



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**COORDINACIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS
MAESTRÍA DE ENFERMERÍA**

**APLICACIÓN DEL PENSAMIENTO REFLEXIVO Y CRÍTICO EN EL CUIDADO
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁMBITO QUIRÚRGICO**

**TRABAJO TERMINAL DE GRADO
PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN ENFERMERÍA QUIRÚRGICA**

PRESENTA:

LIC. EN ENF. BEATRIZ ELIZABETH MARTÍNEZ TALAVERA

TUTORA ACADÉMICA:

DRA. EN ED. LUCILA CÁRDENAS BECERRIL

TUTORAS ADJUNTAS:

MTRA. EN E.A.S.E YOLANDA HERNÁNDEZ ORTEGA

DRA. EN ENF. SILVANA SILVEIRA KEMPFER



TOLUCA, MÉXICO; OCTUBRE 2019



Toluca, México, 24 de septiembre de 2019

**LIC. EN ENF. BEATRIZ ELIZABETH MARTÍNEZ TALAVERA
P R E S E N T E**

Anticipándole un cordial saludo, por medio del presente me permito comentarle que su trabajo terminal de grado: **"APLICACIÓN DEL PENSAMIENTO REFLEXIVO Y CRÍTICO EN EL CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁMBITO QUIRÚRGICO"** ha sido **APROBADO** por el Claustro Académico, por lo tanto, puede continuar con el proceso para sustentar su examen y obtener el Grado de Maestra en Enfermería Quirúrgica.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para reiterarle mi alta y distinguida consideración.

**ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO**

"2019, Año del 75 Aniversario de la Autonomía ICLA-UAEM"

**DRA. EN A.D. ANDREA GUADALUPE SANCHEZ ARIAS
DIRECTORA**



Facultad de Enfermería
y Obstetricia

c.c.p Expediente
AGSA/PCB/gmcd

Paseo Tollocan s/n esq. Jesús Carranza col.
Moderna de la Cruz. C.P. 50180.
Toluca, Estado de México
Tel. (722) 2706270 / 2702357
feyo@uaemex.mx





Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Enfermería y Obstetricia

Fecha: 4 de septiembre de 2019

Comisión Académica de la Maestría en Enfermería Quirúrgica

DICTAMEN DE VOTOS APROBATORIOS DEL TRABAJO TERMINAL DE GRADO

Los docentes que integran el **COMITÉ DE TUTORES** de la licenciada: **Beatriz Elizabeth Martínez Talavera**, egresada del programa de la Maestría en Enfermería Quirúrgica de la generación 2017-2019, quien realizó el trabajo terminal de grado titulado: "**Aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería del ámbito quirúrgico**", bajo la Tutoría Académica de la **Dra. en Ed. Lucila Cárdenas Becerril**, ha sido dirigida, revisada y discutida, por lo que se ha considerado **DICTAMINARLA COMO APROBADA**, ya que reúne los requisitos que exige el Artículo 75 del Reglamento de Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
"2019, Año del 75 Aniversario de la Autonomía ICLA-UAEM"

Dra. en Ed. Lucila Cárdenas Becerril
Tutora Académica

M. en E.A.S.E. Yolanda Hernández Ortega
Tutora Adjunta

Dra. en Enf. Silvana Silveira Kempfer
Tutora Adjunta

Paseo Tolloacan s/n esq. Jesús Carranza col.
Moderna de la Cruz, C.P. 50180,
Toluca, Estado de México
Tel. (722) 2706270 / 2702357
teyo@uaemex.mx



Agradecimientos

*El verdadero objetivo de la educación debe ser,
acabar con el miedo y despertar la conciencia*

Samael Aun Weor

A la vida

Por brindarme la energía y tiempo suficiente para concluir un objetivo más de mi vida profesional y por cada una de las experiencias que me han permitido aprender y aprehender el significado de mi vida.

A mi familia

Porque los elegí para acompañarme en el camino de esta vida, y me han dado su tiempo, paciencia, energía y amor infinito a cada minuto y sin condiciones, impulsándome a cumplir mis metas y sueños personales/profesionales, lo cual lo agradezco profundamente

Dra. Lucila Cárdenas Becerril

Agradezco sus enseñanzas que, si bien, comenzaron en la parte académica, encontrando un significado más amplio de lo qué es ser, saber y hacer de la enfermería, y por su acompañamiento e impulso en mi carrera profesional, pero en especial el tiempo y el compromiso de su parte, los cuales trascendieron en la construcción de mis metas y objetivos de vida, considerándola mi maestra de vida. Gracias, Gracias, Gracias.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Introducción | |
| Planteamiento del Problema | 12 |
| Justificación | 20 |
| Objetivos | 26 |
| Supuesto | 27 |
| Metodología | 28 |
| Capítulo I. Pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado de enfermería | 37 |
| A) Desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico | 39 |
| B) Cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico..... | 42 |
| C) Dialéctica entre el pensamiento reflexivo y crítico y el otorgamiento del cuidado de enfermería | 46 |
| Capítulo II. Aprendizaje del Pensamiento Reflexivo y Crítico | 51 |
| A) Estrategias de aprendizaje | 52 |
| B) Autaprendizaje | 58 |
| C) Aprendizaje teórico y experiencial..... | 60 |
| Capítulo III. Enseñanza del Pensamiento Reflexivo y Crítico | 64 |
| A) Estrategias de enseñanza | 65 |
| B) Pedagogía y didáctica | 69 |
| C) Evaluación | 76 |
| Capítulo IV. Aplicación del Pensamiento Reflexivo y Crítico | 79 |
| A) Liderazgo | 80 |
| B) Toma de decisiones | 83 |
| C) Autonomía..... | 85 |

| | |
|--|------------|
| Capítulo V. Plan de intervención: Seminario para el desarrollo y fomento del pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería..... | 89 |
| Análisis, interpretación y discusión de resultados..... | 95 |
| A) Dialéctica del pensamiento reflexivo y crítico | 106 |
| B) Aprendizaje del Pensamiento Reflexivo y Crítico | 131 |
| C) Enseñanza del Pensamiento Reflexivo y Crítico | 143 |
| D) Aplicación del pensamiento reflexivo y crítico | 158 |
| Conclusiones..... | 170 |
| Sugerencias..... | 177 |
| Fuentes de información..... | 181 |
| Anexos..... | 211 |
| Anexos No.1 Cuestionario sociodemográfico..... | 211 |
| Anexo No. 2 Guía de entrevista semiestructurada | 212 |
| Anexo No. 3 Núcleos y Subnúcleos temáticos | 213 |
| Anexo No. 4 Preguntas por Núcleos y Subnúcleos temáticos..... | 214 |
| Anexo No. 5 Consentimiento informado..... | 215 |
| Anexo No. 6 Caracterización de los entrevistados | 216 |
| Anexo No. 7 Matriz de codificación axial (análisis diagnóstico) | 218 |
| Anexo No. 8 Caracterización de los asistentes al seminario | 221 |
| Anexo No. 9 Matriz de codificación axial (evaluación de intervención)..... | 222 |
| Anexo No. 10 Evidencia: Seminario para el desarrollo y fomento del pensamiento reflexivo en el cuidado profesional de enfermería | 224 |

Introducción

El pensamiento reflexivo y crítico ha sido objeto de estudio por diferentes disciplinas y desde diversos enfoques, sin embargo, para enfermería este tipo de pensamiento se ha convertido en un elemento clave e indispensable para el ejercicio profesional de calidad y eficiente en los diferentes entornos, por ello hay varios autores que han dedicado tiempo para estudiarlo e investigarlo desde la formación académica en la educación superior de enfermería; con todo, se debe reconocer que dichas investigaciones suelen dirigirse sólo a una habilidad del pensamiento crítico o juicio clínico o, en su caso, al proceso de reflexión o práctica reflexiva, fenómeno que demuestra que el pensamiento reflexivo y crítico no se ha investigado de manera suficiente y sobre todo la aplicación de éste en el otorgamiento del cuidado de la práctica profesional de enfermería.

Esta investigación contribuye al desarrollo y fomento del pensamiento reflexivo y crítico en la ciencia de enfermería, desde los postulados de la Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE), la cual se encuentra “comprometida con el desarrollo de la investigación en educación en Enfermería, interesados en mejorar la calidad de la educación, el cuidado de enfermería y el avance de la disciplina, para favorecer la innovación y mejorar los modelos educativos que permitan elevar la calidad en la formación de los profesionales de enfermería” (Jiménez-Gómez, *et al.*, 2014: 12), además, desde el 2012 ha estudiado, a nivel de Iberoamérica, el pensamiento reflexivo y crítico en enfermería, determinando un marco de referencia y con ello un estudio a profundidad del desarrollo de este tipo de pensamiento, desde la formación académica y en los tres elementos de la educación: currículos, profesores y estudiantes.

Así, en este estudio se reconoce el posicionamiento y abordaje que la Red, a nivel Iberoamericano, ha realizado alrededor del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería, con el hecho de ya considerar una definición específica para la disciplina de enfermería, conjuntando ambos procesos como la reflexión y la crítica, definiéndolo como: “un proceso de razonamiento complejo sistemático y deliberado,

auto-dirigido y orientado a la acción, cuyo fin primordial es elegir, con base en procesos intelectuales y afectivos, las mejores opciones de respuesta que favorezcan la solución de problemas de Enfermería, en contextos bien definidos y de acuerdo a los postulados éticos de la profesión, que le permiten actuar con racionalidad y autonomía profesional” (RIIEE, 2013: 40).

Tomando en cuenta todos los constructos asignados al pensamiento reflexivo y crítico, así como las atribuciones que se le han otorgado a este pensamiento desde su conceptualización, seguido de la necesidad de desarrollo y fomento del mismo, permitiría modificar las ideas preconcebidas del ejercicio profesional de enfermería, así como la remoción de las actitudes rutinarias frente al otorgamiento del cuidado, permitiendo un impacto de manera positiva en la calidad del cuidado que ejerce enfermería, así como en la visibilidad de la profesión en la sociedad.

Con estos antecedentes, esta investigación se desarrolla en tres etapas: diagnóstico, intervención y evaluación, considerando como característica metodológica destacable la investigación-acción, entendida ésta como una “intervención en la práctica profesional, con la intención de ocasionar una mejora” (Lomax, 1999 citado en Rodríguez, *et al.*, 2011:3). Con esta premisa se dio respuestas a tres interrogantes, las cuales guían cada una de las etapas de la investigación:

En la etapa diagnóstica se dio respuesta al cuestionamiento si el personal de Enfermería del área quirúrgica, ¿Aplica el pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería del ámbito quirúrgico?, mientras que para la intervención se cuestionó sobre si la impartición de un seminario, ¿permitirá que el profesional de enfermería reconozca la importancia del pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería?, por último, en la evaluación, la pregunta guía fue, la fase diagnóstica y la impartición del seminario ¿permitirá valorar las evidencias, testimonios, percepciones y actitudes del personal de enfermería sobre la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico?

Estas tres preguntas dieron respuesta a la problemática estudiada: se presupone que en la práctica diaria de la enfermería quirúrgica, la reflexión y la crítica están de manera implícita y/o invisible en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería, con la identificación de esta problemática, esta investigación encuentra su justificación en relación a las exigencias de diversas instituciones, naciones e internacionales, sobre el desarrollo e integración de habilidades de reflexión y crítica al ejercicio profesional de enfermería.

Entre las aportaciones a destacar en la elaboración de esta investigación, la contribución al cuerpo de conocimientos de enfermería, a través de la investigación y análisis e interpretación sobre la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico; crear un puente entre la formación académica y la práctica, mediante el desarrollo y fomento del pensamiento reflexivo y crítico a través de la implementación de un seminario en áreas clínicas hospitalarias.

El objetivo general de esta investigación fue caracterizar la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional del ámbito quirúrgico, por lo que para lograrlo, el diseño metodológico fue con base en una investigación de carácter cualitativo y un enfoque teórico referente a la teoría crítica-constructivista, con respecto al tiempo se califica como un estudio de tipo transversal. La población de estudio estuvo conformada por 20 profesionales de enfermería, los cuales fueron entrevistados para obtener los resultados de la etapa diagnóstica. Para la etapa de intervención se implementó un seminario para desarrollo y fomento del pensamiento reflexivo y crítico, el cual contó con la asistencia de 10 enfermeras (os), el cual tuvo una duración de cinco días, cinco horas diarias, en que se abordaron temáticas como la conceptualización de este pensamiento, el aprendizaje, la enseñanza y la aplicación de éste en el otorgamiento del cuidado. Además, se elaboró una bitácora de campo, la cual sirvió como registro de la elaboración de esta investigación en sus tres etapas.

Entre los resultados más importantes de este estudio se pueden mencionar, por ejemplo, en la etapa diagnóstica los entrevistados no lograron conceptualizar el

pensamiento reflexivo y crítico de manera conjunta, sin embargo, durante la intervención se dieron a conocer los antecedentes de éste y su concepto, lo que hizo que durante la evaluación los asistentes refirieran reconocer de manera estructurada el concepto único del pensamiento reflexivo y crítico, así como la importancia de su aplicación en el ejercicio profesional de enfermería.

Sobre la enseñanza y el aprendizaje del pensamiento reflexivo y crítico, en la etapa diagnóstica no se identifican estrategias claras y estructuradas sobre el desarrollo de este pensamiento durante la formación académica, a pesar de ello, los entrevistados hacen referencia a estrategias para el aprendizaje y enseñanza de técnicas y procedimientos disciplinares necesarios en el ejercicio profesional de la enfermería quirúrgica; sin embargo, a través de la intervención se impartieron estrategias de enseñanza y aprendizaje para desarrollar, aprender y enseñar sobre el pensamiento reflexivo y crítico, por lo tanto, en la evaluación los asistentes comprendieron la importancia que tiene enseñar y aprender este pensamiento, además reconocieron y asumieron el papel como profesionales de las áreas clínicas asistenciales, como elementos fundamentales en la enseñanza y aplicación de este pensamiento en las nuevas generaciones de profesionales de enfermería, pero sobre todo, se asumieron como modelos, mediante sus acciones y decisiones, para evidenciar la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico.

Finalmente, y no por ello menos importante, producto de esta investigación se establecieron y difundieron tres constructos identificados para el dominio y fomento de este pensamiento, los cuales son: el liderazgo, la toma de decisiones y la autonomía. En la fase diagnóstica, los entrevistados identificaron estos elementos dentro de la práctica de enfermería, aunque, cabe decir, que no alcanzan a elaborar una asociación clara de estos factores de empoderamiento profesional con el pensamiento reflexivo y crítico. Durante el seminario de intervención estos constructos se han planteado como resultado de la aplicación y fomento del pensamiento reflexivo y crítico en cada una de las actividades del profesional de enfermería, como puede ser el otorgamiento de cuidado, la educación, la investigación y la administración; por lo que ellos han referido algunas experiencias

producto de aplicar un pensamiento reflexivo y crítico y la manera de cómo tomaron decisiones, ejercieron su liderazgo y, por ende, consideran ser más autónomos a partir de la responsabilidad de aplicar este pensamiento en el otorgamiento del cuidado.

Con estos resultados se puede concluir, en primer lugar, que aun cuando el tiempo de impartición del seminario fue relativamente corto, durante esa semana se produjeron y documentaron cambios entre los asistentes que participaron, compartiendo con el grupo y los docentes que ahora son capaces de reconocer este tipo de pensamiento en cada una de sus acciones y, sobre todo, según sus argumentos, ahora son aún más conscientes, críticos y reflexivos de los cuidados que ofrecen a los usuarios, de la comunicación entre el equipo multidisciplinario y sobre todo se reconocen y asumen como agentes de cambio en el crecimiento de la profesión de enfermería, así como en el otorgamiento de un cuidado humanizado; la mayoría refirió que ya no podían regresar y seguir ejerciendo su profesión de manera acrítica.

A manera de sugerencia, se debe seguir buscando un acercamiento y vinculación permanente entre la educación y el ejercicio profesional en el área clínica asistencial, principalmente, se deben generar intervenciones de impacto que sirvan para el fortalecimiento de la profesión de enfermería; más aún cuando la RIIIE ha descrito e investigado las diferentes condiciones del pensamiento reflexivo y crítico en el ámbito educativo, entonces, es preciso trascender hacia las áreas asistenciales, donde se requiere de una difusión permanente, no sólo del dominio de habilidades técnico disciplinares, sino desde un fortalecimiento de la epistemología y el reconocimiento de la filosofía del cuidado humanizado.

Planteamiento del Problema

El estudio del pensamiento reflexivo y/o crítico ha adquirido importancia sobre todo a partir de las década de 1980, en el campo de la pedagogía, en diferentes niveles educativos, en donde cada día se reconoce más su trascendencia, sin embargo, el pensamiento crítico ha sido estudiado desde la antigüedad por Platón, Sócrates y Aristóteles, quienes lo conceptualizaron como la habilidad de cuestionar, evaluar, valorar y emitir juicios sobre los hechos (Manolis, 2005 en Wilgins y McConnell, 2008: 119).

El pensamiento crítico, desde la filosofía, trata de explicar la naturaleza, la calidad y actitudes del pensamiento, asimismo, al ser estudiado por la psicología centra su atención en la comprensión del área cognitiva y cómo se desarrollan las habilidades del mismo (Atabaki, *et al.*, 2015:93).

M. Heidegger (1996:24-25) en su obra *Discourse on Thinking*, menciona que el pensamiento crítico comienza con una conciencia del horizonte en lugar de los objetivos de la comprensión ordinaria y va más allá de la distinción de la actividad y pasividad.

En la literatura se describe al pensamiento crítico como “un razonamiento de orden superior que emplea habilidades cognitivas y está dirigido por un componente motivacional en la resolución de problemas” (Da Silva y Rodrigues, 2011: 176). En esta búsqueda de un significado, es importante reconocer que, sobre el pensamiento crítico, los conceptos difieren unos de otros. En este sentido, Vaeck (2009:46), explica que “el pensamiento crítico es un concepto complejo, porque dentro del mismo incluye actividades, habilidades y procesos mentales complicados, que no son fáciles de describir o medir”, sin embargo, entre quienes han definido al pensamiento crítico, es posible identificar que le han asignado ciertos atributos a este tipo de pensamiento, siendo éstos: una base de conocimientos previos, motivación, operaciones cognitivas, razonamientos, análisis de argumentos, toma de decisiones y solución de problemas (Helpern, 1998, Facione 2010, Ku, 2009 en Dias, *et al.*, 2017: 27).

Por su parte, Elder (2002:3) refiere que el pensamiento crítico es una “herramienta que utiliza las habilidades y capacidades intelectuales”, tales como la capacidad de reunir información precisa, llegar a conclusiones bien razonadas y lógicas, la habilidad de formular propósitos claros y justificables.

En el área de enfermería, según Fuller (2012: 20-22), el pensamiento crítico permite crear una conexión entre las necesidades de la persona, las prioridades y la solución eficaz de problemas, toda vez que pensar de manera crítica es analizar y comparar las experiencias y el conocimiento para resolver problemas, “incluso cuando nunca antes la enfermera se ha enfrentado a un problema similar”.

Cabe afirmar que, aunque varios estudiosos de este objeto de estudio se enfocan mayormente al pensamiento crítico, en esta investigación también se estudia el pensamiento reflexivo, siendo éste un aspecto importante del aprendizaje, que implica una secuencia compleja de ideas, algunos autores lo definen como la “consideración activa, persistente y cuidadosa de cualquier creencia o supuesta forma de conocimiento a la luz de los fundamentos que la sustentan” (Dewey, 1910:6 en Tsingos, *et al.*, 2015: 233). De esta manera, se asume que un pensamiento reflexivo permite desarrollar inferencias para la toma de decisiones críticas y formar parte del ciclo reflexión-crítica-reflexión.

Para Willing la reflexión es el análisis de nuestros propios valores, experiencias, intereses y creencias, objetivos más amplios en la vida (Rix, *et al.*, 2014: s/p). Se infiere que se trata de una búsqueda de los fundamentos epistemológicos para la creación y el aporte de nuevos conocimientos.

Por su parte Bouldin (2017:2) argumenta que la reflexión requiere del pensamiento crítico, demandando una actividad mental de un nivel más elevado, en este sentido, se puede ver la estrecha relación entre la reflexión y la crítica, es decir, se reflexiona y se critica, o se critica una vez que se ha reflexionado, si esto es así, se puede establecer el consenso y la noción del pensamiento reflexivo y crítico, como “un proceso sistemático, deliberado, autodirigido y orientado a la acción, cuyo fin primordial es elegir, con base en procesos intelectuales y afectivos (cognitivos,

experienciales e intuitivos), las mejores opciones de respuestas que favorezcan la solución de problemas de Enfermería, en contextos bien definidos y de acuerdo con los postulados éticos de la profesión, que le permitan actuar con la racionalidad y autonomía profesional” (RIIEE, 2013: 20, en Cárdenas, *et al.*, 2014:150). Esta noción sobre el pensamiento reflexivo y crítico fue propuesta por la Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE), después de la construcción del Estado del Arte y tras la investigación documental sobre estas formas de pensamiento y su mejora en la formación y el ejercicio profesional de enfermería.

Este referente teórico será el que guíe la presente investigación, sobre todo, teniendo en cuenta que los estudios referidos a los componentes actitudinales del aprendizaje y enseñanza han recibido más atención, sumado a las atribuciones que le ha asignado cada autor, lo que permite aseverar que la reflexión y la crítica son necesarias en cualquier profesional y sobre todo en los profesionales de la salud, quienes requieren de las habilidades y capacidades atribuidas a estas formas de pensamiento, toda vez que en su práctica laboral y de manera cotidiana se enfrentan a escenarios críticos, donde la capacidad de análisis y la toma de decisiones son cruciales. Algunos refieren que la cantidad de empleadores que buscan profesionales con dominio de habilidades de pensamiento crítico ha aumentado en más del 158% en los últimos tres años (Rodríguez, 2018: s/p).

El aumento en la demanda de esta forma de pensamiento también muestra lo importante que es la enseñanza de las prácticas reflexivas y críticas que se han utilizado en la formación universitaria de médicos, enfermeras, fisioterapeutas, etcétera (Bouldin, 2017: 3), como una manera de cerrar las brechas entre la teoría y la práctica, donde la supervisión clínica, vista como una práctica de acompañamiento pedagógico, proporciona y orienta desde una postura reflexiva el análisis y discusión de la actuación de los estudiantes dentro del contexto real, dando como resultado un aprendizaje crítico.

Con base en lo señalado, el estudio del pensamiento reflexivo y/o crítico, como fenómeno en los procesos educativos, se ha determinado como uno de los

objetivos primarios en la educación universitaria (Yuretich y Kanner, 2015: 150-152), posicionando la experiencia práctica en las profesiones pertenecientes al área de la salud, así como las experiencias y el acercamiento a escenarios reales desde los años de formación académica dentro de las universidades.

Aunque algunos autores como Elder, Paul, Cárdenas, entre otros, concuerdan que la formación, el fomento y el desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico en los estudiantes deben llevarse a cabo a partir de una metodología explícita, Bissell y Lemons (2006: 66), en su artículo sobre un nuevo método para fomentar el pensamiento crítico en el aula, identificaron que los profesores asumen que este tipo de pensamiento no se puede evaluar o no tiene ningún método para hacerlo.

Además de que algunos de los profesores desconocen aún cómo sistematizar este tipo de pensamiento dentro de la enseñanza. Lo que significa una primera debilidad sobre el aprendizaje y la enseñanza de este pensamiento y la instrumentación del mismo desde la educación, en este mismo escenario se puede sumar la aseveración de Carrasco (2007:1), al advertir que la enseñanza universitaria se encuentra descontextualizada de la realidad.

Este entorno presupone que el tránsito hacia la vida profesional de los estudiantes se vuelve más sinuoso y difícil, en la medida en que existe una descontextualización y una pobre enseñanza en el desarrollo de competencias como la reflexión y la crítica, lo que hace más complicado el proceso de transferir la teoría aprendida dentro de las aulas a la práctica profesional, desafortunadamente, a muchos estudiantes no les es posible aplicar este conocimiento de manera exitosa, según Brackett y Reuning (1999: 273) y Smith, (*et al.*, 2010: 106). Este fenómeno fue evidenciado por el Observatorio Navarro de Empleo (2012: 96) y su estudio: *Competencias de Profesionales para el Siglo XXI*, donde después de encuestar a alumnos graduados de diferentes instituciones de educación superior, de manera explícita calificaron sus estudios como muy difíciles, además de expresar que no eran suficientes, limitando así su actuación y desempeño en el campo laboral.

Innegablemente, existen deficiencias en la enseñanza, que conducen a una vida profesional con insuficientes competencias profesionales, como la reflexión y la crítica, lo que se refleja en la vida profesional. En particular, la profesión de enfermería se enfrenta a un contexto aún mayor de exigencias, toda vez que debe cuidar de la salud de los individuos, familias y comunidades en cualquier nivel de atención y entorno social.

Es un hecho que el desarrollo y fomento del pensamiento reflexivo y crítico en el ámbito profesional de enfermería, y en específico de la enfermería quirúrgica, es una necesidad que esta investigación toma como problemática a resolver, en sentido que este tipo de pensamiento, aún en estos días, no guía la práctica profesional de enfermería; hecho que también fue documentado en un estudio americano, donde los investigadores identificaron que el 75% de los profesionales de enfermería entrevistados afirmaron tener una práctica basada principalmente en la experiencia personal de enfermería, y no basada en la literatura o en investigaciones sobre enfermería (Yolder, *et al.*, 2014: 35). Fenómeno que, según Martínez-Vázquez (2014:3), es causado porque las enfermeras que laboran en el campo clínico presentan dificultades para acceder a la actualización del conocimiento.

Estas afirmaciones describen un escenario poco alentador, posicionando al desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico como una problemática que tiene que ser solucionada. En este sentido, Profetto (2005: 64) ha documentado las diferencias entre la atención prestada por los profesionales de enfermería que desarrollan un pensamiento crítico y los que no, evidenciando que la capacidad en la toma de decisiones es la debilidad más grande que tienen aquellos profesionales que no lo aplican.

En esta búsqueda de referencias teóricas y empíricas, fue posible identificar como sinónimo del pensamiento crítico el juicio clínico, en un ámbito de práctica clínica de enfermería, a pesar de ello, las investigaciones encontradas tienen una clara tendencia hacia el diagnóstico (Ceolin, *et al.*, 2017: 159), donde la mayoría

concuenda sobre la importancia de este pensamiento desde el entorno académico universitario.

Bajo estas consideraciones y antecedentes, esta investigación identifica como problemática el desconocimiento de elementos, explícitos e implícitos, que emplea el personal de Enfermería en el ámbito quirúrgico, cristalizados en objetivos, metas, actitudes, funciones y actividades en beneficio de la salud y bienestar de los usuarios, así como el posicionamiento del cuidado profesional.

Esta problemática debe ser dilucidada de manera metódica, partiendo de la necesidad de desarrollar un pensamiento reflexivo en los entornos laborales de enfermería, en específico en el área quirúrgica, la cual mayormente se ve evidenciada por acciones y técnicas que podrían justificarse, como en otros escenarios, al reconocer que la enfermería quirúrgica surgió como una necesidad de asistencia, frente al creciente desarrollo de la cirugía como un procedimiento terapéutico, donde el médico requería de personal capacitado que le ayudase durante el acto quirúrgico. En este sentido, es común encontrar en la literatura como definición de enfermera instrumentista y/o circulante: profesional capacitado que “asiste” al médico y al paciente.

Con ello, subyace la idea de ponderar habilidades técnicas sobre las de razonamiento y metacognición, reconociendo que en sus inicios las habilidades procedimentales y manuales de enfermería fueron sobrevaloradas para ejercer dentro del equipo de salud, y sobre todo en un momento clave y de alto riesgo como lo es la cirugía; donde solamente el trabajo en equipo profesional, inter y multidisciplinario, favorecerá el éxito en el restablecimiento de la salud del usuario, a partir de los saberes y haceres de cada integrante.

Así que es necesario tener claridad que, dentro del equipo interdisciplinario en el área quirúrgica, la enfermera instrumentista es quien prepara el equipo estéril para su uso durante la cirugía, entregando instrumentos, anticipando pasos durante el procedimiento, procurando el cuidado del paciente de manera *indirecta*, mientras la

enfermera circulante es quien cuida y atiende las necesidades del paciente durante y después de la cirugía de manera inmediata y directa (Fuller, 2012: 10,18).

Ambos roles exigen el dominio de competencias cognitivas, actitudinales e instrumentales que faciliten al profesional de enfermería brindar un cuidado, entendido éste como un “acto de vida de infinitas actividades dirigidas a mantener y conservar la vida” (García, *et al.*, 2011:79).

De esta manera, y como se expuso en párrafos anteriores, es evidente que las funciones y acciones de enfermería en cualquier contexto deben basarse en un pensamiento reflexivo y crítico, pero en el ámbito quirúrgico pareciera que el personal de enfermería tiene una clara inclinación instrumental y técnica, lo que marca el punto principal de la problemática que aborda esta investigación, toda vez que las evidencias frente a la aplicación de este tipo de pensamiento en el cuidado son limitadas y, por lo tanto, se presupone que en la práctica diaria de la enfermería quirúrgica la reflexión y la crítica están de manera implícita y/o invisible en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería.

Cabe hacer una pausa para compartir el punto paradigmático de partida de este estudio: en la actualidad no es suficiente identificar un problema de investigación, buscar, seleccionar y enumerar las causas y dejar que *otro(a)* lleve a cabo algún tipo de intervención. Quien esto escribe, tiene el compromiso social y profesional de, además de elaborar un diagnóstico, llevar a cabo algunos acercamientos al objeto de estudio para, desde las posibilidades educativas y del cuidado de la vida, de la salud y del sí mismo (autocuidado), se incursione en acciones que favorezcan la transformación positiva de la sociedad, mediante el acompañamiento profesional de personas, profesiones e instituciones laborales, por señalar algunas.

Desde este marco ético filosófico, el estudio pretende abordar la problemática antes descrita en el personal de enfermería que labora en el ámbito quirúrgico, donde aún no se han encontrado evidencias documentadas sobre la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico de las enfermeras(os) que ahí laboran, tanto en el

otorgamiento del cuidado, como en funciones de educación, investigación, administración y gestión.

Son tres las preguntas detonantes que permitirán analizar las etapas de investigación: Diagnóstico, intervención y evaluación. Los procedimientos se encuentran referidos y especificados en el apartado de metodología.

Las preguntas son las siguientes:

- 1) El personal de Enfermería del área quirúrgica, ¿Aplica el pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería del ámbito quirúrgico?
- 2) La impartición de un seminario ¿permitirá que el profesional de enfermería reconozca la importancia del pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería?
- 3) La fase diagnóstica y la impartición del seminario, ¿posibilitarán valorar las evidencias, testimonios, percepciones y actitudes del personal de enfermería sobre la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico?

Justificación

Los estudios sobre el pensamiento reflexivo y crítico en enfermería han tenido un auge en los últimos años, siendo estudiado principalmente desde enfoques académicos, específicamente, a partir de 2012 la Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE), ha posicionado el estudio de este tipo de pensamiento a través de un estudio multicéntrico titulado: “Desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico en los estudiantes de enfermería: situación de Iberoamérica”, en dicha investigación participan cinco regiones (México y el Caribe, América Central, Andina, Brasil, Cono Sur y Europa), a partir de este estudio, se ha generado y difundido la noción de concepto sobre el pensamiento reflexivo y crítico, así como un diagnóstico alrededor del desarrollo y fomento de este pensamiento desde la parte curricular de las diferentes universidades, las estrategias de enseñanza de los docentes y las estrategias de aprendizaje de estudiantes; cabe mencionar que esta última parte aún está en proceso de investigación.

De esta manera, la RIIEE ha construido el estado del arte como el primer acercamiento de este pensamiento en enfermería, hecho que la califica como la primera organización colegiada que es pionera en el estudio y conceptualización del pensamiento reflexivo y crítico, aun cuando este tipo de pensamiento ya había sido estudiado desde otras áreas como la psicología, pedagogía o filosofía, enfoques teóricos y por varios “autores quienes han investigado y escrito al respecto, sin que necesariamente, y bajo la hermenéutica, se establezcan algunos acuerdos o caminos lineales a seguir” (Cárdenas *et al*, 2014b: 149), por lo tanto, esta Red estableció una *noción de concepto*, siendo el punto de partida de este pensamiento para los profesionales de enfermería. También, se le atribuye ponderar una relación dialéctica entre la reflexión y la crítica, es decir, argumenta y establece que el pensamiento reflexivo y crítico es “un proceso de razonamiento complejo, sistemático y deliberado, autodirigido y orientado a la acción, cuyo fin primordial es elegir, con base en procesos intelectuales y afectivos (cognitivos, experienciales e intuitivos), las mejores opciones de respuesta que favorezcan la solución de problemas de enfermería, en

contextos bien definidos y de acuerdo con los puntos éticos de la profesión” (RIIEE, 2013:20).

A partir del estado del arte se han realizado otros estudios que permitieron conocer las condiciones alrededor del pensamiento reflexivo y crítico, por ejemplo, desde la investigación documental de los currículos de las diferentes universidades de México e Iberoamérica, se evidenció la inclinación por una formación técnica-instrumental, así como un claro interés explícito por desarrollar este pensamiento, por su parte, la investigación cualitativa en la búsqueda de las estrategias de enseñanza de los profesores, las cuales fueron documentadas, reconociendo que dichas estrategias desarrollan este pensamiento de manera implícita, así mismo los profesores demandan conocer este pensamiento y desarrollarlo para mejorar la didáctica y pedagogía que permitan un desarrollo y fomento de este pensamiento en los estudiantes de enfermería como futuros profesionales; por su parte, la investigación sobre las estrategias de los estudiantes de enfermería para desarrollar el pensamiento reflexivo y crítico aún está en desarrollo (RIIEE, 2019).

La prospectiva de la RIIEE es elaborar y ejecutar un plan de intervenciones que permitan modificar las debilidades alrededor del pensamiento reflexivo y crítico, que fueron identificadas a partir del diagnóstico elaborado. Las evidencias obtenidas del estudio del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería, coinciden al referir que la reflexión y la crítica, “son una herramienta de aprendizaje que debe ser incorporada a la formación de profesionales” (Cárdenas, 2014: 150).

En este sentido, otras instituciones como la Comisión de Acreditación de la Liga Nacional de Enfermería (CLANE), la Asociación Americana de Colegios de Enfermería (AACE), la Asociación Latinoamérica de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) y la UNESCO, por mencionar algunas, reconocen la necesidad de fomentar y desarrollar el pensamiento reflexivo y crítico como una competencia necesaria para los profesionales de enfermería, así mismo, Abrim, *et al.*, y Passos refieren que dicho pensamiento determina una ventaja competitiva en la

economía global que se basa en el conocimiento (Abrim, *et al.*, 2008: 112; Pasoss, *et al.*, 2015: 45)

Una vez que se ha demostrado que este pensamiento es considerado una necesidad para cualquier profesional, en específico en enfermería, Cerullo y Cruz (2010:6), han identificado, a través de una revisión sistemática sobre racionamiento clínico y pensamiento crítico, “un vacío en el conocimiento de este tipo de pensamiento y refiere la necesidad de comprobar estrategias y realizar nuevas investigaciones sobre este tipo de pensamiento”.

Esta razón determina la importancia de seguir realizando investigaciones alrededor del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería, toda vez que “se considera fundamental para el desarrollo científico de la profesión de enfermería”. También se ha identificado que existe una carencia importante de estudios empíricos en la literatura sobre el proceso reflexivo y crítico que lleva a cabo enfermería en su praxis (Cárdenas, *et al.*, 2014b: 128-129).

La importancia que se le atribuye a este pensamiento en enfermería parte de considerar que “el pensamiento reflexivo es propio del quehacer profesional de enfermería, conduce a la interpretación y a la crítica de la teoría y la práctica; es ahí donde nos cuestionamos, sobre las actividades propias e independientes” (Díaz, 2001: 40).

La práctica profesional de enfermería actualmente demanda dominio de diferentes competencias, tanto técnicas, manuales, tecnológicas, cognitivas, otológicas y éticas; con la combinación de estas características, los profesionales de enfermería pueden responder de manera eficiente, oportuna, asertiva y humanística a las demandas del cuidado de la vida, al mantenimiento y/o restablecimiento de la salud de una persona, lo cual no es tarea fácil, toda vez que existe un alto nivel de complejidad en los procesos de vida-salud, salud-enfermedad y vida-muerte (Cárdenas, *et al.* 2015: 36).

Partiendo de que el cuidado es el objetivo de la práctica profesional de enfermería, el cual se puede definir como una actividad que requiere de un valor personal y profesional, encaminado a la conservación, restablecimiento de la salud y de la vida (Guerrero-Ramírez, *et al.*, 2016:134), Marriner-Tomey refiere que cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida (Juárez-Rodríguez y García-Campos, 2009: 109).

Estas definiciones ejemplifican el compromiso ante el cuidado, por lo que a los profesionales de enfermería se les exigen ciertas características, como práctica profesional competente y responsable, potenciación de la capacidad de decisión y autocontrol sobre el trabajo, toma de conciencia y compromiso con el cambio, proyección positiva de autoimagen, en conjunto dichas características permiten un ejercicio profesional del cuidado de enfermería (Juárez-Rodríguez y García-Campos, 2009: 115), sin embargo, dentro de estas características referidas en el estudio de García sobre los beneficios derivados de la evaluación de calidad de enfermería en la IV Reunión Nacional de Enfermería, no se reconoce el capacidad de ejercer un pensamiento reflexivo y crítico.

Así como tampoco la reconoce el artículo sobre la importancia del cuidado, refiere que las oportunidades de las enfermeras (os) para obtener una educación superior y comprometerse a un análisis de alto nivel de problemas y preocupaciones en su formación y práctica del cuidado, han permitido a enfermería combinar su orientación humanística con la importancia de esta ciencia, sin olvidar que la calidad del cuidado de enfermería siempre es el resultado del esfuerzo y la inteligencia (Juárez-Rodríguez y García-Campos, 2009: 115), dicha aseveración atribuye solamente a un cúmulo de conocimientos y un acceso a capacitación o educación continua, para poder brindar un cuidado de calidad, sin el reconocimiento explícito del dominio y desarrollo de un pensamiento reflexivo y crítico de enfermería.

Estas dos posturas, son evidencias de la falta de reconocimiento que se tiene sobre el pensamiento reflexivo y crítico, sumado a un contexto de ejercicio

profesional, donde es común que los profesionales de enfermería en áreas clínicas y asistenciales ejecuten intervenciones medicalizadas que cumplimentan el tratamiento médico, generalmente.

En este sentido, García *et al* refiere que la práctica del cuidado profesional de enfermería a través de la entrevista de 10 enfermeras, “considera que cuidar es realizar procedimientos aislados en los enfermos y no vislumbran los actos de cuidado para restablecer y mantener en equilibrio la vida” (García, *et al.*, 2009:296).

Por su parte, Jiménez y Villegas (2001: 28-35), en un artículo titulado “Importancia de la enfermería moderna en la atención integral de los pacientes quirúrgicos” refiere que el profesional de esta área debe poseer conocimientos de anatomía, fisiología, patología, biomedicina, anestesia, procesos de esterilización, lo que demanda una formación académica especializada y capacitación continua, refiere un otorgamiento del cuidado de enfermería con base en las necesidades de Virginia Henderson, sin embargo, el listado de cuidados e intervenciones no trasciende de la parte biologicista, de esta manera se reduce la práctica de la enfermería quirúrgica al hacer y el saber, además, no se describe de manera epistemológica la importancia de la enfermería en el área quirúrgica y reconoce la falta de fundamentación de la enfermería quirúrgica desde el cuidado.

En este escenario, el desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico, adquiere importancia y relevancia mostrando la necesidad de ser abordado por los profesionales de enfermería que se desempeñan en áreas clínicas, principalmente, por lo tanto, se requiere la elaboración de investigaciones en la formación de los enfermeros y es, también, muy importante observar los resultados provenientes y sobre todo evaluar las transformaciones en los procesos cognitivos y las propuestas de cambios de las prácticas asistenciales (Cerullo y Cruz, 2010: 6).

Esta aseveración es una razón para que esta investigación-acción profundice en el estudio sobre el pensamiento reflexivo y crítico, además, proponer como innovación un seminario sobre el desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería, que permite valorar los resultados de esta intervención en el ámbito

clínico, para el conocimiento, desarrollo y fomento de este tipo de pensamiento en la práctica de enfermería, toda vez que, según la investigación de Zurigel, *et al.* sobre la evaluación del pensamiento crítico en enfermería: construcción de un cuestionario basado en el modelo circular de Alfaro-LeFevre ha postulado implementar mejores prácticas que apoyen y promuevan el pensamiento crítico y de ser efectivas deberían implementarse en diferentes ámbitos asistenciales de enfermería, además debe considerarse que el pensamiento reflexivo y crítico puede ser aprendido y perfeccionado con la práctica, siendo una habilidad que se obtiene mediante el aprendizaje específico del mismo, siendo un ingrediente clave tanto en la formación básica como en la educación continua del profesional de enfermería (Zurigel, *et al.*, 2016: 156-157).

Con base en lo anterior, puede afirmarse que se requiere de una transformación en la práctica de enfermería, que permita la objetividad en la calidad de la atención de los usuarios, la familia y la sociedad, además de lograr un mayor estatus profesional en Enfermería, así como favorecer el desarrollo del ejercicio profesional las enfermeras(os), que nunca deben dejar de aprender, dándoles oportunidad de recibir una educación permanente o para la vida, de acuerdo a los postulados de la UNESCO.

Objetivos

Objetivo General

Caracterizar la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería del ámbito quirúrgico.

Objetivos Específicos

1. Describir la enseñanza, aprendizaje y aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico.
2. Impartir un seminario para el reconocimiento, desarrollo y fomento de un pensamiento reflexivo y crítico aplicado a la práctica laboral en el ámbito quirúrgico.
3. Valorar las evidencias, testimonios, percepciones y actitudes del profesional de enfermería sobre la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado de enfermería en el ámbito quirúrgico.

Supuesto

La aplicación del pensamiento reflexivo y crítico del personal de Enfermería en el área quirúrgica contribuye al otorgamiento de un cuidado profesional de mejor calidad, facilitando la toma de decisiones, el liderazgo y la autonomía.

Metodología

Esta investigación abordó como objeto de estudio la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico, de esta manera, se desarrollará como un estudio de intervención-acción, considerando que parte de un diagnóstico, planifica y aplica una intervención y concluye en una evaluación que valorará las evidencias, testimonios, percepciones y actitudes del profesional de enfermería alrededor de la aplicación de este tipo de pensamiento, además, de acuerdo al tiempo se clasifica en una investigación de tipo transversal.

Este proyecto toma de referencia lo establecido por la Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE), alrededor del pensamiento reflexivo y crítico descrito en la investigación multicéntrica titulada “Desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico en los estudiantes de enfermería: situación de Iberoamérica”. Se encuentra inserto en la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento (LGAC) *Cuidado profesional de enfermería y el paradigma social de la educación en salud*, del Cuerpo Académico *Cuidado Profesional de Enfermería*, que pertenece a la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM.

El abordaje metodológico fue de tipo cualitativo, precisando la caracterización de la relación dialéctica entre el pensamiento reflexivo y crítico y el cuidado de enfermería, en el entendido que los estudios cualitativos, según Krause (1995:20), “conllevan una tendencia hacia la dilución de los límites entre las diferentes disciplinas científicas sobre todo sociales, además de mostrar un enfoque holístico sobre el objeto de estudio”, de esta manera este abordaje metodológico permite describir las características alrededor de la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico.

Esta metodología cualitativa, en combinación con el foque teórico de la teoría crítica-constructivista, tiene el propósito de generar acciones que trasformen el entorno o el objeto de estudio, además de romper con el esquema de las

interpretaciones convencionales (Gamba, 2011: 48) que se tienen alrededor del cuidado de enfermería en el ámbito quirúrgico.

El universo de estudio fueron las enfermeras(os) que laboran en el área quirúrgica en hospitales de segundo y/o tercer nivel de atención a la salud, públicos o privados. La población de estudio estuvo conformada por 20 enfermeras (os) elegidos a conveniencia del investigador, a través de los siguientes criterios:

Los *criterios de inclusión* aplicados para el personal de enfermería fueron: que se encontrarán adscritos al área quirúrgica de un hospital de segundo o tercer nivel de atención, con una experiencia en el área quirúrgica igual o mayor a dos años, se considera al personal de los diferentes turnos (matutino, vespertino, nocturno y especial), con grado académico igual o superior a licenciatura y que aceptaran de manera voluntaria participar en el estudio.

Los *criterios de exclusión* fueron: el personal de enfermería que no estuviera adscrito al área quirúrgica, que posean grado académico igual a nivel técnico, que tengan una experiencia en el área de quirófano inferior a un año, así como aquellos profesionales que no desearon participar en esta investigación.

Los *criterios de eliminación* se encuentran referidos al personal de enfermería que rechazó en dos o más ocasiones la realización de la entrevista.

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y como instrumentos se aplicó un cuestionario sociodemográfico que recopiló información como edad, género, experiencia laboral, institución donde labora, experiencia formal en docencia (anexo No.1), así como una guía de entrevista semiestructurada a profundidad de 13 preguntas (anexo No. 2), construida bajo los núcleos: aprendizaje, enseñanza y aplicación del pensamiento reflexivo y crítico; y los subnúcleos: estrategias de aprendizaje, autoaprendizaje, aprendizaje teórico y experiencial, estrategias de enseñanza, pedagogía y didáctica, evaluación, liderazgo, autonomía, toma de decisiones (anexos Nos. 3 y 4). Se llevó a cabo el análisis de resultados, a través del análisis de contenido, el cual se complementó con el empleo de un diario o bitácora

de campo, que permitió consignar vivencias, experiencias y visiones del objeto de estudio.

La investigación se desarrolló en tres etapas de la investigación: diagnóstico, intervención y evaluación. Cada etapa estuvo integrada por la fase de la metodología correspondiente: teórica, empírica y analítica, toda vez que se considera como una investigación-acción, entendida ésta como una “intervención en la práctica profesional, con la intención de generar una mejora” (Latorre, 2005: 23).

A continuación se describen las etapas de la investigación, así como sus respectivas fases. Es importante especificar que la fase teórica se desarrolla de manera transversal durante la construcción de este proyecto, por tal razón a continuación se inicia con la descripción de esta fase.

Fase Teórica

En esta fase se realizó la búsqueda de información que integró el marco de referencia, se delimitó la población de estudio y los criterios de inclusión y exclusión, también se describieron los instrumentos de recolección de datos.

Se realizó una búsqueda en diferentes fuentes de información bibliográficas, hemerográficas y mesográficas, de las que destacan, Dialnet, REMERI, Redalyc, Scielo, PubMed, Bookshelft como bases de datos y revistas como: Revista Latinoamericana de Enfermagem, Investigación y Educación en Enfermería, Aquichan, Texto y Contexto Enfermagem, Teaching and Learning in Nursing, Nursing Today, Journal of Nursing Education por mencionar algunas, además se crearon alertas y notificaciones en motores de búsqueda como Google académico y Researcher App, los cuales sirvieron como plataformas de identificación automática de artículos relacionados con el tema de investigación; tanto la búsqueda manual y automática, estuvo dirigida por los descriptores: pensamiento, pensamiento crítico, pensamiento reflexivo, razonamiento clínico, juicio crítico y cuidado, cuidado humanizado, práctica de enfermería, enfermería quirúrgica, autonomía en enfermería, resolución de problemas, toma de decisiones y liderazgo en enfermería,

además de considerar las variantes de estas mismas palabras en el idioma inglés y portugués.

Cada documento fue analizado desde la lectura crítica, siendo elementos clave para la construcción del marco de referencia, estableciendo de esta manera las bases teóricas para el desarrollo del diagnóstico, la intervención y la evaluación de esta investigación-acción.

Diagnóstico

Esta etapa de la investigación estuvo dirigida a contestar la siguiente pregunta: El personal de Enfermería, ¿Aplica el pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico?, y bajo el objetivo: Describir la enseñanza, aprendizaje y aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico. A continuación se describe cómo se desarrollaron las fases empírica y analítica.

