, responsables en el uso de la tecnología y éticamente comprometidos con la defensa de la dignidad humana. El capítulo integra así los ejes de juventud, inteligencia artificial, comunicación, cultura digital, pedagogía del sentido y formación humanista en ciencias de la salud.

4.3. CAPÍTULO 3. INVESTIGAR COMO CAMINO

4.3.1. PROYECTÁNDOSE HACIA ADELANTE

4.3.1.1. Investigar la docencia desde el Aula Universitaria

Como médico y docente de las asignaturas de Epidemiología, Investigación y Gestión en Salud en la Universidad del Azuay, la investigación ha solido presentarse ante mí bajo el sesgo positivista clásica: una sucesión rígida de pasos para alcanzar una verdad estadística (Ding & Weng, 2026; Lin et al., 2025; Prieto Castillo, 2003a).

Sin embargo, esto me invita a desaprender. El propósito de este texto es analizar, sentir y proyectar la práctica en ella, propongo un modelo de mediación tecnopedagógica para regular el uso de la Inteligencia Artificial (IA) en nuestros estudiantes de Medicina. Lo hago no desde la distancia del observador neutro, sino desde la implicación emocional y ética de quien forma a los futuros médicos del país (Calderón Ramos et al., 2025; Ding & Weng, 2026; Muñoz Martínez & Garay Garay, 2015).

4.3.1.2. La mediación tecnopedagógica y la soberanía cognitiva

La irrupción de la IA generativa con las herramientas como NotebookLM, Gemini o Claude en el ámbito educativo de la salud no es una simple actualización de software. Es una auténtica reconfiguración de cómo nuestros estudiantes aprenden, piensan y deciden. Al revisar la literatura científica, experimenté una mezcla de asombro y profunda preocupación ética (Calderón Ramos et al., 2025; Ding & Weng, 2026; Hersh, 2025).

4.3.1.3. El choque de paradigmas

En mi trayectoria en la dirección y gestión hospitalaria, he aprendido que los sistemas de salud son entornos de altísima complejidad donde el error puede costar vidas humanas. Al leer sobre el Modelo del Queso Suizo de James Reason aplicado a la educación, sentí una revelación inmediata. En la gestión de la calidad hospitalaria, sabemos que un evento adverso nunca es culpa de una sola persona, sino de la alineación de múltiples fallas latentes en el sistema (Castorina, 2015; Peña et al., 2021; Prieto Castillo, 2003b).

Al trasladar esto al aula universitaria, comprendí que cuando un estudiante comete un plagio o presenta una tarea con alucinaciones algorítmicas o incurre en el facilismo cognitivo, la culpa no es exclusivamente suya. El error también evidencia fallas en el diseño de nuestras consignas, en la falta de acompañamiento docente y en la ausencia de políticas éticas institucionales (Hersh, 2025; Reason, 2000).

Una respuesta errónea producida por IA no depende únicamente del algoritmo, sino también de la calidad del prompt, del nivel de alfabetización digital del estudiante, del encuadre ético de la tarea y de la supervisión docente (Hersh, 2025; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Reason, 2000).

4.3.1.4. La tensión de la pseudocompetencia

Como profesor de la Facultad de Medicina, me preocupa el concepto de pseudocompetencia en la que describe a aquellos estudiantes que generan trabajos impecables, diagnósticos fluidos y revisiones bibliográficas perfectas en apariencia, pero cuya arquitectura cognitiva interna está vacía. Delegar el esfuerzo reflexivo a la máquina destruye la metacognición (Ding & Weng, 2026; Morán Oviedo & Porlán Ariza, 2003).

Frente a esto, la propuesta de Prieto Castillo (2003b) sobre la mediación pedagógica alternativa adquiere un valor invaluable. No podemos prohibir la tecnología en una medicina que es cada vez más digital. Nuestro rol ya no es transmitir linealmente información, sino actuar como mediadores estratégicos que defiendan la soberanía cognitiva del alumno: su capacidad para dudar, contrastar, decidir y sentir compasión frente al paciente, algo que ningún algoritmo podrá emular (Abreu Suarez, 2017; Ding & Weng, 2026; Morán Oviedo & Porlán Ariza, 2003).

4.3.2. INVESTIGUEMOS NUESTRA PRÁCTICA DOCENTE

4.3.2.1. Modelo de mediación tecnopedagógica.

Descubrí el concepto de texto paralelo justamente cuando empecé a comprender que investigar mi práctica docente no era un requisito administrativo, sino una oportunidad para narrar, con rigor y con honestidad, la transformación silenciosa que el aula universitaria ha provocado en mí. Entendí que investigar es un camino y no un punto de llegada, y que este texto debía convertirse en un registro reflexivo de ese camino: un espacio donde la teoría sobre mediación pedagógica y paradigma sociocrítico se entrelaza con mis dudas, mis miedos y mis aprendizajes cotidianos como profesor de Epidemiología, Titulación, Investigación y Gestión en Salud.

Durante años habité una docencia profundamente marcada por el modelo biomédico tradicional, vertical, centrado en la autoridad del experto y en la respuesta correcta como indicador suficiente de dominio. Mi experiencia en gestión hospitalaria reforzaba esa lógica: protocolos claros, jerarquías definidas, errores que debían corregirse con rapidez para proteger la seguridad del paciente.

Sin embargo, al enfrentar la irrupción de la Inteligencia Artificial Generativa en el contexto de la formación médica, ese andamiaje conceptual se fisuró. Este texto paralelo surge de esa fractura: es el intento de narrar cómo pasé de ver la IA como amenaza o como simple herramienta a comprenderla como un espejo crítico de las fragilidades de nuestra mediación pedagógica.

La práctica que sustenta este relato que es el diseño de un modelo de mediación tecnopedagógica para el uso ético de la IA en estudiantes de Medicina me obligó a revisar la “caja negra” de mi propia enseñanza y a reconocer que la calidad educativa exige algo más que dominio disciplinar. Este documento, por tanto, no es un resumen de contenidos, sino una obra que recoge el diálogo interno entre el profesor habituado al aula tradicional y el maestrante que comienza a mirarse a sí mismo como docente-investigador en clave sociocrítica.

El propósito es doble: dejar constancia de ese proceso de cambio y, al mismo tiempo, vincularlo de forma estricta con la literatura científica y los marcos teóricos que fundamentan la investigación y la mediación tecnopedagógica en ciencias de la salud.

4.3.2.2. De la verticalidad biomédica a la mediación tecnopedagógica

El primer movimiento interior que provocó esta práctica fue reconocer que la forma en que había enseñado Medicina, se apoyaba en un modelo transmisivo, donde mi función principal parecía ser “emitir” contenidos ordenados y correctos, y el estudiante, “recibirlos” de manera obediente.

Al revisar la literatura, encontré formulada con claridad la crítica a esta docencia basada en la intuición y la rutina, y sentí que describen no solo al sistema educativo, sino episodios concretos de mis propias clases: exposiciones prolongadas, evaluaciones centradas en la repetición de conceptos, escaso espacio para la problematización (Hale et al., 2024; Hersh, 2025; Lin et al., 2025; Prieto Castillo, 2003b).

Cuando la IA generativa irrumpió en el aula, primero de forma tímida, a través de estudiantes que llegaban con trabajos “perfectamente escritos”, y luego abiertamente, con el uso de herramientas como NotebookLM o Gemini, mi reacción inicial fue de desconfianza (Abreu Suarez, 2017; Reason, 2000).