En la fase empírica, al personal de enfermería que cumplió con los criterios de inclusión, la investigadora los contactó por teléfono para acordar el horario y la disponibilidad del horario de citas de entrevista; en una primera cita se presentaron los objetivos del estudio, se firmó el consentimiento informado, garantizando la participación voluntaria y la protección de datos de este proyecto de investigación (anexo No. 5), así como la aplicación del cuestionario sociodemográfico. En una segunda cita se realizó la entrevista semiestructurada a profundidad, cuya finalidad consiste en crear condiciones para que las personas entrevistadas expresen de manera amplia, un conjunto de valoraciones, relatos y significaciones en relación a sus experiencias (Díaz-Barriga, 1991: 164), alrededor del pensamiento reflexivo y crítico, la cual se desarrolló en una o dos sesiones, según la atención, tiempo y disposición del entrevistado, la duración de las entrevistas fue en promedio de 120 a 180 minutos.

Las entrevistas se aplicaron en un ambiente tranquilo, que favoreció la condición de atención y objetividad para la respuesta a cada una de las preguntas,

así como la garantía de la confidencialidad de cada uno de los testimonios. Las entrevistas fueron recopiladas y resguardadas en audio de forma digital, para una posterior transcripción.

Sumado a ello, se elaboró una bitácora de campo, donde se redactaron y describieron las actitudes, reacciones, comentarios, así como la contextualización de la aplicación de cada una de las entrevistas.

Para la *fase analítica*, en primera instancia se realizó una lista sobre la caracterización de los entrevistados, donde se asignaron números consecutivos a las entrevistas y a los datos recopilados del cuestionario sociodemográfico (edad, género, formación académica, institución laboral, turno, adscripción de servicio en el hospital, años de experiencia y experiencia en docencia) (anexo No.6).

Para el análisis de las entrevistas se recurrió al análisis de contenido. Primero se transcribieron cada una de las entrevistas de manera literal, comenzando con una primera lectura, se verificó la transcripción y la limpieza de la redacción, eliminando muletillas e información fuera del objetivo de estudio de esta investigación, de este proceso se obtuvieron en promedio de 20 a 25 cuartillas por transcripción de entrevista, en total se analizaron 440 cuartillas producto de la transcripción de 20 entrevistas.

En una segunda lectura se realizó un microanálisis de línea por línea, dando una redacción y ortografía con los signos de puntuación correctos, preparando de esta manera la información para una codificación. El procedimiento de codificación utilizado en esta investigación fue la *codificación axial* propuesta por Strauss y Corbin, (2002: 134), “la cual consiste en agrupación y relación de los testimonios recopilados, de acuerdo a los núcleos de análisis y subnúcleos preestablecidos” para esa investigación; dicha agrupación de testimonios se efectuó mediante la elaboración y diseño de una matriz, este esquema facilita la clasificación y codificación de los testimonios, ya que se subraya la información más importante de cada testimonio y se buscan patrones repetidos e interacciones dentro de los discursos de los entrevistados mediante claves de colores, asignando un color

distintos por núcleo (aprendizaje, enseñanza y aplicación del pensamiento reflexivo y crítico) y subnúcleo (estrategias de aprendizaje, autoaprendizaje, aprendizaje teórico y experiencial, estrategias de enseñanza, pedagogía y didáctica, evaluación, liderazgo, autonomía, toma de decisiones) y la generación de nuevas categorías, dicho proceso esquemático de codificación también permitió identificar dentro de los argumentos lo más representativo de cada uno y en conjunto seleccionar los más importantes, sin olvidar identificar las *dimensiones de las condiciones*, tales como: causales, intervinientes y contextuales, procedentes de la redacción de la bitácora, consolidando la identificación del origen sobre la problemática abordada en esta investigación (anexo No. 7, este sólo representa un ejemplo de cómo se realizó el ejercicio esquemático de la matriz axial).

El proceso de codificación, además de agrupar los testimonios en los núcleos y subnúcleos más representativos, da paso al proceso de interpretación, evitando la distorsión del significado original y permitiendo una discusión a partir del marco de referencia construido.

Intervención

En esta etapa de la investigación se dio respuesta a la siguiente interrogante ¿La impartición de un seminario permitirá que el profesional de enfermería reconozca la importancia del pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería? En esta etapa solamente se desarrolló la fase empírica, puesto que la intervención únicamente contempló la instrumentación del seminario para el desarrollo y fomento del pensamiento reflexivo y crítico.

La fase empírica inicia con la planeación e implementación del seminario, la cual estuvo compuesta por cinco temáticas, que en conjunto tuvieron el objetivo de sensibilización, concientización, así como el desarrollo y fomento de conocimiento, habilidades y actitudes para la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico.

Las temáticas que se desarrolladas fueron las siguientes:

1. Pensamiento reflexivo y crítico e importancia en enfermería.
2. Cuidado de enfermería en el ámbito quirúrgico.
3. Liderazgo, autonomía y toma de decisiones.
4. Enseñanza y aprendizaje del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería.
5. Aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado.

Para la planeación se contó con la colaboración y aprobación de las coordinadoras de la Red Iberoamérica de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE), región México y profesoras de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. El programa del seminario fue presentado y aceptado por la jefa de enseñanza del Centro Oncológico Estatal (COE) del Instituto de Seguridad Social de Estado de México y Municipios (ISSEMyM), con un valor curricular de 25 horas curriculares, avalado por la RIIEE y la FEyO.

Con las previas aprobaciones, el seminario se llevó a cabo en la semana del 11 al 15 de Febrero de 2019, en un horario de 9:00 a 13:00 hrs., tiempo en el que se desarrollaron las temáticas antes descritas. En este punto es prudente mencionar que se solicitó la participación de los profesionales de enfermería que accedieron a participar en la entrevistas en la fase diagnóstica, sin embargo, sólo asistió una persona, el resto nunca contestaron la invitación y para otras el tiempo de gestión fue insuficiente, por lo tanto, a este seminario asistieron 8 profesionales de enfermería convocados por el área de supervisión y jefatura de enfermería del COE- ISSEMyM, y dos profesionales externos a este Instituto. Se realizó la caracterización de los asistentes al seminario (anexo No. 8), donde se recopilaron datos como: edad, género, formación académica, instituto donde laboran y servicio de asistencia clínica al que se encuentran adscritos.

El hecho de considerar a profesionales de enfermería que no participaron en la etapa diagnóstica se justifica en el reconocimiento que este tipo de pensamiento debe aplicarse en cualquier área, no sólo en quirófano, por ello, quien investiga considera prudente impartir este curso a los profesionales de enfermería de las diferentes áreas hospitalarias.

Las temáticas fueron impartidas por investigadoras e integrantes de la RIIIEE región México, consideradas expertas en el desarrollo y fomento del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería, al finalizar cada sesión se otorgó constancia de presentación de temática, así como al finalizar el curso.

Durante el desarrollo del seminario la investigadora proporcionó a cada uno de los asistentes material didáctico, como carpetas, bolígrafos, lápices y hojas, además se les obsequió el libro: *Desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería en México. Una visión colegiada*, siendo considerada literatura de apoyo en la cuestión teórica sobre el tema central de este seminario, también, al finalizar el curso se envió por correo a cada uno de los asistentes las diapositivas utilizadas por cada uno de los expertos en las diferentes sesiones.

Evaluación

Considerada la última etapa de esta investigación, se dio respuesta a la siguiente cuestión: ¿La fase diagnóstica y la impartición del seminario, permitirá valorar las evidencias, testimonios, percepciones y actitudes del personal de enfermería sobre la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico?

Al tratarse de la evaluación final de la investigación, esta etapa sólo describe la *fase analítica*, donde se valorarán las evidencias, testimonios, percepciones y actitudes de los profesionales de enfermería, alrededor de la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico, así como la experiencia de haber cursado este seminario, cabe mencionar que durante la semana del seminario, la investigadora obtuvo fotos como evidencia (anexo No.10). Se grabaron cada una de las sesiones en audio y video; además, la investigadora redactó una bitácora que describió las impresiones e interpretaciones de las actitudes y comentarios de los asistentes.

Así, el proceso de evaluación es meramente cualitativo, siguiendo un proceso de transcripción literal de los audios de cada una de las sesiones, mediante un ejercicio de análisis de lectura crítica, donde se eliminan muletillas del texto y se

corrige la redacción, colocando signos de puntuación correspondientes, con ello se realizará un análisis de contenido bajo la *categorización axial*, y la construcción de una matriz, la cual clasifica los testimonios en núcleos y subnúcleos de análisis ya mencionados, pero además considera dos columnas, una donde se clasifican los testimonios durante la intervención y otra columna que clasifica los testimonios al final de la sesión (anexo, No.9); esto, de acuerdo a lo planeado en el programa del seminario, los momentos de la evaluación (permanente o de proceso y final o sumatoria), alrededor de la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico, así como también describir e interpretar los cambios documentados en las actitudes y percepciones alrededor de este tipo de pensamiento.

Aspecto bioético

Este proyecto de investigación encuentra su fundamentación ética en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, en el título segundo *De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos*, Capítulo I. acorde con el Art 13° “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar”, Art. 16° “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice”.

Así mismo esta investigación, de acuerdo con el mismo documento legal, citado anteriormente y lo establecido en el Art. 17°, se clasifica como una investigación sin riesgos, toda vez que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

Y de acuerdo con lo propuesto en los artículos 20°, 21° y 22° se le otorgó un consentimiento informado (anexo No. 5) a cada sujeto de estudio con las debidas características que describen los artículos antes mencionados.

Capítulo I. Pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado de enfermería

Los profesionales de enfermería en la práctica clínica asistencial tienen que enfrentar un sinnúmero de situaciones que exigen habilidades de trabajo en equipo, pero siempre con independencia ante la elección o solución de problemas; además, las enfermeras y los enfermeros comprometidos con una práctica profesional son responsables de ofrecer cuidados específicos, basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud.

La práctica profesional de enfermería, con anterioridad se consideraba una actividad que cumplimentaba a la medicina en la atención de los pacientes hospitalizados principalmente; ahora la enfermería ha monopolizado el cuidado como el ser, saber y hacer de la enfermería moderna, donde la práctica de este cuidado “va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona” (Diers, 1998 en Zarate, 2004: 43), de esta manera, la práctica profesional de enfermería incluye brindar un cuidado individualizado, donde la intervención de enfermería es la herramienta terapéutica, la cual integra habilidades cognitivas y técnicas específicas.

Así, dentro de un sistema de salud se reconoce a los profesionales de enfermería como los agentes de cambio y sobre todo se vislumbra la ampliación de los roles a partir del desarrollo de conocimiento y competencias avanzadas, con el principal objetivo de transformar el ámbito tradicional de práctica de enfermería y cuidado dentro de los hospitales (Mendes, *et al.*, 2016:6), esta práctica avanzada de enfermería el Consejo Internacional de Enfermería, la ha descrito como: “Una enfermera titulada que ha adquirido la base de conocimientos de experto, habilidades para la adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para desarrollar un ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer” (International Council of Nurses, 2002 en Sastre-Fullana, *et al.*, 2015: 268).

Ahora en la búsqueda de la vanguardia de la profesión de enfermería de manera internacional, cada país trabaja desde las instituciones de enfermería para formar y capacitar profesionales de enfermería que ejerzan el cuidado desde la práctica avanzada, en este sentido, Sastre reconoce una serie de competencias necesarias para ejercer una enfermería de práctica avanzada, entre ellas se pueden destacar, liderazgo clínico y profesional, autonomía para la práctica, práctica basada en evidencia, comunicación y juicio clínico experto, entre otras (Sastre-Fullana, *et al.*, 2015: 271-274); dichas competencias son compatibles con lo que establece este trabajo de investigación, donde el reconocimiento de las suficiencias de esta índole contribuyen al desarrollo de la enfermería moderna, sin embargo, se debe remarcar que, si bien ese estudio no describe el pensamiento reflexivo y crítico donde Cárdenas (*et al.*, 2014a:68), reconoce que dicho pensamiento es reconocido por diferentes autores como un símil de juicio clínico, una vez más se demuestra que esta habilidades de reflexión y crítica son requeridas de manera nacional e internacional y más aún en el desarrollo de la práctica avanzada de la enfermería.

Los profesionales de enfermería ante las demandas de demostrar al mundo científico su capacidad científica y objetiva, han implementado formas de trabajo a partir de evidencias científicas, reconociendo que para la esencia del otorgamiento del cuidado de enfermería es importante que la enfermera tenga la capacidad de discernir y pensar de manera reflexiva y crítica, para crear e innovar las formas de cuidado que debe brindar la enfermera, además, dichas habilidades le dan dirección y significado al pensamiento, permitiendo que los profesionales de enfermería conduzcan sus acciones con efectividad para mantener la vida y la salud.

En este capítulo se aborda el desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico a partir del otorgamiento del cuidado de enfermería con un enfoque en el área quirúrgica, partiendo de la conceptualización de estos dos elementos, es posible establecer una relación dialéctica que existe entre el desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico y el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería.

A) Desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico

El pensamiento reflexivo y crítico en la literatura siempre se ha considerado como habilidades dependientes una de otra, pero no se ha conceptualizado de manera conjunta. La mayoría de estudios siempre hacen referencia al pensamiento crítico, y en este sentido la reflexión se encuentra inserta dentro de este pensamiento como una habilidad; por lo tanto es prudente de primera instancia definir el pensamiento crítico y el reflexivo para entender cómo la Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE) ha llegado a la consolidación de una noción de concepto.

Halpern refiere “el *pensamiento crítico* es pensamiento consciente y metodológico” (2001:272), además, a esta forma de pensar se le han atribuido un sinnúmero de habilidades, entre ellas la lógica, el razonamiento, la consciencia, por mencionar algunas; así, el pensamiento crítico es estar dispuesto a considerar de manera consciente los problemas y asuntos que surgen; en el ámbito de una experiencia, el conocimiento de los métodos de investigación y razonamiento lógico y cierta habilidad en la aplicación de estos métodos, entonces, este pensamiento crítico exige un esfuerzo persistente para examinar cualquier creencia o suponga conocimiento a la luz de la evidencia que sostiene nuevas conclusiones al respecto (Chaffe, 2016: 11-12 ; Fisher, 2013:7-8).

Con respecto al pensamiento reflexivo, algunos autores como Dewey, 2007; Barcenas, *et al.*, 2006; Shön, 1992; González, 2012, apuntan que “comienza en una situación de incertidumbre o situación problemática, caracterizada ésta por la perplejidad, en la que justamente se origina la observación e indagación deliberativa y el análisis crítico de la situación, para así localizar la naturaleza del problema; después se plantean las hipótesis, los objetivos concretos, la elaboración de algún juicio final y las alternativas de solución para esclarecer el problema; y, por último, la corroboración experimental” (Rivera-Álvarez y Medina-Moya, 2017:20).

El pensamiento reflexivo y crítico ha tenido una concepción multívoca, esto es, diversos investigadores asumen como sinónimos los siguientes: conocimiento crítico,

pensamiento reflexivo, análisis y síntesis, práctica clínica, capacidad de solución de problemas, capacidad de crítica y autocrítica, actitud crítica y/o reflexiva, habilidad crítica y/o reflexiva, capacidad crítica y/o reflexiva, juicio clínico o método clínico, espíritu crítico, resolución de problemas, gestión de la información y toma de decisiones; todos ellos implican un proceso de razonamiento complejo, sistemático y deliberado, auto-dirigido y orientado a la acción, dichas semejanzas proceden fundamentalmente de otras ciencias como la psicología, la pedagogía y la filosofía.

Ante esta perspectiva, la RIIEE con el interés de mejorar la formación académica y el desarrollo de los profesionales de enfermería, se interesa en conocer e investigar alrededor del pensamiento reflexivo y crítico, llegando a proponer una noción de concepto (Planas, 2013), que sirva de punto de partida para la profesión de Enfermería en Iberoamérica, asumiendo que el pensamiento reflexivo y crítico es un “Proceso de razonamiento complejo, sistemático, dialógico y deliberado, auto dirigido y orientado a la acción, cuyo fin primordial es elegir, con base en procesos intelectuales y afectivos (cognitivos, experienciales e intuitivos), las mejores opciones de respuestas que favorezcan la solución de problemas de Enfermería, en contextos bien definidos y de acuerdo a los postulados éticos de la profesión” (Cárdenas, *et al.*, 2014b: 150).

Dicho pensamiento permite que los profesionales de enfermería conozcan y discriminen una acción de otra, en función de las prioridades establecidas para la atención de las personas, interactuando con ella de manera emancipadora, donde deben buscarse formas o puentes de unión entre la parte más artística de la enfermería y aquellos elementos más asociados al campo de la ciencia, procurando así una mayor calidad en la prestación de los cuidados (Cárdenas, *et al.*, 2014b: 149).

A partir de esta concepción, es importante resaltar que en el campo de la enfermería quirúrgica se tiene una clara inclinación fisiopatológica y técnica llena de procedimientos, sin embargo, algunas obras importantes para el conocimiento de la enfermería quirúrgica han propuesto la necesidad del dominio de estas habilidades de

reflexión crítica, por ejemplo la obra de “*Enfermería medicoquirúrgica pensamiento crítico en la atención del paciente*”, la cual refiere como uno de sus primeros apartados el “pensamiento crítico en el proceso de enfermería”, dicho apartado inicia con la descripción general y conceptualización del pensamiento crítico, de donde se pueden destacar dos características, toda vez que son compatibles con lo que se ha venido proponiendo en este capítulo, debe considerarse el nivel de “conocimientos adquiridos por el profesional de enfermería” y la práctica constante que requiere este pensamiento basado en actitudes y habilidades del profesional de enfermería.

Entre las actitudes se puede destacar la independencia ante la toma de decisiones clínicas basadas en este pensamiento y juicios sólidos, así como “ser disciplinado de forma que no se detenga en respuestas fáciles, sino que continúe considerando alternativas, también la creatividad y la confianza de uno mismo”; y dentro de las habilidades esta autora menciona el pensamiento divergente, el razonamiento, la aclaración y la reflexión (Le Mone y Buke, 2009: 6-10).

Con este ejemplo, se demuestra que en la ciencia de enfermería y, sobretodo en el ámbito quirúrgico, se ha procurado por el dominio del pensamiento reflexivo crítico y la aplicación de éste en la atención y el cuidado de los pacientes, donde es fundamental en este punto establecer que la reflexión, si bien puede ser considerada una habilidad, es reconocido que en el planteamiento del pensamiento reflexivo y crítico es un proceso cíclico complejo, donde la reflexión permite la crítica y la crítica la reflexión, para culminar en la acción.

Se debe considerar que el proceso del pensamiento de manera explícita en el otorgamiento del cuidado, parece un acto mayormente intrínseco, opacado por la rutina, la técnica y las costumbres de repetición anacrónica, por ello es fundamental plantear la conceptualización del cuidado profesional de enfermería y el paradigma que predomina en el área quirúrgica sobre el mismo, como se describe a continuación.

B) Cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico

A nivel general, el cuidado se ha entendido como una “actividad genérica que comprende todo lo que se hace para mantener, perpetuar, reparar el mundo de manera que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo comprende nuestro cuerpo, nosotros mismos, nuestro entorno y los elementos que busca enlazar en una red compleja de apoyo a la vida” (Fisher y Tronto, 1990:40, Tronto, 1993:103 en Domínguez, *et al.*, 2018: 13).

Se asume, entonces, que el cuidado es una actividad inherente al ser humano y a su capacidad de preservación, por ende el cuidado pasa a ser un hecho cotidiano y común, donde los profesionales de enfermería asumen el cuidado como una actividad integral ejercida de manera profesional, generadora de conocimiento, que en conjunto con otros saberes, da lugar al cuerpo de conocimientos exclusivo de enfermería.

Los profesionales de enfermería entienden que el cuidado es una acción y una actitud, donde el primero confiere prestar cuidados, mientras que la actitud se traduce como el desvelo, solicitud, disponibilidad y compasión” (Pina-Queirós, 2015:145); dichas características son la base y fundamento identitario del ejercicio profesional de enfermería.

En este sentido, se reconoce que la enfermería se encuentra situada entre dos paradigmas, por una parte el cuidado holístico natural cualitativo, y por otra parte cuidados tecnificados del contexto clínico biomédico cuantitativo, esta doble concepción puede valorarse como enriquecedora, pero también polarizada (González, *et al.* 2011:31).

En este contexto la enfermería quirúrgica encaja perfectamente, la cual parece ser más tecnificada, ubicándola en la polarización del cuidado, mientras la obras bibliográficas importantes que han forjado el conocimiento teórico de enfermería quirúrgica de diferentes generaciones, se enfocan principalmente en las técnicas quirúrgicas y en el dominio del instrumental y equipo electromédico, procesos de

esterilización, desinfección y anestesia, además es común identificar una serie de cuidados e intervenciones divididas en el pre, trans y post quirúrgicos desde un enfoque fisiopatológico, sobre todo, la mayoría de estas obras inician con la delimitación de las funciones o roles del personal de enfermería (enfermera instrumentista y circulante) que participa en esta área (Hurts, 2013; Fuller, 2015, Broto y Delor 2006; Brunner y Suddarth, 2013), algunas otras obras han organizado las intervenciones de enfermería en *interdisciplinaria e independientes* dentro de los patrones funcionales de Marjory Gordon con un gran peso en funciones biológicas y patológicas (Le Mone y Buke, 2009: 6-10); en dichas obras también se reconoce la dependencia aun con la medicina desde el título, por ejemplo, “*enfermería médico-quirúrgica*” lo que representa una dependencia con la ciencia que vio nacer a la enfermería.

En otros espacios, como la Academy of Medica-Surgical Nurses refiere, a la enfermería quirúrgica como la columna vertebral de toda institución clínica, “donde las enfermeras pueden hacer todo y lo harán” (Hurts, 2013: 5), también describe su importancia como gestores y administradores al área quirúrgica y destacando su labor del cuidado de los pacientes 24/7, calificando a estos profesionales como quienes “están en movimiento físico bajo exigencias clínicas intelectuales y emocionales, teniendo la obligación de usar su criterio para el análisis de las órdenes y plantear las observaciones que ellas consideren convenientes”, además de reconocer el ejercicio del cuidado a través de los roles de enfermería como la educación, administración e investigación (AMSN, 2019).

A partir de esta atribución que le otorga la Academia de Enfermería Medicoquirúrgica al cuidado profesional en esta área, es común encontrar actualmente la referencia a un cuidado de enfermería perioperatorio¹, con el principal objetivo de mantener una continuidad de los cuidados de enfermería a través del

¹ Richardson (2000) refiere que es un término socializado desde la década de 1970, con el principal énfasis de desplazar de los confines geográficos tradicionales del área quirúrgica, hasta los límites temporales de la valoración preoperatoria, el paciente, la atención transoperatoria y la valoración posoperatoria, dotando a la enfermería de una flexibilidad, incluyendo la atención de todos los aspectos del paciente quirúrgico (Hamli, *et al.*, 2010: 2).

holismo, en este sentido Medina, *et al.* (1997:30), argumenta que los cuidados perioperatorios garantizan una atención integral del paciente quirúrgico con fundamento y conocimientos científicos y humanitarios dirigidos a salvaguardar la seguridad y la dignidad humana antes, durante y después de la cirugía.

Otra premisa del cuidado perioperatorio es establecer una relación entre el profesional de enfermería (instrumentista y circulante) y el paciente, previo a la intervención quirúrgica, donde según Richarson-Tench (2010:37), el profesional de enfermería “constituye la conciencia del inconsciente, adquiriendo la responsabilidad de mantener la cualidad de persona del paciente, al proveerle cuidados psicológicos y al convertir en ordinario el evento extraordinario de la cirugía, además diseña, coordina y aporta cuidados compuesta por conocimientos de enfermería y habilidades psicomotoras, que son una mezcla de pensamiento y acción para cubrir las necesidades de cuidado del paciente quirúrgico”.

A razón de establecer una interacción, Jean Watson menciona al cuidado como la razón moral, social, personal y espiritual del personal de enfermería, donde éste se torna en un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el usuario (Poblete y Valenzuela, 2007:501), por lo tanto la humanización de los cuidados profesionales tiene que posicionarse como el eje de identidad de ciencia de enfermería cambiando el paradigma biologicista, desde la reflexión y la voluntad de mejorar.

Así, en el ámbito quirúrgico el cuidado es un proceso complejo de interacción entre los participantes, profesionales de enfermería y paciente, toda vez que el “paciente está en periodo de inconciencia, quedando completamente vulnerable durante el procedimiento quirúrgico, fenómeno que determina el otorgamiento del cuidado de enfermería, impidiendo una interacción continua y bidireccional, por ello, el cuidado, entendido como acciones comunicativas dentro del contexto perioperatorio en el servicio de cirugía, debe ser un espacio social de comunicación e intercambio dinámico” (Salazar, 2012: 504).

Entonces, si el cuidado humanizado es la identidad que ha otorgado singularidad e identidad a la ciencia de enfermería ante otras disciplinas de la salud, es necesario realizar una reflexión sobre los procesos de cuidar y el campo específico de actuación en el ámbito quirúrgico, toda vez que el concepto de cuidado humanizado no procede de una construcción única y acabada, sino que es inacabable, o sea, que su delimitación es infinita y puede tener varias aristas de interpretación (Dornell, 2011:73).

Con frecuencia se dice que el cuidado es invisible, como expresa Collière (1986), cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud-enfermedad, son acciones invisibles, y sobre todo en el área quirúrgica esto representa un gran obstáculo, ya que para quienes no reconocen la labor de enfermería en esta área, le otorgan el protagonismo a la cirugía y el procedimiento de anestesia totalmente dependientes de la medicina; en este contexto, Bener 1984, sugiere la creación de un cuidado basado en una concepción de la disciplina enfermera y orientado hacia lo que se realiza con la persona o en nombre de ella, más que lo que se hace (técnicas) (Zarate, 2004: 46).

En el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería, como bien lo refiere Yamaguchi (2004), “todo cuidado perioperatorio requiere que las enfermeras posean un *aplomo técnico* para dominar la amplia variedad de equipos y materiales que se utilizan como auxiliares para proveer cuidados al paciente”, ante esta afirmación, es importante reconocer que para quienes desconocen el ámbito quirúrgico y dentro de un modelo tradicionalista suele contribuir a la percepción estereotipada de los y las enfermeras instrumentistas y/o circulantes, quienes sólo llevan a cabo actividades técnicas y de asistencia con el cirujano.

Bull y FitzGerald (2006) han identificado en el área quirúrgica un conflicto aparente entre la actividades de cuidado y las técnicas, al tiempo que se incrementa la complejidad de la tecnología, fenómeno que llega a distanciar a las enfermeras de su pacientes y erosionar el cuidado que éste recibe, lo que implica la presencia de un

fenómeno peculiar que sucede en la enfermería quirúrgica, cuando el profesional de enfermería domina el componente técnico-tecnológico se le atribuye un reconocimiento y respeto profesional ante el equipo quirúrgico (Hamin, *et al.*, 2009:4).

Ante este panorama el otorgamiento de cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico, “el profesional de enfermería experimenta tensiones ante la dualidad de ser cuidadora y técnica” (Richardson, 2007 en Hamin, *et al.*, 2009: 5); en esta dualidad las habilidades de reflexión y crítica presentan una oportunidad para llevar a cabo un cuidado humanista a través del dominio de habilidades psicomotoras, sobre todo combinadas en un proceso de pensamiento, como se ha mencionado en el apartado anterior, permitiría combinar los aspectos técnicos y de cuidado, permitiendo que el profesional de enfermería se transforme en el conducto humano en la relación física entre el paciente y la máquina; esto a su vez plantea la necesidad de nuevos estilos de cuidado y progreso en la creación de un cuidado o en el acto de cuidar, favorecen la reflexión y el cuestionamiento y dan testimonio de una práctica profesional constantemente renovada, donde el cuidado “implica tener un amplio conocimiento y sustento teóricos de los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad, generados desde la disciplina de enfermería, lo que algunos autores han nombrado como el cuerpo de conocimientos propios de enfermería que han dado origen a los modelos y teorías” (Aguilar, *et al.*, 2012: 3).

Con todo ello, se debe establecer una relación dialéctica del pensamiento reflexivo y crítico y el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería, con la intención de mejorar el ejercicio profesional y el estatus de enfermería desde una perspectiva epistemológica y social como se describe a continuación.

C) Dialéctica entre el pensamiento reflexivo y crítico y el otorgamiento del cuidado de enfermería

Cuando se ha comprendido qué es y cómo se ha conceptualizado el pensamiento reflexivo y crítico en enfermería, también se ha analizado el contexto del otorgamiento del cuidado de enfermería en el ámbito quirúrgico, es posible

establecer la relación dialéctica que existe entre ambos elementos, en beneficio del desarrollo profesional y el impacto social que siempre ha buscado la profesión dentro del mundo social.

En este sentido, el pensamiento reflexivo y crítico se convierte en la herramienta para el impulso de la enfermería desde un ámbito epistemológico y social que convergen en el desarrollo e impulso del cuerpo de saberes de enfermería; donde éste adquiere relevancia a partir de la afirmación de Freidson, quien menciona que las profesionales que poseen un cuerpo de conocimientos sustancial y teórico están más capacitadas para convencer a la sociedad de las necesidades de sus servicios particulares y quizá de persuadirlas de su derecho a hacerse responsable de ello (Hernández, *et al.*, 1997:23), algo que la enfermería aún en la actualidad sigue buscando y estudiando para encontrar estrategias de impacto y reconocimiento social.

Desde el sentido de mirar la perspectiva profesional de enfermería, Hernández *et al.* (1997:30), menciona que la condición de profesión, que es algo que ha conseguido la enfermería a través de su evolución histórica y en gran parte de mano de la formación académica, “se logra cuando una actividad es indispensable para la sociedad y sobre todo se realiza con un elevado nivel intelectual en sus decisiones”, ante esta afirmación se debe reconocer que dicha conclusión de la autora fue desde una postura histórica y que si bien han pasado cerca de dos décadas y donde la enfermería ha evolucionado y posicionado el cuerpo de saberes desde el cuidado profesional, hecho que ha dado origen a una revolución interna y epistemológica de la enfermería como ciencia, disciplina y arte, así también es importante mirar la relación del profesionalismo con el nivel intelectual en la toma de decisiones, en este punto es donde el pensamiento reflexivo y crítico surge como el elemento clave en el ejercicio del profesionalismo y de toma de decisiones, de esta manera se cumple lo que los diferentes autores han definido y atribuido al pensamiento reflexivo y crítico.

Retomando la relación dialéctica entre el cuerpo de saberes, a partir del pensamiento reflexivo y crítico, puesto que toda disciplina científica reclama un cuerpo de conocimientos distinto y específico y la determinación bajo la cual ese conocimiento debe ser generado, comprobado y empleado, así enfermería ha construido y fortalecido este cuerpo de conocimientos, a partir del otorgamiento del cuidado profesional de enfermería, donde el pensamiento reflexivo y crítico permite que el profesional de enfermería formule, innove y cree formas de cuidado, en cualquier contexto y entorno, pero a partir de la experimentación o puesta en práctica de las formas de cuidado es posible adquirir experiencia, la cual reformula la forma de pensar del profesional de enfermería, en este sentido, se establece un puente entre la teoría y la práctica, lo que da pauta para que profesionales de enfermería puedan reestructurar las teorías del cuidado a partir de las experiencias.

En este sentido se reconoce la influencia de las habilidades de reflexión y crítica ante la aplicación del proceso de enfermería que, como método de pensamiento lógico, se ha posicionado como el marco teórico de los conocimientos de enfermería que conduce las acciones de enfermería con efectividad (Aguilar, 2012:92) ante el otorgamiento del cuidado, de esta manera entonces el pensamiento reflexivo y crítico permite que los profesionales de enfermería en la formulación de diagnósticos de enfermería reconozcan no sólo procesos fisiopatológicos, sino que, identifique el significado de las conductas o respuestas humanas de los individuos que está atendiendo, lo que abre un panorama de una atención holística brindando un cuidado integral.

Así, los modelos y teorías de enfermería “proveen una estructura de lenguaje y pensamiento que permite extender y refinar el conocimiento de enfermería, es importante subrayar que es también a través de la práctica y de la investigación en donde se fortalece ese conocimiento empírico, la posibilidad de un desarrollo personal, del compromiso político social, del crecimiento ético y de la expresión artística que la caracteriza, de acuerdo a Fawcett, los Modelos representan visiones de ciertos fenómenos del mundo, pero simbolizan sólo una aproximación o

significación de aquellos conceptos considerados relevantes para la comprensión del acontecimiento” (Ariza, 2011: 23).

Entonces, se puede decir que mientras el profesional de enfermería realiza el proceso sistemático del pensamiento reflexivo y crítico el cual dirige su acción, casi simultáneamente, está pensando en los resultados y en la solución de los problemas que se le puedan presentar, de esta manera se torna un proceso progresivo y cíclico.

Esta reflexión sobre el desarrollo epistemológico de Enfermería, permite afirmar que su conocimiento ha evolucionado, pero la articulación teoría-práctica lo haría evolucionar de manera más consistente y le permitiría tener mayor utilidad y aplicabilidad.

Pero no se debe olvidar el hecho que, aun como profesional joven del área de la salud, se realice una búsqueda de reconocimiento e importancia dentro de la sociedad, el cual en gran parte está determinado por las actitudes de las enfermeras y enfermeros y donde el pensamiento reflexivo y crítico impulsa, en primera instancia, y permite que el profesional de enfermería actúe dentro del equipo transdisciplinario con liderazgo y autonomía, por lo tanto, el profesional de enfermería presenta la gran responsabilidad de ser líder para trabajar por un objetivo institucional común, visualizando claramente las problemáticas de los servicios con competencia técnica y humana, donde juega un papel preponderante la construcción colectiva del cuidado, al articular ampliamente las actividades con el resto del equipo de salud (Stein, *et al.*, 2008:320-322).

En el contexto hospitalario, en el trabajo en equipo la enfermería debe fortalecer el cuerpo de saberes a partir de una práctica profesional dirigida por un pensamiento reflexivo y crítico que permita fundamentar cada actividad y de esta manera seguir generando conocimiento propio, hecho que parece difícil y contradictorio, sobre todo en el ámbito quirúrgico, donde el reconocimiento social es casi inexistente pareciendo una actividad invisible, y siempre catalogada como los profesionales que ejecutan acciones sujetas a la demanda y necesidad médica.

Con lo anteriormente descrito, el pensamiento reflexivo y crítico, como herramienta fundamental en el desarrollo profesional desde un marco epistemológico y social, este tipo de pensamiento funge como el camino para que enfermería mantenga su carácter único y definido ante el cuidado de la salud y de la vida, y sobre todo reflexionar y criticar los fenómenos de la profesión alrededor del cuidado que le dieron forma y origen a los modelos y teorías que ahora fundamentan la acción profesional de enfermería, pero sumado a esto no es suficiente socializar los logros de estos avances dentro de los integrantes y colegas de la profesión de enfermería, ahora se requiere involucrar al mundo social en este reconocimiento de la labor científica humanística que realiza enfermería en el cuidado de la vida y la salud.

Capítulo II. Aprendizaje del Pensamiento Reflexivo y Crítico

El aprendizaje, desde la visión educativa, es visto como la oportunidad para contribuir a la condición de la liberación humana y social con la intención de desarrollar en los individuos la racionalidad (Vallarini, 1995: 324); también puede entenderse como una transformación, es decir, una manera de pensar, de sentir y de actuar del estudiante, sobre todo a través del conocimiento, desde un sentido práctico e interactivo de las partes involucradas (Mosterín en Villarini-Justino, 2003: 40); este cambio significa que, producto de cada aprendizaje, los estudiantes serán más hábiles y sobre todo pueden transformar la forma en que perciben el mundo.

En el sentido de cambiar las perspectivas y los puntos de vista a través de los diferentes aprendizajes, algunos autores mencionan que el proceso de aprendizaje es efectivo mediante la interpretación del mundo por medio de una reinterpretación con base en los conocimientos previos, además, Elboj, *et al.*, refiere que el aprendizaje promueve la transformación e instrumentación, donde se enfatizan las tareas específicas, como la resolución de problemas, donde el aprendizaje toma un significado, ya que no sólo se trata de aprender, sino también de razonar y juzgar la información o el conocimiento que se está adquiriendo (Elboj, *et al.*, 2013: 77), asimismo, el aprendizaje, mediante las definiciones anteriores, se debe entender como un proceso que integra el área cognitiva, afectiva, los rasgos de la personalidad y la orientación o finalidad de cada aprendizaje.

En el contexto del pensamiento reflexivo y crítico, el aprendizaje se le reconoce como un proceso activo, reflexivo y controlado, donde el sujeto toma conciencia de la manera en que percibe, procesa, integra y recuerda la información (Varela, 2006: 2), Deeley (2016:101), menciona que la reflexión y la crítica son actividades intrínsecas al proceso de aprendizaje, donde el individuo interpreta, cuestiona un conocimiento generalmente aceptado y las ideas preconcebidas a partir de sus experiencias, de esta manera el sujeto que está aprendiendo debe construir y dar sentido a los nuevos conocimientos, a partir de la creación de una plataforma que

permita la transferencia de las ideas producto de un pensamiento dirigido bajo la reflexión y la crítica en acciones.

Tomando como referencia las afirmaciones anteriores, en enfermería el aprendizaje del pensamiento reflexivo y crítico, retoma importancia, toda vez que durante la formación académica y la educación permanente en las diferentes áreas laborales, se debe reconocer y tener presente el aprendizaje desde la epistemología sobre el significado del cuidado de enfermería a través de los tres pilares *ser, saber y hacer*, y con ello seguir el curso del aprendizaje para culminar en el resultado de una acción o intervención con impacto social y un trasfondo de base como la reflexión y la crítica.

Por lo tanto, en este capítulo se presentan las estrategias de aprendizaje, el autoaprendizaje y el aprendizaje teórico experiencial, como elementos para el desarrollo y fomento no sólo de habilidades y conocimientos disciplinares de la profesión de enfermería, sino realmente un desarrollo y fomento de un pensamiento reflexivo y crítico en los profesionales de enfermería.

A) Estrategias de aprendizaje

Desde una perspectiva cognitiva, se distingue que el aprendizaje, en realidad los resultados del aprendizaje, siempre son traducidos como conocimientos, definiéndose éstos como todo lo registrado en la memoria a largo plazo, pero no sólo conocimientos conceptuales y teóricos, también pueden identificarse conocimientos afectivos y valorativos.

Así, el aprendizaje la mayoría de veces hace alusión a una habilidad mental de orden superior y con ello parece estar acotado a una actividad meramente cognitiva, sin embargo, Meza menciona que todo proceso de aprendizaje tiene lugar en tres momentos que él ha definido como el “antes”, donde según este autor es un momento que corresponde a toda la planeación y organización de las condiciones o puede decirse que son los conocimientos previos para poder ejecutar cualquier

actividad, de esta manera se procede al segundo momento del aprendizaje, “durante”, son los conocimientos adquiridos durante la ejecución de la actividad, siendo esto la experiencia producto de dicha ejecución, por último el “después”, es el reconocimiento que permite la reformulación de conocimientos previos, y con ello una reinterpretación de los hechos productos de la realización de cualquier actividad (Meza, 2013: 195-196).

De esta manera y según lo planteado por este autor, el aprendizaje no sólo son hechos aislados de un proceso cognitivo, se requiere la interacción de un contexto y sobre todo de una aplicación o experimentación que ponga a prueba ciertos conocimientos, y así completar el aprendizaje, este hecho es replicado en la metodología de enseñanza y aprendizaje en enfermería, donde la educación principalmente es teórico práctica, durante este proceso de aprender y aplicar conocimientos, el trayecto está rodeado de habilidades como la reflexión y la crítica, las cuales evitan repeticiones y aplicación de conocimiento de forma acrítica.

Por esta razón la referencia de Beltrán (1998:53), en relación al proceso de aprendizaje basado en ocho elementos, como: sensibilización, atención, adquisición, personalización y control, recuperación, transferencia, evaluación y metacognición, en dicho proceso no sólo se realiza la identificación de los conocimientos, sino que por el contrario, a partir de cada conocimiento se busca una transición superando visiones convencionales, además que durante este proceso y según el autor, el pensamiento crítico es un elemento clave para tener un control del aprendizaje, esto quiere decir que el estudiante o el sujeto siempre estará bien informado, buscando claridad, precisión y tratando de mantener la mente abierta, formulando juicios de valor.

También, dentro de los elementos del aprendizaje propuesto por Beltrán se subraya a la metacognición, que parece ser el último elemento del aprendizaje, lo que no le resta importancia, toda vez que se puede referir a éste como la capacidad de la personas para reflexionar sobre sus procesos de pensamiento y la forma en la que se está aprendiendo (Crespo, 2000: 65).

En este sentido, los profesionales deben mantener una postura crítica y reflexiva no sólo ante la adquisición de conocimientos disciplinares o habilidades técnicas, se requiere de un análisis de ¿cómo se está aprendiendo?, y si durante los procesos de aprendizaje se está ejerciendo la reflexión y la crítica.

Por esta razón, la formación académica de las enfermeras (os), “debe cumplir con una serie de aprendizajes imprescindibles para su formación como persona, como ciudadano, y como futuro profesional competente en habilidades, conocimientos y destrezas instrumentales, sistemáticas y de interacción interpersonal” (Álvarez-Pérez, *et al.*, 2007: 237). Dichas exigencias requieren entonces el dominio del proceso de aprendizaje que como resultado no sólo sean conocimiento, sino la destreza en ciertas habilidades de la aplicación de ese conocimiento, pero también la reformulación de los mismos, permitiendo la innovación del *ser, saber y hacer* de enfermería, de esta manera Valendia (*et al.*, 2013:3) ha definido estos tres elementos en el aprendizaje de enfermería, como se describen a continuación:

“El *ser* es de orden actitudinal que permite establecer relaciones con el otro, respondiendo a aquellas necesidades que no es posible satisfacer tan sólo con la aplicación de la técnica”, esta manera suma la parte contextual y axiológica que debe desarrollarse en el proceso de aprendizaje.

Mientras que el *saber*, dentro del proceso de aprendizaje se asocia con el “*saber aprender*” donde el profesional de enfermería es capaz de utilizar, aplicar e innovar a partir de lo ya aprendido. Y por lo tanto el *hacer*, reconocida en enfermería como una competencia procedimental y resultado de los aprendizajes (conocimientos) previos.

En conjunto, el aprendizaje del *ser, saber y hacer*, son elementos que toman como centro el desarrollo y fomento del pensamiento reflexivo y crítico, permite en los profesionales de enfermería la capacidad de resolver problemas, aunque no es suficiente con hablar del aprendizaje y la inclusión de este pensamiento, realmente

incorpora progresivamente distintas estrategias de aprendizaje e impulsa la innovación de procesos de aprendizaje.

En este orden de ideas, las estrategias de aprendizaje son concebidas como el camino más viable, de acuerdo con Álvarez (*et al.*, 2007:45), “son guías internacionales de acción con las que se trata de poner en práctica las habilidades que establecen los objetivos del aprendizaje”; en este sentido Pozos y Postigos, 1993 en Bahamón (*et al.*, 2013: 120), refieren que “la aplicación de estas estrategias no es automática sino controlada”, por lo tanto, cada estrategia de aprendizaje requiere de una planificación y control en la ejecución, implicando un uso selectivo de los recursos y capacidades disponibles.

Lima (2009:98), refiere que toda estrategia de aprendizaje sigue una serie de características que tienen las estrategias, las cuales son promover un aprendizaje efectivo, secuenciar, ordenar y trabajar con exactitud los contenidos para un mejor aprovechamiento, evitan la improvisación, fomentan el trabajo cooperativo, también dinamizan el proceso de enseñanza-aprendizaje; con estas características en las estrategia del aprendizaje se favorecen la participación y socialización, evitan la memorización mecánica del material docente, donde el alumno deja de ser receptor, para convertirse en actor de sus propios aprendizajes y gestor de sus conocimientos.

Entonces las estrategias según Ríos (*et al.*, 2012: 172), deben “ofrecer a los estudiantes las herramientas necesarias para que las clases magistrales se reduzcan a escenarios donde se exponen ideas y se materializan conceptos que se encaminan en la autoformación a través de la experiencia obtenida y valiéndose de los medios necesarios para lograr experiencias exitosas”.

En este sentido, las estrategias se han clasificado según algunos autores en tres categorías: asociativas, de elaboración y de organización. Las estrategias asociativas están relacionadas con operaciones básicas y elementales con tendencia hacia las áreas cognitiva y la “habilidad de recordar literalmente la información”, en este tipo de estrategias no se hacen cambios en los conocimientos aprendidos, entre

éstas se pueden ubicar estrategias de repetición activa de contenidos como repetición, mnemotécnicas, copias de los contenidos, hacer anotaciones y subrayar la información.

Entre las estrategias de la elaboración se trabajan relaciones de asociación de conocimientos entre diferentes áreas, encontrando puntos de relación entre sí, por lo tanto, los aprendizajes retoman otros significados, agregados a partir de la información inicial, aquí se pueden encontrar estrategias como la paráfrasis, resumen, analogías, tomar notas, pero no literales, descripciones y explicaciones entre la relación de conocimientos.

En el último tipo de estrategias correspondientes a la organización, se obtienen dos resultados: primero, depende de lo que el aprendiz posea pueda elaborar de manera más o menos compleja esos nuevos significados y en segundo lugar, porque la estructura cognitiva resultante del nuevo aprendizaje modificará la organización de esos conocimientos previos, así, entre estas estrategias se encuentran los cuadros sinópticos, mapas mentales, conceptuales, entre otras formas esquemáticas de manejo de la información (Esteban- Albert y Zapata-Ríos, 2016: 7).

También se han identificado estrategias de apoyo donde Dnaserau refiere que son aquellas que no se dirigen al aprendizaje de manera esencial, el objetivo de estas estrategias es mejorar las condiciones en que se producen los aprendizajes, entre ellas se encuentran estrategias de motivación, la atención, la concentración; es preciso utilizar estas estrategias para mejorar la receptibilidad hacia el mismo y, por consiguiente, contribuye a su mejor aprovechamiento (Visbal-Cadavid, *et al.*, 2017: 80).

En el caso de enfermería se han encontrado algunos artículos que refieren como una estrategia de aprendizaje la *narrativa de situaciones de enfermería*, siendo ésta una estrategia de aprendizaje del cuidado de enfermería a través de un enfoque reflexivo, permitiendo las construcción del conocimiento a partir de la narración de

experiencias significativas, donde se refleja la aplicación del conocimiento a la práctica, además tiene la propiedad de permitir entender las experiencias de salud de las personas en su contexto social y cultural; considerar a la enfermera como un ser humano con cualidades, a esta estrategia de aprendizaje la asocian con la *escalera de la abstracción* de Smith y Liehr, como una manera de observar los niveles de argumentación y análisis de las situaciones de enfermería y de la información, los peldaños de la escalera son empírico, teórico y filosófico: estos niveles tiene una asociación más directa con el aprendizaje de los conocimientos epistemológicos que deben poseer los profesionales de enfermería, además, las autoras de este postulado determinan que a través de esta estructura del aprendizaje se promueve el pensamiento crítico, la reflexión, así como la apropiación del conocimiento, toda vez que el nivel empírico lo refiere como el peldaño más bajo de la escalera, representando la comprensión de las percepciones, el significado de lo objetivo, este nivel también está basado en el seguimiento de estándares de la práctica de enfermería.

En el nivel teórico, se crean los conceptos, los supuestos y las proposiciones producto de la aplicación del razonamiento. En el último nivel, el filosófico, es la conexión de diferentes saberes y con ello la creación del discurso y la argumentación de los diferentes puntos de vista (Gómez, *et al.*, 2017: 440-441 y Fortuna, *et al.*, 2012: 452-454).

Estas estrategias de aprendizaje facilitan la adquisición y la aplicación del aprendizaje en los entornos prácticos, aunque es común encontrar la argumentación de los autores en un contexto donde el aprendiz debe ser sujeto protagónico en la adquisición de este conocimiento, por ello a continuación se describe el autoaprendizaje.

B) Autoaprendizaje

Según Vigostky, desde una concepción desarrolladora del aprendizaje, éste se puede generar a través de las estrategias y el ambiente de cooperación y socialización garantizando los niveles de ayuda, autocontrol y autorregulación que requiere el alumno para certificar el éxito de sus modos personales de aprender (Moreno, 2011: 42), esto se traduce en el autoaprendizaje, el cual se ha identificado en la literatura como el aprendizaje auténtico, el cual supone al estudiante como un agente activo, es decir, que tiene la intención de aprender y desarrollarse; se comporta de modo que conduce el proceso de aprendizaje.

Así, el autoaprendizaje requiere de un proceso que se compone de seis pasos (adaptación del entorno, reconocimiento de fortalezas y limitaciones, involucramiento en la actividad, interacción entre profesores y estudiantes, generación de experiencias y aplicación del conocimiento, y por último la reflexión de las experiencias obtenidas, que le permite una comprensión integral de los diferentes conocimientos) donde el estudiante estará involucrado en una actividad de estudio que permitirá un aprendizaje significativo, activo, reflexivo y colaborativo (Villarini-Justino 2003: 40-41).

Es común encontrar entre los autores que escriben sobre el autoaprendizaje la responsabilidad de los agentes educativos (estudiantes y profesores) en la construcción del conocimiento, por ejemplo Nolan, *et al.*, y O' Shea refieren que de manera particular en las ciencias de la salud se sigue una replicación de procesos de aprendizaje y enseñanza centrados en el docente, cuando éstos en un contexto actual ya no satisfacen las necesidades de aprendizaje de los estudiantes y mucho menos el dominio de habilidades necesarias para el egreso de estos profesionales (Herrera, *et al.*, 2011: 26).

Particularmente el *autoaprendizaje dirigido*, han sido referido como una opción innovadora frente a los métodos tradicionales, ya que, entre otros aspectos, estimulan el aprendizaje reflexivo, contextualizado y colaborativo, incrementan la confianza de los estudiantes en sus propias destrezas y capacidades para aprender

y responder frente a situaciones nuevas y, en definitiva, posicionan al estudiante como el actor principal de su aprendizaje, facilitando el desarrollo de su capacidad para la autoformación permanente (Sánchez-González, *et al.*, 2010: 333-334), lo cual es de suma importancia para los profesionales en el área de la salud y en específico de enfermería, donde la labor profesional y asistencial en áreas clínicas demanda innovación y conocimiento actualizado para el cuidado integral de los pacientes.

En otros artículos como el de Leal- Costa (*et al.*, 2018:3), refieren que el autoaprendizaje es un método activo de enseñanza-aprendizaje, donde se posibilita la adquisición de competencias de manera experiencial y reflexiva, de hecho, considera como una estrategia de este autoaprendizaje los entornos simulados; algo de suma importancia para el aprendizaje en enfermería, esta estrategia de autoaprendizaje fue justificada y estudiada por Alexander (*et al.*, 2015:39), quien refiere que la simulación clínica de alto realismo es una oportunidad de aprendizaje experiencial y reflexivo que se está desarrollando a nivel mundial en la formación de profesionales sanitarios.

Otra estrategia que también se ha considerado en el desarrollo del auto aprendizaje queda justificado en el estudio de Betolaza (2012: 14), quien confirma que el diario reflexivo es un instrumento básico en la formación de los profesionales de enfermería y el desarrollo de autoaprendizaje, refiere que fundamentalmente sirve para poner de manifiesto sensaciones, reflexiones y sentimientos experimentados durante la práctica, para llevar registro y control de actividades realizadas y objetivos superados.

La importancia del uso de estrategias que faciliten el autoaprendizaje en los profesionales de enfermería favorecerá al desarrollo de una actitud activa en un aprendizaje de por vida (Helminen, *et al.*, 2014: 1166), lo cual es fundamental para la innovación de la práctica del cuidado de la enfermería profesional, en la cual Cano, 2008, refiere que el autoaprendizaje y su ejercicio constante implica una oportunidad de autorreflexión, así como de toma de conciencia e identificación de debilidades y,

por tanto, una oportunidad para solicitar apoyo para solventarlas (Visiers, *et al.*, 2018: 1).

Además, Uribe (2012: 30), ha identificado que el autoaprendizaje adapta y prepara al profesional de enfermería para realizar y continuar con la aplicación del plan de cuidados de enfermería basado en el marco de teorías y modelos de enfermería, sumado a que los profesionales pueden planificar eficazmente las actividades, mantiene la disposición para adquirir y mantener los conocimientos.

Hasta ahora, en este apartado se han revisado las estrategias de aprendizaje y autoaprendizaje en el contexto de la formación académica y sus aportaciones hacia la práctica de enfermería, para concluir con este capítulo, a continuación se analizará y describirá el aprendizaje teórico y experiencial, sobre todo porque esta investigación toma como participantes de la misma a los profesionales de enfermería en el área clínica asistencial, donde los aprendizajes experienciales son sumamente importantes, como se describe a continuación.

C) Aprendizaje teórico y experiencial

El aprendizaje experiencial es definido por Kolb como “la participación estratégica y activa de los estudiantes en contextos en los que aprenden haciendo y reflexionando sobre esas actividades, lo que los faculta para aplicar sus conocimientos teóricos a los proyectos prácticos en una multitud de configuraciones dentro y fuera del aula” (Beates, 2018: s/p).

Esta definición permite comprender que se busca una aplicación y uso del conocimiento, pero no hay una división clara entre si el aprendizaje puede ser totalmente teórico, en la experiencia de Camilloni (2013: 15), refiere que “todo aprendizaje, de cualquier tipo que sea, es para el sujeto una experiencia, algo que le ha ocurrido en su interacción con una situación si es que ha dejado una huella en él”.

Lo que se ha denominado educación experiencial se refiere a una clase particular de aprendizajes, a una estrategia de enseñanza con enfoque holístico que está destinada a relacionar el aprendizaje académico con la vida real, o sea,

establecer una conexión con la práctica, se le requiere que ponga a prueba en situación auténtica, es decir, de la vida real, las habilidades y los conocimientos teóricos que posee, que evalúe sus consecuencias, enriquezca esos conocimientos y habilidades, identifique nuevos problemas y fije prioridades en cuanto a las urgencias de su solución.

James y Pamela Toole (1995), refieren que el aprendizaje experiencial “es el uso de las habilidades del razonamiento crítico y creativo, lo que nos ayuda a prepararnos para actuar bien y aprender de la experiencia y examinar el contexto en el que ocurre la experiencia” (Camilloni, 2013: 16). Es un proceso por el cual una vivencia o un conjunto de vivencias se convierte en “experiencia” y ésta en un aprendizaje reconocido como tal, sin embargo, el proceso de la aplicación del aprendizaje (conocimiento) para la reformulación de nuevos aprendizajes se torna complejo y parece ser un desafío, aun cuando es un proceso de aprendizaje común que ya fue descrito con anterioridad.

Entonces, en la evolución del proceso de aprendizaje experiencial, Fernández-Rodríguez (2009: 43), menciona que dicho aprendizaje se considera como una “zona de innovación” que determina su importancia en el establecimiento de prácticas y desarrollo profesional de forma reflexiva, donde la experiencia parece antagónica a los conocimientos preestablecidos, donde la disyuntiva surge de la problematización y de su anclaje con el contexto y la práctica real, además, un elemento que contribuye ante esta dificultad es señalar la importancia del profesor o instructor, el cual no debe ser visto sólo como el poseedor del conocimiento y que debe trasmitirlo, sino que según Freire 2000, Young y Karme (2015), deben ayudar y apoyar en la experiencia del aprendiz (García-Romero y Lalueza, 2019:52).

Algo importante que se debe destacar de este aprendizaje experiencial, donde se realiza la transición de la teoría a la práctica, es la reflexión, hecho que permite una conexión entre los conocimientos y la aplicación de los mismos, ante este contexto la formación académica de enfermería se encuentra caracterizada por ellos, siendo de suma importancia que la formación de las enfermeras noveles se vea

apoyada por las enfermeras asistenciales en los diferentes contextos, donde este personal asuma el rol de la formación de las nuevas generaciones.

Es imprescindible que se reconozca la figura y la importancia del tutor(a) clínico de enfermería, como la enfermera que asume de forma voluntaria la responsabilidad de la tutoría del *prácticum* en su jornada de trabajo, siendo su referente y soporte pedagógico de una manera planificada y coordinada, desde un rol pedagógico, mediante las tutorías, el *conseling* o el *coaching* de las nuevas generaciones, San Juan y Martínez (2018:44-45), refieren que estos profesionales “desarrollen el pensamiento crítico a través de diversas estrategias, una de las cuales es el diario reflexivo que posibilita interrogar, analizar, conocer, evaluar y modificar su propia práctica”.

En enfermería los espacios asistenciales, principalmente clínicos, demanda en los profesionales de enfermería con nuevas funciones clínicas, además de competencias en el manejo de la información, el uso de nuevas tecnologías y la aplicación de intervenciones complejas en el cuidado de las personas en diferentes entornos, ante esto, Appleby y Camacho-Bejarano (2014: 97), refieren que los profesionales de enfermería deben tener acceso a una formación 50% experiencial o práctica, la cual se apega a las demandas de la Enfermería de Práctica Avanzada, que puede ser iniciada en el período de pregrado y será consolidada a través de los programas de máster y doctorado.

La enfermera de práctica avanzada, según el Consejo Internacional de Enfermería, es aquella donde los profesionales de enfermería han adquirido un conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para una práctica expandida (Schober y Affara, 2006: 146). Los aprendizajes prácticos/experienciales se convierten en el espacio donde los estudiantes pueden aplicar los aprendizajes logrados a través de su formación teórica en áreas básicas del quehacer profesional, por su parte, Iribar ha identificado que no siempre los procesos de aprendizaje en el áreas teórico clínicas están suficientemente cohesionados, lo que podría llevar a una confusión por parte del

aprendiz, quien al final de este disociación sólo experimentó aquellos procedimientos que pudo realizar enfrentándose a situaciones totalmente inesperadas (Araya-Leal, 2018: s/p).

No obstante, independiente de la inexperiencia de los aprendices en todo escenario real, siempre se debe pugnar por la responsabilidad de cada uno de los estudiantes, por sumar todo aprendizaje adquirido durante la práctica con los que ya posee teóricamente, además de la habilidad de generar nuevos conocimientos a lo largo de su desarrollo como profesional (Romero- Palacios, *et al.*, 2012: 244).

Capítulo III. Enseñanza del Pensamiento Reflexivo y Crítico

Para el desarrollo de este tipo de pensamiento se requiere de la enseñanza explícita de estas habilidades y su práctica a partir de actividades cotidianas (Sáiz y Rivas, 2008; Guzmán y Escobedo, 2006 en López, 2012:42) dicha afirmación encuentra su base en la visión sociológica de Freire (2010: 46), quien menciona que la enseñanza es el proceso intencional y planeado para facilitar que determinados individuos se apropien creativamente de algunos saberes con miras a la reconstrucción de los caminos de la curiosidad; mientras Durán (2014:11), desde una visión reiterativa menciona que “la enseñanza debería enseñar a relativizar lo que se sabe y lo que se es, o sea, aprender sobre lo que se enseña, sobre la propia enseñanza y en último extremo sobre lo que se es”.

Dentro del proceso de enseñanza se comprende que no es de manera unidireccional y meramente memorístico, como lo fue en algún momento, donde en las escuelas los alumnos habían de memorizar una serie de conocimientos y saberes que utilizarían al salir de la escuela, a lo que Freire (1984) llamó pedagogía transmitiva, donde la idea fundamental era la transmisión unilateral de conocimiento por parte del maestro, quien sostenía el conocimiento como si fuese un monopolio, y la función del alumno sólo era aprender o memorizar (Durán, 2014: 28).

En la actualidad, en la llamada sociedad del conocimiento, la trasmisión unilateral de los saberes parece obsoleta, los nuevos modelos educativos sostienen la construcción del conocimiento en vez de meramente recibirlo, en oposición, Juan Pozo menciona que “las formas de enseñanza parecen estar guiadas aún en la transmisión unidireccional de conocimientos, que los alumnos tienden a copiar y repetir de forma relativamente ciega, con lo que están cada vez más lejos de la forma en que esos mismos alumnos, como futuros profesionales, deberán usar el conocimiento cuando, por fin salgan de las aulas” (Duran, 2009: 4).

En este punto se debe hacer la especificación sobre que los procesos de enseñanza-aprendizaje no son exclusivos de una formación académica y tampoco

están acotados a las aulas; en el caso de enfermería este proceso es permanente, durante la vida profesional y sobre todo adquiere un significado agregado cuando el profesional de enfermería se convierte en facilitador de procesos de enseñanza, principalmente prácticos, técnicos, dentro de entornos clínicos reales. En este capítulo se revisarán las estrategias de enseñanza, pedagogía y didáctica, así como la evaluación, siendo estos elementos fundamentales para la enseñanza explícita y aplicada del pensamiento reflexivo y crítico en entornos clínicos reales.

A) Estrategias de enseñanza

Las estrategias de enseñanza pueden mirarse como planes de acción que desarrolla el docente, teniendo como sustento los objetivos y contenidos curriculares que se plantean en la enseñanza y su efectividad en determinadas maneras de actuar, formas de seleccionar actividades específicas para los alumnos, dentro de un contexto particular, institucional o social. En el nivel superior al docente se le exige la organización de estrategias metodológicas de enseñanza que permitan la articulación en el desarrollo de las clases de momentos teóricos y prácticos; que posibilite la inserción al mercado laboral (Del Rengo, 2013: 294). Para Díaz-Alcaraz, (*et al.*, 2014:60), los procesos de enseñanza son las acciones desarrolladas del profesor en el aula para producir aprendizaje. Tiene que ver más con aspectos concretos de la práctica docente, como: programación didáctica, metodología y evaluación de los aprendizajes.

En general, puede afirmarse que las estrategias de enseñanza son todas aquellas actividades del profesor relacionadas directamente con la producción del aprendizaje en los alumnos y en este sentido serían una parte de la práctica docente o del currículum real. Hativa (2000), indica que, independientemente del tipo de disciplina o especialidad, las universidades deben formar en sus estudiantes un pensamiento de alto nivel (pensamiento reflexivo y crítico) y convertirlos en aprendices autónomos (Guzmán, 2011: 131), este pensamiento es retomado como una meta muy citada por algunos autores como Dearing (1997) y Ramsden (2003), quienes a su vez señalaron otras metas comunes a desarrollar por las universidades

del siglo XXI: 1) Enseñar a los alumnos a analizar ideas y temas de manera crítica, 2) Desarrollar en los estudiantes las habilidades intelectuales y de pensamiento y 3) Enseñar a los alumnos a comprender principios y generalizaciones (Ramsden, 2003: 22).

En este sentido la enseñanza es un proceso conjunto entre el estudiante y el maestro, aun cuando este último parezca tener el cargo de este proceso, realmente se trata de una “construcción conjunta entre ambos actores de este proceso, además se transforma a partir de los continuos y complejos intercambios con los estudiantes y el contexto (institución, cultura, entre otros)”, y donde a veces los caminos no parecen unilaterales y se fraccionan por diferentes aspectos (Díaz, 2002 en Salvador, 2017: 28).

Derivado de un contexto fraccionado, Medina-González (*et al.*, 2016:593), ha identificado a la motivación y aplicación como factores importantes en el condicionamiento de la formación de los recursos humanos en salud, en el sentido que el aprendizaje de los contenidos, de determinada asignatura o disciplina, son condicionados por la motivación de los educandos y la aplicabilidad de los contenidos en su contexto de actuación, además el proceso de aprendizaje-enseñanza se constituye como un sistema de desarrollo profesional y personal que implica una comunicación y actividad intencionales, cuyo accionar didáctico genera estrategias de aprendizajes para el desarrollo de una identidad y proyección profesional del educando en el campo laboral.

Entonces, para transformar este proceso de enseñanza aprendizaje, Coraggio propone que éste “debe cumplir tres visiones de desarrollo: a) relación docente-educados, b) la relación alumno texto, c) la relación alumno contexto; así el primero busca crear condiciones favorables para un aprendizaje efectivo, un aprendizaje que permita el desarrollo simultáneo de los educados y educadores; el segundo, es que el aprendizaje y la enseñanza no debe restringirse al ámbito del aula, hecho que da lugar a la tercera visión, las experiencias extraescolares, contribuyen enormemente a

forjar expectativas al momento de incorporarse en el ámbito laboral (Bernal-Becerril y Ponce-Gómez, 2009: 35).

Es necesario admitir que, como ya fue mencionado, el proceso de enseñanza-aprendizaje, es un proceso que se sobredimensiona cuando se trata de la ciencia de enfermería y la enseñanza del cuidado, Bernal-Becerril y Ponce-Gómez (2009: 35-38), reconocen que no es un “fenómeno que pueda ser heredado, o transmitido fácilmente, sino que debe ser enseñado y aprendido a través de prácticas escolares, de lecturas, escritos, experiencias vividas en conjunto, historias de vida, narrativas”, pero sobre todo se debe trascender en la enseñanza del cuidado, sin embargo, en la puesta en práctica de la enseñanza de enfermería existe un “vacío” o discontinuidad entre los conocimientos y los que deben utilizar en la práctica, de hecho esto autores reconocen que los alumnos quizá no están aprendiendo y sólo tienden a una memorización, e incluso recuperar discursos por parte del “alumno donde expresan que lo que vivieron en la escuela no fue útil para su desarrollo en el plano laboral”.

En búsqueda de la solución de este hallazgo, estas autoras en su artículo *Propuesta para la enseñanza del cuidado en Enfermería* exponen estrategias de enseñanza para el aprendizaje del cuidado bajo una estructura del ser, saber y hacer de enfermería, haciendo una adaptación de las estrategias establecidas por Díaz-Barriga y Hernández (2002), retomadas de la obra *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: una interpretación constructivista*. Las estrategias de enseñanza frente al cuidado de enfermería son las siguientes:

Ser de enfermería toda vez que confiere los valores y la parte axiológica de enfermería como ciencia, las estrategias de enseñanza sugeridas son: Clarificación de valores y juicio crítico, discusión de dilemas y análisis de casos, comprensión y escritura crítica de texto, aprendizaje cooperativo y “situado y orientado a la comunidad, desarrollo de habilidades sociales afectivas y de autorregulación”.

Por su parte, son las estrategias de enseñanza asociadas con el aprendizaje del saber de enfermería lo que confiere los contenidos teóricos y los saberes conceptuales, especificando claramente que el camino no es la memorización de

conceptos; las estrategias sugeridas son: Lectura, organización categorial, elaboración verbal y visual, estrategias expositivas de procesamiento simple, donde se obtengan palabras claves, imágenes mentales y parafraseo y la investigación.

Mientras que en la parte del hacer, la estrategia de primera instancia recomiendan la repetición a través de la reflexión, la imitación a modelos apropiados, observación crítica, retroalimentación oportuna, pertinente y profunda, establecimiento del sentido de las tareas y del proceso en su conjunto, mediante la evocación de conocimientos y experiencias previas, verbalizar mientras se aprende, actividad intensa del alumno, centrada en condiciones auténticas, lo más cercanas a las condiciones reales donde se aplica lo aprendido, fomento de la metacognición: conocimiento, control y análisis de los propios comportamientos; dichas estrategias permiten que el estudiante se acerque a contextos reales que le permitan aplicar aprendizajes y con ello reformular nuevos aprendizajes a partir de la experiencia (2009: 38-40).

Sumado a las estrategias y la aplicación de éstas para diferentes contextos, la constante que se debe mantener en los procesos de enseñanza, se fundamenta en tres elementos: a) la planeación, siendo este paso el que representa la orientación de todo el acto didáctico, la modelación del resultado esperado sin desconocer el proceso para llegar a las metas establecidas (Cepeda, 2015: 76), además tiene tres fines: la ejecución de la tarea, incrementa la probabilidad de dar cumplimiento exitoso al aprendizaje.

Durante el desarrollo se debe conjuntar con la actividad de monitoreo, en esta fase del proceso de enseñanza se debe tomar conciencia de que es lo que se está haciendo, lograr la comprensión, partiendo siempre de lo ya planificado, Díaz-Barriga y Hernández, dicen que en esta fase se deben tener en cuenta dos miradas, una hacia atrás donde se tiene en cuenta lo ya planeado y bajo las condiciones que fueron hechas, y la mirada hacia delante (considerando los pasos o acciones que aún no se han ejecutado), al momento que se atiende lo que se está haciendo.

Por último la evaluación del proceso de enseñanza, donde se suman las actividades como las estrategias y técnicas aplicadas, “los procesos empleados en relación hacia los criterios de eficiencia y efectividad relativos al cumplimiento del plan y logro de metas” (Díaz-Barriga y Hernández-Rojas, 2002: 231-249).

Una vez que se han descrito las fases del proceso de enseñanza, los subtemas siguientes abordarán estas dos últimas fases donde la pedagogía y la didáctica son la puesta en práctica de las estrategias de enseñanza, las cuales corresponden a la planeación y por último se analiza la evaluación.

B) Pedagogía y didáctica

En ocasiones pareciera que la pedagogía y la didáctica dentro de la enseñanza pueden presentarse como sinónimos, sin embargo, cada concepto tiene sus particularidades dentro del proceso de enseñanza.

Meirieu (1999), menciona que la pedagogía es la reflexión sobre el acto de educar, o mejor aún, “la pedagogía es una reflexión sobre los fines de la educación y sobre los medios que uno puede poner al servicio de dichos fines”, actualmente la pedagogía moderna se ha ramificado en pedagogía experimental, institucional, por objetivos, diferenciada, del proyecto, del despertar, entre otras, también se asume que la pedagogía se vea nutrida especialmente por corrientes filosóficas como la hermenéutica, fenomenología, pragmática, filosofía social y filosofía crítica (Zambrano-Leal, 2016: 7).

Estas condiciones de origen de la pedagogía le exigen al profesor “tener en mente el principio de educabilidad, lo que significa que a pesar de toda resistencia, su función es intervenir en la educación del alumno, trabajar siempre en función de su libertad y autonomía”. Igualmente, como sujeto de saber, el pedagogo dedica sus energías a construir teorías sobre la educación y esto supone un espacio de reflexión sobre sus prácticas (Zambrano-Leal, 2016: 7,11); así también permite vigilar los procesos de apropiación, diseñar dispositivos de transmisión, generar estrategias de transmisión y regirse por el aprendizaje.

Por otra parte, Zambrano muestra que la didáctica como disciplina científica estudia el génesis, circulación y apropiación del saber y sus condiciones de enseñanza y aprendizaje, dicha ciencia se nutre de la psicología del aprendizaje, el socioconstructivismo y el conexionismo (Develay, 2004 en Zambrano-Leal, 2016:10). Por ello la didáctica mantiene la materialización y operacionalización de las estrategias de enseñanza, toda vez que es una rama de la pedagogía que se encarga de buscar métodos, técnicas y estrategias para mejorar el aprendizaje, por lo tanto, esta área de la educación se limita a la tecnología del aprendizaje, es decir, a provocar en cada estudiante el paso de las concepciones erradas a las concepciones ciertas de un contenido disciplinar.

Entre las tensiones que identifica Leal-Zambrano entre la pedagogía y la didáctica es: la pedagogía subyace de la utopía de mantener la libertad del ser humano a través de la educación, mientras que la didáctica se basa en el método a través de la enseñanza y hacer aprender bajo la organización de la técnica, siendo más rígida para la creación de los aprendizajes, algo que en cierto punto resta autonomía y libertad al aprendiz (Zambrano-Leal, 2016:12-14).

En el área de enfermería, la pedagogía que ejerce el docente está sujeta a la demanda de formación de los recursos humanos en salud y las condiciones y necesidades que deben cumplir éstos, por lo tanto la capacidad de ejercer la pedagogía en la enseñanza en enfermería se verá permeada por el “desarrollo de la capacidad de reflexión de los enfermeros profesores, en la busca de una práctica docente que considere tanto los aspectos de capacitación en conocimientos y habilidades, como también basada en la ética y en el respeto a la autonomía de los educandos” (Sebold y Carraro, 2011: 2).

Entonces, los profesores de enfermería que se dedicarán a la enseñanza deben reformular su propia pedagogía, partiendo de la formación y actuación no sólo de la disciplina sino en el área educativa, de esta manera quedó evidenciado en la revisión sistemática de prácticas pedagógicas docentes en enfermería, realizado por Sebold y Carro, quienes determinaron que aquellos presentan una creciente

necesidad de instrucción y capacitación en procesos de enseñanza y aprendizaje y sobre todo en el reconocimiento de la pedagogía para lograr una enseñanza y aprendizaje exitoso del cuidado, además consideran apremiante la formación de profesores reflexivos para la práctica docente a través del incentivo de estudios de bases teóricas y metodológicas de la educación en enfermería (Faria, 2004 en Sebold y Carraro, 2011: 10).

En este punto es prudente mencionar que, siguiendo esta preocupación, la RIIIEE ya ha trabajado sobre esta necesidad, generando un diagnóstico de la condición educativa de Iberoamérica en enfermería, en relación a la necesidad de desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico en los actores educativos: currículum, docentes y estudiantes, a pesar de ello, se debe reconocer que la formación y la educación de la nuevas generaciones no es sólo tarea de las instituciones académicas y de los profesores de la diferentes universidades, se realiza una tarea conjunta de enseñanza-aprendizaje con las instituciones de salud y los profesionales de enfermería adscritos a las diferentes áreas clínicas, en este contexto la educación se muestra más compleja y por ello la necesidad de realizar esta investigación, en el reconocimiento de cómo los profesionales de enfermería están aplicando este tipo de pensamiento.

Esto lleva a una reflexión donde el trabajo en el área educativa y todos sus componentes es una tarea pendiente en enfermería, de esta manera también se presenta la didáctica en donde Medina-González y Tafur-Castillo (2018:4), reconocen que la didáctica en enfermería refleja la aplicación de un cierto criterio sobre la forma de hacer las cosas, así como la enseñanza, en términos genéricos, e incorpora una serie de características a la enseñanza que facilita el aprendizaje, permite la presentación adecuada de contenidos de enseñanza.

Por lo tanto, y aun cuando la pedagogía y la didáctica parecen opuestas, trabajan en una integración del proceso de enseñanza-aprendizaje, en enfermería esto es fundamental toda vez que la trasmisión de los saberes sobre el cuidado no son tarea fácil e implican una serie de condiciones contextuales y disciplinares, por

ello la aplicación de un método en el resguardo de la autonomía y la independencia de la creación y recreación del aprendizaje se mantiene. En enfermería se han buscado métodos para facilitar los procesos de enseñanza –aprendizaje, así, se pueden clasificar de la siguiente manera: “a) la relación docente-discente: expositivos, elaboración conjunta y trabajo independiente; b) desde el medio para la obtención del conocimiento: orales, visuales y prácticos; c) de acuerdo con las funciones didácticas: tratamiento de nueva materia, consolidación y control y de acuerdo con la actividad cognoscitiva del estudiante: reproductivos, productivos y problémicos”, sin embargo, aun cuando se logra un método que involucre la participación del aprendiz, se debe tener en cuenta, según Talizina, (1998) dentro de la pedagogía y didáctica se deben analizar y aplicar “qué acciones permiten hacer al estudiante más activo y productivo” (Medina-González y Tafur-Castillo, 2018:8).

En la revisión de los métodos, la pedagogía y la didáctica aplicada a enfermería se pueden destacar métodos que principalmente buscan acercamiento con entornos reales, desarrollo de habilidades de reflexión y crítica, como el método socrático, la investigación o el método de búsqueda heurística o parcial, método problemático, la simulación clínica, y actualmente también se habla de la enseñanza con base en la enfermería basada en evidencias.

Con el *método socrático* se desarrolla en el aprendiz habilidades concernientes al pensamiento crítico como la interpretación, análisis, evaluación, inferencia, explicación y autorregulación, dicho método permite la creación de conocimiento a partir de sus propias experiencias e historias, mientras que el docente se presenta como una guía que aporta a este proceso desde su perspectiva, vida y conocimiento del mundo (Bethancourth-Zambrano y Enríquez-Burbano, 2013: 73,81). Este método también “propicia las condiciones para que cada estudiante logre desarrollar las habilidades del pensamiento crítico de forma particular y toma en cuenta elementos guía comunes para todos. Se puede trabajar este tipo de pensamiento dentro del contexto académico propiciando en los estudiantes características como “aumento en las habilidades de toma de decisiones, mayor

dominio y retención de la materia y mayor habilidad para generalizar los principios aplicables” (Betancourth, 2009:72).

En tanto que la *investigación o búsqueda heurística* “refleja los resultados del trabajo de búsqueda independiente de los estudiantes, pues mediante la discusión se puede orientar la solución de un problema sobre la base de preguntas y tareas o de la experiencia personal”. En este método es importante que el profesor domine la técnica de cómo hacer las preguntas. Éstas se deben expresar de manera clara, comprensible para los estudiantes; además, no deben tener respuestas obvias, sino que necesiten de un proceso de razonamiento y esfuerzo intelectual, por último, deben estar concatenadas de tal forma que dirijan ese razonamiento paso a paso y de etapa en etapa. En la aplicación de este método se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones: su aplicación es ideal durante la preparación de los estudiantes para los seminarios y al plantearles tareas desarrolladoras a los estudiantes más avanzados o que presentan dificultades, así como para el estudio independiente (Aleman, 2006 y Carvajal-Castillo y Sierra-Sandoval, 2011 en Petón-Velazquez, *et al.*, 2016: 63).

La principal intención del *método problemático* es el desarrollo de habilidades de creatividad y resolución proactiva, a este método también se le confiere el desarrollo del pensamiento independiente y aproximan la enseñanza a la investigación científica, Medina-González y Tafur-Castillo (2018:8), han determinado que este método en enfermería los “profesores deberán colocar al estudiante en una posición de conflictos, estableciendo que sea capaz de partir de la aplicación del método científico de la profesión (Proceso de Atención de Enfermería: PAE), darle solución a los problemas que se presentan en la situación problemática”.

La simulación clínica, como didáctica en la enseñanza de enfermería, permite la recreación de un escenario ideado para experimentar la representación de un acontecimiento real, con la finalidad de practicar, aprender, evaluar, probar o adquirir conocimientos de los diferentes sistemas de trabajo, así también Gaba (2004), refiere que la simulación es una técnica para reemplazar o amplificar una

experiencia real que está a menudo inmersa en lo natural, y cuya práctica simulada evoca o replica sustancialmente aspectos de ese mundo real, en una forma interactiva total (Altamirano-Drogue: 2019:5).

Con todo, debe considerarse que el logro de los aprendizajes dependerá del tipo de simulador que se esté utilizando, Altamirano-Drogue en su artículo, *La simulación clínica: Un aporte para la enseñanza y aprendizaje en el área de obstetricia*, describe algunos tipos de simuladores con base en otros autores; en esta clasificación menciona cinco tipos:

1) Simuladores de uso específico y de baja tecnología (Part task trainers), que son modelos diseñados para replicar una parte del organismo, por lo que sólo permiten el desarrollo de habilidades psicomotoras básicas (Maran y Galvin, 2003). 2) Personas pacientes simuladas o estandarizadas, sujetos actores entrenados que se utilizan para instrucción y evaluación de habilidades y comunicación (Levine y Swartz, 2008). Este tipo de simulación se desarrolla a través de la dramatización, juego de roles o role play. 3) Simuladores virtuales en pantalla, que permiten simular diversas situaciones e interactuar con el estudiantado a través de programas computacionales (Maran y Glavin, 2003). 4) Simuladores de tareas complejas, de alta fidelidad visual, auditiva y táctil, con los cuales se logra una representación tridimensional de un espacio anatómico (Maran y Glavin, 2003). 5) Simuladores de paciente completo, maniqués de tamaño real, manejados computacionalmente, que simulan aspectos anatómicos y fisiológicos. Estos permiten desarrollar competencias en el manejo de situaciones clínicas complejas y el trabajo en equipo (Lane, *et al.*, 2001) (Altamirano-Drogue, 2019: 5).

Con estas variantes de simulación clínica y acercamiento a los escenarios y la realidad, este método didáctico se asocia al aprendizaje basado en problemas, donde se ajusta perfectamente a las nuevas estrategias de enseñanza a nivel de educación superior, porque no solo facilita la adquisición de competencias, sino también promueve el trabajo en equipo, el liderazgo y la toma de decisiones, (Alcolea- Cosin, *et al.*, 2012:29), de esta manera los escenarios simulados poseen

una base constructivista, donde el trabajo en equipo y el acumulo de diferentes experiencias permite la solución de problemas.

El ultimo método didáctico de la enfermería basada en evidencias es revisado de manera sistemática por Cui, *et al.*, a través de un meta análisis de la *efectividad de la enfermería basada en las evidencias para el desarrollo del pensamiento crítico de estudiantes de enfermería*, producto de esta revisión se describe que la enseñanza que ocupa el método de la enfermería basada en evidencias proporciona un nuevo modelo de enseñanza para educadores de enfermería, el modelo de los cinco pasos en la enseñanza EBN, cultiva la capacidad de los estudiantes de enfermería para formular preguntas, adquirir conocimiento activamente, identificar autenticidad y utilizar racionalmente en conjunto el proceso de aprendizaje del cual es exactamente la utilización del pensamiento crítico (Shan *et al.*, 2013 en Cui, *et al.*, 2018:49).

Los cinco pasos de este método son similares y retomados por los construidos por el Grupo de trabajo de Medicina Basada en Evidencia en 1992, los cuales son: contiene objetivos y competencias de aprendizaje, que incluye introducir preguntas, encontrar evidencia, evaluar evidencia, aplicar evidencia y efecto de evaluación (Boström *et al.*, 2013 en Cui, 2018:48).

Se puede afirmar que el método didáctico de la *enfermería basada en evidencias* es un enfoque de aprendizaje efectivo, que puede hacer que los estudiantes se conviertan en buenos pensadores. Como era de esperar, los resultados de este meta análisis sugiere que este método de enseñanza es una forma efectiva de promover el pensamiento crítico de los alumnos, comparado con el método tradicional. Además podría influir en la capacidad de los estudiantes de enfermería de procesar problemas, como la inferencia, reconocimiento de supuestos, deducciones, interpretaciones y evaluación de argumentos, también podría modificar la actitud de los estudiantes de enfermería sobre el problema, es decir, la búsqueda de la verdad, la apertura mental, análisis, sistematicidad, autoconfianza, curiosidad y madurez.

Por lo tanto, este método didáctico “podría utilizarse como un método de enseñanza mundial en la futura educación de enfermería, prestando más atención al cultivo del pensamiento crítico” (Cui, *et al.*, 2018: 56).

Ahora que se han descrito los métodos pedagógicos y didácticos mayormente utilizados en enfermería, enseguida se revisará la evaluación.

C) Evaluación

Según Díaz-Barriga (2003: 154), la evaluación, desde su visión sociológica, favorece de alguna manera que el estudiante pierda o tome conciencia de sí mismo y de su propia situación, dado que lo importante es sobresalir, ganar a los otros y obtener la máxima puntuación. De esta forma el alumno difícilmente reflexiona sobre su aprendizaje, es decir, sobre para qué aprendió y cómo logro aprender; también crea un falso mito sobre el aprendizaje, referido básicamente a un número: la máxima clasificación significa que ha aprendido, la calificación no aprobatoria quiere decir que no sabe. Entendida como una actividad social, implica reconocer las determinaciones sociales que la afectan, por lo tanto, no se puede analizar tan sólo como una propuesta técnica con neutralidad valorativa y pretensión objetiva, como es definida a continuación.

Carreño (1997:71), concibe a la evaluación como parte inherente del proceso sistemático de enseñanza y aprendizaje, se le identifica como el conjunto de operaciones que conducen a determinar y valorar los logros alcanzados por los alumnos en relación con los objetivos de aprendizaje previamente trazados, entre las funciones de la evaluación son la contribución a la toma de decisiones, la retroalimentación y el reforzamiento del proceso de aprendizaje, para Lafurcade y Tenbrick, la evaluación es un proceso para obtener información y usarla para formar juicios, que a su vez se utilizarán en la toma de decisiones y revaloración de los planteamientos con base en los resultados (Díaz-Alcaraz, *et al.*, 2010: 34-36).

Actualmente las definiciones de evaluación aun reflejan una inclinación positivista y cuantitativa, tanto que para algunos autores representa un sinónimo de

medición basado en la comparación de una medida estándar que permite emitir un juicio basado en la comparación; al respecto Díaz-Barriga menciona que la medición como proceso de evaluación implica aceptar la posibilidad de medir el aprendizaje, llevándolo a la superficialidad y detrimento del mismo proceso, a través de la confección, aplicación e interpretación de datos por medio de exámenes, sin perder de vista que la aplicación de estas pruebas difícilmente sirven para medir el aprendizaje que no sea memorístico (Díaz-Barriga, 2003: 157,160-161).

En el sistema educativo la evaluación adquiere diferentes enfoques metodológicos: cuantitativo o experimental, utilizado desde el siglo pasado en la búsqueda de la objetividad de la evaluación, aplicando estrictas normas estadísticas, con exclusivo énfasis en los productos o resultados de la enseñanza; mientras que la metodología cualitativa o iluminativa: Con representantes como McDonald, Stenhouse y Elliot, valora significados subjetivos a largo plazo, poniendo énfasis en el proceso de enseñanza y aprendizaje, más que en los productos, centrada en las descripción e interpretación, más que en la generalización estadística (Díaz-Alcaraz, *et al.*, 2010: 40-42).

Sin embargo, en el mundo social y frente a la necesidad de dominio de ciertas competencias, el objetivo de la evaluación en las Instituciones de Educación Superior es valorar la competitividad de los egresados para una inserción productiva en el mercado laboral, la relevancia de los contenidos teóricos-prácticos, propiciar la reflexión de los alumnos en torno a su propio proceso de aprendizaje, así “las evaluaciones suelen centrarse en el grado de asimilación del discurso científico, y en ocasiones práctico, como es el caso de la práctica del Cuidado de Enfermería” (Bernal-Becerril y Ponce-Gómez, 2009: 35).

En un estudio de Tejada (*et al.*, 2009: 210), sobre la evaluación cualitativa de un programa de formación de enfermeras, la perspectiva de los profesores y los estudiantes, han evaluado el uso de las diferentes didácticas, algunas de ellas expuestas en el su tema anterior, por lo que los estudiantes consideraron que la metodología dinámica y cambiante les permite integrar los contenidos teóricos y

prácticos, lo que los motiva a estudiar. El trabajo en equipo les permite aprender a organizarse, ejercer el liderazgo, conocer las opiniones de otros y aprender más. También valoran como algo positivo el que exista una materia donde se revisan estrategias para estudiar y comprender las lecturas, y elaborar síntesis facilitándoles la realización de sus tareas”.

Es común que en los procesos de evaluación los consideren incongruentes, pues mientras la pedagogía y la didáctica parecen desarrollar o exigir el desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico, las escalas, los exámenes o rúbricas de evaluación siempre ponderan la memorización y repetición de la información (Tejada, *et al.*, 2008: 85).

Frente a estas incongruencias se entiende que todo proceso de valoración tiene un objetivo mayor como la retroalimentación y reformulación de los procesos de enseñanza y aprendizaje así como la pedagogía y didáctica utilizada, Durante (2006), establecen diferentes niveles para evaluar la enseñanza práctica, “en el primero los conocimientos, en el segundo las competencias que requieren integración de la información, mediante planes para resolver cuestiones o problemas, por medio de una toma de decisiones razonada, en el tercero, las actuaciones del alumno en situaciones simuladas, y en el último nivel, la competencia clínica, consistente en la práctica en entornos reales”. Entre los métodos de evaluación se han diseñado nuevos modelos más sofisticados de evaluación, entre los que destacan el uso de portafolios o e-portfolios y las rúbricas (Lima –Rodríguez, *et al.*, 2015: 121).

La evaluación en enfermería es un proceso de reflexión sobre la praxis, que además de favorecer el perfeccionamiento de una acción, contribuye a una humanización con la persona que amerita un cuidado. Por consiguiente, “evaluar es indagar, contrastar realidades y describir las limitaciones y las oportunidades en el acto de cuidar” (Gaviria, 2009: 31).

Capítulo IV. Aplicación del Pensamiento Reflexivo y Crítico

A partir del proceso continuo de enseñanza- aprendizaje y los postulados en capítulos anteriores, el pensamiento reflexivo y crítico dirige y orienta las acciones e intervenciones de enfermería, toda vez que es aprendido y perfeccionado durante el ejercicio profesional.

Dicho pensamiento es útil ante la exigencia de una práctica reflexiva y basada en evidencias, además de ser la herramienta fundamental por la necesidad constante de fundamentar los cuidados de enfermería, así como de demostrar ante otras profesiones el nivel de competencia y responsabilidad en el otorgamiento del cuidado de enfermería, lo que se traduce como el dominio por parte de los profesionales de enfermería en la formulación de juicios clínicos y razonamiento diagnóstico.

Siguiendo en esta línea, Cárdenas, (*et al.*, 2015:37), propone que este pensamiento en el campo de enfermería “es el puente de unión entre la parte más artística de la enfermería y aquellos elementos asociados con el campo de la ciencia, procurando así una mayor calidad en la prestación de los cuidados”, de esta manera el desarrollo y fomento de este pensamiento es un asunto que requiere solución y propuestas que permitan entender el proceso de aplicación de manera explícita en cada una de las actividades de los profesionales de enfermería, el empleo de este pensamiento inicia en la formación y posteriormente en el ejercicio laboral, a través del proceso de atención de enfermería, el cual permite acrecentar y proyectar de manera objetiva el uso y aplicación de este pensamiento.

También se ha reconocido, a través del estudio del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería, de manera teórica y empírica, sobre los tres elementos de la educación (currículum, docentes y estudiantes), la atribución de los constructos: liderazgo, toma de decisiones y autonomía; dichos constructos se han considerado como la evidencia genuina del dominio de este tipo de pensamiento, esto es, todo profesional de enfermería que es capaz de demostrar y tomar el liderazgo que requiere la profesión dentro de un equipo multidisciplinario, además de participar

activamente ante la toma de decisiones en el cuidado de la salud del paciente, dando como resultado la proyección de profesionales de enfermería autónomos e independientes.

A) Liderazgo

Sobre el liderazgo se ha escrito mucho, sin embargo, en el mundo social se ha creado un estereotipo de las personas que supuestamente tienen la esencia de líder, siendo las que se desarrollan con éxito y generalmente siempre se ha asociado a la cantidad o postura que pueda tener frente a un grupo de personas.

Otros autores asocian el liderazgo con la personalidad, el carisma y el carácter que han desarrollado, además de que también se requiere del desarrollo de ciertas habilidades que le otorguen otros atributos más allá de su personalidad, sobre todo porque quienes siguen a los líderes observan y aprecian las habilidades que posee y donde pueden encontrar apoyo; en este sentido, actualmente se ha demostrado que el liderazgo, es un fenómeno de grupo que implica un proceso de influencia de un individuo sobre los demás, el que liderazgo es un proceso colectivo y por lo tanto, compartido entre todos los miembros (Laurencio y Trevizan, 2001: 17).17).

Díaz-Meringo (2004:149), en su obra *Liderazgo para procesos de calidad*, describe una serie de casos de personas que fueron consideradas líderes durante la historia mundial, sin embargo, argumenta atinadamente que ninguno posee poderes extraordinarios, simplemente fueron personas que destacaron por responder exactamente a una necesidad en el momento adecuado, contestando de manera óptima al momento y las circunstancias que les tocó vivir, por tanto, este autor refiere que “no existen grandes hombres, sino grandes acontecimientos que hombres ordinarios deben afrontar”, considerando también que quizá sólo es cosa de suerte para afrontar tareas con éxito, pero lo que realmente revela la calidad del líder es el tamaño y la complejidad de la tarea a resolver.

Aun cuando este autor parece tomar una posición simple ante el ejercicio del liderazgo, hay varias circunstancias que hacen la práctica de liderazgo una tarea

compleja, esto es porque subyace en la relación que se debe establecer con las otras personas donde la complejidad de la convivencia humana, donde la mayoría de las personas creen tener la razón manteniendo la postura que el que se equivoca es el otro, y además se vive en una incongruencia constante donde las personas exigen comprensión de las debilidades, pero no está dispuesta a comprender o entender las debilidades de los otros, en este sentido de interacción humana también se encuentra la prepotencia de quienes poseen un cargo con autoridad. Además se debe reconocer también la tarea de congruencia quien ejerce el liderazgo toda vez que el liderazgo se sustenta, en la congruencia de los actos del líder, y de manera indudable es un hecho que le confiere credibilidad y seguimiento por parte de los seguidores.

Por lo tanto Ribeiro (2004:149), subrayan como fundamentales algunas características para el ejercicio del liderazgo: búsqueda constante del conocimiento y distribución de este a los liderados, comunicación eficiente, involucramiento, credibilidad, alto grado de resolución de actividades complejas y ambiguas para el contexto organizativo en el que se inserte, buena relación interpersonal, entre otros.

Sumado a esto el liderazgo retoma importancia en enfermería porque tiene que hacer frente a varios grupos de personas en diferentes escenarios, así mismo por la búsqueda constante de reconocimiento en el ejercicio profesional en diferentes organizaciones, de hecho Cardoso (*et al.*, 2011:735), ha considerado al liderazgo como un elemento primordial para la trascendencia en la toma de decisiones para el desarrollo de la profesión en todos los ámbitos de la vida social, económica y política.

La enfermería es una ciencia que interacciona con otras ciencias. La búsqueda del conocimiento respecto de la naturaleza, de la sociedad, de hechos y fenómenos, exige que el enfermero sea un profesional interactivo y capaz de lidiar con las diversas categorías profesionales (Ribeiro, 2006: 115).

Ribeiro, et al., (2010) defienden también que, inevitablemente, el enfermero desarrollará la habilidad de liderazgo, independiente de sus características personales, pues la enfermería requiere de un profesional competente, capaz de

lidar con la gran diversidad humana, además de mostrarse apto para resolver problemas y proponer cambios, señalando soluciones para lo que no satisface a las necesidades de la población y del equipo. El enfermero, como profesional y coordinador del equipo de enfermería, necesita ejercer liderazgo y para eso es imprescindible que desarrolle esa habilidad (Souza, et al., 2013:276-277).

Balderas (2009: 210) hace referencia a tres tipos de liderazgo: el liderazgo autocrático, que pone énfasis en el enfermero líder, siendo él quien toma las decisiones, imponiendo su criterio e informando las órdenes al personal a cargo. En cuanto al liderazgo democrático, el enfermero líder es un integrante más del equipo, estimulando al personal a cargo en la elección y realización de sus funciones y tareas. Finalmente, en el liderazgo liberal, el enfermero líder limita su participación, centrando su interés en el personal y entrega a este la capacidad de decidir.

El liderazgo es una habilidad esencial en la vida profesional del enfermero, pues le capacita para comunicarse claramente con el grupo, ser capaz de señalar soluciones para los conflictos y tener iniciativa en la toma de decisiones, atributos que garantizan un desempeño satisfactorio en su trabajo, lo que demuestra la estrecha relación entre liderazgo y enfermería.

Por lo tanto el profesional de enfermería en su “deber de gestionar el cuidado, las enfermeras tienen la responsabilidad de liderar su mejor administración, usando para ello un pensamiento crítico que gobierne las capacidades cognitivas, y persuadiendo positivamente con habilidades y actitudes que orienten al logro de las metas propuestas para la ejecución del cuidado. Dada la estructura y dinámica del sistema de cuidado, las enfermeras pertenecerán a un equipo de salud y también serán responsables de liderar a profesionales, técnicos en enfermería y auxiliares. Esta forma de trabajo demanda que las enfermeras no solo asuman la dirección del sistema de cuidado, sino que además acompañen a la dirección con un adecuado liderazgo. Para ello, se debe tener presente el contexto en el cual se desenvolverán, pues se debe analizar el tipo de liderazgo que se ha de ejercer, considerando para ello la decisión por sí misma, las personas que participan en la organización, los

beneficios o las consecuencias de la decisión, y la experiencia o los conocimientos necesarios para la resolución de conflictos” (Guerrero-Nuñez y Cid-Henriquez, 2015: 135).