Veía en estas tecnologías un riesgo para la integridad académica y para la estructura misma del razonamiento clínico, al advertir sobre el debilitamiento de habilidades profesionales esenciales y la emergencia del facilismo cognitivo. Esta sospecha convive con una cierta fascinación: las respuestas eran fluidas, las síntesis estaban bien construidas, los mapas conceptuales resultan visualmente impecables. Me descubrí a mí mismo atrapado en la misma ilusión de competencia como pseudocompetencia en aprendices de medicina (Castorina, 2015; Ding & Weng, 2026).

Fue en ese punto de tensión donde la mediación tecnopedagógica empezó a adquirir densidad existencial. Al conceptualizar como la acción intencionada del docente que utiliza recursos digitales no sólo para transmitir, sino para andamiar procesos cognitivos y promover autorregulación, comencé a mirar la IA como un dispositivo relacional y no como un artefacto neutro. En mis clases de Investigación y Titulación, la consigna dejó de centrarse en “usar IA para redactar mejor” y empezó a orientarse hacia “usar IA para desenmascarar errores, sesgos y vacíos de comprensión”, en coherencia con la noción del error como recurso formativo inspirada en el modelo del queso suizo (Reason, 2000).

4.3.2.3. Investigar la propia docencia: querer, saber y poder

Aceptar que el aula es un espacio legítimo de producción de conocimiento transformó mi lugar subjetivo como profesor. La investigación como forma de desarrollo

profesional docente resonó con mi propia trayectoria: durante años había investigado sobre incidentes hospitalarios, seguridad del paciente e infección nosocomial, pero rara vez había dirigido esa mirada analítica hacia mi propia práctica de enseñanza.

El docente investigador necesita querer, saber y poder investigar su práctica, y cada una de estas dimensiones se encarnó en situaciones concretas de mi experiencia. El “querer” apareció como una mezcla de curiosidad y responsabilidad: frente a estudiantes que delegaban en la IA la lectura crítica de artículos epidemiológicos, comprendí que no bastaba con prohibir el uso de estas herramientas; debía comprender qué estaba ocurriendo en ese micro-espacio escolar. El “saber” se fue construyendo mientras revisaba enfoques descriptivos, críticos y prácticos de la investigación educativa, y al apropiarme del paradigma sociocrítico y de la investigación-acción como marcos para estudiar los significados y tensiones que atraviesan el uso de IA en Medicina (Abreu Suarez, 2017; Castorina, 2015; Hale et al., 2024; Rowe, 2026).

El “poder”, en cambio, se jugó en la negociación cotidiana con los tiempos, las cargas laborales y las expectativas institucionales. Asumir la investigación-acción implicó incorporar nuevas prácticas: el diario de clase para registrar interacciones y dilemas, la revisión sistemática de producciones estudiantiles en busca de alucinaciones algorítmicas, las entrevistas a grupos focales para escuchar la voz epistémica del estudiantado, y los grupos de discusión para desprivatizar la praxis. Cada uno de estos dispositivos metodológicos fue también un ejercicio emocional: me expuso a la incomodidad de comprobar que mis consignas, a veces, favorecían el facilismo cognitivo que pretendía combatir (Barrientos & Aucoin, 2018; Hersh, 2025; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Kang & Ahn, 2025; Peña et al., 2021).

Desde esta perspectiva, el paradigma sociocrítico me obliga a mirar la IA generativa no como un “enemigo externo”, sino como un catalizador que revela la fragilidad de los modelos formativos basados en memorización, respuesta correcta y obediencia evaluativa. Cada vez que un estudiante identifica una alucinación algorítmica y la utiliza para reconstruir su razonamiento clínico, siento que el aula recupera su sentido de espacio emancipador; cada vez que acepta una salida de IA sin cuestionarla, recuerdo que el trabajo está lejos de terminar (Abreu Suarez, 2017; Barrientos & Aucoin, 2018; Castorina, 2015; Hale et al., 2024; Peña et al., 2021; Prieto Castillo, 2003b).

4.3.3. CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN

El desarrollo de este capítulo me ha permitido comprender que investigar la propia práctica docente constituye un ejercicio de honestidad intelectual, autocrítica y vulnerabilidad. Ya no concibo mi papel como profesor universitario únicamente desde el dominio disciplinar o la capacidad de transmitir contenidos con eficiencia. Su verdadero sentido radica en la disposición permanente para revisar mis decisiones pedagógicas, reconocer sus límites, aprender de los errores y convertirlos en oportunidades de crecimiento.

Este proceso ha marcado un punto de inflexión en mi identidad profesional. He transitado del docente experto, acostumbrado a ofrecer respuestas correctas y procedimientos definidos, hacia un docente-investigador dispuesto a formular preguntas sobre su propia práctica. El Texto Paralelo se ha consolidado como la bitácora de esta transformación, al permitirme documentar tensiones, dudas, aprendizajes y decisiones que evidencian que la docencia no es una actividad estática, sino un proceso de reconstrucción continua.

La irrupción de la inteligencia artificial generativa ha sido uno de los principales detonantes de esta reflexión. Comprendo ahora que estas tecnologías no deben ser asumidas exclusivamente como amenazas para la integridad académica ni como soluciones automáticas para el aprendizaje. Su presencia exige una mediación tecnopedagógica consciente, capaz de orientar al estudiante hacia la verificación de la información, el reconocimiento de sesgos, la argumentación crítica y la producción personal de conocimiento. El riesgo más importante no es que la inteligencia artificial responda por el estudiante, sino que este deje de preguntarse, dudar, contrastar y construir un juicio autónomo.

Por ello, la calidad educativa en ciencias de la salud no puede valorarse solamente a partir de productos aparentemente correctos, respuestas rápidas o desempeños académicos eficientes. Debe evaluarse también desde la arquitectura cognitiva, ética y humana que sostiene esos desempeños. Un futuro profesional no estará preparado únicamente porque domina herramientas digitales o reproduce información científica, sino porque puede interpretar críticamente la evidencia, reconocer la incertidumbre, tomar decisiones responsables y comprender que detrás de cada dato existe una persona, una familia y una realidad social que demandan cuidado.

El modelo de mediación tecnopedagógica propuesto para la Universidad del Azuay no pretende constituirse en un reglamento punitivo frente a la innovación digital. Su propósito es funcionar como un puente ético entre la tecnología, el pensamiento crítico y la humanización de la formación médica. Aspira a promover una cultura académica en la que la inteligencia artificial sea utilizada con transparencia, responsabilidad y sentido pedagógico, fortaleciendo la soberanía cognitiva del estudiantado en lugar de sustituirla.