Así el liderazgo en enfermería tiene mayor probabilidad de avanzar, en la medida que voluntariamente sea incentivado por actitudes innovadoras en proyectos e inversiones personales y grupales, destacando en ello la necesaria unión entre las profesionales (De Melo y Schlindwein, 2011: 653).

B) Toma de decisiones

Tomar una decisión implica el proceso de elegir entre diferentes alternativas de acción, donde se seleccionan aquellas alternativas que se perciben como más efectivas para lograr los resultados esperados y evitar los no deseados. “El ambiente sanitario se caracteriza por enfrentar permanentemente situaciones decisionales, lo que puede ser potencialmente difícil, particularmente cuando el curso del tratamiento o de la enfermedad es incierto o cuando la decisión implica realizar concesiones valóricas entre riesgos y beneficios” (O’Connor y Jacobsen, 2007: s/p).

Stacey, (*et al.*, 2010: 170), refiere que “la toma de decisiones en salud es un fenómeno de naturaleza compleja y multivariada”. Se produce básicamente por la existencia de un problema decisional, con diferentes alternativas de solución, grados de complejidad, posibles resultados y consecuencias entre las cuales se debe elegir. Este problema decisional, además, va a estar condicionado por las particularidades del usuario o (estado físico, psicológico, valores, expectativas, percepción de riesgo etc.) y por las del contexto (urgencia, tiempo, información existente etc.), según Pierce y Hicks (2001: 270).

En este contexto multivariado O’Connor en 1995 ideó una sistematización de la toma de decisiones en donde considero aspectos técnicos para la toma de decisiones estableciendo por lo menos cuatro aspectos básicos: 1) Las opciones o alternativas iniciales, 2) Los valores y utilidades de los resultados, 3) la

incertidumbre, 4) Resultados o posibles consecuencias (Mosqueda-Díaz, et al., 2014: 462-467).

En la literatura también se encuentra la referencia al desarrollo de teorías para la toma de decisiones en donde destacan dos teorías. “La primera es la teoría hipotético deductiva, que establece que la toma de decisiones se inicia con la adquisición, agrupación e interpretación de señales que generarán las hipótesis a confirmar o rechazar; posterior mente se elaborarán diagnósticos, y después se evaluarán las opciones de tratamiento a implementar en el plan terapéutico, para, finalmente, evaluar los resultados obtenidos. La segunda teoría es la del procesamiento dual, que postula que el razonamiento y la toma de decisiones pueden ser descritas como la función de sistemas: el primero es un sistema intuitivo, experiencial y afectivo, y el segundo es analítico, deliberativo y de procesamiento, es decir, el primero enfatiza la intuición y el segundo el análisis, en los que resaltó el uso efectivo de las capacidades cognitivas, así como los procesos de razonamiento que se dan” (Jefford, et al., 2011: 251-553).

Continuando con la búsqueda, la sistematización de la toma de decisiones Roche (2002: 366-367), a través de un estudio comparativo, analizo la enseñanza de las decisiones clínicas a través del modelo educativo clínico, con base en 3 elementos: los tipos de observación, la evaluación de la información observada, y las acciones de enfermería que se deberían ser tomadas, dicho estudio evidencio que dicha metodología seguida por los estudiantes permitió en ellos una experiencia clínica con más oportunidad de recibir retroalimentación que los otros.

De esta manera la toma de decisiones en salud parece ser la secuencia de una serie de pasos estructurándose como una herramienta de gran utilidad, sustentada en los constructos éticos vigentes, que posibilita una interacción más efectiva, de mayor horizontalidad y de acuerdo a las necesidades del usuario.

Para enfermería y la toma de decisiones es importante recordar que Patricia W. Iyer ha clasificado las actividades de enfermería en tres áreas: independientes, interdependientes y dependientes, señalando que el ejercicio de la profesión

contempla la toma de decisiones y su actuación correspondiente (Guillamet y Jerez, 2001: 215). Por tanto, la actividad de cognición en la toma de decisiones y, por consiguiente, el acto mismo que involucra, requieren de un pensamiento crítico que corresponde a un evento de permanente ejercicio en las enfermeras, con la finalidad de intervenir con decisiones asertivas y que brinden bienestar en los pacientes y las instituciones de salud. La deliberación en la toma de decisiones y la ejecución de la decisión, corresponden a un actuar autónomo de la profesión, especialmente en aquellas actividades de tipo independiente.

Respecto del entorno quirúrgico, en la vida diaria personal y profesional, con frecuencia afrontan situaciones difíciles o dilemas que exigen tomar una decisión. "La necesidad de esa toma de decisiones ocurre frente a dilemas que surgen cuando se tienen dos o más alternativas que presentan condiciones de incertidumbre para actuar bien en el campo de la enfermería" (Garzón-Alarcón, 2001: 175).

En este sentido la toma de decisiones aún se presenta como una debilidad en el área de enfermería y sobre todo por que limita la práctica reflexiva del cuidado, lo que implica que deba ser un trabajo conjunto entre la academia y las instituciones de salud en este sentido esta habilidad de toma de decisiones debe trabajarse desde estrategias pedagógico-didácticas que "incluyan el conocimiento y las experiencias para desarrollar habilidades de resolución de problemas y de esta manera generar una nueva epistemología de la práctica de enfermería (Morán, et al., 2016: 54).

C) Autonomía

Algunas definiciones de autonomía tales como la que postula la RAE: "Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie"; la de Kramer y Schmalenberg: "Libertad para actuar en lo que se sabe"; la descrita por Keenan: "Considerar el juicio independiente para obtener un resultado deseado"; y Blanchfield: "La habilidad para desempeñar funciones en forma independiente, sin tener supervisión cercana". Estos conceptos reconocen en común el tener conocimiento relacionado con lo que compete y ser capaz de aplicarlo de manera independiente (Luengo-Martínez y Paravic-Klijn, 2016: 44).

Por su parte el filósofo francés Foucault efectúa un análisis sobre el poder y cómo enfermería se relaciona y convive dicho filósofo menciona desde su cátedra del Collège de France, se refirió al saber enfermero como uno de los muchos saberes sometidos (Foucault, 2002), un saber silencioso y silenciado que según Meleis 1997 se da cuando se deja de abstraer y organizar todo el conocimiento que cada día miles de enfermeras producen pero que no llegan a sistematizar y mucho menos a publicar (Amezcuca, 2009: 77)

Amezcuca (2009: 79) en su artículo de reflexión *Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano* muestra como un síntoma de madurez intelectual de una profesión que se ha movido en una forma de pensamiento bipolar, pasando de no pensar (periodo vocacional de formación religiosa) a pensar sólo lo que podía discurrir por sí misma (periodo de los modelos enfermeros). Michel Foucault invita a saltar los muros del convento disciplinar para ser testigos de la forma en que fuera se construyen las verdades y a observar cómo se desarrollan las relaciones de poder en las instituciones sanitarias. Invita a las enfermeras a pensar las instituciones de las que forman parte, cuestionando lo que se muestra como natural para buscar en lo cotidiano elementos que permitan visualizar la manera inusitada en que a veces se recorta la realidad histórica

Enfermería, como profesión autónoma, y con la finalidad de contravenir a los poderes que pudieran surgir para someter y no develar la autonomía que posee producto de su saber (poder experto), debe hacer uso del amplio conocimiento del cual dispone como disciplina. En este sentido, Ann Marriner indica que “una profesión hace referencia a un campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan”. La misma autora menciona que por la incorporación de la teoría de enfermería en la profesión, esta “funciona de manera autónoma para formular estrategias profesionales y, por tanto, controlar la actividad profesional” (Marriner y Raile, 2007: 79). Entonces se debe reconocer la importancia tal del conocimiento y la aplicación de la disciplina de enfermería a los deberes del cuidar, pues de esta manera serán las mismas enfermeras quienes confeccionen las

estrategias, controlen y regulen su actividad profesional, sin requerir para ello la supervisión de otro profesional.

Para que el saber silencioso mencionado por Foucault se libere de esta sumisión y sigilo, se debe no solo estudiar en el pregrado o posgrado las teorías de enfermería, sino además incorporarlas en el acto mismo del cuidar, lo cual permitirá un actuar autónomo y fundado en la ciencia. En sintonía con lo anterior, la práctica de enfermería basada en la evidencia se sitúa como una estrategia fundamental, donde gracias a la investigación en el área se transita de un paradigma del hacer rutinario y “porque siempre se hizo así” a una práctica basada en la ciencia y con demostración de evidencias que aseguren, de cierta manera, una entrega de cuidados de calidad (Guerrero-Nuñez y Cid-Henriquez, 2015: 133).

es conveniente reforzar entonces que enfermería dispone de autonomía en cuanto al saber, es decir, los conocimientos que respaldan una práctica autónoma, pero lo que sigue siendo confuso es el ejercicio de la autonomía en cuando al saber ser (actitud) y al saber hacer (habilidades), pues la adquisición de autonomía conlleva una integralidad, y no concierne solamente a la aplicación de técnicas específicas sin la supervisión de otro profesional, sino que además se refiere a la toma de decisiones, la libertad de acción y la aplicación de criterios en los cuidados otorgados. En este mismo sentido, y relacionado con la dificultad en el saber ser y saber hacer, la enfermera en su trabajo “posee dificultades en tratar con conflictos y en desempeñar el liderazgo en el ámbito hospitalario” (De Lima, *et al.*, 2011: s/p). Esta dificultad en el desarrollo de habilidades para la gestión de los cuidados (liderazgo y autonomía) puede ocasionar frustración del líder y de los miembros del equipo.

Luengo-Martínez y Paravic-Klijn (2016: 45) han concluido producto de su investigación sobre la *autonomía como punto clave para el desarrollo de la enfermería basada en evidencias*, “Es necesario que los profesionales de enfermería se empoderen de su rol autónomo y se sientan con la autoridad suficiente para cambiar los cuidados otorgados a las personas según la mejor evidencia disponible,

incorporando además su juicio profesional y los valores y necesidades de los usuarios. Siendo fundamental también formar profesionales de enfermería capaces de practicar la EBE, agentes de cambio que promuevan y defiendan la salud de los individuos, que se caractericen como personas comprometidas con la profesión, a medida que incorporan conocimientos de la investigación a su realidad práctica, desenvolviéndose como profesionales autónomos”.

Capítulo V. Plan de intervención: Seminario para el desarrollo y fomento del pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería

Introducción

La práctica profesional de enfermería ha monopolizado el cuidado de la vida, por esta razón se debe trabajar en la concepción de la disciplina de enfermería desde los fundamentos epistémicos, filosóficos, paradigmáticos y sociológicos alrededor del cuidado, por lo tanto, ahora se deben reflexionar y teorizar los avances e innovaciones en la praxis del cuidado profesional de enfermería, definiendo y ajustando los propios conocimientos con bases científicas, sociales humanistas que den sentido a esta profesión (Toxqui, et al., 2014: 30).

Por ende, se debe reconocer que el cuerpo de conocimientos alrededor del cuidado profesional de enfermería se ha construido principalmente a través la investigación científica (Duran, 2001: 8), por esta razón, actualmente se menciona que la práctica profesional de enfermería está basada principalmente en evidencias científicas desde el paradigma biologicista de la medicina (Orrellana y Paravic, 2007: 18).

En este panorama, las evidencias se construyen bajo el uso consciente y explícito del paradigma del cuidado, la síntesis de la literatura científica, integrando una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica que guíe el pensamiento de la ciencia de enfermería. Morales (2003: 38) ha definido a la enfermería basada en evidencias como el uso consciente, explícito y juicioso de información derivada de la teoría y basada en investigación, para la toma de decisiones sobre prestación de cuidados a sujetos o grupos, teniendo en cuenta sus preferencias y necesidades individuales.

Estas definiciones, modifican la perspectiva de la práctica de enfermería donde con el uso consciente de las habilidades de reflexión, crítica, síntesis, argumentación del juicio clínico, entre otras, hacen visible las diferentes perspectivas

y formas de ejercer el cuidado profesional de enfermería sobre el pensamiento hegemónico biologicista de la salud.

En este contexto, es evidente la necesidad de fundamentar los cuidados de enfermería en evidencias científicas y de acuerdo con lo mencionado anteriormente se requiere mirar el desarrollo y fomento del pensamiento reflexivo y crítico, toda vez que este tipo de pensamiento, “es un proceso de razonamiento complejo, sistemático y deliberado, autodirigido y orientado a la acción, cuyo fin primordial es elegir, con base en procesos intelectuales y afectivos (cognitivos, experienciales e intuitivos), las mejores opciones de respuestas que favorezcan la solución de problemas de enfermería, en contextos bien definidos y de acuerdo con los postulados éticos de la profesión, que le permitan actuar con racionalidad y autonomía profesional” (RIIEE, 2013:20).

Esta concepción del pensamiento reflexivo y crítico determina que es una herramienta indispensable en la práctica profesional de enfermería, reconociendo que, según Thompson (1998: 7), en enfermería existe una práctica rutinaria, así como una brecha entre el cuerpo de conocimientos de enfermería y la práctica diaria. Además, Retsas (2000: 602) ha identificado otras barreras como la falta de aplicación de la nueva información o evidencia científica en el cuidado y es que el personal argumenta no tener el tiempo suficiente, así como organizaciones de trabajo que permiten la innovación necesaria, sumado al aislamiento de las enfermeras, de sus colegas o de otros profesionales de la salud (Orrellana y Paravic, 2007: 20).

Parahoo (2000), por su parte menciona que los profesionales de enfermería no sienten poseer la suficiente autoridad y autonomía para cambiar los cuidados aprendidos o aplicados de forma rutinaria, además de presentar una actitud negativa para asumir responsabilidades, así como motivación insuficiente en las áreas laborales (Vélez, 2007: 347-348); Passalenti (2006) opina que las bajas posibilidades de desarrollo profesional y falta de reconocimiento hacen más visible la falta de actualización de la disciplina de enfermería, escenario que da como resultado

umentar la brecha, que ya se había mencionado anteriormente, entre los conocimientos y la práctica clínica de enfermería

En este escenario de la práctica profesional de enfermería que han descrito los autores anteriores, se requiere de la aplicación de estrategias que permitan modificar la práctica de enfermería, así como las formas de otorgar cuidado fuera del paradigma biologicista.

En el camino de la búsqueda de estrategias que contribuyan a una solución, Romero (2003: 45) se inclina por la aplicación e innovación de prácticas pedagógicas desde pregrado y su continuidad en los entornos laborales que afiancen el pensamiento reflexivo y crítico en los profesionales de enfermería. Por su parte Gálvaez, *et al.*, mencionan que la implementación de cursos y talleres de manera continua en las áreas laborales permiten un aprendizaje basado en problemas, permitiendo que los profesionales de enfermería tomen decisiones de manera asertiva para el cuidado de los pacientes (Orrellana y Paravic, 2007: 22).

La presente investigación sobre la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería del ámbito quirúrgico, después de entrevistar a 20 profesionales de enfermería e identificar puntos de mejora alrededor de este tipo de pensamiento, todavía no refleja un desarrollo significativo al otorgar cuidado, además, la toma de decisiones que se ha venido observando está referida a procedimientos o técnicas, estando ausente de manera frecuente un liderazgo propositivo y asertivo y una autonomía profesional que es mayormente delegada y ejercida por la jefa de servicio.

Bajo estas consideraciones, este programa de intervención educativa, dirigida a los profesionales de enfermería en el ámbito quirúrgico, pretende sensibilizar, compartir y comunicar la importancia de ejercer, de manera sistemática y cotidiana, el empleo de un pensamiento reflexivo y crítico, que favorezca un nivel mayor de concientización, humanización y responsabilidad profesional al otorgar cuidado formal, en sus vertientes de cuidado directo, educación, investigación y gestión.

Objetivo General

Describir los testimonios, percepciones y actitudes del profesional de enfermería sobre la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico

Objetivos específicos

- 1) Explicar la importancia de la relación dialéctica del cuidado humanizado y el pensamiento reflexivo y crítico.
- 2) Reconocer el aprendizaje y la enseñanza como elementos claves para la aplicación y transmisión de este pensamiento a las nuevas generaciones
- 3) Identificación de los tres constructos (toma de decisiones, liderazgo y autonomía) dependientes de la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico.

Limites

- Tiempo: 11 al 15 de febrero del 2019, de lunes a viernes, de 9:00 a 13:00 hrs.
- Horas totales: 25 horas Curriculares
- Emisión de constancia de la RIIEE.
- Lugar: Centro Oncológico Estatal del Instituto de Seguridad Social de Estado de México y Municipios (ISSEMyM).
- Espacio: Aula asignada

Recursos

- Profesoras de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.
- 15 a 20 Profesionales de enfermería que laboren actualmente en el área de quirófano, en instituciones de salud públicas o privadas
- Un Aula
- Lap top y proyector

Perfil de asistentes

- Profesionales de enfermería con una formación académica igual a licenciatura, especialidad o maestría.
- Profesionales de enfermería asignados al área de quirófano.
- Asistencia mínima de 20 horas presenciales.
- Profesionales de enfermería que se comprometan a cumplir con los productos durante el seminario.
- Asignación exclusiva para la asistencia continua al seminario.

Contenido temático

| Horas presenciales | Día | Contenido temático |
|---------------------------|----------------------------|--|
| 5 hrs. | Lunes 11 Febrero | Conceptualización e importancia del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería. |
| 5 hrs. | Martes 12 de Febrero | Cuidado humanizado de enfermería |
| 5 hrs. | Miércoles 13 de Febrero | Enseñanza y aprendizaje del pensamiento reflexivo y crítico |
| 5 hrs. | Jueves 14 de Febrero | Desarrollo de las características de un pensador reflexivo y crítico: liderazgo, autonomía y toma de decisiones. |
| 5 hrs. | Viernes 15 de Febrero | Recopilación de sugerencias del seminario, Clausura y entrega de constancias. |

Evaluación

1) *Evaluación inicial o diagnóstica:* Tomando como referencia los objetivos del seminario, todos los asistentes argumentaran las expectativas ante la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico y la mejora en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería, dichos comentarios serán recopilados en dispositivo móvil y posteriormente transcritos y comparados con los comentarios de la evaluación final.

2) *Evaluación permanente o de proceso:* Con base en el programa establecido, en cada sesión se fomentará la interacción y argumentación asertiva. Se llevará una bitácora de campo, que permitirá registrar los principales hallazgos y cambios alrededor del desarrollo, fomento y aplicación del pensamiento reflexivo y crítico.

3) *Evaluación final o sumaria:* Se llevará a cabo al final del curso a través de argumentos, vivencias y opiniones de los asistentes recopilados en cada sesión, así como contestar un cuestionario sobre seis preguntas, evaluando aspectos relevantes como la organización, los contenidos y los exponentes.

Análisis, interpretación y discusión de resultados

Previo al desarrollo de este apartado, es importante retomar que esta investigación tiene un enfoque teórico basado en la teoría crítica, desde donde se ha identificado como una de las principales problemáticas en la enfermería quirúrgica, la percepción de que las habilidades técnicas y procedimentales ejercidas en una práctica habitual, se convierten en rutina guiada por la tradición, sin embargo la práctica profesional de enfermería es frecuentemente caracterizada por la complejidad que el cuidado de la vida confiere, contexto que lleva a suponer que la rutina guiada por la tradición pierde significado, toda vez que la complejidad de la praxis de enfermería alrededor del cuidado de la vida, en cualquier ámbito, requiere del desarrollo, fomento y aplicación de un pensamiento reflexivo y crítico que transforme positivamente el ejercicio profesional de enfermería, donde sea objetivada la calidad del cuidado y una práctica entre el *ser y saber* con el *hacer* de enfermería.

Es importante mencionar que dicha problemática ha sido poco estudiada y analizada desde el otorgamiento del cuidado y sobre todo en el área quirúrgica, por lo tanto el objetivo general de esta investigación fue caracterizar la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico, dicho objetivo sólo permitiría reconocer las causas que dieron origen a la problemática, pero no es suficiente, en el desarrollo de la investigación en enfermería actualmente se requiere de intervenciones que permitan el acercamiento y modificación del entorno estudiado, culminando en la evaluación que dé cuenta de las evidencias de los estudios efectuados sobre este objeto epistémico, por ello esta investigación se desarrolló en las tres etapas de la investigación: diagnóstico, intervención y evaluación.

En la parte diagnóstica se dio respuesta a la pregunta: El personal de Enfermería del área quirúrgica, ¿Aplica el pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería, por ello se tuvo como objetivo describir la forma de aprendizaje, enseñanza y aplicación del pensamiento reflexivo y crítico. Se

entrevistaron a 20 profesionales de enfermería que cumplieran los criterios de inclusión ya descritos en el método de esta investigación. A partir de las entrevistas se identificaron, recopilaron y transcribieron los testimonios, siendo analizados mediante una categorización axial de acuerdo a los núcleos y subnúcleos (Anexos Nos. 1 y 2) abordados en esta investigación.

De manera posterior y con base en la categorización y el análisis de los testimonios obtenidos se propuso una intervención que dio respuesta a la segunda pregunta de esta investigación: ¿La impartición de un seminario permitirá que el profesional de enfermería reconozca la importancia del pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería? El objetivo de esta fase fue impartir un seminario que permitiera el desarrollo y fomento de este pensamiento, aplicado a la práctica laboral de enfermería.

La impartición del seminario se considera el primer acercamiento al objeto de estudio desde el ámbito clínico hospitalario, incursionando con acciones que favorecieron la transformación positiva de la enfermería, desde un sentido de implicación, entre quien realiza esta investigación, las profesoras expertas como colaboradores en el desarrollo de este seminario y las (los) profesionales de enfermería que participaron de manera voluntaria en él, dicha implicación permitió una retroalimentación de ambas partes, identificando las fortalezas, debilidades y contextos sobre los cuales se debe fomentar y desarrollar este tipo de pensamiento.

Cabe decir que el seminario se realizó en colaboración con la Red Iberoamérica de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE), región México y la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx), en las instalaciones del Centro Oncológico Estatal del Instituto de Seguridad Social de Estado de México y Municipios (ISSEMyM), durante la segunda semana de febrero del 2019, desarrollándose cinco sesiones de cinco horas diarias (Anexo No. 7).

Para la realización del seminario se esperaba que los asistentes fueran de 15 a 20 profesionales de enfermería que laborasen en el área de quirófano, se

convocaron a las y los enfermeros que fueron entrevistados en la etapa diagnóstica, sin embargo, la mayoría de ellos no pudieron asistir al lugar y el horario planeados, en la medida en que el horario del seminario se empataba con su horario laboral, en algunos casos no hubo respuesta, y en otros no gestionaron en tiempo y forma la asistencia al curso, lo que fue un impedimento para su participación, esto es consistente con las anotaciones de la bitácora y testimonios de la fase diagnóstica, en la cual se registraron:

Considero que esos tipos de cursos no sería factibles pues no son disciplinares como: de catéteres, normatividad o legislación, y creo que no asistiría (E-2).

Otros entrevistados consideran que el desarrollo de este tipo de pensamiento no es algo que les compete, toda vez que ejercen dentro de los hospitales y no en un ambiente académico:

Ya hace mucho tiempo que no estoy en relación con el ambiente académico y en lo particular considero está desconectado de los hospitales, y creo no asistiría al curso, pues no es algo que pudiera aportar a mi práctica profesional, además que ya llevo muchos años fuera de la educación (E-6).

En este caso, el entrevistado considera que las escuelas o facultades de enfermería no están preparando a los estudiantes de manera eficiente para las diferentes áreas y demandas hospitalarias, por ello presenta un rechazo a la asistencia al curso.

Otros entrevistados que no contaban con el tiempo suficiente para la asistencia al curso propuesto, recomendaban la posibilidad de realizarlo en otras modalidades que les permitiese acceder a dicho curso:

Me es complicado tomar este curso por mis horarios laborales, pero me gustaría recomendar que tal vez fuera en línea en una plataforma que te permitiese conocer alrededor de este pensamiento y sobre todo la aplicación (E-4).

Sin embargo, también se debe reconocer que algunos otros entrevistados mostraron interés desde la entrevista por la realización y asistencia al curso:

La realización de estos cursos representa una oportunidad para nosotros como enfermeras, para aprender más allá de lo disciplinar y fortalecer actividades tan básicas y fundamentales como este tipo de pensamiento porque en ocasiones se olvidan hacerlas conscientes (E-8).

Es una excelente oportunidad para comprender este tipo de pensamiento y sobre todo desde mi posición en la jefatura difundirlo con el personal del área de quirófano o en otras áreas, por ejemplo, en las diferentes reuniones, sí me encantaría asistir (E-9).

Sería una excelente idea que se llevara a cabo, creo que hace falta [que] quienes estamos en los hospitales comencemos con ese enlace hacia las escuelas o facultades de enfermería, y sobre todo el reconocer la importancia que tiene esta forma de pensar en nuestras actividades (E-15).

A partir de considerar estos comentarios en la planeación y la puesta en práctica de esta intervención, se convocaron a los profesionales de enfermería que se desarrollaran en un ambiente clínico hospitalario y no necesariamente en el ámbito quirúrgico, toda vez que las asignaciones del servicio o desempeño en las diferentes áreas de las instituciones de salud está sujeta a las demandas de cuidado profesional de salud, así que en algunas ocasiones, aun contando con el grado académico de maestría o especialidad, se desempeña el ejercicio profesional en otras áreas, razón que justifica la integración de profesionales de enfermería de otras áreas clínico hospitalarias.

Por ende, se contó con la presencia de 10 profesionales de enfermería, ocho mujeres y dos hombres, de los cuales ocho asistentes laboran actualmente en el Centro Oncológico Estatal de ISSEMYM en áreas como radio-oncología, radioterapia, hospitalización, hemato-oncología, supervisión del turno vespertino y dos en quirófano, un asistente de ISEM (Instituto de Salud del Estado de México) que

labora en un hospital de segundo nivel de atención desempeñando el cargo de supervisión y una enfermera del IMSS (Instituto Mexicano de seguridad Social) que labora en quirófano. Con respecto al perfil académico de los asistentes tenemos: cinco contaban con maestría, una estudiante de maestría y cuatro cuentan con licenciatura en enfermería, es importante destacar si bien el personal actualmente no están en el área de quirófano, durante su experiencia laboral han estado en quirófano.

En la inauguración del seminario se contó con la presencia de los profesores expertos, así como la coordinadora de la RIIEE, región México y autoridades del Centro Oncológico. En la primera sesión se hizo una presentación de los asistentes, en la cual comentaron su nombre, experiencia laboral y expectativas de su asistencia a este seminario; también se les hizo entrega de material y una carpeta de trabajo.

Se recopilaron en audios y escritos las reflexiones, vivencias y percepciones de los asistentes durante las cinco sesiones, así mismo, al cierre de cada sesión se realizó una evaluación que permitió valorar, mediante las evidencias y testimonios, conocimientos, valores, actitudes y habilidades en el empleo del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado.

La valoración de esta evidencias permitió concluir el proceso de investigación mediante la última etapa que fue la evaluación, etapa que dio respuesta a: ¿La fase diagnóstica y la impartición del seminario permitirá valorar las evidencias, testimonios, percepciones y actitudes del personal de enfermería sobre la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico durante el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico?

Siguiendo con la estructura de estas tres etapas de la investigación (diagnóstico, intervención y evaluación), los resultados que aquí se analizan, interpretan y discuten, fueron categorizados de manera axial según los tres núcleos (aprendizaje, enseñanza y aplicación del pensamiento reflexivo y crítico) y los nueve subnúcleos de análisis (aprendizaje teórico-experiencial, autoaprendizaje, estrategias

de aprendizaje, estrategias de enseñanza, pedagogía, didáctica, evaluación, liderazgo, autonomía y toma de decisiones) que se abordaron en esta investigación.

Previo a la categorización de resultados se elaboró una *caracterización de los entrevistados*, con la intención de conocer a la población estudiada en relación al género, edad, formación académica, el contexto y experiencia laboral, como se muestra a continuación.

Tabla No.1

| Características sociodemográficas | |
|--|-------------|
| Género | n=20 |
| Femenino | 85 |
| Masculino | 15 |
| Total | 100 |

Fuente: Cédula de recolección de datos sociodemográficos. Elaboración propia, 2018.

La tendencia de género en enfermería fue de un 85% población femenina, mientras que el 15% restante corresponde al género masculino, siendo evidencia de las asignaciones de roles sociales ante el cuidado, sin embargo, se debe reconocer la inclusión de los hombres en enfermería, lo que ha llevado a una evolución de los estereotipos de género (Aranda, *et al.* 2015: 110).

Tabla No.2

| Características sociodemográficas | |
|--|-------------|
| Rango de Edad | n=20 |
| 26-30 años | 25 |
| 31-35 años | 25 |
| 36-40 años | 10 |
| 41-45 años | 20 |
| 46-50 años | 5 |
| 51-55 años | 15 |
| Total | 100 |

Fuente: Cédula de recolección de datos sociodemográficos. Elaboración propia, 2018.

La edad de la población entrevistada, en un 25% corresponden a los rangos de edad de 26 a 30 años y 31 a 35 años, respectivamente, seguidos de un 20% de profesionales entre 41 a 50 años de edad, y el 15 % restante corresponde a profesionales de 51 a 55 años de edad, determinando que la población estudiada es joven en su mayoría.

Tabla No. 3

Formación Académica

| Formación Académica | Administración | Materno infantil/ Perinatal | Educación | Médico quirúrgica | Total |
|---------------------|----------------|--------------------------------|-----------|-------------------|-------|
| Diplomado | --- | 5 | --- | 5 | 10 |
| Postécnico | --- | --- | --- | 25 | 25 |
| Maestría | 10 | 5 | 10 | 30 | 55 |
| Especialidad | --- | 5 | --- | 5 | 10 |

Fuente: Cédula de recolección de datos sociodemográficos. Elaboración propia, 2018.

Todos los entrevistados han cursado la licenciatura en enfermería en alguna universidad pública, en los estudios de posgrado se encontraron, especialidades y maestrías, así como estudios complementarios a través de algunos diplomados y cursos postécnicos, es importante resaltar que aun cuando la población estudiada tiene experiencia laboral en quirófano, en algunos casos su formación académica es diferente, por ejemplo, poseen diplomados en materno infantil o perinatal en un 5%, enfermería quirúrgica 5%; postécnicos 25% en enfermería quirúrgica; especialidad en materno infantil con 5% así como en enfermería quirúrgica; entre las maestrías se encontraron en administración 10%, educación 10% y enfermería quirúrgica 30%.

Aun cuando no es posible generalizar por el número limitado de entrevistados, los recursos humanos en enfermería se encuentran en constante formación académica debido a las exigencias laborales y sobre todo por la innovación constante del cuidado de la vida y la salud.

El 55% de la población entrevistada ha cursado estudios de posgrado, lo que los califica como recursos competentes para desempeñar su labor de cuidado en el

área de quirófano, seguidos de un 25% que han realizado un postécnico en enfermería quirúrgica. Este resultado es justificado toda vez que los entrevistados entre 40 a 55 años de edad corresponden a otra generación de formación académica, en donde primero hicieron el postécnico y después la licenciatura en enfermería, como se muestra en los testimonios siguientes:

Yo soy de otra generación, cuando yo estudié enfermería fue educación técnica y muy práctica... después por exigencias del trabajo cursé la licenciatura (E-5).

Primero realicé curse un postécnico en enfermería quirúrgica, porque era lo único que había en mis tiempos, después el hospital exigía la licenciatura y la realicé (E-6).

En otros casos esto también se justifica en la población joven de 25 a 39 años, porque la institución de salud donde laboran sólo reconoce los postécnicos y no otros grados de estudio como especialidades o maestrías.

Cursé la licenciatura... el postécnico lo cursé en 1988 y egresé en 1999 para obtener la categoría y la posibilidad de quedarme siempre en quirófano (E-13).

Dicho fenómeno en la formación académica de enfermería impacta en el desarrollo de las habilidades, ponderando la habilidad manual y técnica que requiere el área quirúrgica.

Tabla No. 4

Experiencia laboral en el área quirúrgica

| Experiencia laboral | n=20 |
|---------------------|------|
| 2-5 años | 35 |
| 6-10 años | 40 |
| 11-15 años | 5 |
| 15-20 años | 15 |

| | | |
|----------------|---|-----|
| | >21 años | 5 |
| | Total | 100 |
| Fuente: | Cédula de recolección de datos sociodemográficos. Elaboración propia, 2018. | |

El 40% de la población entrevistada posee una experiencia de 6 a 10 años, el 35% fue de 2 a 5 años, mientras que el 15% corresponde a profesionales de enfermería con una experiencia laboral de 15 a 20 años en esta área, estos resultados son directamente proporcionales a la edad de la población estudiada.

Tabla No. 5

| Institución se salud | |
|----------------------|---|
| Nivel de atención | n=20 |
| 2° Nivel de atención | 40 |
| 3° Nivel de atención | 60 |
| Total | 100 |
| Fuente: | Cédula de recolección de datos sociodemográficos. Elaboración propia, 2018. |

La experiencia laboral en el área quirúrgica se combina con el nivel de atención en salud de la institución donde laboran los entrevistados, entre los cuales se encontró que el 60% labora en un hospital de 3° nivel de atención, mientras que el 40% restante se encuentra en un 2° nivel de atención, determinando la inequidad en la distribución de los recursos de salud, con un mayor número al tercer nivel, siendo éstos cada vez más especializados.

Tabla No. 6

| Experiencia formal en docencia | |
|--------------------------------|---|
| Experiencia en docencia | % n=20 |
| Si | 35 |
| No | 65 |
| Total | 100 |
| Fuente: | Cédula de recolección de datos sociodemográficos. Elaboración propia, 2018. |

Entre los hallazgos se pueden destacar al 35 % de la población entrevistada que cuenta con experiencia laboral en docencia dentro de universidades públicas y privadas dicha condición le permite a estos profesionales de enfermería una mejor comprensión del tema abordado en esta investigación, toda vez que:

Los profesionales de enfermería que tenían experiencia en docencia (profesores de práctica o asignatura de alguna universidad), expresaban un concepto más claro y con menos titubeos, que quienes sólo se desempeñan en un hospital, quienes a su vez se mostraban nerviosos ante el tema de investigación, refiriendo previo a la entrevista que no sabían nada del tema de pensamiento y que no sabrían contestar bien las preguntas pero esperaban hacerlo de la mejor manera (Bitácora de campo, 2018).

Una vez que se ha caracterizado a la población entrevistada, entre los hallazgos se destaca la influencia de la formación académica, el corte generacional y la experiencia laboral en docencia sobre la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico.

Continuando con el análisis de datos, es importante subrayar en primer término la relación dialéctica que se establece entre el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería y la aplicación de un pensamiento reflexivo y crítico, quienes han estudiado este fenómeno y sobre todo en el área de enfermería, comprenden que esta forma de pensamiento además de ser dirigido y sistematizado es “un obrar concreto en el conocimiento de la realidades” (Navarro, 2011:89), Blanchard refiere “saber pensar es saber actuar” (Conde, 2011: 89), así el pensamiento reflexivo y crítico se articula al otorgamiento del cuidado, ya que este último es considerado la acción del ejercicio profesional de enfermería y por lo tanto se requiere de la reflexión y la crítica para dar sentido a todas las acciones, técnicas y procedimientos que confiere el cuidado profesional; además, este tipo de pensamiento es un proceso sistematizado que parte de la revisión, comprensión y modificación de los aprendizaje previos, proceso vital para evitar la repetición de prácticas anacrónicas en el ejercicio profesional de enfermería.

A su vez, la complejidad que se le ha atribuido al ejercicio del cuidado profesional de enfermería demanda una comprensión del contexto, la condición del otro y su individualidad, rezagos que requieren de la formación de un vínculo, y “todo vínculo supone una relación entre dos personas, en las que se intercambian afectos. Este intercambio implica reconocimiento de las posibilidades y límites del otro, las diferencias entre uno y otro” (Dornell, 2011:71), a partir de una relación humanista, en este sentido queda clara la complejidad que el cuidado de la vida implica, hecho que lleva a ejercer un pensamiento reflexivo y crítico.

A partir de estas perspectivas desde el cuidado y el posicionamiento del pensamiento reflexivo y crítico queda claro que uno depende del otro, en un sentido cíclico, toda vez que este pensamiento fortalece el cuidado y a partir de las experiencias de brindar cuidado, se desarrolla y fomenta un pensamiento reflexivo y crítico, siguiendo este razonamiento, el pensamiento reflexivo y crítico se convierte en un puente entre la teoría y la práctica.

Después de esta explicación de la relación dialéctica entre esta forma de pensamiento y el cuidado, se presentan a continuación los hallazgos en la etapa diagnóstica, de intervención y evaluación sobre el significado y la importancia que se le ha otorgado a este tipo de pensamiento.

A) Dialéctica del pensamiento reflexivo y crítico

Conceptualización del pensamiento reflexivo y crítico

a) Diagnóstico

Los entrevistados conceptualizaron, desde su perspectiva y experiencia, lo que entienden por pensamiento reflexivo y crítico. Se encontraron argumentaciones que conceptualizan este pensamiento como una habilidad que tiene como conocimiento un saber teórico, reconociendo que esta habilidad permite guiar las acciones e intervenciones de enfermería, como se describe a continuación:

... yo entiendo que es como ese elemento que respalda la actividad o intervención que corresponde hacer con el paciente, partiendo de un conocimiento (E-1).

Es... la capacidad de repensar las actividades que se van a realizar o que realizaste... parte del saber, de poseer un conocimiento previo de la situación, no puedes presentarte en una cirugía si no sabes el procedimiento, porque ahí harás la actividad, pero sin sentido, sólo hacerla por hacer...(E-17).

Es reconocer dónde y cómo puedes actuar con el paciente y cómo hacer las cosas, pero parte del conocimiento que tú tienes es saber identificar signos, síntomas, la base de este pensamiento es el conocimiento, porque si sabes puedes razonar, y no podría ser al revés, porque entonces haces las actividades porque alguien te dijo, el médico las indico, qué sé yo (E-14).

Ante estos argumentos, es importante comprender por qué los entrevistados consideran como base de este pensamiento el conocimiento o el saber, Paul y Elder mencionan que el pensamiento reflexivo y crítico es un proceso donde el individuo se apropia de los objetos de conocimiento; al hacerlo se engrandece el estado crítico y reflexivo del pensamiento (2005:9).

También es posible encontrar entre los conceptos que la referencia del pensamiento reflexivo y crítico dirige las acciones e intervenciones de enfermería,

afirmación que se relaciona, toda vez que los autores que refieren que el pensamiento *crítico* adquiere propósito y dirección para la acción (Cárdenas, *et al.*, 2014(a): 28), en este sentido también Alfaro-LeFevre conceptualiza el pensamiento reflexivo y crítico como “el pensamiento deliberado, dirigido a lograr un objetivo o propósito” (2008:37).

También, es posible identificar entre los argumentos la relación del pensamiento como una actividad mental, intelectual, lógica cognitiva.

...es un proceso mental de reconocimiento, por ejemplo, en mi mesa quirúrgica las pinzas son diferentes, unas son largas, unas cortas, eso marca mis tiempos en la cirugía, unas tienen puntas imantadas, como los porta agujas, los castroviejos, con la finalidad de sostener la aguja... estos ejemplos parecen lógicos, pero es detenerse a razonar, repensar las actividades que se están haciendo, pero es algo interno (E-3).

Yo digo que es algo que haces todo el tiempo, pero se hace de manera inconsciente (no sé si sea la palabra correcta), pero no es que te detengas mientras estás haciendo tu actividad, a veces la situación es tan apresurada que reaccionas y lo haces bien, pero si no salió bien, si me equivoqué, ahí es donde reflexionas y reconsideras tus acciones, creo que es algo de siempre, pero difícil de explicar (E-20).

Estos argumentos se relacionan con la postura de Piaget (1959), quien refiere que un pensamiento *dirigido* es lógico-racional, siendo un proceso mental consciente que persigue un objetivo que está en la mente del que piensa, en este sentido Vygotsky (1995), refiere que las funciones mentales de orden superior, permiten pensar en formas cada vez más complejas y adquirir conocimiento (Cárdenas, *et al.*, 2014(a): 29-30).

Estos son los significados por parte de los profesionales de enfermería alrededor del pensamiento reflexivo y crítico, significados que son referidos en

relación al *capital cultural*, según Bordieu, que posee cada entrevistado, como persona y como profesional de enfermería.

Por lo tanto, a partir de las experiencias que han tenido, los profesionales de enfermería describen qué es y cuál es la importancia, de este pensamiento.

Yo creo que el pensamiento reflexivo y crítico es tener la habilidad para tomar decisiones de manera independiente, me permite saber, por ejemplo, en un procedimiento anestésico si hay complicaciones... y no importa que ya estoy abriendo la mesa quirúrgica, tengo que intervenir y me contamina, participo con el médico, coloco oxígeno, etc.; es decir, este pensamiento me lleva a reconocer primero lo que ya he vivido en mi experiencia y lo que ya sé, y no necesito que nadie me diga qué es lo que tengo que hacer y dónde tengo que intervenir (E-10).

Con estos testimonios es posible reconocer entre los significados este pensamiento, como una habilidad cognitiva que depende del conocimiento y de las experiencias, hecho que encuentra relación con la propuesta de Bardallo (2018), autora que ha estudiado el pensamiento reflexivo y crítico en enfermería y refiere que dicho pensamiento parte de la integración de elementos emocionales, actitudinales, elementos que no se identifican en los discursos de los entrevistados.

Es importante referir, entre los hallazgos de esta investigación, que a los entrevistados les resulta complicado definir el pensamiento reflexivo y crítico, hecho que fue documentado en la bitácora de esta investigación, como se describe a continuación:

Los entrevistados piden tiempo para poder pensar su respuesta, refieren: “necesito pensar qué es”, “espérame tantito”, “¿qué será?”, además, refieren que no es algo en lo que hayan pensado antes; en el intento de dar una respuesta a este cuestionamiento regularmente empiezan dando ejemplos de cómo ellos hacen las actividades, razonan y fundamentan sus actividades, lo que de manera inmediata les lleva a realizar un ejercicio de autorreflexión

para poder definir al pensamiento reflexivo y crítico (Bitácora de campo, 2018).

Dicho lo anterior, se recuerda que el pensamiento ha sido estudiado desde diferentes enfoques, psicológico, educativo, social, hecho que ha determinado que la conceptualización y la visión que se tenga del mismo sea multívoca, fenómeno que se ha manifestado en los argumentos de los entrevistados, sin embargo, es importante reconocer que todavía parecen ser significados divergentes, en todos ellos es posible la identificación de la importancia de este pensamiento en enfermería, como se muestra a continuación:

Si el pensamiento se viera en las acciones y las notas de enfermería se empezaría a reflejar la autonomía que se dice que tenemos, si tuviéramos ese pensamiento crítico y reflexivo la enfermera tomaría decisiones que en muchas ocasiones hemos delegado al médico, si la enfermera investigara y se interesara por comprender, reflexionar y comparar, podríamos posicionarnos de nuestras actividades sin consultar a otros profesionales como los médicos (E-7).

Creo que es una debilidad que debemos de trabajar más y no es que no pensemos, todos pensamos pero... a veces la costumbre, la repetición, no sé cómo decirlo, nos lleva a actuar solamente, es como una apendicetomía que es un proceso "sencillo" o una cesárea, yo las he hecho muchas veces y sólo el procedimiento, la repetición y el dominar la técnica, pareciera que sólo estás actuando, pero cada acción la estás pensando, porque al final los pacientes ni siquiera anatómicamente son iguales, unos sangran más, unos menos, tienen otras patologías, este proceso de pensar de manera crítica y reflexiva es tan interno y tan valioso que guía cada acción, cada decisión y al final el resultado es el cuidado que le pudimos otorgar al paciente (E-20).

Con estos comentarios queda demostrada la importancia que los profesionales de enfermería le atribuyen a esta forma de pensamiento, ideas que son justificadas desde la teoría, algunos autores e instituciones internacionales de

educación y enfermería como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), la National League for Nursing (NLN) y principalmente la Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE), reconocen el desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico como una competencia fundamental en la formación y práctica de enfermería, así mismo, Pacheco refiere que la exigencia de un esfuerzo de reflexividad se constituye como punto de partida indispensable para el diseño de estrategias metodológicas que guíen el desarrollo profesional, académico y de investigación (2009:40).

b) Intervención

Con la obtención de estos resultados se elaboró la primera sesión de esta intervención llamada “*Conceptualización e importancia del pensamiento reflexivo y crítico*”. La cual tuvo como objetivo que los asistentes conocieran y reconocieran la conceptualización e importancia del pensamiento reflexivo y crítico.

La estrategia didáctica utilizada fue la exposición oral, cartel digital de la RIIEE: “*Desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería como eje de transformación profesional*” (2018), equipos de trabajo y lluvia de ideas. Los recursos materiales: Cañón laptop, diapositivas, hojas blancas, lapiceros.

Las profesoras expertas fueron la Mtra. Blanca Olivares Estrada, jefa del departamento de enseñanza del Centro Oncológico Estatal de ISSEMYM y la Mtra. Lilibian Inés Benhumea Jaramillo, profesora de asignatura de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx. y colaboradora de la RIIEE.

En el desarrollo de esta sesión parte de conceptualizar, desde una postura deductiva-inductiva, lo que es el pensamiento y como una característica inherente a los seres humanos, sin embargo, el pensamiento reflexivo y crítico como “un proceso sistemático, deliberado, autodirigido y orientado a la acción, cuyo fin primordial es elegir, con base en procesos intelectuales y afectivos (cognitivos, experienciales e intuitivos), las mejores opciones de respuestas que favorezcan la solución de

problemas de Enfermería, en contextos bien definidos y de acuerdo con los postulados éticos de la profesión, que le permitan actuar con la racionalidad y autonomía profesional” (RIIE, 2013: 20 en Cárdenas, *et al.*, 2014b:150), es un acto consciente que no ocurre de manera esporádica, donde es necesario aprender y enseñar este tipo de pensamiento.

La importancia de este pensamiento fue explicada y argumentada por parte de las expertas de acuerdo al siguiente esquema:



Fuente: Cárdenas, BL. 2013. Marco de referencia del pensamiento reflexivo y crítico.

c) Evaluación

Previo a la exposición de los ponentes, se cuestiona a los asistentes sobre su concepto de pensamiento reflexivo y crítico, es importante mencionar que al contrario de quienes fueron entrevistados en la parte diagnóstica, en primera instancia, algunos separaron la reflexión de la crítica, demostrando que no lo conciben como una forma conjunta de pensamiento:

Pensamiento crítico:

Entender el porqué de las cosas desde un punto de vista subjetivo, buscando algo para satisfacer la causa inicial (A-10).

Este tipo de pensamiento nos lleva a hacer mejor las cosas, como el cuidado al paciente y al familiar (A-5).

Pensamiento reflexivo:

Analizar el entorno de acuerdo a la situación que se presenta en determinado momento (A-2).

Es tener una mente abierta a cada situación o experiencia para así tomar lo bueno y lo malo de ello (A-5).

Al ser segmentado en dos elementos independientes pero a su vez relacionados, es compatible con la literatura donde se identifica que se han estudiado mayormente sólo el pensamiento crítico, por ejemplo, “Piaget (1959) quien lo caracterizo como un pensamiento dirigido (lógico-racional)” (Cárdenas, *et al.*, 2014^a:29), así como recientemente lo ha hecho Ennis, quien refiere que el pensamiento crítico es una capacidad adquirida que permite el razonamiento reflexivo, enfatizando que es un juicio autorregulado resultado de la interpretación, el análisis y las estrategias que faciliten la construcción del pensamiento (2011:1-3).

Paul y Elder plantean elementos del pensamiento crítico como: un propósito, objetivo, meta o función, puntos de vista, supuestos e implicaciones, (2005: 21-38) por mencionar algunos, elementos que se pueden apreciar en los argumentos de los asistentes, anteriormente mencionados.

Por su parte el pensamiento reflexivo según Schön (1992), se caracteriza como un análisis lógico de eventos y situaciones, sistemáticamente estructurado (Cárdenas, *et al.*, 2014^a:38), así la reflexión supone trabajar con conceptos en relación a experiencias personales que requieren la aplicación de la teoría y, por lo tanto, adecuación e inferencias que trascienden la comprensión (Fernández-Fernández, *et al.*, 2016:3).

Si bien diferentes autores en el ámbito de la psicología y la educación han planteado estas dos formas de pensamiento de manera diferenciada, se debe comprender que la reflexión y la crítica son elementos intrínsecos que están en constante dialéctica, es decir, se reflexiona y se crítica una vez que se ha reflexionado.

Algunos asistentes *a priori* también hicieron referencia a este pensamiento de manera conjunta:

Es la capacidad de analizar una situación, un evento, una actitud, ya sea de uno mismo o de un compañero de servicio, para poder resolverla de la mejor manera, teniendo varias opciones al reflexionar, y así elegir la idónea en beneficio del paciente (A-1).

El pensamiento reflexivo y crítico es la idea acerca de cómo puedo realizar el cuidado de enfermería, de si lo estoy haciendo correctamente o no... (A-8).

Es aquel pensamiento que antes de llevarlo a la práctica, se pregunta el ¿Por qué?, ¿qué se hará?, ¿en razón de qué?, conduce a un cambio en beneficio de uno mismo y del otro (A-6).

Con ello se entiende la apertura multívoca que tiene este pensamiento dentro de estas conceptualizaciones, sin embargo, es posible identificar elementos característicos de la definición del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería propuesta por la RIIEE.

También se debe reconocer que el fenómeno se repite al considerar este pensamiento sólo como un proceso cognitivo de razonamiento o análisis, no obstante, según Bardallo y Caballo (2014), al pensamiento reflexivo y crítico le confieren otras dimensiones no sólo la cognitiva, como la emocional, experiencial, contextual y ética.

Posterior a la exposición del tema se realizó una dinámica en dos equipos de trabajo, donde tenían que reconocer la importancia de este tipo de pensamiento, entre los comentarios recopilados destacan:

Creo es muy importante, primero, porque esta forma de pensar representa mi actuar, mis elecciones y acciones, no sólo en el trabajo sino en la vida, además que si yo pienso de esta manera así estructurada puedo decidir qué hacer frente a cualquier situación (A-4).

Considero que es importante porque nos caracterizaría como profesión independiente, desapegada de las órdenes médicas... (A-2).

Reconocer la importancia de este pensamiento reflexivo y crítico en lo particular digo que cambiará esa visión que se tiene de la enfermería, donde la enfermera hace rutina... y a mí me paso, recuerdo que cuando era pasante de enfermería yo veía que siempre se hacía lo mismo, se pasaban medicamentos, se tomaban los signos vitales, etc., entonces yo pensaba que era rutina y me aburría, y le pregunté a un enfermero, esto es muy aburrido, siempre hacemos lo mismo y él me contestó, si tú sólo haces las actividades pero no razonas o piensas lo que estás haciendo, siempre va a ser lo mismo para ti, por qué entonces no haces diferencia, no miras el entorno, sólo ejecutas lo que otra persona te dice que hagas, esto me llevó a mirar de diferente manera eso que parece rutina, y claro que pensamos, o bueno la mayoría, deberíamos de hacerlo (A-6).

Los argumentos muestran de manera clara los constructos que se le han atribuido a este tipo de pensamiento, como autonomía, liderazgo y toma de decisiones, además refieren el cambio de perspectiva para la profesión a partir de la aplicación de este pensamiento, toda vez que Cárdenas refiere que este pensamiento “es vital para evitar la repetición de prácticas anacrónicas que dificultan el desarrollo profesional y afecta la calidad de servicio que prestan las enfermeras y los enfermeros” (*et al.*, 2014^a: 47).

Aun cuando los asistentes reconocieron la importancia del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado de enfermería, se cuestiona a los equipos sobre dos aspectos, la integración de la teoría a la práctica y la generación de teoría a través de la práctica.

En este sentido se crea una discusión, por una parte, algunos asistentes consideran la incompatibilidad entre la teoría o la práctica, argumentando lo siguiente:

No, siempre lo que enseñan en la escuela está un poco lejos de lo que realmente se hace en los hospitales (A-4).

No sé cómo los estén formando, pero es complicado que las escuelas estén al día de lo que se debe hacer en las instituciones (A-9).

Mientras que otros, consideran que:

Creo que no se trata de eso, ver quien hace las cosas bien o mal, que lo mismo podrían decir las escuelas o facultades: lo que se hace y cómo se hace en los hospitales está mal, es tener esa capacidad de partir de una base que nos han dado y modificarla con la experiencia o las vivencias, mejorar habilidades a partir de la práctica (A-6).

Y creo que tal vez lo que parece difícil es hacer teoría desde la práctica, sin embargo no es imposible, enfermería hacemos muchas cosas, modificamos procesos, creamos protocolos de cuidados y de mejoras para la institución y lo hacemos todos los días, en ocasiones y, por experiencia propia, de no documentar o escribir, otros terminan llevándose el crédito y enfermería como siempre, y si este pensamiento facilita estos procesos de generación de teoría, sólo que no le damos la importancia suficiente para documentarlo (A-8).

Resultado de esta discusión, quien dirige la sesión recuerda a los asistentes el proceso sistemático del pensamiento reflexivo y crítico, donde la reflexión, a partir del

conocimiento, lleva a la acción, una acción que modifica la situación o problemática abordada, donde este tipo de pensamiento es entendido como un puente entre la teoría y la práctica de enfermería.

Al finalizar esta sesión es posible evaluar los resultados inmediatos que ha producido en los asistentes, mediante lo que algunos comentaron:

No sabía de manera clara qué era el pensamiento reflexivo y crítico, tenía una idea, pero ahora sé que es una herramienta que facilita las cuestiones del trabajo y en lo personal también y hoy en lo particular me llevo de esta sesión que este pensamiento se compone de elementos, además que su uso permite empoderarte, ser independiente en el quehacer diario (A-6).

Creo que ahora soy consciente de algo que nunca me había parado a pensar, esto de la reflexión y la crítica, pero no es para que yo me lo quede, es para compartirlo con mis compañeros (A-8).

A mí ya me habían explicado lo del pensamiento reflexivo y crítico en la maestría, pero siempre esta esa parte de ser constantes para aplicarlo y dejar de hacer lo que hacen los demás, que siempre es más fácil y la otra de hacerlo consciente y sobre todo, tener una mente abierta (A-10).

Estos argumentos hacen evidente, en primer lugar, que el pensamiento reflexivo y crítico requiere de la implicación personal y consciencia, lo consideran como un proceso sistemático, en este sentido Cárdenas refiere que este tipo de pensamiento “puede ser aprendido y perfeccionado de manera constante desde la formación profesional, así como desde la experiencia que demanda en la asistencia” (Cárdenas, *et al.*, 2015:39).

Los asistentes se muestran motivados y deseosos de hacer el cambio, compartir el conocimiento, reconocen que deberían de asistir más profesionales, sin embargo, ellos han tomado la postura de ser difusores de este tipo de pensamiento en sus áreas de trabajo, y hacer un cambio en el otorgamiento del cuidado como se describe a continuación,

Cuidado profesional de enfermería

a) Diagnóstico

Durante la realización de las entrevistas, los participantes de primera instancia reconocen que para cuidar requieren de un dominio y un nivel de expertise sobre todo en el área quirúrgica, principalmente resaltando habilidades técnicas y procedimentales:

Para cuidar debes saber y conocer lo que se hace en cada una de las áreas del quirófano, debes dominar ciertos procedimientos básicos, de eso dependerá la calidad del cuidado que se le pueda brindar al paciente... considera que también la habilidad técnica se adquiere con la repetición de hacerlo de manera constante (E-20).

Creo que el cuidado del ámbito quirúrgico requiere más habilidades que en otras áreas como la intensiva, urgencias u hospitalización, habilidad y destreza técnica, si suponemos que estamos hablando de un transoperatorio, mientras que en otras áreas es fundamental el contacto con el paciente para cuidarlo en el caso de enfermería quirúrgica y en específico de la instrumentista no toca al paciente, pero si lo cuida de una manera diferente porque prevé la seguridad del paciente desde mantener la esterilidad y proveer los insumos e instrumentales necesario para un procedimiento quirúrgico rápido; por su parte la circulante si puede tener contacto el paciente hablar un poco más tiempo con él, pero en otros momentos como el preoperatorio y el postoperatorio el cuidado ya el cuidado depende del contacto con el paciente... (E-12).

De estos testimonios se puede extraer la fuerte influencia de la habilidad manual y técnica que se requiere en enfermería para cuidar la salud o el cuerpo en condiciones vulnerables o críticas, como lo describe el siguiente comentario:

Creo en el cuidado en áreas críticas como un quirófano de urgencia, o un área de urgencias o shock, lo que se prioriza es salvar la vida del paciente

por eso, cuidar es complicado y más como nos lo enseñan en la escuela y el cuidado de las tres esferas, etc., claro, que debe ser humanizado y atento a las necesidades del paciente, pero como lo dice mi maestro, está bien ser humanistas pero no sirve, si el paciente está muerto y tu habilidad y conocimiento no se combinan para salvarle la vida y en un quirófano de urgencia eso se hace aún más complicado por es el único contacto que tienes con la persona termina la cirugía si logras estabilizarlo junto con el equipo, esta pasa a terapia intensiva, y ya no lo vuelves a ver, entonces en situación así claro que la habilidad, el conocimiento y la capacidad de respuesta son cruciales... (E- 4).

Con estos argumentos son consecuentes con la opinión de Yamaguchi (2004) “todo cuidado perioperatorio requiere que las enfermeras posean un *aplomo técnico* para dominar la amplia variedad de equipos y materiales que se utilizan como auxiliares para proveer cuidados al paciente” (Hamin, *et al.*, 2009:8).

Así, el cuidado se compone en gran parte sobre la habilidad, hecho que para los inexpertos en el área quirúrgica, califiquen a la enfermería de una actividad sumamente tecnificada, pero solo esto es un parte del cuidado, que desde una percepción tradicionalista suele contribuir a la percepción estereotipada de los y las enfermeras instrumentistas y/o circulantes quienes solo llevan a cabo actividades técnicas y de asistencia con el cirujano y como lo describen las entrevistadas a continuación:

En quirófano parece que somos muy mecánicos, y se ve más rutinario que como si estuviéramos en hospitalización interactuando con los pacientes (E-3).

Este reconocimiento representa la dualidad descrita por Bull y FitzGerald (2006) han identificado en el área quirúrgica un conflicto aparente entre las actividades de cuidado y las técnicas, al tiempo que se incrementa la complejidad de la tecnología, fenómeno que llega a distanciar a las enfermeras de su pacientes y erosionar el cuidado que este recibe (Hamin, *et al.*, 2009:4).

Se requieren de habilidades de varios tipos [para ejercer el cuidado] digo sobre todo porque en enfermería tu especialidad no es claramente una garantía de solo desempeñar esa actividad, como en caso de medicina, por ejemplo nunca he visto un neurocirujano haciendo un trasplante hepático, o algo así, y esto es un problema más de enfermería considerando que por tener especialidad o maestría eres capaz, de cuidar a un paciente en cualquier área cuando no es así, sin embargo se demanda siempre más la habilidad técnica y luego el ser empático o saber interactuar con las personas, creo que es un tanto complicado, muchas veces hasta se cree o es, ya no sé, que las enfermeras de quirófano nos gusta estar ahí por no tener que interactuar hasta cierto punto con el paciente (E-14).

He escuchado algunas compañeras decir que quirófano en específico sala les gusta más porque no tienen que estar con el paciente, pero considero que hay formas de hacer tu trabajo, una como debe ser con todas tus responsabilidades y cuidando a tu paciente; otra de solo pasar fierros de bajo las ordenes de los médicos (E-7).

En el sentido de la tensión entre las partes (técnica y humanista) del cuidado y hasta de la precepción del paciente que tiene o no del cuidado que enfermería puede ofrecer en una sala de cirugía, puede entenderse a través del siguiente argumento:

El problema quizá radica en que el usuario no lo nota, o sea te presentas o el equipo se presenta al cirujano lo recuerda porque lo visita antes y después, el anesthesiólogo ,a lo mejor también, lo identifica porque también visita al paciente antes y después, pero en específico el personal de enfermería parece invisible, solo está en sala, y cuando te presentas con el paciente ni te reconoce porque ya tienes el gorro y el cubrebocas y suma que luego esta sedado por obvias razones, y no sé da cuenta que para cuidarlo en esta condición crítica que es la cirugía se requiere de dos enfermeros que están al pendiente de él (E-3)

Pero a pesar de esto la mayoría de los entrevistados reconocen y tienen muy claro dos cuestiones: la primera, en el ejercicio profesional de enfermería y sobre todo de la enfermería quirúrgica, no puede o es una rutina no importando la repetición de esta actividad, y la segunda, para evitar ser reconocidas solo como una actividad técnica, refieren modificar la forma de trabajo a través de la *consulta de enfermería perioperatoria* donde el paciente conoce y reconoce cuál es la labor de enfermería en el quirófano, así como también lo pueden hacer otros colegas de la enfermería y de otras áreas de la salud.

En el primer caso todos los entrevistados reconocen que la actividad en el quirófano no es y no debe ser rutinaria:

Yo siempre estoy en ginecología y ya he asistido, un gran número de procedimientos y se supondría que son iguales, pero no lo son, por las condiciones de cada paciente son diferentes (E.10).

Nunca he baso mi trabajo en rutinas, si tengo un plan de trabajo o protocolos de actuación que te permite tomar decisiones y hacer intervenciones con el paciente de manera individual y muy independiente nunca como una rutina (E.8).

Ante estos comentarios es importante destacar que si bien el ejercicio profesional de enfermería no debe ser una rutina, cuando las acciones se protocolizan o se normalizan según (Mantzoukas y Jasper 2004: 930-931), encontraron que las enfermeras llevan una práctica en la cual predominan las acciones rutinarias guiadas por protocolos fenómeno que se puede convertir en una rutina ya que se van acomodando a las exigencias que son las pautas de evaluación de desempeño y no a su criterio profesional (Lopera, et al., 2016:1268).

En el segundo caso como, los entrevistados mencionaron que la consulta perioperatoria de enfermería permitiría formar un cuidado holístico más que solo una intervención, y aun cuando solo es una idea saben que el personal no accede a esta forma de trabajo porque lo consideran una carga laboral más, pero ahí quienes lo

han hecho de manera ocasional y lo consideraron una atención extra para conocer al paciente, de esta manera mientras unos consideran que es la consulta peroperatoria es una oportunidad de interacción con el usuario:

Creo que en el cuidado de enfermería quirúrgica, de debe trabajar más con la consulta de enfermería quirúrgica, para que los usuarios identifiquen que hay enfermeras quirúrgicas e interactúe con nosotros y que es lo que hacemos que los cuidamos proveemos condiciones de la sala quirúrgica para que su cirugía y el procedimiento sea lo más estable posible, además se pueden hacer otras actividades que son del cuidado, como educación con el paciente, explicar cómo utilizar los drenajes o las curaciones, solo informarle del procedimiento, y también con los familiares por ejemplo cuando llegan al transfer y preguntan por su familiar siempre se les puede explicar, si bien no la cirugía porque eso es labor del cirujano, le puedes explicar a donde fue trasladada, como se encuentra grave o estable, como esta él bebé (E-20).

Una vez recuerdo que al paciente que iba entrar a cirugía lo busque un día antes en piso estuve platicando con él, me presente como el enfermero que estaría con el atendándolo y cuidándolo durante su cirugía, y solo platicamos, no es que fuera a valorar su condición o hacer valoración de anestesia que también quieren hacer las enfermeras, es solo interactuar con el paciente, recuerdo que estuvimos platicando de su vida cuantos hijos tenia, porque se enfermó y que no le gustaba la idea de estar en quirófano, y me pregunto algunas cosas de su cirugía que sin entrar en detalles médicos yo le pude contestar, después de su cirugía también lo visite y sí se acordaba de mi platicamos me dio las gracias por estar en su cirugía y todavía recuerdo que meses después de su cirugía, vi al paciente fuera del hospital y nos saludamos amablemente; sabes considero que si estas acciones se hicieran más seguido la gente primero se daría cuenta que los cuidados y no solo ayudamos al médico, además los colegas de otras áreas se darían cuenta que estar en sala no es solo pasar instrumental (E-12).

Mientras que otros entrevistados la consideran un espacio para valorar al paciente y procurar un cuidado (intervención) más específico de acuerdo a las condiciones particulares del paciente.

La consulta perioperatoria es muy importante para valorar al paciente en cuanto a los cuidados que le debes proporcionar, ejemplo: Una vez, teníamos injerto de piel en paciente pediátrico, un niño de 14 años, un día antes verifique instrumental disponible e insumos, pero cuando fui a conocer al paciente, que estaba sedado, me doy cuenta que a pesar de ser un niño tenía compleción de un adulto, por lo que tuve que cambiar el instrumental y por lo menos tener listo un dermatomo más grande, por eso es muy importante hacer visita o consulta previa y post cirugía también, pero siempre el tiempo o el trabajo pueden ser una excusa (E-8).

En específico estos argumentos no remiten a la “literatura donde se han demostrado que la educación preoperatoria tiene resultados beneficiosos en el paciente quirúrgico, que van desde la disminución del dolor, mayor satisfacción del paciente, una disminución de la estancia hospitalaria, y una disminución del nivel de ansiedad. Aunque existen controversias sobre su eficacia en este sentido, todos suelen coincidir en el aumento del bienestar del paciente” (Estepa-Osuna, 2006; Gálvez-Toro, 2003 y 2006; en Díez-Álvarez, *et al*, 2012: 19-20).

Pero al final y desde la interpretación de la investigadora todos los testimonios están en sincronía con las palabras de Richardson, 2007 frente al otorgamiento de cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico, “el profesional de enfermería experimenta tensiones ante la dualidad de ser cuidadora y técnica” (Hamin, *et al.*, 2009: 5), esta dualidad parece adquirir más tensión cuando el profesional de enfermería aún no comprende que las intervenciones y el nivel de complejidad y habilidad que estas requieran son solo una parte del cuidado, en el entendido que el cuidado parte de un contexto y de dar atención a una respuesta humana no una respuesta fisiopatológicas, lo que sugiere recordar el concepto de

cuidado holístico que describe Vega y Rivera (2009: 82-83), a partir de la idea original de Martha Rogers, quien se enfocó en la “teoría es el ser humano unitario” donde se define a la persona como “un todo único con integridad propia y que expresa cualidades que no pueden interpretarse solo como la suma de sus elementos individuales”, entonces las personas que deben ser cuidadas se convierten en un proceso dinámico, lo cual significa encontrar el verdadero sentido y el origen del cuidado holístico.

Por ejemplo, la American Holistic Nurses Association (AHNA, 2019) define que la “enfermería holística no es simplemente algo que hace en la práctica de enfermería. También es una actitud, una filosofía y una forma de ser que requiere que las enfermeras integren el cuidado personal, la responsabilidad propia, la espiritualidad y la reflexión en sus vidas. Esto a menudo lleva a la enfermera a una mayor conciencia de la interconexión de uno mismo, los demás, la naturaleza, el espíritu y la relación con la comunidad global”.

Con esta aproximación al cuidado desde el holismo el profesional de enfermería parece requerir no solo de una habilidad mental que le lleve a razonar y aplicar conocimientos, sino además requiere de habilidades blandas, que requieren de empatía, comprensión, educación emocional, espiritualidad, entre otras, y con ello la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico, esto supera el solo dirigir acciones o actividades de enfermería y se alcanza a criticar y reflexionar desde la razón y la sensibilidad del trato con otro ser humano, por ello a los entrevistados se les cuestiona como describirían la aplicación de su pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado, a lo que ellos respondieron:

Por ejemplo en una cesarí que parece simple, acaban de dar el bloqueo, como instrumentista o circulante escuchas que la usuaria dice se me están durmiendo los brazos, entonces ahí piensas el bloqueo está ascendiendo va comenzar a desaturar, presentando problemas respiratorios, y la circulante previene lo necesario para intubar a la paciente, ahí está mi pensamiento crítico y reflexivo y el cuidado, y no es percibido por el usuario;

además en una cesaríá que está presentando atonía uterina, porque ya identifico bien las manifestaciones, como circulante solicito la hergonobina, la carbetocina, el gelfoam, ahí está mi pensamiento crítico y mi cuidado (E-17).

Aplico el pensamiento cuando no espero que alguien me diga que debo hacer, es cuando tu conocimiento y razonamiento te permiten decidir que debes preparar los hemostáticos en el momento indicado, que debes tener material extra para cualquier modificación en la cirugía, que por ejemplo aun cuando es una cirugía de mínima invasión, puede convertirse en una cirugía a cielo abierto y tener el instrumental listo para comenzar la cirugía (E-15)

Creo que lo aplico cuando cada actividad que me compete como enfermera instrumentista la hago de la mejor manera y con la mejor técnica, y sobre todo demostrando mi participación a través de sugerencias hacia el equipo de trabajo como el cirujano como al anestesista, para mejorar el cuidado del paciente, ejemplo en quirófano de quemados muchas veces quien sabe cómo funcionan mejor los parches húmedos somos nosotras las enfermeras, por eso siempre se le hace la recomendación de que debe utilizar el médico para cubrir la herida, ahí yo estoy demostrando y aplicando mi pensamiento crítico reflexivo (E-9).

Estos argumentos una vez más remiten al hecho de que el pensamiento reflexivo y crítico es una actividad mental cognitiva que te permite actuar o ejecutar actividades o resolver problemas solo a través del conocimiento que ya se posee, adquirido a través de los estudio académicos profesionales, o por los años de experiencia en el área clínica,

b) Intervención

Con la obtención de estos resultados se elaboró la primera sesión de esta intervención llamada “*Cuidado humanizado*” La cual tuvo como objetivo reconocer la importancia de la relación dialéctica del cuidado humanizado y el Pensamiento Reflexivo y Critico.

La estrategia didáctica utilizada fue la exposición oral, la discusión dirigida donde los asistentes argumentaban y expresaban su opinión sobre cómo ejercen el cuidado humanizado y la relación de este con el pensamiento reflexivo y crítico, Los recursos materiales: Cañón laptop, diapositivas, hojas blancas, lapiceros.

Las profesoras expertas fueron la Mtra. Rosa María Reyes Cabrera, presidenta el Colegio de Enfermeras del Estado de México y quien suscribe esta investigación la Lic. en Enf. Beatriz Elizabeth Martínez Talavera, profesora de la Facultad de enfermería y secretaria de la RIIEE, región México.

El desarrollo de esta sesión describió el cuidado profesional de enfermería desde la perspectiva humanista, además de consolidar el ser (humanismo, actitud, generosidad, empatía), el saber (ciencia, empiria, tecnología ciudadanía) y el hacer (formación, práctica) como la integración de elementos fundamentales para el ejercicio del cuidado profesional de enfermería en cualquier ámbito, también se describieron las tres competencias necesarias para el otorgamiento del cuidado, a través del siguiente esquema:



Fuente: Cárdenas, BL. 2018. Cuidado humanizado.

Dejando claro que no se trata de una tensión entre la técnica y el humanismo realmente es una relación y suma de habilidades necesarias para el otorgamiento del

cuidado, que en combinación con la tecnología redimensiona la calidad y calidez con que se puede proporcionar un el cuidado profesional de enfermería.

c) Evaluación

Durante la sesión se recopilaron experiencias alrededor del cuidado y en esta ocasión tienen la misma manifestación que en la parte diagnóstica un reconocimiento de la dualidad técnica-humanista, ejemplo:

El tiempo que estuve como operativo en el área de terapia intensiva y ya se imaginaban con maestría en terapia intensiva, yo me sentía soñado pensando que era lo mejor, yo podía instalara las líneas arteriales, podría manejar a la perfección los ventiladores, las diluciones de los medicamentos, puedo decir que lo hacía muy bien, pero solo eso, hacia, poco me importaba tocar al paciente o platicar con él, sé que estaban sedados pero no les hablaba, pero yo me sentía que estaba cuidado muy bien (A-1).

Yo por ejemplo casi siempre he estado en piso en hospitalización algunas veces en urgencias, pero ahí el paciente está consciente nota muchas cosas y sobre todo recordando que los pacientes oncológicos son de larga duración, creo que ellos están más acostumbrados a ver y ser más atentos que unos recuerdo paciente que me decían durante mi turno ahora viene feliz o de buen humor y otros me decían fue un mal día verdad, cuando yo nunca les había preguntado cómo están con ese interés de verdad saber cómo estaban (A-9).

Otro aspecto que también fue discutido con los asistentes, fue la reflexión sobre el ejercicio profesional con el paciente, cómo cuidar y difundir el cuidado humanizado, interrogante que obtuvo las siguientes respuestas:

Sí, yo en lo particular cuando me presento con el paciente le digo que durante mi turno estaré para brindarle un cuidado, bueno eso cuando estoy en piso, cuando estoy en otras áreas con quirófano por ejemplo, igual te presentas con el cuándo entra a la sala de operaciones sin embargo, no creo

que claramente el paciente te pueda identificar, entre los nervios e inmediatamente iniciar con la inducción a la anestesia es el único momento consciente que tenemos con él, y se tiene cubrebocas y gorro, así que no creo que pueda identificarnos y aún menos probablemente recordar que enfermería estuvo en su cirugía (A-10).

Si se los he dicho a los pacientes pero ellos no los reconocen, y siempre terminan dando protagonismo a otros profesionales de la salud, y creo que en parte es nuestra culpa, porque muchas veces o al menos en mi caso, poco tiempo de interacción con ellos, por el trabajo y la atención que otros paciente requieren (A-7).

Y por otro extremo parece que ser humanistas y empáticos puede desgastar al personal de enfermería o desde la experiencia de los asistentes al curso parece una posibilidad:

Creo que lo que explicaron durante la sesión está bien y es muy correcto..., pero creo que por lo menos en este hospital que es oncológico es muy cansado y agotador, a qué me refiero, bueno que está bien ser empático, pero establecer un vínculo como lo dice Jean Watson es muy desgastante porque al final veras a esa persona morir, y entonces te genera un sentimiento y así con los pacientes, y los vas conociendo y te enteras de su vida y hasta los llegas a querer, pero no es muy bueno para nosotros como profesionales de enfermería, realmente te llenas de muchas cosas en el trabajo (A-5).

Mientras que otros parecen tener claro el punto de límite del humanismo y el amor que le puedes dar al paciente, sin caer en un desgaste emocional:

Con lo que opina mi compañera yo también considero que por eso es que tenemos que hacer límites con el paciente, y no involucrarse de más creo que lo que estoy diciendo suena contradictorio, con lo que propone el cuidado humanizado y el amor con el que debes cuidar al paciente, pero, es que no es apegarse a querer que todos vivan, en el caso de este hospital, sé que yo

vengo de otra institución y puede que por eso no sepa exactamente, qué es tratar a estos pacientes, pero yo desde mi perspectiva y mi experiencia miro al humanismo desde considerar la dignidad del paciente, de atenderlo y escucharlo no para enterarme de su vida y tratar de resolverla y que sea feliz, lo escucho para qué se desahogue, para qué de mi tal vez solo reciba palabras de aliento y motivación, pero considero que es complicado y muy delgada la línea también, pero es no perder de vista que estas atendiendo a otra persona que es tan importante como tu hijo, tu esposa y tú mismo (A-6).

Estas posturas que adoptaron los asistentes al seminario, para regresar a la idea original de cuidado humanizado se debe recurrir a la exponente *Jean Watson*: la enfermera debe estar preparada ante posibles sentimientos tanto positivos como negativos, y reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación no tiene por qué coincidir, “se trata de comprender la mutua relación entre pensamientos, emociones y comportamiento. Avizora considera que compartir los sentimientos es una experiencia riesgosa tanto para el paciente como para la enfermera” Guzmán, 2011; Ayala, 2010; Barrientos, 2004 en Izquierdo-Marchini, 2015: s/p)

Con esta discusión y como fue explicado al principio del seminario no se trató de encontrar respuestas, o “recetas” de actuación, es solo abrir la reflexión y al crítica de lo qué y cómo se hace en el ejercicio profesional de enfermería en la práctica clínica de manera recurrente.

Por lo tanto en la evaluación final de esta sesión se obtuvieron comentarios que revelaron la integración de los conceptos como cuidado y pensamiento reflexivo y crítico:

Con estas sesiones tienes conciencia que n se trata de hacer cosas y solo por hacerlas, creo que me quedo más con esa parte del ser que el saber, sobre todo por qué no es algo que haya pensado, yo siempre puse el saber, además que al final el pensamiento crítico parece ser la base del cuidado de enfermería en todos los sentidos como lo han explicado en esta sesión (A-7)

Este comentario se ve identificado con la propuesta de Schön, “el profesional no actúa siguiendo la lógica instrumental de la racionalidad técnica. Al contrario, el profesional es Práctico Reflexivo cuya acción se funda en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción, en el cual pueden identificarse tres componentes: conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la reflexión en la acción” (Medina, 2010:39).

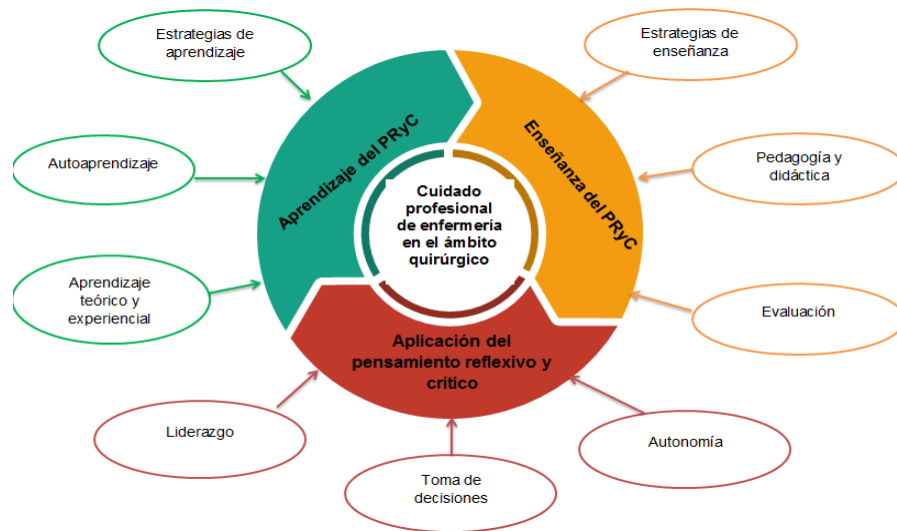
Pero en algunos otro comentario parece que las rutinas y las repeticiones parecen acallar esa práctica reflexiva en los profesionales de enfermería:

Son cosas que son bueno discutirlas ver diferentes puntos de vista hablarlas y hacerla conscientes y creo que de eso se trata todo esto; el pensamiento reflexivo y crítico es eso dejar de hacer las cosas por inercia y parar y reflexionar mis actos, mis respuestas y actitudes con el paciente y sobre todo lo que se hace para cuidar y cómo lo estoy haciendo, debo confesar que muchas veces más lo hago por inercia, y sobre todo por ejemplo cuando estas en quirófano sin prisas, y tengo que montar la mesa es algo hasta automático, ya sé cómo dividirla como acomodar las pinzas los tiempos de la cirugía, pero si es una cirugía nueva o diferente es cuando utilizo más la razón y de acuerdo al tipo de instrumental voy infiriendo donde se debe colocar la especialidad como utilizar cada pinza y en qué momento, no sé en ocasiones creo la repetición de hacer algo todos los días te lleva a actuar por inercia, ya no tengo que estar pensando con mucha atención, como calzarme la bata o los guantes o como calzar al equipo es algo que simplemente hago porque llevo años haciendo (A-2).

Estos testimonios y en específico el ultimo, encuentran relación con autores como Philipin SM (2002) los diferentes procesos y procedimientos técnicos que se realizan en los centros quirúrgicos se consideran rituales, en tanto se consideran un modelo de acción simbólica del equipo de enfermería y revelan valores de tratamiento, orden, limpieza y precaución (Salazar, 2012: 499). Según, Zisberg (et al.,2007:444-445), el concepto de ritual y sus atributos son patrones de

comportamiento, en la mayoría de los casos observables, que organizan, sincronizan la duración y el orden de las actividades, coordinan varias actividades en el tiempo, espacio e interacciones personales. Son repetitivas en el tiempo, días y semanas, ocurren en un contexto con características físicas y sociales que involucran la automatización de actividades que sirven como recurso en el nivel cognitivo y físico; se pueden aplicar al individuo, grupo social o comunitario y pueden comprometer el mundo individual, estilo de vida y aun la identidad.

Una vez que se ha caracterizado la población y descrito la relación dialéctica entre el pensamiento reflexivo y crítico y el cuidado profesional de enfermería, es posible iniciar con el análisis los elementos necesarios para la aplicación y desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado como lo describe el siguiente diagrama:



Fuente: Elaboración propia núcleos y subnúcleos de investigación, 2018

Con este esquema se analizaron e interpretaron los resultados de esta investigación en las tres etapas (diagnóstico, intervención y evaluación).

B) Aprendizaje del Pensamiento Reflexivo y Crítico

En este núcleo se considera el aprendizaje como la transformación e instrumentación, donde se enfatizan las tareas específicas, como la resolución de problemas, donde el aprendizaje toma un significado, ya que no sólo se trata de aprender, sino también de razonar y juzgar la información o el conocimiento que se está adquiriendo (Elboj, et al., 2013: 77); en este proceso de aprendizaje la reflexión y la crítica son actividades intrínsecas en el proceso de aprendizaje, donde el individuo interpreta, cuestiona un conocimiento generalmente aceptado y las ideas preconcebidas a partir de sus experiencias (Deeley, 2016: 101).

A partir de la perspectiva de estos autores a este núcleo incluye la relación de tres subnúcleos: estrategias de aprendizaje, autoaprendizaje y aprendizaje teórico experiencial, los cuales fueron identificados en las tres etapas de la investigación:

a) Diagnóstico

Estrategias de Aprendizaje.

En la educación superior y sobre todo en enfermería se han propuesto diferentes estrategias de aprendizaje para el desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico sin embargo es importante reconocer que la mayoría de ellas son aplicadas y planeadas dentro de la aulas y entre las que destacan: aprendizaje basado en problemas, aprendizaje in situ y aprendizaje cooperativo (Pimienta, 2012: 126, 146-165).

De esta manera a los entrevistados se le ha cuestionado sobre las formas de como ellos aprendieron el pensamiento reflexivo y crítico durante su formación académica, en este sentido está claro que así como lo han manifestado investigaciones anteriores, parece ser que el pensamiento reflexivo y crítico es aprendido de manera intrínseca, sin una planeación estructura de permita una identificación explícita de este pensamiento como lo ejemplifica el siguiente argumento:

Recuerdo, que había maestros que aplicaban el método antiguo donde tú solo debías seguir lo que ellos decían así como los procedimientos, pero también encontrabas algunos que te invitaban a reflexionar y pensar a través de preguntas (E-10).

Dicho argumento establece el clásico contexto de la educación donde Freire (1984) llamó pedagogía transmitiva, partiendo de la idea fundamental era la transmisión unilateral de conocimiento por parte del maestro, quien sostenía el conocimiento como si fuese un monopolio, y la función del alumno sólo era aprender o memorizar (Durán, 2014: 28).

Sin embargo también dicho argumento presente una dualidad, en el intento del entrevistado por encontrar los elementos de reflexión y crítica dentro del proceso de aprendizaje, sin embargo entrevistados identifican algunas formas que les permitían desarrollar la reflexión y la crítica.

Cuando estaba en la escuela recuerdo, que tenía que transcribir para poder aprender o recordar, más bien reflexionar las cosas y siempre tenía que tomar nota de lo que explicaban, así cuando las leía podía analizar mis anotaciones; También hacía dibujos, horribles por cierto, pero eso me ayudaba a recordar a comprender, eso de los dibujos lo ocupaba más en anatomía, y en quirúrgica para entender las suturas, las anastomosis... etc” (E-1).

Yo lo que hacía en la escuela era buscar la técnica, la leía y tenía que hacer anotaciones de palabras claves, tenía una libreta donde anote todas mis técnicas (ahora ya no la uso y no sé dónde quedo), desde buscar el concepto y que es lo que tenía que saber cómo instrumentista y circulante, con estas anotaciones después podía analizar la información y reflexionar con lo que estaba haciendo y como lo estaba haciendo (E-7).

A través de estos argumentos se identifica la importancia de las anotaciones, según Marcial este método permite transitar del dato a la información, y de la información al conocimiento, y en el mejor de los escenarios se logra al la exposición,

la argumentación y la diferenciación de las ideas propias, desarrollando destrezas que llevan a un dominio del pensamiento crítico (2013: 118).

En esta subnúcleo es importante mencionar que acorde a la bitácora y la percepción de la investigadora se ha identificado:

Entre las respuestas de los profesionales de enfermería, se puede identificar una clara tendencia hacia el positivismo y referir a la educación como un proceso bancario y pasivo, sin embargo después de complementar este cuestionamiento con preguntas como: ¿Cuéntame cómo era las clase?, ¿hacías apuntes durante tus clase?, dichas cuestiones llevan a los entrevistados a meditar sus respuestas y cumplimentarlas con las formas en las aprendían durante su formación académica (**Bitácora de campo, 2018**).

Ante esta percepción es clara la tendencia de los profesionales de enfermería hacia evidenciar las debilidades de la enseñanza de enfermería en un contexto positivista y pasivo en la relación unidireccional entre el alumnos y los profesores.

Entonces dentro del contexto educativo las estrategias de aprendizaje en la mayoría de las ocasiones son dependientes de las formas de enseñanza, hecho que lleva una estrecha relación donde es difícil diferenciar los momentos específicos de enseñanza y aprendizaje cuando uno es dependiente del otro, y en este sentido el proceso de enseñanza aprendizaje, ha consolidado el autoaprendizaje como un elemento clave para la participación activa del estudiante en este proceso como se describe a continuación.

Autoaprendizaje

Para este apartado los entrevistados respondieron a la pregunta ¿de qué manera fomenta su autoaprendizaje? Entendiendo que en los procesos de aprendizaje se requiere que el estudiante sea protagonista de su aprendizaje a través de un ejercicio emancipatorio, caracterizado por una participación activa ampliando su conocimiento a través del intercambio de ideas e interacción entre miembros del equipo de salud. Además este protagonismo permite desarrollar un

pensamiento reflexivo y crítico, autonomía, así como la capacidad de expresar, percepciones e ideas, contribuyendo a la formación de profesionales críticos capaces de aprender a aprender y trabajar en equipo (Colliselli, et al., 2016:91-92), de esta manera se presentan los siguientes argumentos:

Siempre tuve la iniciativa de aprender, conocer y preguntando con las compañeras de quirófano, pedía permiso para estar en la sala quirúrgica quedarme después de mi turno conocer lo que se hacía ahí, considero que, siempre se debe tener iniciativa de querer conocer y saber... siempre te encuentras a personas dispuestas a compartir y enseñarte (E-13).

Otros testimonios demuestran que los profesionales de enfermería siendo participes de su conocimiento, siguen actualizándose a través de la investigación y la lectura de artículos, lo cual demuestra, que las exigencias del ámbito quirúrgico condicionan que el personal de enfermería, siga investigando y actualizándose de manera autodidacta, como se describe a continuación:

Sigo leyendo, sobre todo artículos, creo que ahora es lo que más hago, cuando inicie en el área tomaba notas, hacia esquemas; pero con el tiempo te aprendes las cosas pero como las técnicas, el material, el instrumental y el equipo se actualizan y cambian, tengo que estar leyendo e investigando por mi cuenta (E-6).

Cuando son técnicas nuevas hacen modificaciones le pregunto al cirujano de donde está retomando, para yo poder leer y enterarme de las modificaciones o avances (E-20).

Estas evidencias son opuestas a los resultados de Yolder, et al., donde describe que la práctica de enfermería está basada principalmente en las experiencias del personal de enfermería, y no basada en la literatura o en investigaciones sobre enfermería (2014: 35). Fenómeno que, según Martínez (2014:3), es causado porque las enfermeras que laboran en el campo clínico

presentan dificultades para acceder a la actualización del conocimiento. Dichos argumentos son incompatibles con lo que han manifestado los entrevistados.

Dentro de este subnúcleo se han encontrado argumentos de las formas en que parece que aprenden o memorizan información, como:

Yo considero que soy muy visual, siempre es mejor comprender a partir de imágenes o esquemas pero creo que siempre la interacción con el personal médico, preguntar desde cosas muy sencillas como, por ejemplo que pasa con este tejido porque esta así, y es la manera como aprendo y sigo aprendiendo (E-4).

Aprendo cuando pregunto a los médicos, interactúo con ellos, recuerdo que cuando entre [Ingresar a trabajar a la institución de salud] las compañeras tenían una actitud que no permitía preguntarles, pero los médicos eran amables y de ellos aprendí (E-18).

... cuando tengo dudas los médicos a veces son amables y te explican las técnicas y con eso puedes elegir el material e instrumental para subir, las compañeras en general no son amables y pocas veces puedes aprender de ellas no les gusta explicar (E-12).

A través de estos discursos los profesionales de enfermería ponen en evidencia la débil relación gremial y de equipo entre las y los enfermeros del área quirúrgica, y si bien esto permite la interacción con el equipo multidisciplinario, sin embargo este hallazgo es importante desde la visión sociológica, donde tradicionalmente la relación entre médicos y enfermeras surge de una naturaleza patriarcal en términos de estereotipos y asignaciones de género, atribuyendo a la enfermería características como la protección, el cuidado y la pasividad que le confieren al rol femenino, mientras que el rol masculino (médicos) se le atribuye la decisión y competencia (Vitolo, 2012:2) (hallazgo que logra confirmación en el núcleo de aplicación del pensamiento reflexivo y crítico, en el subnúcleo de autonomía, como se describirá más adelante).

Este fenómeno del comportamiento impacta en el conocimiento y la información que recibe el personal de enfermería, porque, desde la medicina la visión es meramente positivista y biologista que no requiere de un contexto, cuando para la ciencia de enfermería este es un elemento fundamental para el otorgamiento del cuidado, que claramente no depende solo de la condición fisiológica, sin embargo desde la contraparte esta es una influencia que solventa las carencias en los saberes fisiológicos y patológicos de los procesos quirúrgicos.

Continuando con el análisis, se presenta el último subnúcleo del aprendizaje:

Aprendizaje teórico y experiencial

Es importante reconocer que la “educación de los profesionales de enfermería debe abarcar un conjunto de experiencias de aprendizaje que permitan a los estudiantes construir conocimientos conceptuales profundos, desarrollar la capacidad de aplicar habilidades técnicas y profesionales con fluidez” (Litzinger, *et al.*, 2013: 133), entonces el desempeño profesional debe satisfacer los objetivos del trabajo que ejerce, teniendo en consideración sus conocimientos teóricos y prácticos, así como habilidades en el cumplimiento de sus funciones, con estas consideraciones sobre la importancia de la experiencia en la formación académica, a los entrevistados se les cuestiono sobre si el pensamiento reflexivo y crítico les ayudaba a enlazar la teoría con las exigencias de la práctica de enfermería.

Por lo tanto en este núcleo es posible identificar un aprendizaje a partir de la repetición de las enfermeras novatas desde el dominio de las prácticas y procedimientos de parte de las enfermeras expertas:

Cuando yo salí de la escuela la mayoría del personal era igual de formación técnica y me enseñaron viendo, y repitiendo lo que hacían ellas y como lo hacían ellas, pero en práctica siempre te daba la oportunidad de reafirmar con lo que se veía en la teoría en clase (E-3).

Cuando yo recién entre a laborar había personal que se formó mediante la experiencia, más que tener un posgrado o un postécnico, en ese entonces,

y tenían formas de hacer las cosas, formas que repites por ignorancia, pero cuando sabes que están mal, que no es lo mejor, lo modificas y a partir de ahí es tu conocimiento y razonamiento que permite modificar esas formas de hacer el trabajo. Yo aprendí observando a mis compañeras, recuerdo que me decían observa y luego veo si te dejo hacerlo (E-16).

Estos argumentos muestran el contexto de aprendizaje clásico en la enfermería clínica principalmente donde la repetición es un elemento fundamental, para el aprendizaje y dominio de habilidades, sin embargo estas prácticas pueden tornarse en una repetición anacrónica y acrítica, cayendo en una rutina y ejecución de tareas que dependen de haber sido ordenadas.

En el contexto del aprendizaje Colliselli (*et al.*, 2016:76), considera que una de las necesidades de la educación superior en salud es la innovación en los procesos de enseñanza aprendizaje así como como una aproximación constante con la realidad, se debe permitir al estudiante transitar entre experimentación y la práctica durante las clases, enriquece la relación teórico-práctica (Abele, *et al.*, 2015: 2), así el siguiente argumento demuestra como establece la relación entre la teoría y la práctica.

Yo siempre partía de la teoría para la práctica, yo consideraba que tenía que conocer para poder presentarme en el procedimiento. Siempre buscaba información antes de entrar a la cirugía para por lo menos saber en teoría el procedimiento, sin embargo la teoría no se parece nada a la práctica, pero con médicos que tenían la facilidad y la apertura para explicar los procedimientos les preguntaba, diciendo no le entiendo y él me comentaba si lo viste en un libro nunca va a ser igual que lo estamos viendo ahorita en vivo, los vasos sanguíneos no van estar pintados de rojo o de azul para que puedas entender. Entonces no basta solo leer y saber, tienes que experimentar y verlo todos los días, pero tampoco puedes hacerlo al revés solo experimentar y hacer las actividades sin tener la teoría previa, se requiere de ambos (E-7).

Una vez que se logra la integración entre la teoría y la práctica Silva menciona que para desarrollar una perspectiva de un cuidado integral, el estudiante tiene una visión durante su formación de las necesidades de salud y de la sociedad en la realidad, entonces la teoría debe ser construida como fundamento aliado a los ejemplos prácticos, hecho que facilita los procesos de enseñanza aprendizaje (Colliselli, et al. 2016: 77- 82), como lo justifica el siguiente argumento:

Creo que si es un poquito difícil, pero es una realidad, que hasta que uno no lo hace, no o vives o prácticas no cuentas con los elementos, por ejemplo empezando desde lo más simple, has leído y conoces el instrumental pero no sabes cómo abrir la pinza, porque no lo habías hecho antes, o por ejemplo los dobleces de los campos para colocarlos de cierta manera que faciliten el orden y mantener la esterilidad en la mesa quirúrgica, o por ejemplo si yo tengo que entrar a un cirugía de urgencia donde tengo que montar una mesa en tres minutos, voy a omitir pasos seré más práctica por que se requiere eficacia y eficiencia, pero respetando las reglas básicas (E-9).

b) Intervención

A partir de los resultados obtenidos en la parte diagnóstica se desarrolló la sesión en el seminario titulado “*Aprendizaje del pensamiento reflexivo y crítico*” la cual tuvo como objetivo que los asistentes comprendieran las estrategias para desarrollar, fomentar y aplicar un pensamiento reflexivo y crítico.

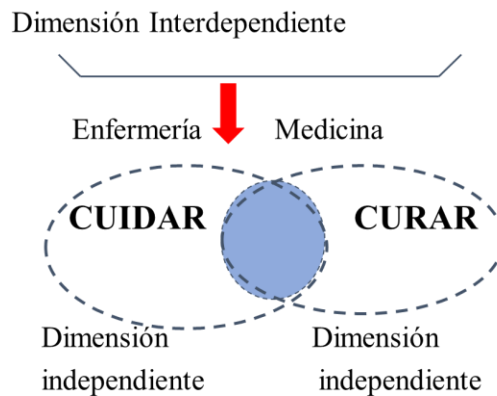
La estrategia didáctica utilizada fue la exposición oral, y la pregunta dirigida. Los *recursos materiales*: Cañón laptop, diapositivas, hojas blancas, lapiceros.

Profesora experta: Dra. Lucila Cárdenas, profesora investigadora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx y colaboradora y ex coordinadora de la RIIEE, región México.

En el desarrollo de esta sesión se basa en generar en los asistentes al seminario un proceso de autoreflexión y autocrítica, para reconocer el aprendizaje de

este pensamiento, en vista de la relación entre la enfermera y el cirujano para obtener información, en esta sesión se describe el siguiente diagrama:

Relación entre Medicina y Enfermería



Fuente: Cárdenas, BL. 2019. Marco profesional epistemológico.