Como proyección, asumo el compromiso de continuar investigando mi práctica docente y de promover espacios de colaboración entre las cátedras de Ciencias de la Salud. Imagino una comunidad académica capaz de compartir experiencias, diseñar estrategias de mediación tecnopedagógica, evaluar críticamente los efectos de la automatización y construir lineamientos institucionales de gobernanza digital con enfoque humanista. En este horizonte, la investigación educativa deja de ser un requisito metodológico para convertirse en una forma de habitar la docencia: crítica, reflexiva, situada y profundamente comprometida con la dignidad de quienes aprenden y de quienes, en el futuro, recibirán su cuidado profesional.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

1. La investigación permitió reconocer que la rigurosidad científica y el sentido ético no son dimensiones opuestas en la formación médica. Por el contrario, la rigurosidad adquiere mayor sentido cuando los datos epidemiológicos, los protocolos de gestión y los procesos de titulación se vinculan con las realidades humanas, sociales y territoriales a las que responderá el futuro profesional de la salud.
2. La reflexión sistemática sobre la práctica docente evidenció la necesidad de transitar desde un modelo centrado en la transmisión de contenidos, la linealidad y el control evaluativo hacia una docencia basada en la mediación pedagógica. Este tránsito supone que el docente deje de ser exclusivamente expositor o evaluador para asumirse como acompañante, interlocutor y diseñador de experiencias significativas de aprendizaje.
3. Las prácticas de aprendizaje desarrolladas demostraron que la contextualización, la problematización, las narrativas, las metáforas y el diálogo de saberes favorecen una comprensión más profunda de contenidos complejos. En este sentido, mediar no significa simplificar el conocimiento científico, sino hacerlo comprensible, pertinente y éticamente situado para el estudiantado.
4. El Texto Paralelo se consolidó como una herramienta de mediación y metacognición. Su elaboración permitió recuperar experiencias, identificar tensiones de la práctica docente, relacionar teoría y vivencia, y construir una voz pedagógica propia. Así, la escritura dejó de ser únicamente un requisito académico para convertirse en una práctica de reflexión, autoría y transformación profesional.
5. La evaluación formativa se reconoció como un componente central de la mediación pedagógica. Cuando se incorporan espacios de retroalimentación dialógica, autoevaluación, coevaluación y análisis del error, la evaluación deja de funcionar como mecanismo punitivo y se transforma en una oportunidad para comprender procesos, tomar decisiones y fortalecer la autonomía del estudiante.
6. La inclusión, la alteridad y el reconocimiento de la diversidad deben constituir principios transversales de la docencia universitaria en ciencias de la salud. Una formación médica humanista exige atender no solo a la competencia técnica, sino también a las barreras simbólicas, comunicacionales y pedagógicas que pueden limitar la participación plena de los estudiantes y reproducirse posteriormente en la atención sanitaria.
7. La incorporación de inteligencia artificial generativa demanda una mediación tecnopedagógica consciente. Su uso puede aportar al aprendizaje cuando se orienta a la búsqueda, contraste y análisis crítico de información; sin embargo, debe estar acompañado de criterios de transparencia, verificación de fuentes, protección de

datos y producción personal para evitar la pseudocompetencia y preservar la soberanía cognitiva del estudiante.

8. Finalmente, la investigación-acción confirmó que transformar la docencia es un proceso permanente, crítico y colectivo. La mejora no depende únicamente de recursos o normativas institucionales, sino de la disposición del docente para revisar sus certezas, escuchar al estudiantado, documentar su experiencia y reconstruir su práctica desde una ética del cuidado y la responsabilidad social.

Mis recomendaciones son:

A la Facultad de Medicina: fortalecer programas permanentes de formación docente en mediación pedagógica, evaluación formativa, inclusión, aprendizaje basado en problemas y acompañamiento tutorial. Esta formación debe vincular los principios del modelo educativo institucional con situaciones concretas de aula, práctica clínica, investigación y vinculación comunitaria.

A los docentes: planificar las asignaturas mediante prácticas de aprendizaje que articulen el saber, el saber hacer y el saber ser. Se recomienda incorporar casos contextualizados, problemas sanitarios reales, análisis de determinantes sociales, simulaciones, debates y proyectos aplicados a necesidades de las comunidades.

En los procesos de titulación: consolidar una tutoría flexible, cercana y formativa. Es necesario acompañar al estudiante no solo en el cumplimiento técnico y metodológico del trabajo, sino también en la construcción de una pregunta de investigación significativa, pertinente y conectada con su realidad profesional, comunitaria o institucional.

En la evaluación: sustituir progresivamente las prácticas exclusivamente sumativas por estrategias de evaluación para el aprendizaje. Se recomienda utilizar rúbricas cualitativas, retroalimentación narrativa, diarios reflexivos, portafolios, defensa argumentada de casos, coevaluación y oportunidades de mejora, manteniendo siempre criterios explícitos de rigor académico.

En materia de inclusión: revisar de manera periódica los materiales, ejemplos, lenguaje, formas de participación y sistemas de evaluación para identificar barreras que afecten a estudiantes con distintas trayectorias, responsabilidades familiares, condiciones de discapacidad, procedencias culturales o estilos de aprendizaje. La flexibilidad pedagógica debe entenderse como una vía para garantizar equidad, sin renunciar a los resultados de aprendizaje.

Respecto a la inteligencia artificial generativa: implementar lineamientos institucionales claros sobre su uso ético en actividades académicas. Estos lineamientos deben incluir declaración de uso, verificación de información con fuentes científicas, citación adecuada, protección de datos sensibles, diferenciación entre tareas con y sin apoyo de IA y valoración prioritaria del razonamiento, la reflexión y la producción propia.

Sobre el Texto Paralelo: promover su uso como recurso de seguimiento y registro del aprendizaje en asignaturas y procesos de formación docente. Este dispositivo puede fortalecer la metacognición, la expresión escrita, la recuperación de la experiencia, la relación entre teoría y práctica, y la construcción de una comunidad académica más dialógica.

Para futuras investigaciones: desarrollar estudios que evalúen, desde la perspectiva de estudiantes y docentes, los efectos de la mediación pedagógica sobre la autonomía, el pensamiento crítico, la competencia ética y el desempeño profesional. También se recomienda analizar la brecha entre el currículo formal y las prácticas cotidianas del currículo oculto, dentro de los escenarios de formación médica.

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Alteridad. Principio ético y pedagógico que reconoce a la otra persona como un sujeto singular, con dignidad, historia, saberes, necesidades y formas propias de comprender el mundo. En la docencia universitaria, implica construir relaciones basadas en la escucha, el respeto, la hospitalidad y el reconocimiento de la diversidad del estudiantado.

Aprendizaje basado en problemas (ABP). Estrategia pedagógica en la que el aprendizaje se organiza a partir del análisis de problemas reales o simulados. Promueve que el estudiante identifique necesidades de aprendizaje, busque información, formule hipótesis, argumente decisiones y construya soluciones de manera colaborativa.

Aprendizaje significativo. Proceso mediante el cual los nuevos conocimientos se relacionan con los saberes previos, las experiencias y los intereses del estudiante. El aprendizaje es significativo cuando el contenido adquiere valor personal, profesional y social, y puede ser transferido a situaciones reales.

Autonomía. Capacidad progresiva del estudiante para dirigir, regular y valorar su propio proceso de aprendizaje. Incluye la toma responsable de decisiones, la autorreflexión, la organización del trabajo académico y la capacidad de actuar con criterio ante situaciones de incertidumbre.

Co-evaluación. Proceso evaluativo en el que los estudiantes valoran, con criterios previamente acordados, el trabajo de sus pares. Favorece la responsabilidad compartida, la argumentación, el diálogo y la construcción colectiva del aprendizaje.

Currículo formal. Conjunto de propósitos, perfiles, contenidos, metodologías, resultados de aprendizaje, estrategias de evaluación y normas que orientan oficialmente un programa de formación universitaria.

Currículo oculto. Conjunto de valores, prácticas, expectativas, relaciones de poder y mensajes no explícitos que se transmiten en la vida cotidiana de una institución educativa. Puede reforzar o contradecir los principios declarados en el currículo formal.

Desinhibición discursiva. Proceso mediante el cual el estudiante o docente recupera su voz, expresa sus ideas, emociones, experiencias y preguntas con libertad y responsabilidad. En el Texto Paralelo, permite superar la escritura meramente técnica o burocrática para construir una palabra propia y reflexiva.

Diálogo de saberes. Encuentro horizontal entre conocimientos científicos, experiencias profesionales, saberes comunitarios, culturales y territoriales. En la formación médica, permite valorar la diversidad de comprensiones sobre la salud, la enfermedad, el cuidado y la vida colectiva.