Dicho diagrama esquematiza la relación entre medicina y enfermería pero claramente asigna una independencia y separación de la medicina para ejecutar las acciones concernientes al otorgamiento del cuidado, dejando claro que el conocimiento y los aprendizajes tienen relación de origen biológico pero no una aplicación igual a la que realiza la ciencia médica.

Además se deja en claro que el aprendizaje del pensamiento reflexivo y crítico, si bien requiere de una base científica o conocimiento científico, debe haber un proceso de comprensión del mismo para llegar a una transformación en primer término de la misma forma de pensar y en segundo término de las actitudes, acciones, y decisiones desde lo personal hasta lo profesional.

c) Evaluación

En la evaluación durante la sesión consistió en hacer una pregunta angular para el desarrollo de la sesión, donde se preguntó a los diez asistentes si recuerdan que durante su formación les hubieran enseñado de manera estructurada el pensamiento reflexivo y crítico, a lo que la mayoría contestó que no y solo dos personas que

actualmente están estudiando la maestría dijeron que sí, ya les había hablado específicamente qué es y mencionado la importancia de este en el juicio clínico.

Pero recordando que para desarrollar, el pensamiento reflexivo y crítico dependerá de cada individuo y el compromiso que este tenga, en este sentido se realizó la pregunta: ¿cómo me gustaría aprender este tipo de pensamiento? a la cual los asistentes respondieron:

Siempre es bueno cuando lo hacen a partir de ejemplo, ver que las otras personas (mes tras, supervisores, jefes) son congruentes con una actitud crítica o reflexiva, y considero que también siempre es más fácil mirar como espectador los errores de los demás, pero sería más sensato cuidar y autoanalizarnos nosotros mismo, no es algo fácil y como hemos visto en esta sesiones es algo que tendremos que trabajar de manera constante (A-5).

Este argumento demuestra que en el aprendizaje del pensamiento reflexivo y crítico es mediante el ejemplo de quien dice poseer y aplicar dicho pensamiento y se espera que profesionales con cargos superiores aplicaran de manera continua y eficiente este pensamiento para la resolución de problemas, sobre todo, porque quien aprende está fungiendo, a su vez como aprendiz pero también como un juez y analista de las acciones de la otra persona; hecho que en la ciencias de la educación se traduce como la enseñanza a través del “currículum oculto”, “que ejerce su influencia mediante el ejemplo que los profesores dan a sus alumnos, a través del *ethos* institucional que moldea los discursos (los modos de ver y de comunicar) y, también, mediante la adquisición de costumbres y rituales asumidos como normales o, incluso, deseables” (Restrepo, 1996 en Suárez y Díaz, 2007: 112).

Otras interrogantes en el desarrollo de esta sesión fueron encontrar las razones para aprender a desarrollar este pensamiento y la importancia que este tiene en la enfermería.

En las razones el asistente refiere:

Creo que el aprender este pensamiento... de manera personal me permite tener una mente abierta y no ser tan cuadrada en mis decisiones, y como enfermera me ayuda a enfrentarme a la práctica daría de una mejor manera y sobre todo, dar un mejor cuidado de enfermería (A-6).

Nos hace reflexionar sobre las herramientas que tenemos a nuestro alcance para poder fortalecer nuestros conocimientos y el cuidado de nuestros pacientes (A-2).

Ser mejor cada día para la mejora del cuidado hacia el paciente (A-1).

Para la importancia el asistente comenta que:

Es muy importante aprenderlo pero empezando, por saber qué es, bueno esa es mi opinión, y luego que me expliquen cómo se debe aplicar, pero creo que aun más importante es mirar que durante estas sesiones si ha habla de eso, de la importancia que tiene para la profesión de enfermería y como mejora el cuidado que podemos dar al paciente y eso me parece muy bueno y deberíamos de ser más lo que asistimos a este curso y no solo nosotros ya que sería mejor si todos cociéramos este tema y los beneficios que tiene (A-10).

La autorreflexión y crítica, es lo más importante y difícil de este aprendizaje es llevarlo a la práctica realmente, día con día en nuestro campo laboral y familiar y trasmitirlo, con pasión y entrega como lo hacen los profesionales que impartieron este seminario (A-7).

Ambos comentarios demuestran los postulados que desde el inicio de este seminario se han ido desarrollando, y que en apartados anteriores ya se han argumentado y discutido, sin embargo las posturas de autorreflexión y autocrítica favorecen el pensamiento crítico reflexivo otorgando al sujeto la capacidad suficiente para analizar la realidad y así transformarla (Jara y De Pilar, 2015: 90)

Al finalizar esta sesión los asistentes al seminario comparten algunas experiencias alrededor del aprendizaje del pensamiento reflexivo y crítico, y como ha modificado su práctica en estos días desde que comenzó el seminario, a lo que ellos mencionan:

Yo he notado que a veces y en algunas cosas soy más autocrítico mirando en lo que me he equivocado y tratando de hacer mejor las cosas, sobre todo como lo hago con los compañeros que ejemplo les estoy dando (A-3).

Creo que el estar aquí y haber escuchado los puntos de vista de los compañeros y sus perspectivas me hace reflexionar en cómo lo estoy haciendo yo, ¿realmente estoy aplicando este pensamiento?, ahora miro y medito los pros y los contras de algunas circunstancias y por lo general ahora mantengo la mente abierta, para poder entender diferentes puntos de vista, y tomas de cada uno de ellos lo mejor (A-10).

Con estas experiencias se puede asegurar que los asistentes primero han conocido el pensamiento reflexivo de enfermería y la importancia que este tiene pero sobre todo el aprendizaje que se ha producido en cada uno de ellos que es resultado del proceso referido por Leal- Costa (*et al.*, 2018:3), quienes mencionan que el autoaprendizaje es un método activo de enseñanza-aprendizaje, donde se posibilita la adquisición de competencias de manera experiencial y reflexiva, así como en el marco de referencia se han considerado otros autores que mencionan el aprendizaje debe ser sujeto protagónico en la adquisición de este conocimiento como en este caso los asistentes fueron responsables de construir el aprendizaje alrededor el pensamiento reflexivo y crítico.

C) Enseñanza del Pensamiento Reflexivo y Crítico

La enseñanza en este tipo de pensamiento requiere de habilidades explícitas y ser transmitido a partir de actividades cotidianas (Sáiz y Rivas, 2008; Guzmán y Escobedo, 2006 en López, 2012:42), esto en relación a considerar la que la “enseñanza debería enseñar a relativizar lo que se sabe y lo que se es, o sea, aprender sobre lo que se enseña, sobre la propia enseñanza y en último extremo sobre lo que se es” (Durán, 2014:11).

Además, se debe reconocer que el proceso de enseñanza es dependiente del de aprendizaje y viceversa en un sentido de interacción y retroalimentación, sin embargo algo que se debe rescatar del proceso de enseñanza es la planificación que esta requiere, además de adecuar a un contexto en específico, lo cual le da dirección y comprensión a cada enseñanza.

a) Diagnóstico

Estrategias de enseñanza

Para la enseñanza de la salud los profesionales de la enfermería deben asumir el papel de tutores donde se convierte en facilitador y mediador de las experiencias de aprendizaje, por lo que determina que el profesional de la salud posea conocimiento amplio del tema (Colliselli, *et al.*, 2016:812).

Por lo tanto los procesos de enseñanza en salud se busca que el estudiante o el aprendiz, socialice sus nuevos conocimientos con los demás integrantes del equipo, a través de cuestionamientos el estudiante reflexiona y crítica sobre el tema que se está estudiando (Colliselli, *et al.*, 2016:81), validando el conocimiento a través de la planeación, el proceso (instrumentación) y la evaluación.

En este sentido y así como lo mencionan algunos autores en el marco de referencia, la planeación de las estrategias de enseñanza son punto clave para el éxito de la enseñanza y el logro de un aprendizaje significativo, por lo tanto se cuestionó a los entrevistados sobre la planeación de la enseñanza, ya que se

considera está un función que realizan todos los profesionales de enfermería en el área clínica asistencial, sin embargo los resultados son los siguientes:

Parece ser que la mayoría de las prácticas de enseñanza que realizan los profesionales de enfermería con estudiantes o personal en capacitación son de incidentales y no planeadas:

Cuando me toca capacitar a los compañeros o a los estudiantes, lo hago con gusto pero ¿planearlo?, no lo hago, por lo general están conmigo todo el turno y le explico las actividades que hacemos y como se hacen, el llenado de la papelería, y otras, dejo que vean lo que hago, para que ellos puedan hacerlo después (A-20).

¿Planear?, así como hacer un escrito o un plan, como en la escuela, no lo hago, pero en mi cabeza le doy un orden primero ubico a la compañera o al estudiante en el área, o sea le enseño donde está el material, la papelería el insumo que componen el área, que hay en la sala, el carro rojo, etc., después, si hay cirugía y me toca instrumentar el estudiante o la compañera deben circular primero y estar observando la técnica, y cuando ya nos conocemos un poco más y después de una serie de preguntas básicas que le hago, dejo que se vista y calce conmigo para instrumentar, aunque realmente en las primeras veces solo me acompaña, por lo general no dejo que toquen, después con el tiempo dejo que lo hagan y al final yo ya no los acompaño en el proceso de instrumentación (A-13).

Con estos comentarios queda en evidencia que la planificación es carente en el papel de enseñanza que deben desempeñar los profesionales de enfermería, en este sentido, se deben recordar la referencia de Rueda (2011:1), quien argumenta que la planeación de la enseñanza debe ser referida a la satisfacción de necesidades personales inmediatas, así como la disminución de la incertidumbre o el aumento de la confianza; además Díaz-Barriga y Hernández-Rojas (2002:232), considera que “el proceso de planeación tiene trasfondo para la validación del aprendizaje”, y como se puede apreciar a través de los argumentos la enseñanza de enfermería en clínica, no

llega a un momento claro y eficaz de validación de los aprendizajes producto del proceso de enseñanza.

En otros argumentos se nota que el proceso de planeación lo llevan departamentos como las jefaturas o supervisiones de enfermería:

Las planeaciones las hago yo, como jefa del área de quirófano, las planeaciones de las capacitaciones del personal nuevo y la de los estudiantes por lo general las escuelas que asiste trae su plan, delimitando objetivos y alcances de la práctica, y si no las sigo al pie de la letra por lo general se desea que con la capacitación el personal adquiera habilidades para ejercer las funciones de instrumentista o circulante e ir adquiriendo experiencia con los diferentes procesos, pero como jefa nunca los dejo solo siempre estoy para apoyar y resolver dudas o coachear cuando el procedimiento quirúrgico es complicado (A-8).

Ante este comentario de solo asignar la tarea de planeación al jefe o supervisor del área de enfermería Puntunet y Domínguez (2008: 116) argumenta la importancia en la planeación de la enseñanza para la capacitación del personal de enfermería y en su artículo describe puntualmente 5 etapas, partiendo de un diagnóstico de las necesidades educativas, planeación de las estrategias educativas, diseño de la metodología didáctica, implementación y evaluación la última etapa siendo indispensable para analizar el éxito del proceso de enseñanza.

Además, en este subnúmero para reconocer el contexto en el aspecto de enseñanza, se cuestionó a los profesionales de enfermería si durante su formación académica los profesores les habían enseñado a pensar de manera reflexiva y crítica a lo que se encontraron comentarios contradictorios dependiente del corte generacional, esto es, mientras los profesionales con una experiencia laboral de 20 a más años en el área clínica asistencial se formaron como enfermeras técnicas y realizaron un posttécnico consideran que la enseñanza de este pensamiento fue carente:

Recuerdo que en mis tiempos los profesores eran más estrictos y por lo general eran médicos quienes nos impartían clases, eso hacía que fueran exigentes, pero no se hablaba de ese pensamiento, era en sentido de aprender, memorizar y poder dar la respuesta correcta, y bueno si decían tienen que razonar su respuesta y sus acciones; pero realmente no decían nada de la reflexión y la crítica o al menos en lo que recuerdo (A-1).

Yo supongo que sí pero no se hablaba de ello, cuando yo estudie no había NANDA y esas cosas solo hacíamos notas de la evolución de paciente y muchas más actividades, como por ejemplo: la anestesia, nosotros éramos los encargados y en algunas ocasiones éramos el primer ayudante del cirujano... entre otras, de la que ahora hacemos, mira que chistoso, ahora hacemos menos pero parece que los procesos [Proceso de Atención de Enfermería] justificamos más y ahora con el razonamiento diagnóstico, etc. y hasta ahorita que lo pienso sí que hay cambios, no sé si para bien o para mal, pero algo que si aseguro ahora tenemos más limitaciones en el ejercicio de lo que hacíamos a finales de los 70's y 80's, y bueno no se hablaba mucho de eso [pensamiento reflexivo y crítico] era obvio que se hacía pensamos, pero tal vez no con el grado de conciencia que ahora se exige o se debe hacer (A-6).

De manera clara con estos argumentos se puede generar una interpretación de cómo era la enseñanza de esa época y sobre todo el impacto que tenía en el ejercicio profesional, donde los entrevistados lo catalogan un ejercicio de mayor libertad y de realización de más actividades, que ahora el personal de enfermería ya no realiza más, esto nos remite a la historia hecho estableció que las primeras escuelas de enfermería estuvieran organizadas y dirigidas por médicos hecho que centró la atención de enfermería en un contexto biológico, curativo e individual, lo que hizo que enfermería naciera con un carácter técnico e instrumental (Jara, 2015: 19, 22).

Sin embargo con el paso del tiempo la enfermería construyo su propio cuerpo de conocimientos y considero el desapego de la medicina para consolidar su propio campo de acción en el estudio y ejercicio del cuidado profesional, sumado a esto y en busca de una independencia y un reconocimiento se generaron modelos y teorías alrededor del cuidado, hecho de dio paso a un método sistemático científico que permite dar evidencia y fundamentación científica de cómo los profesionales de enfermería están cuidado de manera holística a través del proceso de enfermería, con ello las nuevas generaciones así lo describen encontrando de manera explícita en sus procesos de enseñanza el pensamiento reflexivo y crítico, en el trasfondo de lo que es el juicio clínico en el sentido de cómo es descrito por “Kataoka-Yahiro y Saylor, (1994) los resultados del pensamiento crítico es el juicio enfermero, es decir, el juicio clínico es el resultado de identificación y análisis de problemas relevantes de Enfermería en una diversidad de escenarios que implican situaciones de cuidado directo” (Moran –Peña, 2017: 42), afirmación que corrobora los argumentos encontrados en las entrevistas:

Ahorita que estoy en la especialidad, si se habla mucho de eso del pensamiento crítico, la reflexión pero más el juicio clínico, por ejemplo tengo diferentes prácticas en los hospitales, pero lo que me gusta es que la maestra que está en la práctica nos hace cuestionamientos sobre el paciente que estamos atendiendo y terminamos haciendo un proceso de enfermería oral por así decirlo, no como en la licenciatura que tenías que llevar tu escrito, y se va haciendo como algo cotidiano y natural eso de analizar la condición y necesidad del paciente, discutimos, los cuidados y las acciones que se le deben hacer en el postoperatorio, durante el transoperatorio, también suele acompañarnos, pero ahí se enfoca más en la técnica quirúrgica..., considero que si se habla de eso y se nos enseña como ejércelo con estos ejercicio de preguntas y de discusiones en los contextos reales, donde puedes mirar y hacer los cuidados de manera real (A-4).

Incluso cuando ya se refiere a un razonamiento y un pensamiento aplicado a la resolución de las necesidades y elección de los cuidados se sigue hablando en un contexto biologicista:

La entrevistada refiere con orgullo el uso, aprendizaje y ejercicio de un juicio clínico, aceptado este como variante de lo que es el pensamiento reflexivo y crítico, sin embargo dentro de su discurso se puede apreciar una clara inclinación a un cuidado dependiente de una patología y una intervención quirúrgica y no del contexto del paciente (Bitácora de campo, 2018).

Aun, cuando la enfermería ha evolucionado desde la enseñanza no se ha trascendido o al menos en el sentido de todavía depende el cuidado de enfermería de un diagnóstico médico en una condición fisiopatológica, cuando organizaciones como la NANDA North American Nursing Diagnosis Association aconseja que un diagnóstico de enfermería no depende exclusivamente del diagnóstico médico, el cual es de suma importancia, sin embargo enfocarse solo en este aspecto limita el juicio de enfermería y por ende no está considerando las respuestas humanas que deben ser atendidas hecho que repercute directamente en la práctica de enfermería (Herdman, 2015: 110-112).

Una vez que se conoce como a los profesionales de enfermería les fue enseñado el pensamiento reflexivo y crítico es fundamental conocer como ellos enseñan este pensamiento, por lo tanto el siguiente subnúcleo explica claramente como esto se debe de hacer.

Pedagogía y didáctica

Leal-Zambrano menciona, entre la pedagogía y la didáctica es: “la pedagogía subyace de la utopía de mantener la libertad del ser humano a través de la educación, mientras que la didáctica se basa en el método a través de la enseñanza y hacer aprender bajo la organización de la técnica, siendo más rígida para la creación de los aprendizajes algo que en cierto punto resta autonomía y libertad al aprendiz” (Zambrano-Leal, 2016:12-14).

Sin embargo en conjunto, permiten que el proceso de enseñanza sea estructurado pero no rígido y sobre todo genera formas para difundir el conocimiento a partir de la “pedagogía y la didáctica, siendo esta la puesta en práctica de las estrategias de enseñanza las cuales corresponden a la planeación” (Díaz-Barriga y Hernández-Rojas, 2002: 231-249).

Entendido entonces como las formas en que se puede transmitir el conocimiento y en este caso específico el pensamiento reflexivo y crítico los entrevistados mencionaron lo siguiente:

Siempre miro que habilidades trate el alumno o el personal que me toca capacitar..., en ocasiones me cuesta mucho trabajo comenzar porque ya sea que el alumno no conoce nada de esta área, también el personal hay compañeras de nuevo ingreso que en su mayoría son de formación técnica y no han tenido la experiencia, es difícil porque actividades básicas como calzado de guantes, bata o lavado de manos, no lo saben realizar... a falta de habilidad lo que hago es validar si traen conocimiento teórico, que posean fundamentos, y es buscar espacios durante la jornada laboral para poder transmitir mis conocimientos primero y guiarlos para adquirir la habilidad (E-15).

“Siempre dejo que vean lo que hago lo aprendan, pero que también lo hagan, les explico cómo se debe hacer, pero quiero ver que lo hagan que experimenten y eso me permite checar puntos que se deben mejorar, algunas fallas en los procedimientos que se pueden mejorar y que con el tiempo la habilidad les permitirá hacerlo de mejor manera y más rápido...” (E-13).

Enseño como me enseñaron a mí, viendo creo que es lo más importante porque el alumno puede ver que es lo que estás haciendo y luego dejo que lo haga, a veces es un complicado cuando la cirugía se complica y el alumno solo observa, pero es importante para el son los momentos que nunca se olvidan, y también cuando se equivocan cuando contaminan eso es algo, que tampoco se le olvida y lo aprenden para toda la vida, por ejemplo que las compresas no se les quita la segunda envoltura, que las suturas van bajo la

mesa mayo antes de clocar el instrumental, son detalles que no vienen en los libros y que la experiencia nos da, y se trata de eso es bueno equivocarse y por general no los regañó y no los evidencio ya a solas comentamos (E-5).

Estos argumentos, que en su mayoría comparten los entrevistados, de manera inmediata dan evidencia del método del aprendiz o la repetición a lo que Gutiérrez-Tapia (2018: 88) define como la serie de actividades de repetición y práctica donde los estudiantes practican, repetidamente, aplicando conocimiento específico o una habilidad bien definida desde un enfoque pragmático, con esta definición parece que el método que están ocupado los profesionales de enfermería para transmitir el conocimiento o sus habilidades del área quirúrgica se basa en la repetición donde entendida esta desde la teoría conductista y referida por Sarmineto (2007: 44) “la repetición como base del aprendizaje de destrezas es un principio reconocido”, especificando claramente que actualmente es una idea poco aceptada y que la pedagogía y didáctica no se deben basar en la repetición de manera totalitaria, toda vez que se suele caer en un “reduccionismo insostenible en el tiempo por no reconocer los procesos mentales del pensamiento”

En enfermería esto es crucial y sobre todo para el desarrollo y aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado en el sentido que esto se transforma en la base de las prácticas anacrónicas que han sido ampliamente discutidas por algunos autores, uno de ellos que lo describe puntualmente es Medina y Castillo (2006: 310), “la mera reproducción de la actividad profesional que las enfermeras desarrollan: el conocimiento en la acción del profesional de enfermería (saber hacer semiautomático y rutinario), sólo resultaría útil y transformador en la realidad incierta y cambiante de los cuidados, si se halla articulado con la reflexión en la acción y sobre la acción”.

Lo que se recomienda es establecer una visión dialéctica entre el conocimiento y la acción esto quiere decir que el conocimiento que se transmite en el aula difiere del saber que la enfermera pone en juego para solucionar los problemas porque este último es personal, contextual y producido por ella a través de su

experiencia, con su reflexión en y sobre la acción; es decir, se produce una conversación reflexiva entre las acciones y las interpretaciones donde cada acción origina nuevas reinterpretaciones y significados que modifican los cursos de acción siguientes (Medina y Castillo, 2006: 312).

Producto de estos argumentos, el panorama parece desalentador porque si bien la pedagogía y didáctica en el procesos de enseñanza no se encuentran, de primera instancia, configurando un proceso de enseñanza centrado en transmitir conocimiento disciplinar (procedimientos y técnicas) y no precisamente el pensamiento reflexivo y crítico, por ello a los entrevistados se le pregunta cómo enseñan para que los estudiantes o profesionales de enfermería novatos logren aprender este pensamiento y aplicarlo en el otorgamiento del cuidado, a lo que comentan:

Puedo decir que lo hago cuando le pregunto directamente al estudiante y él se pone a pensar para poder dar una respuesta... cuando le digo al estudiante y tú qué harías como actuarios que intervención harías en estos caso, sobre todo cuando estamos en recuperación y el me da opiniones o ideas (A-18).

Este testimonio nos remite al método socrático el cual Implica un diálogo entre profesorado (Profesional de enfermería experto) y alumnado (estudiante, practicante profesional novato de enfermería), donde el profesorado dirige la comunicación a través de preguntas provocadoras que incitan la discusión analítica, el planteamiento y desarrollo de hipótesis, y su defensa, así como el perfeccionamiento de las técnicas de comunicación oral según Pérez-Rodríguez (*et al.*, 2018:377).

Este método en comparación con la repetición muestra una ventaja, si se aplica bajo el contexto y como una herramienta facilitadora del pensamiento reflexivo y crítico y no como un método de intimidación hacia el estudiante.

En este punto de la investigación parece que la enseñanza es una debilidad dentro de la práctica profesional de enfermería, sin embargo ante este panorama es

una ventaja que las enfermeras (os) sean conscientes del papel fundamental para el proceso de enseñanza aprendizaje de las nuevas generaciones de profesionales de enfermería como se describe a continuación:

Bueno, a mí me gusta mucho enseñar a los estudiantes de licenciatura y los de maestría como a ustedes, pero con los de maestría por la experiencia laboral que ellos tienen y que su conocimiento está más actualizado, es más rico platicar y en esa platica ellos me actualizan y yo les enseño de mi experiencia y práctica (E-9).

Y sin perder de vista que todo proceso de enseñanza culmina en la evaluación, siendo este el último subnúcleo, que se describe a continuación.

Evaluación

Para analizar este subnúcleo se recurre a la visión sociológica de Díaz-Barriga (2003: 154) quien refiere “la evaluación favorece de alguna manera que el estudiante (profesional de enfermería) pierda o tome conciencia de sí mismo y de su propia situación”

A pesar que desde el inicio se identificó la falta de planeación en la enseñanza y que por ende no se llega a un proceso de evaluación estructurado; los profesionales de enfermería consideran que cuando el estudiante o el profesional de enfermería novato, puede ejecutar cada intervención sin su acompañamiento han logrado aprender y dominar las habilidades enseñadas:

Yo creo que los estudiantes y otras compañeras han aprendido cuando ya lo hacen solos sin que les digas cómo hacerlo o que los estés guiando... (E-20).

Es más evidente con las compañeras que tenemos en capacitación, los estudiantes solo están por meses pero claro adquieren conocimiento y ya no los tienes que guiar tanto al final de su práctica, el instituto utiliza el “coachear” a las compañeras, esto es un buen método por que la enfermera con más experiencia está circulando y el de menos experiencia está instrumentando pero tu [enfermera

experta] desde afuera lo vas guiando, le dices cómo acomode el material, cómo preparar los hemostáticos, los injertos, etc. Pero desde afuera y él lo hace; notas cuando ya aprendió porque ya no te pregunta tanto y solo hace la acción (E-5).

Parece que la independencia en la toma de decisiones es considerada en la práctica clínica como el éxito del aprendizaje y con ello podría interpretarse como la evaluación del proceso de enseñanza, hecho que de manera directa nos remite a una aplicación de este pensamiento reflexivo y crítico, desde una mira alentadora parece ser que cuando el estudiante y el profesional de enfermería es capaz de tomar sus propias decisiones y resolver las problemáticas está aplicando un pensamiento reflexivo y crítico.

Esta interpretación es confirmada por Morán (*et al.*, 2016: 53) asegurando que “los profesionales de enfermería deben ser capaces de trascender el actuar rutinario, para constituirse en unos profesionales reflexivos que resuelvan problemas y tomen decisiones clínicas asertivas que aseguren la calidad y la seguridad en las prácticas del cuidado”.

Dentro del análisis, e incluso cuando no era el objetivo de este núcleo, entre los comentarios de los entrevistados es importante resaltar la idea preconcebida sobre la toma de decisiones ya que parece ser un condicionante para el desarrollo y fomento de un pensamiento reflexivo y crítico en la práctica profesional, la NANDA recomienda que para mejorar la práctica de enfermería y sobre todo el juicio clínico es fundamental consultar con otros profesionales de enfermería y tomar en consideración otros puntos de vista alrededor de las necesidades que esta presentado un paciente (Herdman, 2015: 112).

Cuando en la práctica el cotidiano parece ser todo lo contrario como lo demuestra el siguiente comentario:

“...es una gran debilidad que tenemos aquí en el instituto y yo creo que en todos lados, la falta de humildad en reconocer que no puedes hacerlo todo

tu sola y sobre todo en el considerar que tu forma de hacer las cosas es la única y correcta” (E-6).

“...la retroalimentación es algo que debemos trabajar mucho desde dos partes saber aceptar comentarios y quien tenga el conocimiento debe compartir y apoyarnos si conoces las debilidades de la otra y tú lo sabes hacer más rápido, hazlo, no ayudas a tu compañera o al cirujano, ayudas al paciente que no tenga complicaciones y acortas tiempos de cirugía” (E-4).

“...entre compañeras la cosa es diferente sabes, podría decir que somos envidiosas, porque podemos tener cursos de capacitación o actualización pero de ahí que ese conocimiento puedas compartirlo con las compañeras es poco frecuente o no se lleva acabo” (E-20).

“...me gusta compartir con mis compañeras, pero aquí si debo decir que espero que ellas pregunten o soliciten mi ayuda, ya no es como con los estudiantes que le comparte todo, porque en ocasiones las compañeras no quieren siquiera tu opinión” (E-1).

b) Intervención

A partir de los resultados expuestos se ha desarrollado la sesión de esta intervención llamada “*Enseñanza del pensamiento reflexivo y crítico*” la cual tuvo como objetivo que los asistentes autocrítiquen su forma de enseñanza alrededor del pensamiento reflexivo y crítico.

La estrategia didáctica utilizada fue la exposición oral, y la pregunta dirigida. Los recursos materiales: Cañón laptop, diapositivas, hojas blancas, lapiceros.

Profesora experta Dra. Lucila Cárdenas, profesora investigadora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx y colaboradora y ex coordinadora de la RIIEE, región México.

El desarrollo de esta sesión parte de un punto fundamental establecer la enseñanza y el aprendizaje como un ciclo, donde al enseñar se aprende y al

aprender se enseña, considerando que este es un proceso profesional pero también personal, además se hace puntual atención en que la enseñanza del pensamiento reflexivo y crítico debe ser un proceso planeado desarrollado y evaluado, como lo presenta el siguiente diagrama:



Fuente: Cárdenas, BL. 2019. Enseñanza-aprendizaje del pensamiento reflexivo y crítico.

También se expone como elemento fundamental de la enseñanza de este pensamiento, el ejemplo basado en reflexión y crítica en combinación con conocimientos, intenciones, actitudes y habilidades.

c) Evaluación

Esta sesión radico en dos cuestiones, la primera ¿Cómo enseñar este pensamiento? y ¿Qué estrategias usar?

Durante esta sesión los argumentos recuperados evidencian como pueden enseñar este tipo de pensamiento.

Las estrategias que puedo usar y como lo hemos visto en este curso, creo que primero debo de expresar qué es y cómo se aplica de manera clara y

concisa con los alumnos que tengo, pero más que nada las acciones son las que hablan por sí solas (A-2).

Es importante planear cómo y qué vamos a enseñarle a los estudiantes, sobre todo para que sea una buena experiencia, y ser pacientes con ellos, yo algunas veces me desespero que son lentos o no conocen cosas que yo considero básicas, ejemplo alumnos de octavo semestre que no saben tomar tensión arterial, y mediante una comunicación más eficaz considerar que el estudiante exprese sus dificultades y hasta inseguridades, y si por ejemplo no sabe tomar signos vitales enseñarle, que practique dos o tres días seguidos y en cada toma verificar con el sí lo está haciendo bien o mal (A-6).

Con estos comentarios se confirma que su proceso de enseñanza ya es intencionada considerando una planeación que culmine en una evaluación de lo aprendido y sobre todo los asistentes ahora son conscientes de enseñar el pensamiento reflexivo y crítico a partir del ejemplo, dado el punto que ellos se consideran a sí mismos como el ejemplo a seguir aplicando de manera constante una práctica reflexiva de enfermería.

Entre las estrategias para enseñar, este pensamiento los asistentes consideran:

Creo que la estrategia es la pregunta, pero no en el sentido de evidenciar la ignorancia, si no en el sentido de ver que sabe y que ignora o que piensa o como soluciona la necesidad del paciente (A-1).

Preguntar con cortesía no con carácter ni con regaños, no exigir un dominio de habilidades porque son estudiantes o personal nuevo, y reitero lo que ya habían dicho los compañeros enseñar con el ejemplo, que el otro se dé cuenta que tu juicio no es solo por rutina que de verdad pensamos para hacer las cosas (A-8).

En la literatura se han considerado diferentes técnicas de enseñanza para el desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico como: el diario de campo, el método

socrático, resolución de problemas, simulación de escenarios entre otras (Cardenas, *et al.*, 2014 y Moran, *et al.*, 2016), pero son explicadas desde el entorno escolar desde las aulas, o desde la visión de los profesores de práctica clínica, no desde el personal del área asistencial clínica donde Moran ha reconocido que para fortalecer el proceso de enseñanza de la práctica reflexiva se requiere cerrar brechas entre las instituciones educativas y de salud, donde la colaboración entre el personal académico y clínico permita una comprensión contextual compartida para generar entornos favorables para la enseñanza “ya que solo de esta manera se transformará de manera positiva en el complejo mundo del cuidado de enfermería” (Morán, *et al.*, 2016: 53).

Para finalizar esta evaluación de la sesión es posible identificar dos cambios entre los asistentes los cuales ahora reconocen la importancia que tiene la enseñanza estructurada de este pensamiento en un principio y el impacto que esta puede generar.

Enseñarlo mediante el ejemplo pero también hablar de él más seguido con los alumnos que tenemos a cargo o con los compañeros y creo que seguir con la apertura más cursos como este, y además que los jefes de servicio se den cuenta de lo necesario que es este tipo de pensamiento en la vida profesional (A-7).

D) Aplicación del pensamiento reflexivo y crítico

En esta investigación se ha considerado como propuesta tres constructos (toma de decisiones, liderazgo y autonomía) dependientes de la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico, según la RIIEE (2013).

Sin embargo en la literatura propuesta en el marco de referencia en esta investigación se puede destacar que la toma de decisiones es un término que mantiene una estrecha relación con el pensamiento crítico y la práctica reflexiva, como lo describen autores como: Manzoukas (2004), Puntunet (2008), Moran- Peña (2017), Medina y Castillo (2006), quienes refieren que durante la práctica de enfermería se deben tomar decisiones alrededor del cuidado del paciente basándose en un pensamiento crítico dando lugar a la aplicación del “juicio crítico basado en conocimientos, que establece el profesional de enfermería en su actuar y responsabilidad sobre las propias decisiones” (Mazurek, et al., 2010: 51).

Por otra parte los elementos de liderazgo y autonomía son ampliamente discutidos desde una postura de autoridad y poder, que se debe demostrar como gremio ante otras profesiones y en los lugares de trabajo, es común encontrar entre algunos autores la alusión a la falta de autonomía y de liderazgo por parte del personal de enfermería como lo describe Solomons y Spross (2011:118).

a) Diagnóstico

Para realizar el análisis de este núcleo: “Aplicación del pensamiento reflexivo y crítico” se han propuesto tres elementos de manera escalonada: 1) Toma de decisiones, 2) Liderazgo y 3) Autonomía, se considera el primero toda vez que de esta toma de decisiones así como la responsabilidad, reflexión y crítica que les confiere son consideradas la base para poder acceder a un ejercicio de liderazgo y con ello alcanzar una autonomía, a continuación se describen los hallazgos en el primer subnúcleo.

Toma de decisiones:

Según Stacey (*et al.*, 2010: 170), “la toma de decisiones en salud es un fenómeno de naturaleza compleja y multivariada”, hecho que considera que esta habilidad es imprescindible en la práctica independiente de enfermería (Guillamet y Jerez, 2001: 215); en el ejercicio profesional y el otorgamiento del cuidado la enfermera (o) se presenta a “dilemas que surgen cuando se tienen dos o más alternativas que presentan condiciones de incertidumbre para actuar bien mal en el campo de la enfermería” (Garzón-Alarcón, 2001: 175).

Entonces, parece que la toma de decisiones puede seguir un patrón según la propuesta de O'Connor, (*et al.*, 1998) el proceso decisional: inicia con la identificación de las necesidades, sigue con una fase donde se determina el apoyo decisional basado en las necesidades del usuario y finaliza por evaluar la calidad de la decisión tomada, proceso que le atribuyen en gran medida el éxito de la decisión al pensamiento reflexivo y crítico considerado como el elemento clave para poseer una habilidad de tomar decisiones resolutivas (Mosqueda-Díaz, *et al.*, 2014: 463-465).

Parece ser un proceso sencillo y estructurado, cuando en la práctica diaria de enfermería tiene una connotación básica y hasta superficial para atender un problema o una situación imprevista, cómo se describe a continuación:

... nosotros siempre tomamos nuestras decisiones, no tenemos que esperar que alguien nos diga qué hacer o cómo hacerlo cuando ya sabes, no hay necesidad, eso si la experiencia siempre te permite tomar decisiones alguien nuevo en el área o sin experiencia seguro no sabrá cómo actuar o que decisiones tomar” (E-1).

En quirófano es muy importante y fundamental tomar decisiones, sobre todo cuando las cirugías se complican, y no puedes estar preguntando, pero siempre que has tenido una experiencia similar te permite tomar mejor las decisiones, por ejemplo, en una tiroidectomía, puede suceder y ha sucedido que en la disección, rasguen la vena yugular o la arteria, y como me ha pasado generalmente cuando entran los residentes por la falta de experiencia, ya tengo lista mis suturas vasculares y el equipo vascular listo, y empiezo

abrir, aun cuando suena lógico cuando no conoces la cirugía, cuando no sabes lo que va a pasar, pues no preparas el material, y entonces el paciente empieza a sangrar, todo se complica y tu trabajo como instrumentista no está siendo eficiente ni eficaz, son las experiencias las que te permiten tomar mejores decisiones, ahora cuando suceden esas complicaciones yo estoy lista subo mi material a la mesa tengo listas las suturas, rápido el cirujano hacen la reparación arterial y la cirugía continua (E-6)

Siempre estamos tomando decisiones y evitando que el paciente se complique, por ejemplo cuando estas circulando, no esperas que anestesia te diga ya pediste paquetes, tienes soluciones, todo ya está listo en sala para no perder tiempos, claro, primero debes conocer que se hace en esa cirugía cuales son las complicaciones y que como profesional de enfermería podemos prevenir, si al cirujano le fallo la disección o el abordaje, esa es su labor no le vas a decir a ver yo lo hago, también se debe tener muy en claro que es lo que hacemos para no tomar atribuciones que no nos corresponden (E-19).

También consideran que la concentración y la tensión son elementos claves para la toma de decisiones:

En la toma la decisión la concentración que tienes o la atención que estas prestando en el procedimiento quirúrgico, por ejemplo a mí en una ocasión, la jefa de quirófano me dice oye, te puedes quedar a otra cirugía tenemos un paciente de una hernia, no pregunte más yo asumí que era una hernia inguinal o umbilical, e hice mi hoja de menú solicitando todo mi material para este procedimiento y era un hernia discal en la columna... pero la falta de concentración y el no pensar las cosas antes de ejecutarlas creo que te lleva actuar y tomar decisiones equivocadas y no tan certeras, entonces es evidente que para las decisiones que se deben tomar en la cirugía se debe pensar de esta manera (E-5).

Entre los discursos se aprecia una clara inclinación por la experiencia como el elemento base para tomar decisiones, sin embargo cabría recordar la reflexión de

Saaty, (2014) “los conocimientos y experiencias en la toma de decisiones no son suficientes se requiere de una participación e intercambio de saberes dentro de la discusión”, la NANDA también recomienda realizar discusiones con los colegas de enfermería y con el área de experiencia para llegar a un juicio crítico, estos espacios de discusión son lo que hacen falta en el ejercicio profesional de enfermería, donde se puedan debatir ideas y compartir saberes.

Además de la experiencia dentro de los discursos también se encuentran relación con un proceso de razonamiento reflexión y crítica para la solución de problemas:

El pensamiento crítico y la reflexión si, tienen que ver con la toma de decisiones y creo al menos como a mí me ha pasado, cuando te equivocas o cometes errores, reflexionas como lo pudiste hacer mejor, cómo pudiste evitar ese error, entonces pensar para que en otra ocasión, ya no lo haces mal y primero piensas mejor las cosas (E-1).

Considero que a veces el reflexionar viene después de haber actuado, muchas veces en situaciones de urgencia actúas, con lo que sabes, pero después piensas que a lo mejor tu decisión no fue la mejor, que pudiste hacer mejor las cosas, yo creo que siempre es después cuando te pones a pensar y a criticar lo que dijiste y lo que hiciste, en el momento actúas, pero eso sirve por que mañana seguro harás las cosas de manera diferente (E-18).

Estos argumentos parecen tener certeza desde el pensamiento de Habermas (2002) quien menciona que el pensamiento crítico visto desde la práctica sirve como el piloto para el “desarrollo de una conciencia crítica, orientada a la emancipación y la autonomía de la persona y la comunidad, con el propósito del mejoramiento de la experiencia individual y social” (Minguez-Moreno y Siles, 2014: 599)

Con la idea de Habermas hacia la emancipación se adecuan bien los subnúcleos de este análisis el liderazgo y la autonomía los cuales a continuación serán presentados:

Liderazgo

En la mayoría de las definiciones de liderazgo se hace referencia a las características personales a la influencia que esta puede tener y el rol que se debe ejercer dentro del grupo, así como los estilos de liderazgo (Pucheu, 2009: 14), sin embargo en esta investigación no se analiza el liderazgo desde esa perspectiva; realmente se busca una relación del liderazgo y el pensamiento reflexivo y crítico como lo planteo Habermas desde el *conocimiento emancipatorio*, además Guerrero-Núñez y Cid Hernández (2015:131) consideran el liderazgo como un concepto necesario en enfermería y como un “deber ético producto de la profesionalización del cuidado” .

Algunos autores consideran que enfermería no ha desarrollado su capacidad de liderar como profesionales de enfermería, por ello actualmente se siguen campañas a nivel mundial para demostrar el liderazgo y la participación de enfermería.

Además, entre los testimonios de los profesionales entrevistados parecen demostrar que si tienen liderazgo y lo consideran un elemento fundamental en la práctica que les permite trabajar de manera transversal con el equipo de salud, como se describe a continuación:

...ser líder, yo te podría decir que depende de conocer, saber y reflexionar, analizar y entonces decides, el ser responsable de tu decisión el hacerla saber al equipo y el ser resolutiva te posiciona como líder, también no se trata de tener el poder, que el médico siga tus ordenes o el anesthesiólogo, porque cada quien tiene su área (E-20).

Se es líder cuando tomas decisiones que te competen, actúas porque sabes cómo hacerlo, y además el equipo sabe, por ejemplo el cirujano pide una sutura, pero no la hay, y tú sabes cuál es una opción y la ofreces eso... pienso ejerces tu liderazgo el cirujano no te tiene que decir varias opciones al contrario tu ofreces y el elige (E-18).

Entre los argumentos también fue posible encontrar cómo ellos que describen como muestran su liderazgo frente al equipo de salud por ejemplo:

Somos líderes cuando cuidamos al paciente en todo momento, por ejemplo, cuando se le rompió el guante, al médico o contamina el campo, entonces le dices al médico voy a cambiar su guante porque está roto, se tiene que cambiar ese campo porque ya se contamina, entre otras, es demostrar frente al equipo que estas instrumentando y estas cuidado a tu paciente lo estás protegiendo de una infección (E-11).

Recuerdo que en una jornada de fin de semana, entro un residente a cirugía y él tenía que hacer el abordaje me pregunto a mí donde podía abordar, él me conocía que ya tengo bastantes años en quirófano, yo le dije que estaba bien el abordaje que pensaba hacer pero como me preguntaba a mí, creo que le tuvo que preguntar a otros colegas no a mí (E-6).

De esta manera al liderazgo le atribuyen una serie de elementos que permiten ejercerlo, como se describe a continuación:

Creo que el liderazgo es una combinación de conocimiento y actitud una actitud de seguridad y de ser participativa desde tu papel que te corresponde (E-1).

El liderazgo debe ser una combinación de pensamiento crítico y razonamiento, para tomar decisiones un líder toma decisiones, dentro de su área, el quirófano el médico no es el líder del equipo o no debería de serlo él no manda al resto del equipo solo es una parte, tampoco anestesia, ni enfermería cada uno tiene su equipo por ejemplo entre enfermería la instrumentista y la que circula, que es un liderazgo transversal y si hay estudiantes o personal en capacitación entonces tú te conviertes en líder de ellos no del equipo (E-10).

Como se observa en estos últimos comentarios el pensamiento crítico parece ser un elemento importante para el ejercicio del liderazgo y de acuerdo a Guerrero-

Núñez y Cid Hernández (2015:131) “para ejercer el liderazgo se requiere la aplicación del pensamiento crítico en la toma de decisiones, resolución de conflictos y también en la gestión del cuidado con estándares de calidad, considerando que el liderazgo es una habilidad humana que fortalece la dirección y la gestión constituyendo así que la enfermera y su equipo alcancen los objetivos del sistema de cuidados”.

Autonomía

Para comprender la autonomía se recurre a la definición de Guerrero-Núñez y Cid Hernández (2015:133) quienes refieren que en enfermería debería entenderse como: “la toma de decisiones, y la ejecución de actos del cuidar, en que no intervenga la necesidad de supervisión por parte de un profesional del equipo interdisciplinario”.

Para Karadag (*et al.*, 2007) la “autonomía significa que los profesionales tienen el control sobre sus funciones en el lugar de trabajo”, además de ser considerada como uno de los criterios importantes en la obtención de un estatus profesional (Dikemen, *et al.*, 2016: 98-100).

En cuanto a la autonomía la consideran como el reconocimiento que se puede otorgar al equipo de salud:

“Recuerdo una ocasión con el Dr. Molina en cardiología en una cirugía, él pasaba al paciente y nos presentábamos corroborábamos datos del paciente y me preguntaba como enfermera y sabiendo que tú eres la que provees de todo en la sala te decía podemos empezar enfermera, esa parte de tomarte en cuenta, claro que refleja el liderazgo y la autonomía ante el equipo de salud” (E-1).

Así mismo reconocen que es algo que se adquiere con la experiencia y con el respeto que ofrecen otros profesionales, y que debe de defenderse desde el profesionalismo de enfermería:

“Considero que la autonomía es algo que te ganas y que debes defender, al igual que el ser líder, los médicos están acostumbrados a decirte que hacer, pero si tú te posicionas y de manera respetuosa le haces saber que en tu área tu eres la experta, ellos ya no te cuestionan y te respetan, pero si tu dejas que ellos sigan ordenando y la enfermera obedeciendo ahí no hay ni autonomía, ni liderazgo y mucho menos toma de decisión” (E-4).

Como hallazgo final de este núcleo y en conjunto con el núcleo de aprendizaje se descubrió que aun cuando los argumentos son positivos en la búsqueda y demostración de un liderazgo y una autonomía en la mayoría de los argumentos es posible identificar un grado de dependencia:

Se es independiente de hacer tus actividades en quirófano, pero al final el médico es quien elige; por ejemplo las suturas, se sabe cuál ocupar de acuerdo al plano en el que se está trabajando, sin embargo al final él dice entre una u otra de las que estas ofreciendo (E-12).

Por ejemplo... [Se] elige el apósito para el paciente quemado y cubrir la herida para una pronta recuperación, se lo muestras al médico, le explicas como se aplica y utiliza; al final el decide si lo utiliza o no... (E-9).

Cuando no tienes el equipo adecuad tu improvisas, por ejemplo para una cirugía laparoscópica puedes tener el equipo de biopsia para hacer el abordaje las pinzas son pequeñas pero, al final el cirujano decide si las quiere o no, porque no le gustan o no está acostumbrado a utilizarlas (E-3).

A partir de esta evidencia se puede decir que aun cuando enfermería lucha por una independencia y autonomía, sigue buscando la aprobación del médico de manera inconsciente, hecho que puede estar sujeto al comportamiento documentado por Amezcua (2009: 77-79) “el mismo Foucault, desde su cátedra del Collège de France, se refirió al saber enfermero como uno de los muchos saberes sometidos (Foucault, 2002), un saber silencioso y silenciado que según Meleis se da cuando se deja de abstraer y organizar todo el conocimiento que cada día miles de enfermeras

producen pero que no llegan a sistematizar y mucho menos a publicar (Meleis,1997)”.

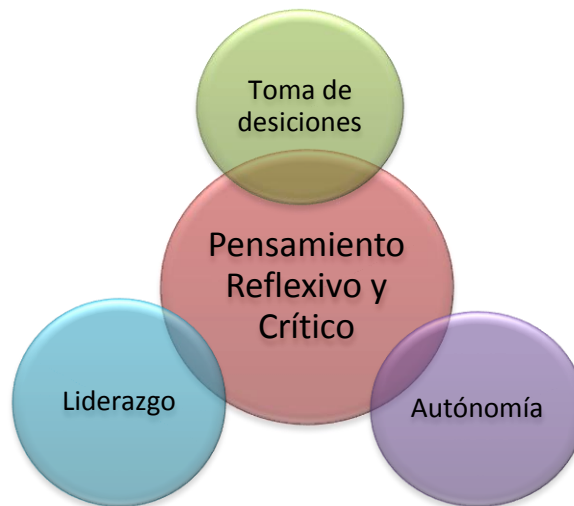
b) Intervención

Se desarrolló la sesión de esta intervención llamada “*Características del pensador reflexivo y crítico*” que tuvo como objetivo que los asistentes consideren la toma de decisiones, liderazgo y autonomía como constructos dependientes de la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico.

La estrategia didáctica utilizada fue la exposición oral y el trabajo grupal en lectura de artículos, para identificar y realizar una autocrítica de las actitudes cotidianas en el otorgamiento del cuidado.

La profesora experta fue la Mtra. Lourdes Rico González profesora asignatura de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx y colaboradora de la RIIIEE, región México.