Educación para la incertidumbre. Orientación pedagógica que prepara al estudiante para analizar situaciones complejas, incompletas o cambiantes sin depender de respuestas únicas o certezas absolutas. En salud, se relaciona con la capacidad de deliberar, decidir y actuar éticamente ante escenarios clínicos, epidemiológicos y sociales inciertos.

Educación para la significación. Perspectiva pedagógica que busca que los contenidos, actividades y evaluaciones tengan sentido para la vida, la profesión y el contexto del estudiante. Se opone al aprendizaje reducido al cumplimiento de tareas, formatos o requisitos administrativos.

Evaluación formativa. Proceso continuo de recogida e interpretación de evidencias que permite acompañar, retroalimentar y mejorar el aprendizaje durante su desarrollo. Su finalidad principal no es calificar o sancionar, sino identificar avances, dificultades y oportunidades de mejora.

Heterodidáctica. Forma de enseñanza centrada en la homogeneidad, que supone que todos los estudiantes deben aprender lo mismo, al mismo ritmo y mediante los mismos recursos. Esta perspectiva puede invisibilizar la diversidad de trayectorias, necesidades y modos de aprender.

Inclusión educativa. Principio y práctica orientados a asegurar la participación plena, el aprendizaje y el reconocimiento de todos los estudiantes. Implica identificar y transformar barreras pedagógicas, comunicacionales, culturales e institucionales, sin reducir la inclusión a la presencia física en el aula.

Instancias de aprendizaje. Espacios, relaciones y recursos que intervienen en la construcción del aprendizaje. Comprenden la institución, el educador, los medios y materiales, el grupo, el contexto y la relación del estudiante consigo mismo.

Inteligencia artificial generativa. Tecnología capaz de producir textos, imágenes, códigos u otros contenidos a partir de instrucciones del usuario. En educación superior requiere un uso ético, crítico y transparente, orientado al apoyo del aprendizaje y no a la sustitución del razonamiento, la autoría o el juicio profesional.

Interlocución. Relación comunicativa basada en el intercambio auténtico de ideas, preguntas, argumentos y experiencias entre los participantes del proceso educativo. Supone reconocer que el estudiante no es un receptor pasivo, sino un sujeto capaz de dialogar, cuestionar y producir conocimiento.

Investigación-acción. Enfoque de investigación que vincula la comprensión de una realidad con la intervención para transformarla. En esta tesis, permite que el docente investigue críticamente su propia práctica, implemente cambios pedagógicos, observe sus efectos y reconstruya sus decisiones.

Mediación pedagógica. Tratamiento intencional de contenidos, prácticas, recursos y formas de comunicación para hacer posible un aprendizaje significativo, participativo, creativo y situado. El docente actúa como mediador entre el conocimiento científico, la cultura, la experiencia y las necesidades del estudiante.

Mediación semiótico-cultural. Proceso de aprendizaje en el que el lenguaje, los símbolos, las metáforas, los relatos y otras herramientas culturales permiten comprender, comunicar y resignificar el conocimiento. En educación médica, facilita traducir conceptos técnicos complejos a situaciones humanas y contextos reconocibles.

Mediación tecnopedagógica. Intervención consciente del docente en el uso de tecnologías digitales para favorecer la comprensión, la participación, la reflexión y la construcción de sentido. No se limita al empleo técnico de plataformas o herramientas, sino que considera sus implicaciones éticas, cognitivas y sociales.

Metacognición. Capacidad de reconocer, analizar y regular los propios procesos de pensamiento y aprendizaje. Incluye identificar qué se sabe, qué falta por aprender, qué estrategias se utilizan y cómo pueden mejorarse.

Pedagogía de la pregunta. Enfoque que utiliza preguntas problematizadoras para promover curiosidad, reflexión, diálogo y pensamiento crítico. Reemplaza la enseñanza basada exclusivamente en respuestas cerradas por una práctica que invita a comprender, argumentar y cuestionar.

Pertinencia social. Relación entre la formación universitaria y las necesidades, problemas, expectativas y características de la sociedad. En salud, implica que la enseñanza, la investigación y la vinculación respondan a los determinantes sociales, las inequidades y las realidades territoriales de la población.

Prácticas de aprendizaje. Actividades intencionalmente diseñadas para que el estudiante construya conocimientos, habilidades, actitudes y criterios éticos. Pueden ser de significación, observación, interacción, aplicación, reflexión sobre el contexto e inventiva.

Pseudocompetencia. Apariencia de dominio de un conocimiento o habilidad que no se corresponde con una comprensión profunda, capacidad de análisis o desempeño autónomo. Puede presentarse cuando el estudiante reproduce respuestas, utiliza tecnología sin verificarla o depende de recursos externos sin apropiarse del aprendizaje.

Retroalimentación dialógica. Proceso de comunicación entre docente y estudiante que ofrece información específica, comprensible y oportuna sobre el desempeño, a la vez que abre espacios para preguntas, aclaraciones, acuerdos y toma de decisiones de mejora.

Rigurosidad científica. Conjunto de criterios y procedimientos que aseguran validez, coherencia, confiabilidad, precisión y fundamentación en la producción y aplicación del conocimiento. En ciencias de la salud, incluye el análisis crítico de evidencias, el uso adecuado de métodos y la toma de decisiones sustentadas.

Saber conocer, saber hacer y saber ser. Dimensiones complementarias de la formación por competencias. El saber conocer comprende la apropiación crítica de conceptos y teorías; el saber hacer se refiere a la aplicación de procedimientos y habilidades; y el saber ser integra actitudes, valores, responsabilidad ética y compromiso social.

Soberanía cognitiva. Capacidad del estudiante para pensar, analizar, contrastar información y construir criterios propios. Frente al uso de inteligencia artificial y otras tecnologías, implica no delegar el juicio crítico ni la responsabilidad académica en sistemas automatizados.

Texto Paralelo. Dispositivo de mediación pedagógica, reflexión y evaluación formativa que registra el proceso de aprendizaje mediante relatos, análisis, experiencias, producciones, diálogos y reflexiones. Permite articular el saber académico con la vivencia personal y profesional, fortaleciendo la autoría y la metacognición.

Tutoría. Proceso de acompañamiento académico, pedagógico y afectivo que orienta al estudiante en la construcción de aprendizajes, proyectos o trabajos de investigación. Una tutoría mediadora no sustituye la responsabilidad del estudiante, sino que ofrece presencia, diálogo, retroalimentación y apoyo oportuno.

Validación. Proceso mediante el cual materiales, estrategias, actividades o propuestas pedagógicas son revisados y valorados por los participantes, especialmente estudiantes y docentes. Su propósito es reconocer fortalezas, identificar limitaciones y realizar ajustes para mejorar la pertinencia y claridad de una intervención educativa.

Vulnerabilidad. Condición individual o colectiva en la que determinadas personas o grupos enfrentan mayores riesgos, barreras o limitaciones para ejercer plenamente sus derechos. En la educación y la salud, exige respuestas basadas en equidad, cuidado, reconocimiento y justicia social.

7. ANEXOS

Anexo 1

Fotografía de la socialización de recursos audiovisuales como herramienta de mediación pedagógica en bioseguridad



Exposición presencial de los proyectos audiovisuales desarrollados por los estudiantes de los paralelos 7A, 7B y 7C en el marco de las prácticas de aprendizaje sobre bioseguridad y prácticas seguras en salud.

Anexo 2

Fotografía del taller participativo de revisión y validación cualitativa del mapa de prácticas pedagógicas



Desarrollo del taller participativo con estudiantes de noveno ciclo de la Facultad de Medicina para la revisión y validación cualitativa del mapa de prácticas pedagógicas.

Anexo 3

Fotografías de las entrevistas sobre percepciones generacionales y experiencias en la formación médica de grado



Entrevista a 4 estudiantes de 9no ciclo de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay respecto a sus percepciones generacionales y su experiencia en la formación médica.

Anexo 4

Fotografías de la entrevista cualitativa sobre la praxis y mediación pedagógica en medicina



Entrevista semiestructurada realizada a la Dra. Andrea Espinoza para la recolección de información sobre la praxis docente y la mediación pedagógica en la formación médica.

Anexo 5

Innovación en formación médica: Visita y prácticas de simulación en las instalaciones del SIM LAB - UDA





Recorrido e instrucción práctica en el Laboratorio de Simulación Médica (SIM LAB) de la Universidad del Azuay, observando salas de control de observación unidireccional, quirófanos de alta fidelidad, áreas de incubación neonatológica y entrenamiento en destrezas de cirugía laparoscópica.

Anexo 6

Matriz de planificación de objetivos, mediación pedagógica y criterios de evaluación de los contenidos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Nro CAPÍTULO	TEMAS	PROCESO DE EVALUACIÓN DETALLADA
Identificar el alcance de la epidemiología y su evolución histórica frente a los patrones sanitarios modernos.	1	Introducción 1.1. Introducción a la Epidemiología . 1.2. Cambio de patrones de problemas sanitarios. 1.3. Epidemiología , prevención y práctica clínica.	Estrategia: Narrativa contextual mediante texto paralelo Actividad: El estudiante no define Epidemiología de memoria. Debe escribir un ensayo breve titulado "La historia de la salud en mi barrio", conectando la transición epidemiológica global con los cambios observados en su entorno local (ej. de enfermedades infecciosas a crónicas en su propia familia). Mediación: El docente no corrige con "X", sino que dialoga en los márgenes preguntando: ¿Cómo se relaciona este cambio con lo que dice Gordis sobre la prevención?. Criterio: Capacidad de vinculación teórica-práctica y visión histórica. Sistema de Calificación (Total 10 pts): • 40% (4 pts): Vinculación Teórica. Conexión explícita entre la transición epidemiológica global y los cambios locales. • 30% (3 pts): Evidencia empírica. Calidad de los datos/historias recolectadas del entorno familiar/barrial. • 30% (3 pts): Reflexión personal. Capacidad de análisis crítico sobre la prevención.

			Instrumento: Rúbrica de ensayo reflexivo.
Explicar los mecanismos de interacción agente-huésped-ambiente y los niveles de inmunidad poblacional.	2	Dinámica de la transmisión 2.1. Modos de transmisión. 2.2. Enfermedad clínica, subclínica y portador. 2.3. Endémico, epidémico, brote y pandémico. 2.4. Inmunidad y susceptibilidad.	Estrategia: Representación gráfica y gamificación Actividad: "El Mapa del Contagio". En grupos, diseñan un diagrama visual de una cadena de transmisión real (ej. Tuberculosis). Luego, simulan cómo romper eslabones específicos. Validación entre pares o coevaluación: Un grupo presenta su diagrama y el otro debe validar si la estrategia de prevención propuesta funcionará o si el agente encontraría otro camino. Criterio: Claridad conceptual en la distinción de eslabones y creatividad en la intervención preventiva. Sistema de Calificación (Total 10 pts): • 50% (5 pts): Precisión Técnica. Identificación correcta de todos los eslabones de la cadena (agente, puerta de salida/entrada, etc.). • 50% (5 pts): Validación de Pares. El grupo evaluador debe dictaminar si la medida preventiva propuesta rompe eficazmente la cadena (si "aprueban" la estrategia, otorgan el puntaje). Instrumento: Lista de cotejo de pares.

Calcular e interpretar medidas de frecuencia para evaluar el estado de salud de una población.	3	Ocurrencia de la enfermedad 3.1. Vigilancia y morbilidad. 3.2. Etapas de la enfermedad. 3.3. Medidas de morbilidad y mortalidad.	Estrategia: Taller de humanización del dato Actividad: Se entregan datos reales del INEC/MSP. El estudiante calcula tasas, pero la evaluación se centra en la interpretación. Debe redactar un "Informe para la Comunidad" explicando qué significan esos números para la gente común, evitando tecnicismos fríos. Evaluación: Se valora la traducción del lenguaje matemático al lenguaje social. Si el cálculo es correcto pero la interpretación es deshumanizada, se solicita re-hacer para una reafirmación y no para el castigo. Criterio: Precisión matemática y sensibilidad comunicacional. Sistema de Calificación (Total 10 pts): • 40% (4 pts): Exactitud Matemática. Cálculo correcto de tasas de incidencia/prevalencia. • 60% (6 pts): Comunicación y Sentido. Capacidad de explicar el impacto social del dato sin tecnicismos. (Si el cálculo está bien pero la explicación es fría/técnica, la nota máxima es 4/10). Instrumento: Rúbrica de comunicación social.
Diferenciar los diseños de investigación y validar pruebas diagnósticas.	4	Investigación epidemiológica 4.1. Diseños de investigación.	Estrategia: Simulación de Toma de Decisiones Actividad: ¿Es justo este test?. Se simula una campaña de tamizaje (ej. VIH). Los estudiantes deben evaluar la sensibilidad y especificidad y debatir las consecuencias éticas de los falsos positivos/negativos.

		4.2. Validez y fiabilidad de pruebas diagnósticas y de cribado.	Instrumento: Rúbrica de debate. No hay una respuesta única; se evalúa la prudencia en la decisión clínica. Criterio: Comprensión profunda de la validez (interna/externa) y sus implicaciones en la vida del paciente. Sistema de Calificación (Total 10 pts): • 50% (5 pts): Argumentación Técnica. Uso correcto de conceptos de Validez Interna/Externa y valores predictivos. • 50% (5 pts): Juicio Ético o Prudencia. Análisis de las consecuencias de falsos positivos/negativos en la vida del paciente. Instrumento: Rúbrica de debate y participación.
Estimar el pronóstico de enfermedades y cuantificar el riesgo y la asociación.	5	Medidas epidemiológicas 5.1. Tasa de letalidad. 5.2. Supervivencia (Kaplan Meier). 5.3. Estimación del riesgo y asociación. 5.4. Riesgo	Estrategia: Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) Actividad: Estudio de caso longitudinal. Se sigue la historia clínica de una cohorte hipotética. El estudiante construye la curva de supervivencia paso a paso. Mediación: El docente actúa como consultor senior. El error en el cálculo del Riesgo Relativo (RR) se aborda inmediatamente con la pregunta: Si este fuera tu paciente, ¿qué le dirías sobre su pronóstico con este número?. Criterio: Razonamiento lógico en la cuantificación del riesgo y manejo de la incertidumbre.

		absoluto y atribuible.	Sistema de Calificación (Total 10 pts): • 40% (4 pts): Procedimiento. Construcción paso a paso de la tabla de vida y curva. • 30% (3 pts): Interpretación del Riesgo. Lectura correcta del Riesgo Relativo. • 30% (3 pts): Comunicación Clínica. Explicación verbal del pronóstico al "paciente" simulado (manejo de la incertidumbre y empatía). Instrumento: Guía de observación de caso.
Evaluar la evidencia para distinguir entre una asociación estadística y una relación causal verdadera.	6	Asociación y causalidad 6.1. De asociación a causalidad. 6.2. Estrategias para estudio de etiología. 6.3. Evidencia de relación causal.	Estrategia: Juicio epidemiológico (Role Playing) Actividad: El Juicio a la Causalidad. Se presenta una asociación polémica (ej. Café y Cáncer de Páncreas). Un grupo actúa como fiscales, buscando causalidad usando criterios de Bradford Hill y otro como defensa buscando explicaciones alternativas. Evaluación: Se evalúa la calidad de la argumentación y el uso de evidencia científica, no quién gana el debate. Criterio: Pensamiento crítico y aplicación rigurosa de los criterios de causalidad. Sistema de Calificación (Total 10 pts): • 60% (6 pts): Uso de Evidencia. Aplicación rigurosa de al menos 4 criterios de Bradford Hill para defender/atacar la asociación. • 40% (4 pts): Pensamiento Crítico. Capacidad para refutar los argumentos de la contraparte con lógica científica. Instrumento: Rúbrica de argumentación oral.