El desarrollo se inició con la lectura de artículos que describen un panorama desalentador en cuanto a estos tres aspectos: califican a la práctica de enfermería como una actividad de repetición e intuición que no recurre a un proceso de pensamiento, el otro asegura que enfermería no ejerce y no desarrolla el liderazgo ni la autonomía en su práctica cotidiana, es claro que estos artículos son ediciones anteriores al 2000, donde claramente se justifica el contexto en que fueron escritos, posterior a esta lectura para generar discusión y conocer las experiencias de los asistentes. La sesión culmina con la presentación y clase explosiva por parte de la experta la cual se explica a través del siguiente esquema:



Fuente: Cárdenas, BL. 2016. Pensamiento reflexivo y crítico

Donde los asistentes identificaron los tres elementos y la vinculación de estos para el desarrollo y aplicación del pensamiento reflexivo y crítico.

c) Evaluación

Producto de la discusión generada por la lectura de los artículos los profesionales de enfermería identificaron de primera instancia cuáles son sus experiencias en relación a estos tres elementos:

En la toma de decisiones es prudente tener seguridad y conocimiento y experiencia que avale nuestras decisiones que vamos a tomar en base a este pensamiento (A-1)

Para tomar decisiones se debe tener experiencia y conocimiento y si lo hacemos y más en situaciones de urgencia y cuando tu personal de apoyo es novato o cuando estas en jornada especial trabajando con residentes o internos las decisiones son nuestra responsabilidad, por ejemplo yo en mi servicio y como supervisor en toco, tengo que decirle al residente ya reviso la dilatación de la paciente, que espera para pasarla a sala, y así las per claro tomamos decisiones del que sabes y conocemos, porque si a mí me cambiaran a terapia intensiva o pediatría u otra servicio mis decisiones no sería tan buenas (A-6).

El liderazgo es una de las cosas que siempre se han trabajado en enfermería sobre todo si tiene cargos como jefes de servicio, sin embargo como ya lo vimos otros profesionales no miran estas habilidades en nosotros, y tampoco los pacientes en general siempre quieren que el médico les de informes y enfermería se acostumbró hacerlo de esa manera, decir: espere que llegue el médico para que le pueda dar informes, esas palabras no nos ayudan, pero tampoco vamos a decir lo que a ellos les compete, se trata de hablar de lo que hacemos informar sobre los cuidados y como estos van evolucionando, pero siempre es más fácil esperar que alguien más lo haga por nosotros (A-5).

Con lo que dice mi compañera yo tengo un caso aquí en el oncológico enfermería hacía y siempre hizo lo que ahora le asignaron a un outsourcing de la farmacia, enfermería llevaba una bitácora de control y de sobrantes que reducía costos al instituto, pero nunca se habló de eso, no se habló con las autoridades ni se dio a conocer el proceso y luego vino esta compañía y hace lo mismo que hacíamos y de colmo una compañera enfermera tiene que capacitar a los de farmacia que son técnicos o farmacobiólogos, entonces hacemos muchas cosas, administramos, reducimos costos, gestionamos y somos líderes, solo que nos falta hablar de ellos y quizá hasta presumirlo (A-8).

La autonomía desde mi perspectiva va depender del profesionalismo y de cómo queremos hacer nuestra labor cada día, considero que hay dos formas, una donde puedes esperar que siempre alguien te diga que hacer o hacer rutinas esperando indicaciones médicas, y además eso te mantiene en una zona de confort, como ya lo vimos hacer lo mismo sin criterio, o podemos asumir la responsabilidad y las consecuencias de nuestros actos decisiones y eso sería la autonomía (A-1).

Estos argumentos demuestran que la enfermería y el ejercicio ha evolucionado y quizá se requiere fortalecer la emancipación del conocimiento que

define Habermas, además Luengo- Martínez (*et al.*, 2017: 140), reconoce que “el profesional de enfermería debe avanzar en el logro de elevados niveles de profesionalismo, obtener plena autonomía profesional, publicar y comunicar los resultados de sus investigaciones, lo que a su vez le va a otorgar autonomía por los conocimientos que esto implica, y participar activamente en organizaciones profesionales que demuestren un sentido gremial, de ayuda a sus afiliados, que aglutinen a sus colegas para trabajar por objetivos comunes relacionados con necesidades sentidas por sus miembros”

Al final de esta sesión se ha logrado el objetivo de la misma; los asistentes han logrado vincular estos constructos como producto de la aplicación de este tipo de pensamiento y como evidencia se recopilaron algunas experiencias de la aplicación de este pensamiento a partir de estos tres constructos ejemplo:

Ayer justamente en el servicio de urgencias tenía que hacer reposición de electrolitos, que es algo que indica el medico porque son medicamentos de alto riesgo, sin embargo no estaba él y yo realice el procedimiento por que tenía el conocimiento necesario producto de los laboratorios del paciente (A-5).

Cuando en quirófano el anesthesiólogo sale y miras el electro del paciente y esta alterado yo tomo la decisión de atender al paciente porque tengo el conocimiento y esto lo estoy aplicando de manera breve (A-3).

No es una experiencia, pero ahora entiendo que el poder reflexionar mis actos, actitudes, puedo tomar mejores decisiones y tener autonomía. Siempre basada en conocimiento, lo que me da seguridad y puedo llevar acabo cuidados de calidad (A-2).

Considero que si mejorara mi capacidad del pensamiento reflexivo y crítico podría tomar mejores decisiones y ser más autónoma profesionalmente y con ello ser un profesional empoderado (A-10).

Conclusiones

Esta investigación-acción puede considerarse la primera en hacer una intervención en el ámbito clínico para el desarrollo y fomento del pensamiento reflexivo y crítico y sobre todo la vinculación con el otorgamiento del cuidado. En el análisis, interpretación y discusión de resultados se encontraron, hallazgos importantes que son importantes para describir las conclusiones de esta investigación de acuerdo a las preguntas y objetivos de investigación, sobre todo porque cada pregunta guiaba cada uno de los objetivos y estos a su vez conducían el desarrollo de las tres etapas de la investigación (diagnóstico, intervención y evaluación).

La primera pregunta hacía referencia a sí el personal de enfermería del área quirúrgica ¿aplica del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado profesional?, la respuesta encontrada fue mediante la caracterización de la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería, determinado como el objetivo general de esta investigación, en esta caracterización se obtuvo el significado que le atribuyen los profesionales de enfermería al pensamiento reflexivo y crítico, los cuales lo definen de una manera fragmentada pero siempre con la inclinación hacia la acción a la elección de intervenciones y la resolución de problemas, pero principalmente como una actividad meramente cognitiva que tiene como base un conocimiento que de primera instancia lo califican como teórico, pero conforme avanza el discurso reconocen que las experiencias también son importantes para la aplicación de este pensamiento.

Estos resultados son incompatibles con la nueva propuesta de Bardallo (2015), quien describe que el pensamiento no se considera solamente como un proceso cognitivo mental sino que intervienen otros elementos o dimensiones, siendo estas la experiencial, emocional, contextual y ética, elementos que determinan un desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico de manera completa.

Es importante resaltar en la caracterización de este pensamiento los entrevistados pasan por un proceso de autorreflexión y autocrítica un fenómeno ya documentado en estudios previos donde se identifica que no habían pensado en este pensamiento hasta que se les cuestiono sobre el mismo y cuando se ponen a pensar en cómo dar una explicación de este pensamiento según el artículo de Cárdena (*et al.*, 2017:16).

Dependiente de esta caracterización quien investiga establece un primer acercamiento a un proceso dialectico entre el cuidado en el ámbito quirúrgico y la aplicación de este pensamiento reflexivo y crítico, en el que se describe una clara tensión entre la parte técnica manual y lo que algunas teóricas de la enfermería han descrito del cuidado como el establecimiento de vínculo con el paciente, esta tensión ha sido documentada por otros autores y especial en el área quirúrgica se puede recurrir, sin embargo la visión de Richarson-Tench (2010:37), quien menciona que el profesional de enfermería “constituye la conciencia del inconsciente, adquiriendo la responsabilidad de mantener la cualidad de persona del paciente, al proveerle cuidados psicológico y al convertir en ordinario el evento extraordinario de la cirugía, además diseña, coordina y aporta atención compuesta por conocimientos de enfermería y habilidades psicomotoras, que son una mezcla de pensamiento y acción para cubrir las necesidades de cuidado del paciente quirúrgico”.

Con esta idea se reconoce entre los resultados la consecuencia de esta visión, ya que los argumentos de los entrevistados tratan de definir una relación más amplia de cuidado en el transoperatorio el cual defienden al considerar que no solo son técnicas y procedimientos, pero también en el proceso de autorreflexión reconocen las debilidades de continuar con una labor mayormente tecnificada en la enfermería quirúrgica, en donde ha visto como una de sus prioridades establecer una consulta peroperatoria que permita ampliar su participación y conocer al paciente y que el también reconozca la labor que hace enfermería de cuidado durante la cirugía, lo que es muy similar a lo documentado por Salazar (2012: 504), menciona “cuidado entendido como acciones comunicativas dentro del contexto perioperatorio en el

servicio de cirugía debe ser un espacio social de comunicación e intercambio dinámico”

Sumado al proceso de caracterización se conocieron los procesos de enseñanza y aprendizaje y la aplicación de este pensamiento a través del ejercicio de la toma de decisiones el liderazgo y la autonomía.

El proceso de enseñanza-aprendizaje de enfermería fue determinado por el contexto académico que los profesionales de enfermería han cursado, mientras quienes solo poseen un postécnico en enfermería quirúrgica posterior a una nivelación del nivel licenciatura no les fue claro ubicar un proceso de enseñanza-aprendizaje, explícito, solo referían aproximaciones o algunas formas de enseñanza que parecían haber exigido o necesitado la reflexión y la crítica, mientras quienes actualmente se encontraban estudiando una maestría en enfermería les era más fácil asociar el proceso de enseñanza-aprendizaje a este pensamiento, así como explicar cómo aplican el pensamiento reflexivo y crítico a través del proceso de atención de enfermería y la aplicación de un juicio clínico, estas conclusiones producto de los resultados muestran un punto a favor; sin embargo, este pensamiento es un saber transversal que debe permear en el ejercicio profesional de enfermería y en la ejecución del cuidado, no solo en la documentación del proceso de atención de enfermería.

Entre las formas de aprendizaje destacaron la técnica del aprendiz, siguiendo el ejemplo, que de primera instancia solo lo repitieron de forma acrítica y con el tiempo y la exigencias profesionales fueron modificando prácticas cambiándolas en base a actualizaciones o nuevos conocimientos, en este núcleo de análisis, derivado de los resultados se puede concluir que el autoaprendizaje se lleva a cabo como una exigencia profesional, cuando las circunstancias exigen de un conocimiento específico los profesionales de enfermería, recurren a la consulta de diferentes artículos o a preguntar los médicos, en la parte gremial presenta debilidades aun para compartir el conocimiento y los saberes, la mayoría de los entrevistados le atribuye su conocimiento al personal médico y no a enfermería.

También se identificó dentro del aprendizaje que la mayoría de los entrevistados mencionan que la teoría no es aplicable a la práctica de manera directa, requiere de ajustes a los contextos asistenciales como la carencia de material, los horarios o las formas de trabajo ya preestablecidas, pero también requieren de la reflexión y la crítica para modificar algunas prácticas y formas de cuidado obsoletas.

Mientras que la enseñanza, presenta debilidades y entre ellas la de mayor importancia es el desconocimiento del pensamiento reflexivo y crítico, en primer punto, al no ser conocido no se puede describir una definición, en segundo, no fue enseñado de forma transversal en todos los saberes de la enfermería y por último al no estar presente en la práctica de manera explícita es difícil enseñarlo, y se tiende a caer en una transmisión de prácticas a través de una repetición anacrónica y acrítica de procedimientos y técnicas; algunos profesionales suelen hacer algunas preguntas, pero estas requieren una respuesta directa que no está abierta a la discusión, la mayoría de veces solo es para comprobar el conocimiento teórico que posee el estudiante o el personal nuevo en el área.

Como último elemento de esta caracterización del pensamiento se tiene la aplicación del pensamiento el cual gira alrededor de la toma de decisiones, el liderazgo y la autonomía, en el primer aspecto los entrevistados si identifican una relación entre la capacidad de reflexión y crítica para tomar decisiones o en un futuro mejorar la práctica evitando errores o equivocaciones, después de un proceso de reflexión que les permite identificar sus debilidades; el liderazgo y la autonomía no la asocian a la reflexión y a la crítica tienden a verla como un signo de poder y de reconocimiento entre los profesionales de otras áreas de la salud, un hallazgo importante aun cuando describen como ejercen el liderazgo y su autonomía en su práctica cotidiana algunas entrevistadas de manera inconsciente terminan diciendo que al final quien decide es el cirujano, hecho que permite concluir que aun cuando enfermería trata de defender y poseer un liderazgo y autonomía en un grupo de profesionales que todavía buscan la aprobación de los médicos y un reconocimiento de su parte, esperando que al final de la cirugía le agradezcan su labor.

Este panorama describió la etapa diagnóstica de esta investigación, y con estos resultados se planeó una intervención para dar respuesta a la segunda pregunta de investigación ¿La impartición de seminario permitirá que el profesional de enfermería reconozca la importancia del pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería? la cual se puede contestar de manera positiva, el seminario de enfermería cumplió con el objetivo específico de investigación: Impartir un seminario para el reconocimiento, desarrollo y fomento de un pensamiento reflexivo y crítico aplicado a la práctica laboral en el ámbito quirúrgico.

En la ejecución de este seminario se deben tener en cuenta algunas consideraciones, la primera es que el seminario no solo fue para personal específico del área quirúrgica, se permitió la asistencia de personal que estaba en otras áreas, también se aclara que los asistentes en su totalidad no fueron los mismo profesionales entrevistados en la etapa diagnóstica, además se reconoce que fue una intervención relativamente corta, de solo una semana, la cual dejó varias temáticas subyacentes al pensamiento reflexivo y crítico que no se abordaron, sin embargo se puede considerar como el primer seminario llevado a cabo de manera formal con personal clínico asistencial fuera del área académica, en el Estado de México.

Producto de otras investigaciones en diferentes países de Iberoamérica ya se han llevado a cabo talleres con profesores y estudiantes de enfermería, pero no se tenía documentado aún la incursión en el área clínica, y sobre todo abordando la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico, siguiendo con el planteamiento que para ser enseñado el pensamiento reflexivo y crítico este tiene que ser aprendido de forma explícita, sobre todo porque este pensamiento va más allá de hacer un proceso cognitivo mental propiamente dicho, requiere un aprendizaje claro y una serie de estrategias de razonamiento para llegar a una aplicación óptima en el otorgamiento del cuidado.

Por ello es que este seminario adquiere mayor importancia con la intención de atender las debilidades identificadas en la etapa diagnóstica, posterior a este

seminario se documentaron los cambios obtenidos en los profesionales de enfermería los cuales parecen ser alentadores para continuar en un ejercicio de difusión y organización de más seminarios en otros institutos de salud abiertos a los profesionales de enfermería de las diferentes áreas, administrativa y/o asistencial y ampliar no solo a institutos de tercer nivel sino a los de segundo y primero, que las actividades tienen diferentes enfoques pero que siempre requieren de la aplicación de un pensamiento reflexivo y crítico.

Las experiencias, vivencias y percepciones fueron documentadas en la tercera y última etapa de esta investigación, la cual dio respuesta a la siguiente interrogante: ¿La fase diagnóstica y la impartición del seminario permitirá valorar las evidencias, testimonios, percepciones y actitudes del personal de enfermería sobre la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico? Dicha respuesta fue posible documentarla, toda vez que se valoraron las evidencias, testimonios, percepciones y actitudes del profesional de enfermería sobre la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico, y entre las que se puede destacar que los asistentes reconocen el concepto que ha construido la RIIEE, para este tipo de pensamiento, además identificaron las investigaciones previas que dieron lugar a la comprensión de este pensamiento en el área de enfermería, comprendieron y experimentaron la importancia que tiene este pensamiento en el ejercicio profesional cotidiano.

Sobre todo y a partir de del seminario los asistentes se consideraron promotores de este pensamiento asumiendo la responsabilidad de aplicarlo de manera recurrente en sus actividades diarias, y además de compartir con sus compañeros de las áreas laborales y con los estudiantes este pensamiento demostrándolo a partir de un ejemplo y no de una repetición acrítica, se comprometen a despertar en las nuevas generaciones este pensamiento a través de preguntas que permitan la discusión y no solo una respuesta.

También identifican la toma de decisiones, la autonomía y el liderazgo como elementos de la aplicación de este pensamiento, pero también los consideran el

resultado de que un profesional crítico y reflexivo puede tomar decisiones, ejercer y su liderazgo y demostrar su autonomía, sin esperar que otros profesional hagan el reconocimiento de esta.

Con los resultados de estas tres etapas de la investigación se puede decir que el supuesto de esta investigación: *La aplicación del pensamiento reflexivo y crítico del personal de enfermería en el área quirúrgica contribuye al otorgamiento de un cuidado profesional de mejor calidad, facilitando la toma de decisiones, el liderazgo y la autonomía*, se ha cumplido gracias a la impartición de un seminario aun cuando el tiempo fue breve los asistentes expresaron cambios en su actuar cotidiano y en considerar que una vez que conocen este pensamiento no es posible retroceder y hacer lo mismo de siempre, de manera tácita y cuantitativa no es posible describir si el cuidado que otorgan estos profesionales es mejor en comparación con quien no conoce este pensamiento, esto daría pauta a otra investigación, sin embargo con lo recopilado en este estudio es suficiente para decir que ha provocado un cambio en los asistentes y que ahora se reconoce este pensamiento fuera del ámbito académico y los profesionales reconocen y sugieren seguir trabajando en la difusión y realización de estos seminarios.

Sugerencias

Esta investigación deja varios puntos que trabajar y seguir explorando sin embargo hay tres que merecen ser argumentados como parte de la sugerencias, el primero es el hecho de seguir realizando investigaciones de corte cualitativo que trasciendan hacia una intervención, en el entendido que la enfermería profesional se dedica a la atención de las respuestas humanas y con ello el cuidado, fenómenos que confieren una cualidad y una individualidad que la mayoría de las veces supera la generalización que los números puede otorgar, hecho que impacta de la misma manera al objeto de estudio de esta investigación el pensamiento reflexivo y crítico es un proceso que tiende a la subjetividad de la experiencia y vivencia de cada persona, sumado que en este estudio se conoció y describió el proceso de enseñanza y aprendizaje de este pensamiento, hecho que le confiere una total comprensión de desde las características y particularidades que cada participante ha descrito.

También se reconoce que el pensamiento ha sido cuantificado y medido mediante diferentes escalas, sin embargo el conocer las experiencias de cada profesional que intenta llegar a una aplicación de este pensamiento le da otro sentido de interpretación y explicación que los valores numéricos solo lograrían describir.

Una vez que se reconocen las causas del problema mediante la investigación diagnóstica es importante trascender y lograr un cambio de la problemática estudiada, considerando que los pequeños cambios en suma generan grandes reestructuraciones, de paradigmas y formas de trabajo que en particular enfermería ha venido replicando de manera constante, actualmente, y en relación a la elaboración de investigación, enfermería réplica de la medicina el trabajar bajo evidencias, la idea de origen es buena, sin embargo como lograrlo si enfermería sigue realizando estudio diagnósticos que solo describen las causas, pero que pocas veces son atendidas, con ello quien investiga quiere resaltar que esta investigación generó un cambio en algunos profesionales de enfermería y de un instituto de salud en

particular, pero desde la postura en donde ellos serán trasmisores de este cambio con sus compañeros de trabajo y con las nuevas generaciones pero sobre todo ahora son diez profesionales de enfermería que no tienen a la repetición anacrónica y acrítica de sistemas y formas de cuidado, buscando la innovación y la mejora.

Con este contexto, quien investiga recomienda seguir realizando investigaciones que interrelacionen la parte cuantitativa y cualitativa, pero sobre todo que parte de esas investigaciones se generen intervenciones que le den una solución a la problemática estudiada eso ayudaría e impulsaría a la enfermería basada en evidencias desde la particularidad que le confiere a enfermería, sin replicar modelos de otras ciencias solo por querer pertenecer a un modelo biologicista que no termina de encajar en lo que es y hacer enfermería.

El segundo punto a consideración es la búsqueda de una vinculación de trabajo colectivo y colaborativo entre las instituciones educativas de enfermería y de salud, cuando enfermería formo parte de la universidad se separó de los hospitales e instituciones de salud, dicha separación ahora se ha manifestado como una descontextualización de los saberes en comparación con la exigencias del mercado laboral, fenómeno que no es exclusivo de enfermería en general las ciencias de la salud parecen descontextualizadas de lo que se exige en el mercado laboral, pero se debe saber que la académica no puede concluir con el trabajo de formar nuevos recursos humanos de manera aislada, es donde el personal de las diferentes instituciones de salud deben participar desde su papel de enseñanza e instrucción en la práctica.

La vinculación entre instituciones educativas y de salud no solo tiene la finalidad de terminar el proceso de formación de recursos humanos, sino de establecer una retroalimentación de ambas instituciones, desde la academia se puede generar la investigación que se muestra como una debilidad en el personal de enfermería del área asistencial clínica principalmente, mientras que ellos pueden retribuir a mejorar los contenidos teórico-prácticos que desde su experiencia son más

importantes para desarrollar en cada una de las nuevas generaciones del profesionales de enfermería.

Para finalizar, con este punto de vinculación, adquiere mayor importancia cuando se considera que formar profesionales de enfermería con un pensamiento reflexivo y crítico implica un desafío de trabajo colectivo entre las instituciones educativas y de salud, donde ambas reconozcan y desarrollen la resolución de problemas a través de la toma de decisiones, liderazgo y autonomía, ya que solo de esta manera se contribuirá a formar espacios de cambio que sean capaces de incidir de manera positiva en el complejo mundo del cuidado de enfermería.

El ultimo pero no el menos importante, seguir construyendo estrategias que permitan desarrollar y fomentar el pensamiento reflexivo y crítico, en estudiantes, profesores y profesionales de enfermería, recordando que ha sido un proyecto de investigación multicentrico que comenzó en el 2012, los contextos han cambiado desde entonces, a nivel Iberoamérica se reconoce una definición de este pensamiento con una aplicación exclusiva para enfermería, mientras otros autores seguían estudiando el pensamiento crítico o reflexivo, la RIIEE lo considera con un proceso de pensamiento continuo donde al criticar se reflexiona y viceversa.

Dentro de estos antecedentes se reconoce que ya fue estudiado en los elementos de la educación, se buscó la presencia de este pensamiento en los diferentes currículos de universidades de México y otros países, se investigó sobre las estrategias de enseñanza que aplican los profesores y las estrategias de aprendizaje que aplican los estudiantes, con este antecedente se tiene una base del pensamiento reflexivo y crítico desde la academia, sin embargo los profesionales que fueron formados antes de que se considerara este pensamiento como una competencia transversal, y que las diferentes instituciones lo considerarán una característica fundamental para desempeñar un ejercicio de cuidado profesional.

En este contexto, esta investigación es consecuente a una investigación previa, elaborada por quien suscribe, donde se describe el desarrollo de este pensamiento desde una universidad pública de México; con este antecedente esta

investigación plantea otras perspectivas donde se establece una relación dialéctica entre el cuidado y el pensamiento reflexivo y crítico, no se debe olvidar reconocer cómo los profesionales aprendieron este pensamiento y cómo lo enseñan, además de conocer si lo aplican a través de la toma de decisiones y el ejercicio del liderazgo y la autonomía, pero no solo se reconocieron las debilidades o fortalezas, se impartió un seminario, que atendiendo a las sugerencias de los asistentes debe ser impartido en otros institutos de salud en los tres turnos y en jornadas especiales para tener mayor difusión, se debe acordar con las autoridades de la institución tiempo específico de capacitación en este curso, para que el personal este animado y atento y no cansado, saliendo de turno. Estas son algunas de las sugerencias que vale la pena atender en próximas intervenciones dentro de los institutos de salud.

Tomando en cuenta estas sugerencias de los asistentes al seminario es importante continuar con la difusión y la intervención en los escenarios asistenciales de la enfermería como una estrategia de vinculación entre instituciones de salud y educativas, en enfermería con la finalidad de seguir fortaleciendo el gremio y la formación de nuevos profesionales con mejores capacidades y competencias para el otorgamiento del cuidado a partir de la aplicación de un pensamiento reflexivo y crítico.

Fuentes de información

Bibliográficas

- Balderas, M. 2009. Administración de los servicios de enfermería. 5° ed. México: McGraw-Hill.
- Beltrán, J. 1998. Procesos, estrategias y técnicas del aprendizaje. Madrid: Síntesis
- Calderón- Abbo, M. 2001. Filosofía Quirúrgica. México: Mc. Graw Hill.
- Cárdenas, L., Amador, G., Arana, B., Jiménez, M., García, L., et al., 2014. Enseñanza y Aprendizaje del pensamiento reflexivo y crítico en estudiantes de enfermería en Iberoamérica. México: Academia Nacional de Enfermería.
- Cárdenas-Becerril, L., Arana-Gómez B, García Hernández ML, et al. (2014) Desarrollo del pensamiento Reflexivo y crítico en los estudiantes de enfermería en México: Un análisis retrospectivo (1995-2012). En Cárdenas-Becerril, (2014) Desarrollo del pensamiento Reflexivo y crítico en los estudiantes de enfermería en México: Academia Nacional de Enfermería. México.
- Carreño, F., 1997. Enfoques y principios de la evaluación. España: Trflas.
- Cepeda, DJ. 2015. Estrategia de enseñanza para el aprendizaje por competencias. México: UNID
- Coello, PA., Rodríguez, OE., García, IF., Alamanino GJ., Castillejo, MM., Llorens, MN., Pardo, JP., Casacuberta, MS., Urrutia CG. 2004. Enfermería Basas en Evidencias. Hacia la Excelencia en los cuidados. Difusión Avances de Enfermería. España
- Colliselli, L. Thomas, TL., Gelati, LF., Szinwelski, NK., Freddo, SL. 2016. Ensino e cuidado na saúde: limites y posibilidades vivencias durante o aprendr fazendo: 75- 93 en Kleba, ME., do Predo, ML., Reibnitz, KS. 2016. Diálogos

sobre o ensino na saúde. Vivencias de reorientacaon na formacao professional em saúde. Argos editora de Unochapecó: Brasil

Deleey,S. 2016. El aprendizaje-servicio en la educación superior. Teoría práctica y perspectiva crítica. España: NARCEA.

Díaz-Alcaraz, AF., Blázquez, A. P., Casse, T., Escudero, D. J., Martínez, L. A., Peña, G.F., Sanchez S.G., 2010. Modelo para evaluar la práctica docente. España: Wolters Kluwer.

Díaz-Alcaraz, F., Blázquez, A. P., Casse, T., Escudero, D. J., Martínez, L. A., Peña, G.F., Sanchez S.G., 2010. Modelo para evaluar la práctica docente. España: Wolters Kluwer.

Díaz-Barriga, A., 2003. Didáctica y currículum, convergencias en los programas de estudio, Paidós, México.

Díaz-Barriga, AF., Hernández-Rojas, G. 2002. “Estratégicas para el aprendizaje significativo: Fundamentos, adquisición y modelos de intervención: 231-249., en Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: Una interpretación constructivista. McGrawHill: México.

Díaz-Méringo, A. 2004. Liderazgo para los procesos de calidad. 3° ed. México: Panorama Editorial.

Domínguez, AC., Kohlen, H., Tronto, J. 2018. El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera. Barcelona: San Juan de Dios.

Dornell, T. 2011. La complejidad en los cuidados: una cuestión de responsabilidad social compartida en Carrasco, A. et al. 2011. El cuidado humano reflexiones interdisciplinarias. Montevideo: Universidad de la Republica Uruguaya

Durán, D. 2014. Aprender a enseñar. Evidencias e implicaciones educativas de aprender enseñando. Madrid: Narcea.

- Durán, VM. 2001. Enfermería. Desarrollo teórico e investigativo, Universidad Nacional de Colombia. Colombia
- Elboj C., Puigdel·livo, I., Soler, M., Valls R., 2013. Comunidades de aprendizaje. Transformar la educación, 10° ed., México: Graó Colofón.
- Freire, P., 2010. Cartas a quien pretende enseñar, 2° ed., México: Siglo Veintiuno.
- Fuller, JK. 2012. Instrumentación quirúrgica: principios y práctica. 5ta Ed. Editorial Médica Panamericana: Buenos Aires.
- González, OP., Carrasco, A., Delfino, M., Pi V. 2011. El cuidado Humano desde la perspectiva de enfermería en el Uruguay en Carrasco, A. et al. 2011. El cuidado humano reflexiones interdisciplinarias. Montevideo: Universidad de la Republica Uruguaya.
- Guillamet A, Jerez J. 2001. Enfermería Quirúrgica. Planes de Cuidados. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- Hamlin, L., Richardson-Tench, M., Davies, M. 2009. Enfermería perioperatoria, texto instructorio. Australia: Elsevier.
- Herdman, TH. (Ed). 2015. NANDA Diagnósticos de Enfermería Internacionales. Definiciones y clasificación. Barcelona: España.
- Hurts, M. 2013. Enfermería Médico-quirúrgica. México: Manual moderno.
- Jiménez- Gómez, MA., Cárdenas, BL., López -Ortega, J. 2014. Memoria de la RIIEE. Una experiencia de cinco años de trabajo colaborativo. Iberoamérica: Universidad de Jaén.
- Latorre A. 2005. La investigación –acción, conocer y cambiar la práctica educativa. 3° ed. Barcelona: Grao.
- LeMone, P., Burke, K. 2009. Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico e la asistencia del paciente. Vol. 1. 4° ed. España: Pearson.

- Marriner A, Raile M. 2007. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier.
- Meza, A. & Lazarte, C. 2007. Manual de estrategias para el aprendizaje autónomo y eficaz. Lima: Fondo Editorial URP
- Passos, E. 2015. Metodología para la presentación de trabajos de investigación. Una manera práctica de aprender a investigar investigando. Cartagena de Indias: Alpha Editores.
- Pimienta. P.J., 2012. Estrategias de enseñanza. Aprendizaje. Docencia universitaria basada en competencias. México: Pearson.
- Pozo, J.I., 2009. La nueva Cultura del aprendizaje universitario o por qué cambiar nuestras formas de enseñar a aprender. España: Morata.
- Ramsden, P., 2003. Learning to teach in Higher Education. Londo: Routledge Falmer.
- Richardson-Tench, M. 2010. Enfermería perioperatoria. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, GS., Herráiz, DN., Prieto, HM., Martínez, SM., Picazo, ZM., Castro, IP. 2011. Métodos de investigación en Educación Especial.3ra ed. España: Murillo.
- Rodríguez, GS., Herráiz, DN., Prieto, HM., Martínez, SM., Picazo, ZM., Castro, IP. 2011. Métodos de investigación en Educación Especial.3ra ed. Murillo. España.
- Saaty, T. 2014. Toma de decisiones para líderes. RWS Publications: Barcelona.
- Schober, M., Affara F. 2006. International Council of Nurses: Advanced Nursing Practice. Oxford: Blackwell Publishing.
- Strauss A, Corbin J. 2002. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 2º ed. Colombia: Universidad de Antioquia.

Toxqui, TG., Sánchez AA., Cárdenas, BL., Becerril, AP., Gómez, MV., Hernández, OY., Soriana RC., et al. 2014. Marco Referencial de la Profesión de Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de México: México

Hemerográfica

Bissel, A., Lemons, P., 2006. A new Method for Assesing Critical Thinking in the Classroom. *BioScience* 56(1): 66-72.

Brackett CC, Reuning RH. Teaching pharmacokinetics using a student-centered, modified mastery-based approach. *Am J Pharm Educ.* 1999;63 (3):272–277.

Canals-Cadafalch, M. 2004. La formación de la enfermería Quirúrgica: Un visión comparativa desde Europa. *Rev Española de Educación Comparada* 10: 275-297.

Da Silva J., Garanhani ML., Peres AM. 2015. Sistematización de la Asistencia de Enfermería en la graduación: una mirada utilizando el pensamiento complejo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 23 (1) 59-66.

De Lima L, Coelho S, Adyles L, Biolchi T, Pires de Pires D, Schubert V. 2011. Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. *Enfermería global*;10 (22).

De Melo G, Schlindwein B. 2011. Liderazgo del enfermero: una revisión integradora de la literatura. *Rev Lat Am Enfermagem.*;19(3):651-658.

Gutiérrez-Tapia, 2018. Estilos de aprendizaje, estrategias para enseñar. Su relación con el desarrollo emocional y “aprender a aprender”. *Rev. Tendencias pedagógicas* (31): 83-96.

Ibarra-Castañeda MG. 2012. Gestión de riesgos clínicos. *Rev. Mex. Enf. Cardiol*; 20 (1): 4-6.

- Lima, OLM. 2009. Estrategias de enseñanza para el aprendizaje del idioma inglés. Universidad Nacional Federico Villareal. Tesis de Grado Facultad de Educación
- Matthews, B.D., Hamby, V.J., 1995. A comparison of the learning styles of high school and college/university students. *The Clearing House*. Vol, 68. pp. 257-26.
- Pierce P, Hicks F. Patient decision-making behaviour: an emerging paradigm for nursing science. *Nurs Res*. 2001 Sep-Oct;50(5):267-74.
- Pina- Queiros, P.J., 2015. Cuidar: de la condición de existencia humana un cuidado integral profesionalizado. *Rev. Enfermagem Referencia*. 4 (5): 139-146.
- Poblete, MT., Valenzuela SS. 2007. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*. 20 (4): 499-503.
- Profetto-McGrath J.2005 Critical thinking and evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*. 21(6):364–371.
- Rios, AJC., Rengifo, DR., Cardona GHM. 2012. Estrategias de aprendizaje académico para la comprensión y diseño de laboratorios de docencia en Colombia. *Shophia* 8(1): 163-173
- Sarmiento, SM. 2007. La enseñanza de las matemáticas y las NTIC. Una estrategia de formación permanente. *Universitat Rovira I Virgili*: 40-50
- Shirrell, D. 2008. Critical Thinking as a Prediction of Success in Associate Degree Nursing Program. *Teaching and Learning in Nursing*: 3-6.
- Souza, SLP., Ferreira, CA., Nunes , R., Veloso, DO., Vieira, A., Ramos, LH. 2013. El liderazgo en la visión de Enfermeros líderes. *Rev. Enf. Global*. Abril (30): 268-280.

Stacey, D., Légaré, F., Pouliot S, Kryworuchko J, Dunn S. 2010. Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making: a theory analysis. *Patient Educ Couns*; agosto (80) :164-72

Thorpe, K., Loo, R., 2003. Balancing professional and personal satisfaction of nurse managers: Current and future perspectives in a changing health care system, *Journal of Nursing Management*; 5 (11): 321-330.

Yolder, LH. Kirkley D, Mc Fall DC, Kirksey KM, Stal Baum AL, Sellers D. 2014. Staff nurses use of research to facilitate evidence-based practice. *AJN*; 114(9):26-37

Mesográficas

Abele. E., Metternich, J., Tisch, M., Chrysslouris, G., Sihm, W., ElMaraghy, H. et al. 2015. Learning Factories for research, education, and training. *Procedia* 32: 1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.procir.2015.02.187>. Consultado 9 abril 2019.

Abrim, PC., Bernard, RM., Borokhovski, E., Wade, A., Surkes, M., Tamim, R., Zhang, D. 2008. Instructional Interventions Affecting critical thinking skills and dispositions: A stage 1 Meta- Analysis. *Rev. Educational Research*. 78(4): 1102-1134. Disponible en: <http://www.physics.emory.edu/faculty/weeks//journal/abrami-rer08.pdf>. (Consultado 02 mayo 2019).

Academy of Medical-Surgical Nurses, AMSN, 2019. What is Medical-Surgical Nurses. Disponible en: <https://www.amsn.org/practice-resources/what-medical-surgical-nursing>. Consultado 06 Jun 2019.

Aguilar, HR., Félix, A. Vázquez, GL., Gutiérrez SG., Martínez, AL., Quevedo, DM. 2012. El modelo de enfermería Roper-Logan-Tirney en el Adulto Mayor. México: Mc Graw Hill.

- Alcolea-Cosín, T., Oter-Quintana, C., Martínez-Ortega, R., Sebastián-Viana, T., Pedraz-Marcos, A., 2012. Aprendizaje basado en problemas en la formación de estudiantes de enfermería. Impacto en la práctica clínica. *Educ. Med.* 15(1): 23-30. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v15n1/original1.pdf>. Consultado 25 Jun 2019.
- Alexande, M., Durham, CF., Hooper, J., Jeffries, P., Goldman N., Kasten, K., Spector, N., Tagliareni, E., Radtke, B., Tilman, C. 2015. NCSBN Simulation Guidelines for Prelicensure Nursing Programs. *Journal Nursing Regulation.* 6(3). Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30783-3](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30783-3). Consultado 23 Jun 2019.
- Altamirano-Drogue, JE. 2019. La simulación clínica: Un aporte para la enseñanza y aprendizaje en el área de obstetricia. *Rev. Electrónica Educare.* 23(2): 1-21. Disponible en: <https://revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/9589/15117>. Consultado 25 Jun 2019.
- Altuve, J., 2010. *El pensamiento crítico y su inserción en la educación superior*, Rev. Actualidad Contable Faces, Vol. 13(20), Universidad de los Andes, Venezuela, 5-18, [Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2571_58_28002], (Consultado 15 Mayo 2015).
- Álvarez-Pérez, L., González-Pinedad, JA., González-Castro, Paloma., Núñez-Pérez, JC. 2007. Prácticas de psicología de la educación. Evaluación e Intervención, psicoeducativa. Madrid: Pirámide. 14 (11). *Rev. Galego-Portuguesa de Psicoloxia e Education.* Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/7068/RGP_14_REC-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Consultado 10 mayo 2019.
- American Holistic Nurses Association (AHNA), 2019. "What we Do? and What is Holistic Nursing?. Disponible en: <https://www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing>. Consultado 18 sep 2019.

Amezcuca M. Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. 2009 Index Enferm; 18(2):77-79. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200001. Consultado 25 jun 2018.

Appleby, C., Camacho-Bejarano, R. 2014. Retos y oportunidades: aportaciones de la enfermera de práctica avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de la experiencias. Enferm Clin. 24(1): 90-98. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862113001976>. Consultado 24 Jun 2019.

Araya-Leal, S., Biachetti-Saavedra, A., Torres-Hinojosa, J., Véliz-Rojas, L. 2018, Expectativas y experiencias de aprendizaje en la práctica profesional de estudiantes del área de la salud. Rev. Educ. Med. 32(1). Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1227/615>. Consultado 23 jun 2019

Ariza, OC. 2011. Desarrollo epistemológico de enfermería. Rev. Enfermería Universitaria 8 (2): 18-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n2/v8n2a4.pdf>. Consultado 29 mayo 2019

Atabaki, AMS, Keshtiaray N., Yarmohammadian, M. 2015. Scrutiny of Critical Thinking Concept. Rev. International Education Studies. 8(3). 93-102. Disponible en <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/ies/article/view/45856> Consultado 14 jun 2017

Bahamón, MMJ., Vianchá, PMA., Alarcón, ALL., y Bohórquez, OCI. 2013. Estilos y estrategias de aprendizaje relacionadas con el logro académico en estudiantes universitarios. Pensamiento Psicológico, Vol. 11, No. 1, 115-129. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80127000005>. Consultado 10 mayo 2019.

Beates, T. 2018. Teaching in a Digital Age. Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. Disponible en:

<https://cead.pressbooks.com/chapter/3-6-aprendizaje-experiencial-aprender-haciendo-2/>. Consultado 23 Jun 2019.

Bernal-Becerril, L., Ponce-Gómez, G. 2009. Propuesta para la enseñanza del cuidado en enfermería. Rev. Enf. Universitaria. 6(1): 33-41. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu091e.pdf>. Consultado 25 Jun 2019.

Betancourth- Zambrano, S., Enríquez-Burbano, AP., Castillo-Popayán, P. 2013. *La controversia-socrática en el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes universitarios*. Revista Virtual Universidad Católica del Norte (39): 71-84. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194227509007>. Consultado 18 jun 2019

Betolaza EA. 2012. El diario reflexivo y el autoaprendizaje tutorizado. Metas de Enfermería 5(4): 14-18. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metlas/articulo/4505/el-diario-reflexivo-y-el-autoaprendizaje-tutorizado/>. Consultado 23 Jun 2019.

Bouldin, AS. 2017. Reflection is not reflexive. Rev. Am J Pharm Edu. 81(9): 1-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5738952/>. Consultado 20 Jan/2018

Camillioni, A. 2013. La inclusión de la educación experiencial en el currículum universitario, en Integración docencia y extensión: otra forma de enseñar ya aprender. Argentina: Universidad Nacional del Litoral. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fcjs-unl/20171101043348/pdf_1172.pdf. Consultado 23 Jun 2019.

Cárdenas, BL., Martínez, TBE., Arana, GB., Monroy, RA. 2017. Desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico en estudiantes de enfermería: Evidencia de una universidad pública mexicana. Revista Uruguaya de enfermería; 12(1): 1-6. Disponible en:

<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/211/205>. Consultado 18 sep 2019.

Cárdenas, BL., Monroy, RA., Arana, GB. y García, HLM. 2015. Importancia del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería. Rev Enf Cardiológica 23(1): 35-41. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2015/en151f.pdf>. Consultado 26 marzo 2019.

Cardoso, MLAP., Ramos, LH., D’Innocenzo, M. 2011. Liderança Coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 45(3):730-737. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a26.pdf>. Consultado 25 jun 2018,

Carrasco, JA. (2007) La educación quirúrgica. Nuevos paradigmas Cirugía y Cirujanos. Rev. Academica Mexicana de Cirugía. 75 (1):1-3. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66275101>. Consultado 13 octubre 17

Ceolin, S., Mendieta, CM., Ribeiro, MR., Badke, RM., Ceolin, T., Heck, RM. 2017. La interfaz salud y medio ambiente en el diálogo con estudiantes: resignificando el sentido del cuidado. Rev. Cultura de los Cuidados 21(47): 158-164. Disponible en: <https://doi:10.14198/cuid.2017.47.13>. Consultado 19 sep 2019.

Chaffe, J. 2016. The philosopher’s way: thinking critically about profound ideas. 5° ed. New York: Pearson. Disponible en: https://philocyclevl.files.wordpress.com/2016/09/john-chaffee-the-philosopher_s-way_-thinking-critically-about-profound-ideas-5th-edition-pearson-2015.pdf. Consultado 06 jun 2019.

Corullo, JASB., Cruz, DALM. 2010. Raciocinio clínico y pensamiento crítico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 18(1): 1-6. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_19.pdf. Consultado 02 mayo 2019.

- Crespo, AN. 2000. Metacognición, metacomprensión y educación. Rev. Enfoques educacionales, 3(1): 65-71. Disponible en: http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/enfoques/05/docs/enfoques_05_2000.pdf. Consultado 20 Jun 2019
- Cui, C., Li, Y., Geng, D., Zhang, H., Jin, C. 2018. *The effectiveness of evidence-based nursing on development of nursing students' critical thinking: A meta-analysis*. Rev Nurse Educ. Today 65 (Jun): 46-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.036>. (Consultado 18 jun 2019).
- Da Silva, AL, Rodrigues FA. 2011. Critical thinking: Its relevance for education in a shifting society. Rev. psicol. 29 (1): 175-195. Disponible en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472011000100007. (Consultado 14 jun 2017).
- Del Rengo, P., 2013. Estrategias de enseñanza del profesor en el aula de nivel superior. Desafíos para la didáctica y la formación docente de dicho nivel. Revista Electrónica de Didáctica en Educación Superior: 288-303. Disponible en: <http://www.biomilenio.net/RDISUP/numeros/06/02%20Del%20Regno.pdf>. Consultado 12 octubre 2018.
- Dias, JA., Scherlowski HM., Deusdará, MR., Pereira, PL., Araújo, ST., Silva, MO. 2017. Morality and critical thinking: essential competences in nurse's training. Rev. Revista Enfermagem Uerj Nursing Journal. 25 (Jun): 27-30 Disponible en: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26391/22411>. Consultado 14 jun 2017
- Díaz, FL. 2001. Herramientas para la investigación en enfermería. Rev. Aquichan 1(1): 37-40. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/12/21> Consultado 02 mayo 2019

- Díez-Álvarez, E., Arrospide, A., Mar, J., Álvarez, U., Belaustegi, A., Lizaur, B., Lagaña, A., Arana, JM. 2012. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enfermería Clínica*, 22(1), 18–26. Disponible en: doi:10.1016/j.enfcli.2011.09.005. Consultado 18 sep 2019.
- Dikmen Y., Karatas H., Arslan GG., Ak, B. 2016. The level of professionalism of nurses working in a hospital in Turkey. *J Caring Sci*; 5(2):95-102. Disponible en: 10.15171/jcs.2016.010. Consultado 19 sep 2019.
- Elder, L. 2002. Una entrevista con Linda Elder sobre el uso de conceptos y herramientas de pensamiento crítico por Shaughnessy, M. Universidad Portales, Nuevo México. Disponible en <http://www.criticalthinking.org/pages/an-interview-with-linda-elder-about-using-critical-thinking-concepts-and-tools/495>. Consultado 20 Jan 2018.
- Enkvist, I., 1995. Los conceptos relacionados con el aprendizaje de los estudiantes de Español. Departamento de Lenguas Románticas, Universidad de Lund., Suecia. Disponible en: http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/06/06_0132.pdf. Consultado 20 Octubre 2015.
- Esteban-Albert, M., Zapata-Ros, M. 2016. Estrategias de aprendizaje y eLearning. Un apunte para la fundamentación del diseño educativo en los entornos visuales del aprendizaje. *Rev. Edu. a distancia*. 15 (50): 1-12. Disponible en: <https://revistas.um.es/red/article/view/271261/198501> Consultado 20 Jun 2019.
- Fisher, A. 2013. *Critical Thinking: an introduction*. 2º ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press. Disponible en: http://psim.co.uk/psim_old/apel/crit_th.pdf. Consultado 05 junio 2019
- Fortuna, MC., Goncalves, MF., Iossi-Silva, MA., Alves dos Santos, R. 2012. La producción de narraciones crítico-reflexiva en los portafolios de enfermería.

- Rev. esc. enferm. 46(2): 452-459. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a25v46n2.pdf> Consultado 20 Jun 2019.
- Gamba AR. 2011. El papel de la teoría crítica en la investigación educativa y cualitativa. Rev. Elec. Diag.Edu. 11(21): 48-64. Disponible en: [file:///C:/Users/Lulu/Downloads/Dialnet-EIPapelDeLaTeoriaCriticaEnLaInvestigacionEducativa-3931278%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lulu/Downloads/Dialnet-EIPapelDeLaTeoriaCriticaEnLaInvestigacionEducativa-3931278%20(1).pdf). Consultado 19 sep 2019.
- García, HML., Arana, GB., Cárdenas, BL., Monroy, RA., 2009. Cuidados de la Salud: Paradigma del personal de enfermería en México- La construcción del camino. Esc. Anna Nery Rev Enferm.13 (2): 287-296. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf>. Consultado 26 marzo 2019.
- García-Romero, D. y Lalueza, JL. 2019. Procesos de aprendizaje e identidad en aprendizaje-servicio universitario. Una revisión Teórica. Educación XXI (22): 45-68. Disponible en: <file:///C:/Users/LENOVO/Desktop/22716-52809-1-PB.pdf>. Consultado 23 Jun 2019.
- Garzón-Alarcón, N. 2001. Toma de decisiones éticas: 171-190. en Ancizar, M. ética y bioética. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/783/10/263_-_9_Capi_8.pdf. Consultado 25 jun 2018.
- Gaviria, N.D.L. (2009). La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Rev. Investigación y Educación en Enfermería, 27(1), 24-33. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198002>. Consultado 12 octubre 2018
- Gómez, B. 2012. Enfermería en Colombia. Una mirada desde la sociología de las profesiones, Aquichan. 12(1): 42-52. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4133959>. Consultado 19 sep 2019.