Identificar errores sistemáticos y factores de confusión que distorsionan los resultados.	7	Sesgos y confusión 7.1. Inferencias causales: sesgos, confusión e interacción. 7.2. Factores genéticos y ambientales.	Estrategia: Lectura Crítica de validación de Expertos. Actividad: Cazadores de Sesgos. Se entrega un artículo científico con errores metodológicos deliberados. Los estudiantes deben identificarlos y proponer cómo corregirlos. Instrumento: Ficha de validación de lectura. Fomenta la seguridad del estudiante al permitirle criticar a autores publicados, validando su propio criterio técnico. Criterio: Agudeza observacional para detectar sesgos de selección e información. Sistema de Calificación (Total 10 pts): • 80% (8 pts): Agudeza Observacional. 2 puntos por cada sesgo (selección/información) correctamente identificado y clasificado. • 20% (2 pts): Propuesta de Corrección. Sugerencia viable de cómo se debió diseñar el estudio para evitar dicho sesgo. Instrumento: Ficha de validación de lectura.
Aplicar principios éticos y legales en el manejo de datos y sujetos de investigación.	8	Aspectos éticos y profesionales 8.1. Obligaciones de investigadores.	Estrategia: Validación de instrumentos con usuarios Actividad: Redacción de un consentimiento informado. La evaluación consiste en que el estudiante debe leer su consentimiento a una persona ajena a la medicina para una validación real. Auto-Reflexión: En el Texto Paralelo, el

		8.2. Consentimiento informado. 8.3. Acceso a datos personales.	estudiante escribe: ¿Entendió mi interlocutor lo que leí? ¿Fui claro o usé poder mediante lenguaje técnico?". Criterio: Ética, respeto a la autonomía y claridad en la comunicación una pedagogía del sentido. Sistema de Calificación (Total 10 pts): • 50% (5 pts): Claridad del Documento. Redacción libre de jerga legal/médica innecesaria. • 50% (5 pts): Evidencia de Validación (Texto Paralelo). Reflexión escrita sobre la experiencia de leer el documento al usuario (¿Qué entendió? ¿Qué preguntó?). Instrumento: Portafolio/Texto Paralelo.
--	--	--	--

8. REFERENCIAS

- Abd-alrazaq, A., AlSaad, R., Alhuwail, D., Ahmed, A., Healy, P. M., Latifi, S., Aziz, S., Damseh, R., Alabed Alrazak, S., & Sheikh, J. (2023). Large Language Models in Medical Education: Opportunities, Challenges, and Future Directions. *JMIR Medical Education*, 9, e48291. <https://doi.org/10.2196/48291>
- Abreu Suarez, A. J. (2017). La Ética en la Investigación Educativa. *Revista Scientific*, 2(4), 338–350. <https://doi.org/10.29394/scientific.issn.2542-2987.2017.2.4.19.338-350>
- Abritta, A. (2017). Creación de Alternativas Pedagógicas para el Ejercicio del Derecho a la Educación en Jóvenes y Adultos: El Caso del Plan Fines en la Provincia de Buenos Aires (Argentina). *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 11(2), 21–33. <https://doi.org/10.4067/S0718-73782017000200003>
- Aguilar-Gordón, F., & Cherres-Vargas, D. (2025). Contribuciones de la filosofía de la educación para el desarrollo del pensamiento crítico. *Cátedra*, 8(1), 104–121. <https://doi.org/10.29166/catedra.v8i1.6183>
- Alzate Yepes, T., Puerta C., A. M., & Morales, R. M. (2008). Una mediación pedagógica en educación superior en salud. El diario de campo. *Revista Iberoamericana de Educación*, 47(4), 1–10. <https://doi.org/10.35362/rie4742301>
- Annabell, V., Figueroa, E. C., & Ortecho, Z. C. (2022). La evaluación formativa una oportunidad de mejora en los aprendizajes. *TecnoHumanismo*, 2(3), 1–21.
- Arnbjörnsson, E. (2014). The Use of Social Media in Medical Education: A Literature Review. *Creative Education*, 05(24), 2057–2061. <https://doi.org/10.4236/ce.2014.524229>
- Barrientos, M. E., & Aucoin, R. (2018). Scholarship of Teaching and Learning (SoTL) como estrategia en la Universidad Abierta para Adultos (UAPA) y en la Universidad Estatal a Distancia (UNED)/ The Scholarship of Teaching and Learning (SoTL) as a Strategy

in Universidad Abierta para Adultos (UAPA) and Universidad Estatal a Distancia (UNED. *Educación Superior*, (25), 59–77.

<https://doi.org/10.56918/es.2018.i25.pp59-77>

Bayas, R. L. (2016). *Universidad, Humanismo y Educación*. Universidad del Azuay.

Bernstein, B., & Díaz, M. (1985). Hacia una teoría del discurso pedagógico. *Revista Colombiana de Educación*, (15). <https://doi.org/10.17227/01203916.5120>

Calderón Ramos, I. P., Sánchez Calderón, E. B., & Pulido Huertas, D. C. (2025). Diálogo horizontal: Una forma de acompañar la práctica pedagógica en territorio. *Americanía: Revista de Estudios Latinoamericanos*, (21), 1–32.

<https://doi.org/10.46661/americania.11547>

Cancino Marentes, M. E., Fernández Argüelles, R. A., & Arbesú Michelena, M. A. (2011). El aprendizaje de estudiantes de Medicina durante su internado en tres hospitales en Nayarit, México. *Educación Médica Superior*, 25(3), 242–254.

Cañadas, L., & Santos, M. L. (2021). La evaluación formativa desde la perspectiva de docentes noveles en las clases de educación física en primaria y secundaria. *Revista Electrónica Educare*, 25(3), 1–20. <https://doi.org/10.15359/ree.25-3.25>

Castorina, J. A. (2015). Los problemas del conocimiento escolar en la investigación educativa. Un análisis crítico. *Espacios en blanco. Serie indagaciones*, (25), 373–391.

Cortés, C. (1993). *Herramientas para validar*. Especialización en Docencia Universitaria. <https://www.scribd.com/document/185775185/Herramientas-Para-Validar-Cortes>

Ding, C., & Weng, S. (2026). Generative artificial intelligence-assisted learning and the rise of pseudo-competence in medical trainees. *Academic Medicine*, wvag146. <https://doi.org/10.1093/acamed/wvag146>

Docencia Transforma Salud Pública en FacMed UNAM | TikTok. (s. f.). Recuperado 16 de mayo de 2026, de

<https://www.tiktok.com/@saludpublica.fm.unam/video/7638749459739872533>

Estrella, L. P., Valle, C. E., Esteves, Z. I., Estrella, L. P., Valle, C. E., & Esteves, Z. I. (2023).

Importancia del aula inclusiva en los espacios universitarios ecuatorianos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 8(15), 17–28.

<https://doi.org/10.35381/r.k.v8i15.2416>

Feo, R. (2010). Orientaciones básicas para el diseño de estrategias didácticas. *Tendencias*

Pedagógicas, 16, 221–236. <https://doi.org/10.15366/tp2010.16.012>

Galindo, L. A., & Arango, M. E. (2009). Estrategia didáctica: La mediación en el aprendizaje

colaborativo en la educación médica. *Latreia*, 22(3), 284–291.

<https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.8422>

Geyer, A. L. (2018). Aprender a investigar a través del trabajo colaborativo—Un método

didáctico para emular, mediante trabajo grupal, los procesos básicos de una investigación. *En Blanco y Negro*, 9(1), 40–60.

Guevara-Toledo, C. W., & Céleri Gomezcoello, A. (2024). *Mediación pedagógica: Teoría y*

práctica en estudios de posgrado (Universidad del Azuay). Casa Editora de la

Universidad del Azuay. <https://doi.org/10.33324/ceazuay.369>

Gupta, S. K., & Srivastava, T. (2024). Assessment in Undergraduate Competency-Based

Medical Education: A Systematic Review. *Cureus*.

<https://doi.org/10.7759/cureus.58073>

Gutiérrez-Pérez, F., & Prieto-Castillo, D. (1999). *La mediación pedagógica: Apuntes para*

una educación a distancia alternativa (6ta ed., Vol. 1). Ed. CICCUS [u.a.].

- Hale, J., Alexander, S., Wright, S. T., & Gilliland, K. (2024). Generative AI in Undergraduate Medical Education: A Rapid Review. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 11, 23821205241266697. <https://doi.org/10.1177/23821205241266697>
- Hernández, A. M., & Flores, L. E. (2012). Mediación pedagógica para la autonomía en la formación docente. *Revista Electrónica Educare*, 16(3), 37–48.
<https://doi.org/10.15359/ree.16-3.2>
- Hernández-Carrera, R. M. (2019). La comunicación en el proceso de enseñanza-aprendizaje: Su papel en el aula como herramienta educativa. *CAUCE (Revista Internacional de Filología, Comunicación y sus Didácticas)*, 1(41), 133–155.
<https://doi.org/10.12795/CAUCE.2018.i41.08>
- Hersh, W. (2025). Generative Artificial Intelligence: Implications for Biomedical and Health Professions Education. *Annual Review of Biomedical Data Science*, 8(Volume 8, 2025), 355–380. <https://doi.org/10.1146/annurev-biodatasci-103123-094756>
- Huiracocha Tutivén, M. K., & Correa Villavicencio, C. B. (2024). *Texto paralelo sobre la enseñanza en la universidad* [Tesis de maestría, Universidad del Azuay].
<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/14367>
- Izquierdo-Condoy, J. S., Arias-Intriago, M., Tello-De-la-Torre, A., Busch, F., & Ortiz-Prado, E. (2025). Generative Artificial Intelligence in Medical Education: Enhancing Critical Thinking or Undermining Cognitive Autonomy? *Journal of Medical Internet Research*, 27, e76340. <https://doi.org/10.2196/76340>
- Jaramillo Paredes, M. (s. f.). *Violencia y educacion*.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14–26.
<https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>

- Kang, J., & Ahn, J. (2025). Technologies, opportunities, challenges, and future directions for integrating generative artificial intelligence into medical education: A narrative review. *Ewha Medical Journal*, 48(4), e53. <https://doi.org/10.12771/emj.2025.00787>
- Knowles, M. S., III, E. F. H., & Swanson, R. A. (2014). *The Adult Learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (8^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315816951>
- Kropf, D. C., & Kropf, D. (2013). *Connectivism: 21st Century's New Learning Theory*.
- Laso Bayas, R., Briones García, M., Malo Toral, G., & Freire Cruz, M. (2020). *La evaluación docente en la Universidad del Azuay* (Casa editora, Vol. 1). Imprenta Digital - Universidad del Azuay. <https://publicaciones.uazuay.edu.ec/flip/books/libro/uazuay-libro-73.pdf>
- Lin, Y., Luo, Z., Ye, Z., Zhong, N., Zhao, L., Zhang, L., Li, X., Chen, Z., & Chen, Y. (2025). Applications, Challenges, and Prospects of Generative Artificial Intelligence Empowering Medical Education: Scoping Review. *JMIR Medical Education*, 11(1), e71125. <https://doi.org/10.2196/71125>
- López, M. (2025). Inclusión y equidad en la educación superior ecuatoriana: Desafíos para estudiantes con necesidades educativas especiales. *Noesis*, 7(14), 350–367. <https://doi.org/10.35381/noesisin.v7i14.389>
- Maldonado-Díaz, C. (2022). Estudio del discurso pedagógico: Enfoque bernsteniano clásico y revisiones actuales sobre un modelo de análisis para la investigación de la pedagogía puesta en acto. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 21(45), 409–431. <https://doi.org/10.21703/0718-5162.v21.n45.2022.021>
- Malo González, H. (2013). Universidad, Institución Perversa. 1985. *Revista de la Universidad del Azuay*, 62, 271. <https://doi.org/13902849>

- Méndez, S. A. (2007). La estrategia de entrada en la mediación pedagógica. *Posgrado y Sociedad*, 7(2).
https://www.researchgate.net/publication/277265201_La_estrategia_de_entrada_en_la_mediacion_pedagogica
- Mendoza Barragan, V. (2025). La Libertad como Posibilidad para la Humanización en la Educación: Una Reflexión Teórica desde el Pensamiento de Paulo Freire. *Ibero Ciencias - Revista Científica y Académica - ISSN 3072-7197*, 4(4), 97–122.
<https://doi.org/10.63371/ic.v4.n4.a368>
- Mirón, J. A., Iglesias, H., Alonso, M., Sánchez, S., Fernánde, C. I., Chamorro Fernández, A. J., Santacruz Ruiz, S., Hernández Galilea, E., Santos García, J. Á., Fernández Martín, C., & Lorenzo-Gómez, M. F. (2019). Educación inclusiva en Medicina: Una experiencia formativa sobre personas con discapacidad. *Educación Médica*, 20, 16–24. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.013>
- Morais, A. M. (2002). Basil Bernstein at the Micro Level of the Classroom. *British Journal of Sociology of Education*, 23(4), 559–569.
<https://doi.org/10.1080/0142569022000038413>
- Morales, A. M. (2006). *Apuntes para repensar la educación desde la diferencia*. Instituto Pedagógico de Caracas.
https://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Morales_apuntes_para_repensar_educacion_desde-la_diferencia_2010.pdf
- Morán Oviedo, P., & Porlán Ariza, R. (2003). *Docencia e investigación en el aula: Una relación imprescindible*. Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación de Humanidades, Centro de Estudios sobre la Universidad.
https://books.google.com.ec/books/about/Docencia_e_investigaci%C3%B3n_en_el_aula.html?id=WhImAQAAIAAJ&redir_esc=y

- Morin, E. (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. *Organización de las Naciones Unidas para la Educación*, 74.
- Muñoz Martínez, M., & Garay Garay, F. (2015). La investigación como forma de desarrollo profesional docente: Retos y perspectivas. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 41(2), 389–399. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052015000200023>
- Navin Sagar, A. K. T. (2026). *Formative Versus Summative Assessment in Medical Education: A Systematic Review and Meta-analysis*.
<https://doi.org/10.5281/ZENODO.20749956>
- Nussbaum, M. C. (2010). Sin fines de lucro: Por qué la democracia necesita de las humanidades. *Katz Editores*.
<https://etica.uazuay.edu.ec/sites/etica.uazuay.edu.ec/files/public/2021-09/Nussbaum%20-%20Sin%20fines%20de%20lucro.pdf>
- Ortiz, N. G., Ríos, M. B., Santillan, N. M., Veintimilla, L. E., Morillo, G. A., Ortiz Moya, N. G., Ríos Quiñónez, M. B., Santillan García, N. M., Veintimilla Amay, L. E., & Morillo Chandi, G. A. (2025). Impacto de la diversidad e inclusión en el rendimiento académico de la educación superior. *Revista InveCom*, 5(1).
<https://doi.org/10.5281/zenodo.12639443>
- Parra, J. C. A., Garzón, B. C. R., & Vásquez, V. J. C. (2024). La inclusión educativa en la educación superior: Desafíos y perspectivas en Ecuador. *Revista InveCom / ISSN en línea: 2739-0063*, 4(2), 1–13. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10558676>
- Peña, G. A., Rodríguez, K. L. F., Menoscal, S. E. D., & León, J. C. B. (2021). La investigación educativa: Teoría y práctica. *Editorial Tecnocientífica Americana*, 300, 1–106. <https://doi.org/10.51736/296jam22>

- Posso, R. J. (2022). The role of the teacher in the university context: A post-pandemic vision. *Revista de Investigación Educativa y Deportiva*, 1(2), 91–96.
- Prensky, M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants Part 1. *On the Horizon*, 9(5), 1–6.
<https://doi.org/10.1108/10748120110424816>
- Prieto Castillo, D. (2003a). *Unidad 1: Investigar como camino y no como punto de llegada*. 51–74.
- Prieto Castillo, D. (2003b). *Unidad 2: Investigar nuestra Docencia Universitaria*. 51–74.
- Prieto Castillo, D. (2003c). *Unidad 3: Caminos del aprendizaje. En La mediación pedagógica en el trabajo universitario*. 51–74.
- Prieto Castillo, D. (2007). *Comunicación moderna y posmoderna: En torno a la forma en la educación. Módulo de Educación Universitaria*. Universidad del Azuay.
- Prieto Castillo, D. (2019a). *Las instancias de aprendizaje. Unidad 3*.
- Prieto Castillo, D. (2019b). *Tratamiento del contenido. Unidad 4*.
- Prieto Castillo, D., Guevara Toledo, C., & Céleri Gomezcoello, A. (2023). *Más allá de la defensa y el ataque. La evaluación como alternativa de aprendizaje* (Homo). PrintLab / Universidad del Azuay en Cuenca del Ecuador.
<https://publicaciones.uazuay.edu.ec/index.php/ceazuay/catalog/book/178>
- Prieto-Castillo, D., & Kintto, L. (2005). La mediación pedagógica: Un camino de creación. *CIESPAL*, 127–129.
- Radford, L. (2013). History of mathematics and mathematics education. *Université Laurentienne, Canada*, 45(6), 847–859.

- Ramírez, J. J., Díaz, L. M., Ramírez, J. J., & Díaz, L. M. (2025). Desafíos para la inclusión en la universidad: Percepciones estudiantiles en Sinaloa. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 15(30), 15.
<https://doi.org/10.23913/ride.v15i30.2307>
- Reason, J. (2000a). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Reason, J. (2000b). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Roberts, L. W. (2017). Addressing Authorship Issues Prospectively: A Heuristic Approach. *Academic Medicine*, 92(2), 143–146.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001285>
- Rocha-Espinoza, J. J., & Sánchez-Santamaría, J. (2025). *La Educación soñada: Una perspectiva artística para la transformación educativa ecuatoriana*.
<https://doi.org/10.5281/ZENODO.17743742>
- Rowe, M. (2026). *A theoretical framework for integrating AI into health professions education*. Open Science Framework. https://doi.org/10.31219/osf.io/c764f_v2
- Ruiz-Corbella, M., & López-Gómez, E. (2019). La misión de la universidad en el siglo XXI: Comprender su origen para proyectar su futuro. *Revista de la educación superior*, 48(189), 1–19.
- Samper Pizano, D. (2002). *Manual para profesores sanguinarios*.
- Siemens, G. (2004). *Conectivismo: Una teoría de aprendizaje para la era digital*.
- Sousa, I. F. D., Sousa, V. F. D., & Sousa Júnior, A. R. D. (2026). Inteligência Artificial (IA) Generativa no ensino de graduação em Medicina no Brasil: Uma revisão de escopo

sobre o cenário atual e implicações a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2025. *Research, Society and Development*, 15(1), e0515150071.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v15i1.50071>

Stenhouse. (1991). *Investigación y desarrollo del currículum*. Ediciones Morata.
https://convivenciaajt.weebly.com/uploads/2/6/7/3/26732425/stenhouse._investigacin_y_desarrollo_del_currículum_caps._6_y_7.pdf

Tapia, P. T. C., Soria, J. E. Y., Vásquez, M. C. S., Robayo, D. A. C., & Mercedes, S. M. C. (2023). Evaluación formativa y sumativa en el Proceso Educativo: Revisión de Técnicas Innovadoras y sus efectos en el Aprendizaje Del Estudiante. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 2002–2018.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5450

Tünnermann, C. (2012). *La educación superior frente a los desafíos contemporáneos* [Universidad Nacional de Colombia Reforma a la Ley de Educación Superior].
<https://repositorio.unal.edu.co/items/48c6616c-667c-40c7-8081-73c1942c3c49>

Ullauri Ullauri, J. I. (2024). Rol Docente: Actividad Conjunta y Experiencia Significativa: Teaching Role: Joint Activity and Meaningful Experience. *Revista Scientific*, 9(33), 10–21. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2024.9.33.0.10-21>

Ullauri-Ullauri, J. I., & Mauri-Majós, T. (2022). La reflexión sobre la práctica preprofesional en la formación de aprendices de docente. Percepciones de los tutores académicos. *Revista Practicum*, 7(2), 169–186.
<https://doi.org/10.24310/RevPracticumrep.v7i2.13878>

Utecht, J., & Keller, D. (2019). Becoming Relevant Again: Applying Connectivism Learning Theory to Today's Classrooms. *Critical Questions in Education*, 10(2), 107–119.

- Vásquez, F., & Prieto, D. (2014). Educar con maestría, educar con sentido. *Cuaderno de Pedagogía Universitaria*, 5(10), 10–13. <https://doi.org/10.29197/cpu.v5i10.87>
- Villodre, S. L., González, M. G., & Llarena, M. G. (s. f.). *Problemática de la mediación de prácticas pedagógicas en la modalidad no presencial: Propuesta de Solución*.
- Vygotsky, L. S., & Cole, M. (1978). *Mind in Society: Development of Higher Psychological Processes*. Harvard University Press.
- https://w.pauldowling.me/rtf/2021.1/readings/LSVygotsky_1978_MindinSocietyDevelopmentofHigherPsycholo.pdf
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2011). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas* (3ª ed., Vol. 1). Herder.
- <https://doi.org/10.2307/j.ctvt9k0tj>
- Zabalza, M. A. (2015). La enseñanza universitaria. El escenario y sus protagonistas. *Educación y Revista*, 2(57), 293–301.