- Gómez, OJ., Carrillo, GM, Cárdenas, DC. 2017. Estrategias para el aprendizaje Significativo del Cuidado Humano en enfermería. Archivos de Medicina. 17 (2): 437-444. Disponible en: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1986/3045>. Consultado 20 Jun 2019
- Guerrero-Núñez, S., Cid-Henríquez, P. 2015. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. Rev. Aquichan 15(1): 129-140. Disponible en: . DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.12 Consultado 25 jun 2018.
- Guerrero-Ramírez, R., Meneses-La Riva, M., De la Cruz-Ruiz, M. 2015. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. Rev. Enferm. Heredina. 9(2): 133-142. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/19486/3017-7642-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. (Consultado 02 mayo 2019).
- Guerro-Nuñez, S., Cid-Heriquez., P. 2015. Una reflexión sobra la autonomía y el liderazgo en enfermería. Aquichan; 15 (1): 129-140. Disponible en: 10.5294/aqui.2015.15.1.12. Consultado 19 sep 2019.
- Guzmán, J., 2011. La calidad de la enseñanza en educación superior ¿Qué buena enseñanza en este nivel educativo? Perfiles educativos. 33: 129-141. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-26982011000500012&script=sci_arttext. Consultado 12 octubre 2018
- Heidegger, M. 1996. Discourse on Thinking. 33 rd edición. Harper & Row, New York. Disponible en: <https://archive.org/stream/discourseonthink00heid#page/n7/mode/2up> (Consultado 14/Jan/2017).
- Helminen, K., Tossavainen, K., y Turunen, H. 2014. Assessing clinical practice of student nurses: Views of teachers, mentors and students. Nurse education

- today, 34(8), 1161-1166. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e151.pdf>. Consultado 23 Jun 2019.
- Helpern, DF. 2001. Assessing the effectiveness of critical thinking instruction. The journal of general education. 50(4): 270-286. Disponible en: http://scihub.se/https://www.jstor.org/stable/27797889?seq=1#page_scan_tab_contents. Consultado 06 jun 2019.
- Hernández, MF., Del Gallego, LR., Alcaraz GS., González RJM. 1997. La enfermería en la historia un análisis desde la perspectiva profesional. Rev Cultura de los cuidados. 1(2): 21-35. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/CC_02_05.pdf. Consultado 10 mayo 2019
- Herrera. R., Herrera, HR., Arancibia, M., Massardo, CD., González, D., Rugiero, E., Reyes Parada, M. 2011. Implementación y evaluación de una metodología de autoaprendizaje dirigido, para estudiantes de dos carreras de ciencias de la salud. Rev. Educ Cienc Salud 8 (1): 25-30. Disponible en: <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol812011/artinv8111d.pdf>. Consultado 23 Jun 2019.
- Izquierdo-Machín, E.2015. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Revista Cubana de Enfermería, 31(3). Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192015000300006&lng=es&tlng=es. Consultado 18 sep 2019.
- Jara, HI. 2015. Bases teóricas y práctica pedagógica del docente para el aprendizaje del cuidar/cuidado en estudiantes de enfermería. Tesis de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Perú. Disponible en: http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5463/Tesis%20doctoral_Iris%20Jara%20Huayta.pdf?sequence=1&isAllowed=y Consultado 18 sep 2019.

- Jara, HI., De Pilar, GM. 2015. Bases teóricas y práctica pedagógica del docente para el aprendizaje del cuidar/cuidado en estudiantes de enfermería. Rev. Peruana Enfermería investigación y desarrollo; 13(1): 87-105. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/5463>. Consultado 18 sep 2019.
- Jefford, E., Fahy, K., Sundin, D. 2011. Decision-making theories and their usefulness to the midwifery profession both in terms of midwifery practice and the education of midwives. Journal. Nurs. Practice. 12 (2): 246-253. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01900.x>. Consultado 25 jun 2018.
- Jiménez, MC y Villegas, MC. 2001. La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico. Rev Enf Cardiológica 7(1): 28-35. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-1999/en991g.pdf>. Consultado 26 marzo 2019.
- Juárez-Rodríguez, PA, García-Campos, ML. 2009. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 17 (2): 109-115. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>. Consultado 02 mayo 2019
- Karadag A, Hisar F, Elbas NO. 2007. The level of professionalism among nurses in Turkey. J Nurs Scholarsh ;39(4):371-374. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00195.x40>. Consultado 19 sep 2019.
- Kause, M. 1995. La investigación cualitativa: Un campo de Posibilidades y Desafíos. Rev. Temas de Educación 7: 19-39. Disponible en: <http://files.mytis.webnode.cl/200000020-f1c75f2c42/Krause,%20M.%3B%20La%20investigaci%C3%B3n%20cualitativa,%20un%20campo%20de%20posibilidades%20y%20desaf%C3%ADos.pdf>. Consultado 19 sep 2019.

- Lastre, MK., De la Rosa, BL. 2016. Relación entre las estrategias de aprendizaje y el rendimiento académico en estudiantes de educación básica primaria. Revista Encuentros, Universidad Autónoma del Caribe 14(1):87-101. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/encu/v14n1/v14n1a06.pdf>. Consultado 10 mayo 2019.
- Leal-Costa, C., Mejía-Nicolas, A., García Méndez, JA., García Adánez, M., Días Agea, J. 2018. Enseñando con metodología de autoaprendizaje en entornos simulados. Un estudio cualitativo entre profesores y alumnos de grado en Enfermería, Rev. Educ Med. 20(3): 1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.04.003> Consultado 23 Jun 2019.
- Lima-Rodríguez, JS., Lima-Serrano, M., Ponce-González, JM., Guerra- Martín, MD. 2015. Diseño y validación de contenido de rúbricas para evaluar las competencias prácticas en estudiantes de Enfermería. Rev. Educ. Médica. Superior, 29(1):119-133. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v29n1/ems12115.pdf>. Consultado 06 Jun 2019.
- Litzinger, T., Lattuca, L., Hadgraft, R. Netwestetter, W. 2013. Engginnering Education and the development of expertise. Jorunal of Engineering education. 10(1): 123-150. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/j.2168-9830.2011.tb00006.x>. Consultado 9 abril 2019
- Lopera, BMA., Forero, PC., Paiva, DE., Cuartas, VM. 2017. El quehacer cotidiano de la enfermería significa soportar la carga. Rev. Cuid 7(1): 1262-1270. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.320>. Consultado 18 sep 2019.
- López, AG. 2013: Pensamiento crítico en el aula. Rev. Docencia e Investigación. (22): 41-60. Disponible en: http://www.educacion.to.uclm.es/pdf/revistaDI/3_22_2012.pdf. Consultado 06 Jun 2019.

- Lourenço, MR., Trevizan, MA. 2001. Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança & enfermagem. Rev latinoam enferm. 9 (3):14-19. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11493>. Consultado 25 jun 2019.
- Luengo-Martínez, C. y Paravic-Klijn, T. 2016. Autonomía profesional. Factor clave para el ejercicio de la enfermería basada en la evidencia. Index de Enfermería. 25(1): 42-44. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n1-2/teorizaciones2.pdf>. Consultado 25 jun 2018.
- Luengo-Martínez, Paravic-Klijn, Burgos-Moreno, 2017. Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. Enfermería Universitaria; 14(2): 131-142. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n2/2395-8421-eu-14-02-00131.pdf>. Consultado 19 sep 2019.
- Madhusuanda, P. 2017. What is critical thinking & its importance in your success. Disponible en: https://www.peoplematters.in/article/campus-recruitment/what-is-critical-thinking-its-importance-in-your-success-14793?utm_source=peoplematters&utm_medium=interstitial&utm_campaign=earnings-of-the-day Consultado 20 Jun 2018
- Mantzoukas S, Jasper M. 2004. Reflective practice and daily ward reality: a covert power game. Journal of Clinical Nursing; 13(8): 925-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01008.x>. Consultado 18 sep 2019.
- Martínez-Vásquez, N. 2014 ¿Por qué no evalúan lo que producimos las enfermeras?. Index de Enfermería [Index Enferm]; 23(4). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/2342.php>. Consultado el 13 noviembre 2017
- Mazurek MB, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson K. The Seven Steps of Evidence-Based Practice. American Journal Nursing .2010; 110 (1):51-53. Disponible en: file:///C:/Users/Lulu/Downloads/Evidence_Based_Practice__Step_by_Step__The_Seven.30.pdf. Consultado 19 sep 2019.

Mediana-González, I., Vialart-Vidal, M., Chacón-Reyes, E. 2016. Los entornos virtuales de enseñanza aprendizaje en la asignatura morfología humana. Rev. Educ. Med. 30 (3): 591-598. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v30n3/ems12316.pdf>. Consultado 25 Jun 2019.

Medina- González, I., Tafur-Castillo, J., 2018. Nursing Didactics, Analysis Based on its Components in the currents Contexts. Educación Médica Superior. 32(4)1-12. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1603/731>. Consultado 25 Jun 2019.

Medina MJL., Castillo, PS. 2006. La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. Rev. Texto y Contexto Enfermagem. 15(2):303-311. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71415215.pdf>. Consultado 19 sep 2019.

Medina, DDM., Pons, AM., Coba, CMG., Tisigesma, DMR., Pastuña, DR. 2015. Procedimientos en el área quirúrgica. Ecuador: EDIMEC. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4822/1/PROCEDIMIENTOS%20ODE%20ENFERMERIA%20EN%20EL%20AREA%20QUIRURGICA.pdf>. Consultado 05 Jun 2019.

Medina, MJ. 2015. Práctica educativa y practica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. Rev. Enf; 10(15):35-48 Disponible en: http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/pr%20educativa_y_pr%20ctica_de.htm. Consultado 18 sep 2019.

Mendes, IAC., Ventura, CAA., Trevizan, MA., Marchi-Alves, LM., Souza-Junior, VD. 2016. Educación, liderazgo y colaboraciones: potencialidades que la enfermería puede dar a la Cobertura Universal de Salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2673. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-02673.pdf. Consultado 10 mayo 2019.

Minguez-Moreno, I., Siles, J. 2014. Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. Aquichan; 14(4): 594-604.

Disponible en:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44131/1/2014_Minguez_Siles_Aquichan.pdf. Consultado 19 sep 2019.

Mora-Escalante, E.2016. La interpretación y comprensión hermenéutica: base para transformar el cuidado de enfermería. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 25(1-2). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v25n1-2/25121.php>. Consultado el 13 noviembre 2017

Morales, JM. 2003. ¿Qué aporta el concepto de evidencias científica a la práctica clínica de los cuidados? Index de Enfermería. 13(40): 35-40. Disponible en: <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/03-EBEyprrcticaclnica.pdf> Consultado 02 mayo 2019

Morán, L., Quezada, Y., García, A., González, P., Godínez, S., Aguilera, M. 2016. Resolver problemas y tomar decisiones esencia de la práctica reflexiva en enfermería. Análisis de la literatura. Rev. Enfermería Universitaria. 13 (1): 47-54. Disponible en <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1665706316000026?token=ACF20BB549F13E86368527F37C7C4FC3A994E041D42F6D5F2DE104D6111D2DE486A64C2280B270EB5A304529A2615BC4>. Consultado 25 jun 2018.

Morán-Peña, L.2017. La formación de profesionales reflexivos y la práctica de enfermería. Rev. Enfermería Universitaria; 4(1): 39-43. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741821009.pdf>. Consultado 18 sep 2019.

Moreno, OT. 2011. Didáctica de la Educación Superior: nuevos desafíos en el siglo XXI. Rev. Perspectiva educacional. 50 (2): 26-54. Disponible en: <http://www.perspectivaeducacional.cl/index.php/peducacional/article/viewFile/45/24>. Consultado 10 mayo 2019

Mosqueda-Díaz, A., Mendoza-Parra, S., Jofre-Aravena, V., 2014. Aporte a la toma de decisiones en salud. Rev. Bra. Enfermagem. 63 (3): 462-467. Disponible en:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0462.pdf>.

Consultado 25 jun 2018.

O'Connor, A., Jacobsen, M.. 2007. Decisional conflict: supporting people experiencing uncertainty about options affecting their health. Canada. Disponible en : [http://homeless.ehclients.com/images/uploads/W2 Ottawa Decision Making tool-- Reading-1.pdf](http://homeless.ehclients.com/images/uploads/W2_Ottawa_Decision_Making_tool--_Reading-1.pdf) . Consultado 25 jun 2018.

Observatorio Navarro de Empleo. (2012.) Competencias Profesionales para el Siglo XXI . Confederación de Empresarios de Navarra. España. Disponible en: <http://ifuturo.org/informes/Competencias%20Profesionales%20para%20el%20Siglo%20XXI.pdf>. Consultado 19 octubre 2017

OCDE. (2015) Informes de la OCDE sobre la educación y formación profesional. Competencias más allá de la escuela síntesis. Resumen y Recomendaciones Políticas. OECD. Estados Unidos. Disponible en: https://www.oecd.org/edu/skills-beyond-school/Skills_Beyond_School_Summary_and_Policy_Recommendations_Spanish.pdf. Consultado 19 octubre 2017

Orellana, YA., Paravic, KT. 2007. Enfermería Basada en Evidencias. Barreras y Estrategias para su Implementación. Ciencia y Enfermería. 13 (1): 17-24. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v13n1/art03.pdf> Consultado 02 mayo 2019

Passalenti, M. La gran dificultad: aplicar las evidencias a los cuidados cotidianos. Evidetia 3(7), Cartas al editor. Disponible en: <http://www.indexf.com/evidentia/n7/195articulophp>. Consultado 02 mayo 2019

Passos, IC., Carnacchione J., Gaio, LE., Mori, JS. 2015. Critical thinking of undergraduate students in accounting at FEA-UPS: an application of Richard Paul's instructional Model. Rev. Cantabilidade V. 26(3): 25-48. Disponible en

<file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/2874-Texto%20do%20artigo-11269-1-10-20160307.pdf>. Consultado 02 mayo 2019

Petón-Velázquez, AR., Patrón-González, A., Pilar-Hernández, M., Alberto-Rodríguez, Y. 2012. Elementos teóricos de la enseñanza problemática. Métodos y Categorías. Gaceta Medica Espirituana, 14 (1): 61-67. Disponible en: <file:///C:/Users/Elizabeth/Downloads/123-275-1-PB.pdf>. Consultado 25 jun 2019.

Pucheu, A. 2009. Liderazgo de enfermeras supervisoras: ¿Cómo influyen sobre las enfermeras clínicas? Horiz Enferm; 20 (1): 13-26. Disponible en: <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/309/153>. Consultado 19 sep 2019.

Puntunet, BM., Domínguez BA. 2008. La educación continua y la capacitación del profesional de enfermería. Rev. Mex. Enfermería Cardiológica. 16 (3): 115-117. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en083g.pdf> Consultado 18 sep 2019.

Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE), 2013. Marco conceptual del pensamiento reflexivo y crítico en los estudiantes de enfermería: situación de Iberoamérica. Disponible en: <http://ahficen.org/wp-content/uploads/DESARROLLO-DEL-PENSAMIENTO-REFLEXIVO-Y-CRITICO-EN-LOS-ESTUDIANTES-DE-ENFERMERÍA-SITUACIÓN-DE-IBEROAMERICA.pdf>. Consultado 02 mayo 2019.

Retsas, A. 2000. Barries to using research evidence in Nursing practice. Journal Advance Nursing. 31(3): 599-606. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718879>. Consultado 25 jun 2018

Ribeiro, M. Refletindo sobre liderança em Enfermagem. Esc. Anna Nery Rev. Enferm; 2006; 10 (1): 109-115. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14148145200600010014. Consultado 25 jun 2018

- Rivera Álvarez, LN., Medina Moya, JL. 2017. Pensamiento reflexivo del estudiante de enfermería en su prácticum clínico. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 19 (1): 17-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.pree>. Consultado 05 jun 2019.
- Rix, L., Barclay L., Wilson, S., 2014. Can a White nurse get it? Reflexive Practice and the non-Indigenous clinical / researcher working Aboriginal People. *Rev. Rural and Remote Health. University Centre for Rural Health*, 14(2). Disponible en: <https://www.rrh.org.au/journal/article/2679>. Consultado 20 jun 2017.
- Roche, J. 2002. A pilot study of teaching clinical decision making with the clinical educator model. *Journal. Nurs Educ.* 41: 365-367. Disponible en: <https://doi.org/10.3928/0148-4834-20020801-12>. Consultado 25 jun 2018.
- Rodríguez, A. 2018. Que es el pensamiento crítico y por qué no eres nadie sin él. Disponible en: <https://angelrodriguez.guru/pensamiento-critico/>. Consultado 19 sep 2019.
- Romero Palacios P, Romero López A, Gómez Jiménez F, Miranda León T. Aprendizaje práctico de la medicina en entornos clínicos para alumnos de tercer curso. Consecución de objetivos de conocimiento. *Rev. Educ Med.* 2012; 15(4):235-46. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v15n4/original4.pdf>. Consultado 23 jun 2019.
- Romero, MN. 2003. Enfermería basada en evidencias ¿Avanzamos para transformar? *Index de Enfermería* 12 (40-41): 41-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3591649>. Consultado 05 junio 2019.
- Rueda, BM. 2011. La investigación sobre la planeación educativa. *Perfiles educativos*; 33(1): 1. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-26982011000100001&script=sci_arttext&tlng=pt. Consultado 18 sep 2019.

- Salazar, MA. 2012. Interacciones en el cuidado de enfermería en al paciente en la etapa perioperatoria. Rev. Cub Enf. 28(4): 495-508. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n4/enf06412.pdf>. Consultado 18 sep 2019.
- Salvador, C. 2017. Estrategias de enseñanza en el arte para un aprendizaje significativo en educación primaria. Tesis de Maestría. Universidad de Carabobo. Disponible en : <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/7303/1/TEG%20Salvador.2017.pdf>. Consultado 20 Jun 2019.
- Sánchez-González, C. Porres, J., Aranda P., López-Jurado, M., Llopis, J. 2010. El método de autoaprendizaje dirigido por un equipo docente, como vía de adquisición de competencias en alumnos internos del departamento de Fisiología. Rev. Ars Pharm 51 (2): 331-334. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/27320/Ars%20Pharm%202010%3b51%28Suppl2%29331-334.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consultado 23 Jun 2019.
- SanJuan, AQ., Martínez, RJ. 2018, Tutorización clínica en enfermería. Rev Rol Enferm. 41(7): 42-47. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/89352/1/2018_Sanjuan_Martinez_RevROLEnferm.pdf. Consultado 23 jun 2019.
- Sastre-Fullana, P., De Pedro-Hómez, J., Bennasar-Veny, M., Fernández-Domínguez, JC., Sesé-Abad, A., Morales-Asencio, JM., 2015. Consenso sobre competencias para la enfermería de practica avanzada en España. Rev Enf, Clínica 25(5):267-275. Disponible en: <http://scihub.se/https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>. Consultado 10 mayo 2019.
- Sebold, LF., Carraro, TE. 2011. La práctica pedagógica del docente en enfermería una revisión integradora de la literatura, Rev. Enfermería Global, Abril (22): 1-12. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/revision4.pdf>. Consultado 25 jun 2019.

- Smith L, Krass I, Sainsbury E, Rose G. Pharmacy students' approaches to learning in undergraduate and graduate entry programs. *Am J Pharm Educ.* 2010; 74(6): 106. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2933015/>. Consultado 20 jun 2017
- Solomons NM, Spross JA. Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *J Nurs Manag.* 2011 Jan; 19(1):109-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01144.x>. Consultado 19 sep 2019.
- Stein D, Stein M, Macêdo F, Lorenzini A. 2008. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. *Rev. Cienc Cuid Saúde.* 7(3): 319-26. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44437813/O_papel_do_enfermeiro_no_contexto_hospit20160405-4482-pfvq04.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1559195726&Signature=QEphrOL2aRm1pF7IGrDbvUpaHDg%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DO_papel_do_enfermeiro_no_contexto_hospit.pdf. Consultado 10 mayo 2019.
- Suárez, OF., Díaz AE. 2007. La formación ética de los estudiantes de medicina: La brecha entre el currículo formal y el currículo oculto. *Acta Bioethica;* 13(1): 107-113. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v13n1/art11.pdf>. Consultado 18 sep 2019.
- Tejada, TLM., Castro-Ramírez, J., Miranda-Herrera, MM., Acosta, RL., Alcântara, HE. 2008. Evaluación cualitativa de un programa de formación de enfermeras. La perspectiva de los profesores y los estudiantes. *Rev. Investigación y Educación en Enfermería.* XXVI (2):80-88. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215278006.pdf>. Consultado 25 Jun 2019.
- Tesingos, C., Bosnic-Anticevich, S. Smith L., 2014. Reflective Practice and Its Implications for Pharmacy Education. *Am J Pharm Educ.* 78(1):1-10. Disponible

en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3930242/pdf/ajpe78118.pdf>.

Consultado 20Jun 2018

Thompson, MA. 1998. Closing the gap between nursing research and practice. *Evid Based Nurs.* 1(1):7-8. Disponible en: <https://ebn.bmj.com/content/ebnurs/1/1/7.full.pdf>.

Tsingos, C., Bosnic-Anticevich, S., Smith, L. 2015. Does a learning style preference for processing information through reflection impact on the academic performance of a cohort of undergraduate pharmacy students?. *Rev. Pharmacy Education* 15 (1): 233-240. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/1754/205b4dc602247aa74743981e292ec149a6a2.pdf>. Consultado 19 sep 2019.

Uribe, MA. 2012. Característica del aprendizaje autónomo de los estudiantes del programa de enfermería de la Universidad de Pamplona. *Rev. Ciencia y Cuidado.* 9(1): 24-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3986736.pdf>. Consultado 23 jun 2019.

Vaeck, JE. 2009. Using a conceptual approach with concept mapping to promote critical thinking. *Rev. J. Nurs Educ.* 38 (1): 45-48. Disponible en: <https://www.medscape.com/medline/abstract/19227756> Consultado 20 jun 2018

Varela, R.M., 2006. *Estilos de Aprendizaje*. Departamento de Biología Celular, Universidad Autónoma de México. Disponible en: http://bq.unam.mx/wikidep/uploads/MensajeBioquimico/Mensaje_Bioq06v30p1_11_Margarita_Varela.pdf. Consultado 20 octubre 2018

Vega, P., Rivera, MS., 2009. Cuidado Holístico, ¿Mito o Realidad?. *Ver. Horiz Enferm.* 20(1):81-88. Disponible en: <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/321/161>. Consultado 18 sep 2019.

- Vélez, VE. 2009. Investigación en Enfermería, fundamento de la disciplina. Rev. Adm. Sanit. 7(2): 341-356. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-13139769>. Consultado 06 Jun 2018.
- Villarini, AR. 1995. La enseñanza orientada al desarrollo del pensamiento según Eugenio María de Hostos: 307-326. Puerto Rico: Instituto de Cultura Puetorriqueña. Disponible en: <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/la-ensenanza-orientada-al-desarrollo-del-pensamiento-segun-eugenio-maria-de-hostos.pdf>. Consultado 06 Jun 2018.
- Villarini-Justino, 2003. Teoría y pedagogía del pensamiento crítico. Rev. Perspectivas Psicológicas; 3 (4): 34-42. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v3-4/v3-4a04.pdf?>. Consultado 06 Jun 2019.
- Visbal-Cadavid, D., Mendoza-Mendoza, A., Díaz, A. (2017) Estrategias de aprendizaje en la educación superior. Sophia13 (2): 70-81. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/4137/413751844008/#page-1>. Consultado 10 mayo 2019
- Visbal-Cadavid, D., Mendoza-Mendoza, A., Díaz, A. (2017) Estrategias de aprendizaje en la educación superior. Sophia13 (2): 70-81. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/4137/413751844008/#page-1>. Consultado 10 mayo 2019
- Visiers, JL., Baeza MI., Recio, VA., Peña, PO., Kajander-Unkuri, S., García-Pozo, A. 2018. Evaluación del autoaprendizaje de los profesionales de enfermería en España. Validación al castellano de la versión italiana de la escala self-rating scale of selfdirected learning (SRSSDL-ITA). Paraninfo Digital. XII.28: 1-3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e151.pdf>. Consultado 23 jun 2019.
- Vitolo, F. 2012. Relación Médico-Enfermera. Esencial para la seguridad del paciente. Biblioteca virtual. Disponible en:

http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/74.pdf. Consultado 06 jun 2019.

Wilgins, M., y McConnell, J., 2008. Concept Mapping: An Educational Strategy to Improve Graduate Nurses' Critical Thinking Skills During a Hospital Orientation Program. *Rev. The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(3): 119-126. Disponible en: <https://www.healio.com/nursing/journals/jcen/2008-3-39-3/%7Be10f67f3-7e59-411e-a4b0-b60b36d70063%7D/concept-mapping-an-educational-strategy-to-improve-graduate-nurses-critical-thinking-skills-during-a-hospital-orientation-program>. Consultado 14 enero 2017.

Yuretich, RF., y Kanner, L C. 2015. Examining the Effectiveness of Team-Based Learning (TBL) in Different Classroom Settings. *Journal of Geoscience Education*, 63(2), 147–156. Disponible en: <https://doi:10.5408/13-109.1>. Consultado 19 sep 2019.

Zambrano-Leal, 2016. Pedagogía y didáctica: esbozo de las diferencias, tensiones y relaciones de dos campos. *Praxis y Saber* 7(13): 1-14. Disponible en: [file:///C:/Users/Elizabeth/Downloads/art%C3%ADculo redalyc 477248173003 %20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Elizabeth/Downloads/art%C3%ADculo%20redalyc%20477248173003%20(1).pdf). Consultado 25 jun 2019.

Zarate, GRA. 2004. La Gestión del Cuidado de Enfermería. 13(44-45):42-46. *Index Enfern.* Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11321296200400010009 &lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11321296200400010009&lng=es&nrm=iso). Consultado 10 mayo 2019.

Zisberg, A., Yungler MH., Schepp, K., Zysberg, L. 2007. A concept analysis of routine: relevance to nursing. *Journal of Advance Nursing*; 57(4): 442-453. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04103.x>. Consultado 18 sep 2019.

Zurigel, PE., Lluch CT., Falco PA. 2016. Evaluación del pensamiento crítico en enfermería: Construcción de un cuestionario basado en el modelo circular de Alfaro-LeFevre. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Disponible

en:

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/102257/1/EZP_TESIS.pdf.

Consultado 26 mar 2019.

Anexos

Anexos No.1 Cuestionario sociodemográfico

Edad:

Género:

Institución donde labora:

Grado Académico:

Área actual de trabajo:.....

Experiencia en quirófano:años/meses.

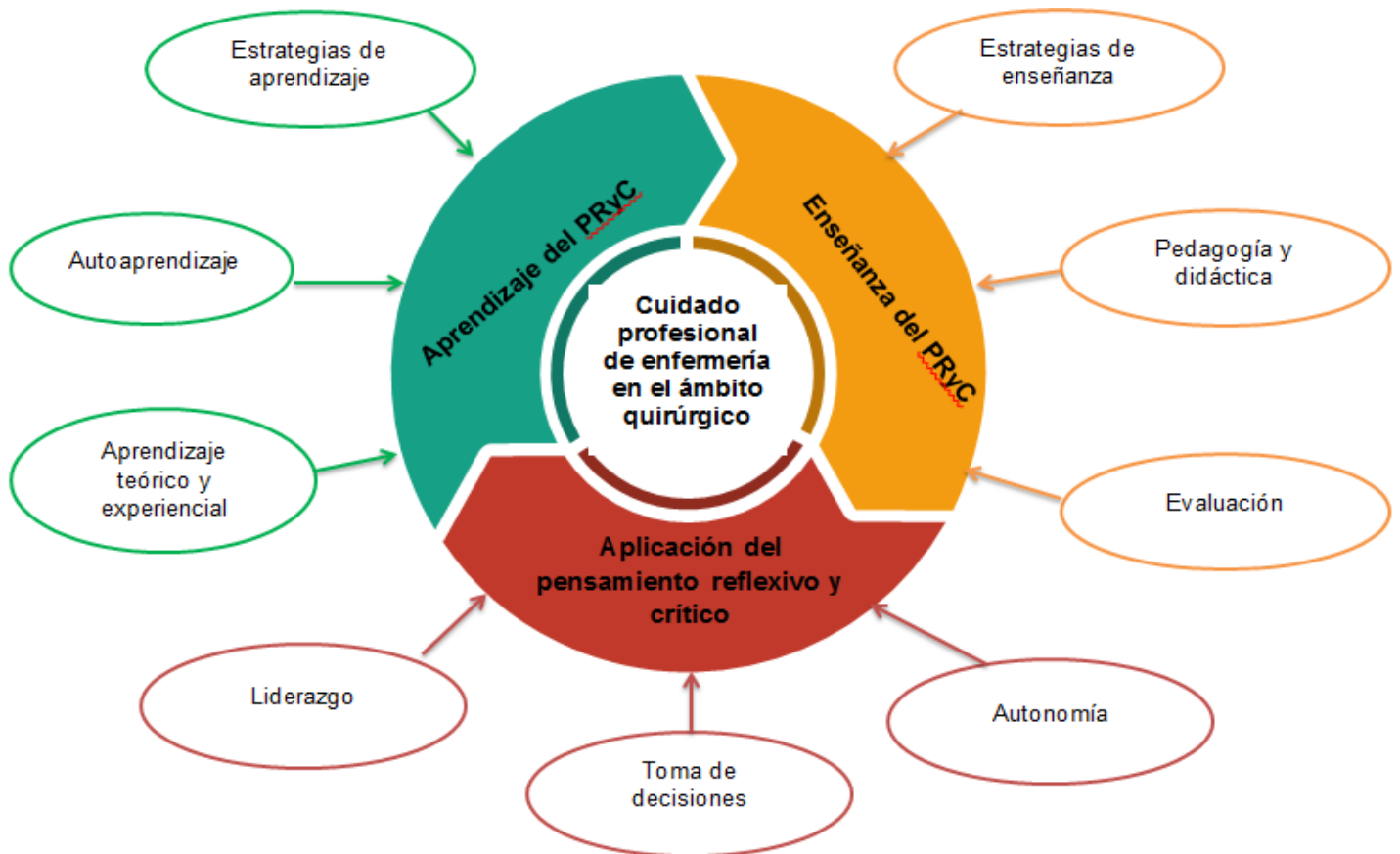
Formación académica en el área de educación.....

Desempeño laboral en el área educativa

Anexo No. 2 Guía de entrevista semiestructurada

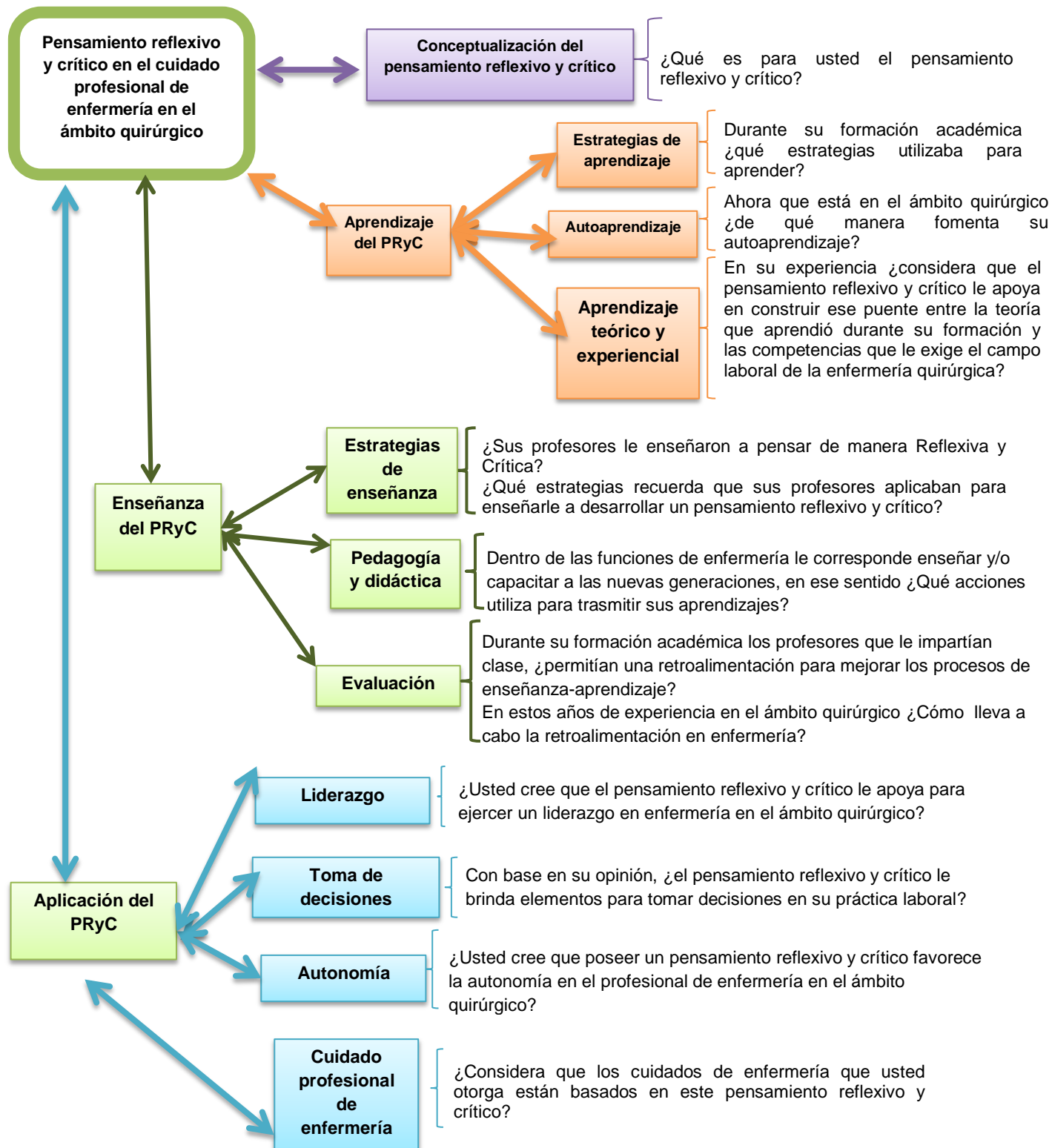
1. ¿Qué es para usted el pensamiento reflexivo y crítico?
2. Durante su formación académica ¿qué estrategias utilizaba para aprender?
3. Ahora que está en el ámbito quirúrgico, ¿de qué manera fomenta su autoaprendizaje?
4. En su experiencia, ¿considera que el pensamiento reflexivo y crítico le apoya en construir ese puente entre la teoría que aprendió durante su formación y las competencias que le exige el campo laboral de la enfermería quirúrgica?
5. ¿Sus profesores le enseñaron a pensar de manera Reflexiva y Crítica?
6. ¿Qué estrategias recuerda que sus profesores aplicaban para enseñarle a desarrollar un pensamiento reflexivo y crítico?
7. Dentro de las funciones de enfermería le corresponde enseñar y/o capacitar a las nuevas generaciones, en ese sentido ¿Qué acciones utiliza para transmitir sus aprendizajes?
8. Durante su formación académica, los profesores que le impartían clase, ¿permitían una retroalimentación para mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje?
9. En estos años de experiencia en el ámbito quirúrgico ¿Cómo lleva a cabo la retroalimentación en enfermería?
10. ¿Usted cree que el pensamiento reflexivo y crítico le apoya para ejercer un liderazgo en enfermería en el ámbito quirúrgico?
11. Con base en su opinión, ¿el pensamiento reflexivo y crítico le brinda elementos para tomar decisiones en su práctica laboral?
12. ¿Usted cree que poseer un pensamiento reflexivo y crítico favorece la autonomía en el profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico?
13. ¿Considera que los cuidados de enfermería que usted otorga están basados en este pensamiento reflexivo y crítico?

Anexo No. 3 Núcleos y Subnúcleos temáticos



Fuente: Elaboración propia núcleos y subnúcleos de investigación, 2018

Anexo No. 4 Preguntas por Núcleos y Subnúcleos temáticos



Fuente: Elaboración propia, preguntas de investigación distribuidas en los núcleos y subnúcleos, 2018

Anexo No. 5 Consentimiento informado

Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Enfermería y Obstetricia

***Título del Proyecto:** Aplicación del Pensamiento Reflexivo y Crítico en el Cuidado Profesional de Enfermería del ámbito quirúrgico.*

Quien suscribe Beatriz Elizabeth Martínez Talavera como responsable de esta investigación, en el marco de la presente investigación, tiene como objetivo caracterizar la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional en el ámbito quirúrgico; esto a través de la aplicación una entrevista semiestructurada, la cual será grabada.

Lo anterior, sin poner en riesgo mi integridad física o emocional, asimismo, se me dijo que los datos que yo proporcione serán confidenciales, sin existir la posibilidad de identificación individual, además de que puedo dejar de participar en el momento que lo desee.

Los resultados de la presente investigación serán utilizados para difundirse en diversos escenarios de salud y educativos.

Firma del entrevistado

Firma de la investigadora

Anexo No. 6 Caracterización de los entrevistados

| No | Edad | Género | Formación académica | Instituto de salud | Turno | Servicio actual | Experiencia en quirófano | Experiencia formal en docencia |
|----|---------|--------|--|--------------------------------------|-----------------|--|--------------------------|--|
| 1 | 55 años | F | Lic. Enf , pos técnico enfermería quirúrgica, UNAM-ENEO | Instituto Nacional de Nutrición | Matutino | Unidad de procedimientos mínimamente invasivos | 30 años | Ninguna |
| 2 | 29 años | F | Lic. Enf. Especialidad Enf materno infantil Universidad Michoacán, | ISSEMYM Cancerología | Matutino | Hospitalización 2° Piso | 4 años | Ninguna |
| 3 | 42 años | M | Lic. Enf UAEM, Chalco. Diplomado en materno infantil y urgencias | Instituto Nacional de Nutrición | Nocturno | Quirófano | 20 años | Coordinador de práctica clínica |
| 4 | 29 años | F | Lic. Enf. Especialidad de Enfermería Quirúrgica, UNAM-ENEO | Instituto Nacional de Nutrición | Fines de semana | Quirófano | 4 años | Ninguna |
| 5 | 48 años | F | Lic. Enf. Pos técnico enfermería quirúrgica UNAM-ENEO | Instituto Nacional de Nutrición | Matutino | Unidad de procedimientos mínimamente invasivos | 20 años | Ninguna |
| 6 | 53 años | M | Lic. Enf. Pos técnico enfermería quirúrgica UNAM-ENEO | Instituto Nacional de Nutrición | Nocturno | Quirófano | 20 años | Ninguna |
| 7 | 34 años | F | Lic. Enf. Maestría en Administración UNAM-ENEO | Instituto Nacional de Nutrición | Nocturno | Quirófano | 15 años | Coordinador de práctica y de servicio social del IPN |
| 8 | 39 años | F | Lic. Enf. Maestría en Enfermería Quirúrgica UAEM | Instituto Nacional de Rehabilitación | Matutino | Supervisora de Quirófano de quemados | 9 años | Coordinadora de prácticas |
| 9 | 33 años | F | Lic. Enf. Maestría en Enfermería Quirúrgica UAEM | Instituto Nacional de Rehabilitación | Vespertino | Quirófano de quemados | 7 años | Coordinadora de prácticas |
| 10 | 43 años | F | Lic. en Enf Postecnico en enfermería Quirúrgica UAEM | IMSS No. 221 | Matutino | Quirófano | 8 años | Docente de práctica clínica nivel técnico |
| 11 | 28 años | M | Lic. Enf, UAEM Maestría en docencia | ISEM Hospital de 2° nivel | Nocturno | Supervisor de Turno | 3 años | Coordinador de prácticas de enfermería quirúrgica Universidad Mexiquense |
| 12 | 34 años | M | Lic en Enf. Maestría en Administración | ISSEMYM Centro Medico | Matutino | Quirófano | 8 años | Ninguna |
| 13 | 42 años | F | Lic en Enf. Maestría en Enfermería Quirúrgica UAEM | ISSEMYM Hospital Regional | Vespertino | Quirófano | 10 años | Ninguna |

| | | | | | | | | |
|----|---------|---|--|---|-----------|-----------------|--------|---|
| 14 | 33 años | F | Lic en Enfermería Postecnico en enfermería Quirúrgica UAEM | IMSS No 251 | Matutino | Quirófano | 8 años | Ninguna |
| 15 | 30 años | F | Lic. en en. UAEM | ISEM Hospital General Nicolás San Juan | Matutino | Quirófano | 6 años | Docente de práctica clínica nivel técnico |
| 16 | 33 años | F | Lic en Enf. Maestría en Enf. Perinatal | ISEM Hospital General Adolfo López Mateos | Nocturno | Quirofano | 3 años | Ninguna |
| 17 | 43 años | F | Lic. en Enf. Maestría en Salud Publica | IMIEM Hospital de ginecología y obstetría | Nocturno | Hospitalizacion | 5 años | Ninguna |
| 18 | 36 años | F | Lic. en Enf. Maestría en Enf Quirúrgica | IMIEM Hospital del niño | Vesperino | Hospitalizacion | 4 años | Ninguna |
| 19 | 54 años | F | Lic en Enf. Postecnico en Enf Quirúrgica | Hospital General del ISSSTE | Nocturno | UCIN | 9 años | Ninguna |
| 20 | 31 años | F | Lic. en Enf. Maestria en Enf quirúrgica | Hospital Materno Perinatal Monica Pretelini | Nocturno | Quirofano | 4 años | Ninguna |

Fuente: Elaboración propia, cuestionario sociodemográfico aplicado, 2018.

Anexo No. 7 Matriz de codificación axial (análisis diagnóstico)

| Entrevista No. 1 | | | |
|---|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| Entrevista (Qué dijo el entrevistado) | Bitácora (Hallazgos) | Núcleo (De que está hablando) | Subnúcleo (Construidas o nuevas) |
| <p>Es esa parte de hacer las cosas, que parte de un conocimiento, que te permite hacer tus actividades, desempeñarte en tu área laboral y tomar en cuenta al paciente como un ser humano y de manera completa.</p> <p>Entonces, yo lo entiendo qué es como ese elemento que respalda la actividad o intervención que corresponde hacer con el paciente que parte de un conocimiento, como por ejemplo, ahora que se trabaja mucho con la enfermería basada en evidencias, usamos la guías de práctica clínica, los protocolos y de esa manera sustentamos nuestras actividades, y con ello sustentamos nuestras actividades y así dejamos de actuar mecánicamente porque no somos hacedoras y también podría ser lo que nos hacer ser profesionales.</p> <p>Además, cuando tienes indicaciones de algún procedimiento con este pensamiento tú decides si lo haces y cómo lo haces porque tienes el conocimiento de cómo desempeñar esa actividad.</p> | <p>Previo a esta pregunta la entrevistado sugiere permitirle pensar, para poder considerar una respuesta. Reconoce que no sabe con exactitud qué es y cómo explicarlo, (se muestra inquieta por no tener una respuesta e idea clara de lo que es)</p> <p>Sin embargo, dentro del discurso, se puede identificar, hacer referencia que la base de este pensamiento es el conocimiento, razón que lleva a preguntar sobre, a que se refiere...</p> <p>De esta manera se crea una preguntas más y con ello un subnúcleo nuevo como se describe a continuación</p> | Concepto | PRyC |
| <p>Es el conocimiento que puedes adquirir en los libros, o en los artículos... pero además también es la experiencia cosas que si no las vives o no las haces no sabes cómo son o</p> | <p>Esta pregunta es creada en el momento de la entrevista toda vez que se identifica una constante referencia a la palabra conocimiento, a lo que la</p> | Conocimiento | |

| | | | |
|--|--|--|---------------------------|
| <p>qué son, además también son la parte de los sentimientos eso que te hace ver a la persona como alguien y no como algo, como te había dicho hace un rato. Sabes no sé, considero que es un conocimiento de todo de vida, que no puede solo ser de los libros o de la escuela</p> | <p>entrevistada durante su discurso parte de un concepto clásico positivista académico, sin embargo conforme avanza el discurso la entrevistada considera otros elementos del conocimiento como la experiencia y la vida en si misma</p> | | |
| <p>Cuando estaba en la escuela recuerdo que tenía que transcribir para poder aprender o recordar, las cosas y siempre tenía que tomar nota de lo que explicaban los maestros si no lo hacía se me olvidaba lo que habían explicado.</p> <p>También hacia dibujos, horribles por cierto, pero eso me ayudaba a recordar a comprender, eso de los dibujos lo ocupaba más en anatomía, y en quirúrgica para entender las suturas, las anastomosis, y los procedimiento</p> | <p>Para las estrategias del aprendizaje se refiere a formas en la que la entrevistada comprende y memoriza temáticas específicas de la enfermería quirúrgica... Aun cuando se cuestiona sobre estrategias específicas sobre el aprendizaje del pensamiento reflexivo y crítico. Lo cual no refiere alguna estrategia en específico. Mientras contesta la pregunta recuerda su formación académica alrededor de 1970</p> | <p>Estrategias de Aprendizaje</p> | <p>Aprendizaje</p> |
| <p>Bueno, a mí me gusta mucho enseñar a los estudiantes de licenciatura y los de maestría como a ustedes pero con los de maestría por la experiencia laboral que ellos tienen y que su conocimiento está más actualizado, es más rico platicar y en esa platica ellos me actualizan y yo les enseño de mi experiencia y práctica.</p> <p>Creo que estoy con la teoría antigua, siempre dejo que vean lo que hago lo aprendan, pero que también lo hagan, les explico cómo se debe hacer, pero quiero ver que lo hagan que experimenten y eso me permite checar puntos que se</p> | <p>Esta pregunta denota en la entrevista su gusto por la enseñanza y la trasmisión del conocimiento a las nuevas generaciones de los profesionales de enfermería.</p> <p>La entrevistada no describe de forma estructurada, pedagógica y didáctica una estrategia de enseñanza, sin embargo describe las formas en la que trasmite su conocimiento, generalmente destacando la socrática a través de la pregunta dirigida y la</p> | <p>Pedagogía y didáctica</p> | <p>Enseñanza</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>deben mejorar, algunas fallas en los procedimientos que se pueden mejorar y que con el tiempo la habilidad les permitirá hacerlo de mejor manera y más rápido, y también se comprende que muchas veces las tecnologías los protocolos a lo que el estudiante en esta caso de maestría es diferente más si bien de otro estado y el hospital donde labora es de segundo nivel tal vez no pueda hacerlo muy hábilmente aun cuando sabe cómo monitorizar al paciente, o armar la mesa etc.</p> <p>Entonces me gusta estar ahí a lado del estudiante que lo haga y ver como lo hace que me pregunte en el momento que lo está haciendo o yo preguntarle.</p> | <p>técnica del aprendiz, pero también se reconoce una vez más la inclinación por enseñanza de técnicas y procedimientos, no algo específico para el desarrollo de la reflexión y la crítica</p> | | |
|---|---|--|--|

Fuente: Elaboración propia, entrevistas aplicadas, 2018.

Anexo No. 8 Caracterización de los asistentes al seminario

| No | Edad | Género | Formación académica | Instituto de salud | Turno | Servicio actual |
|----|---------|--------|------------------------------------|--------------------|------------|-----------------|
| 1 | 34 años | M | Mtro. en enfermería intensiva | COE | Vespertino | Supervisión |
| 2 | 34 años | F | Mtra. en enfermería intensiva | COE | Vespertino | Hospitalización |
| 3 | 22 años | F | Lic. Enf | COE | Vespertino | Quirófano |
| 4 | 29 años | F | Lic. Enf. | COE | Vespertino | Quirófano |
| 5 | 48 años | F | Lic. Enf. | COE | Vespertino | Hospitalización |
| 6 | 28 años | M | Mtro. en educación | ISEM | Nocturno | Quirófano |
| 7 | 34 años | F | Mtra. en Enf | IMSS | Nocturno | Quirófano |
| 8 | 35 años | F | Mtra. Enfermería terapia intensiva | COE | Vespertino | Supervisión |
| 9 | 43 años | F | Lic. Enf. | COE | Vespertino | Urgencias |
| 10 | 28 años | F | Lic. Enf | COE | Vespertino | Urgencias |

Fuente: Elaboración propia, asistentes al seminario, 2018.

Anexo No. 9 Matriz de codificación axial (evaluación de intervención)

| Sesión 1 | | | |
|--|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| Testimonio (Qué dijo el asistente) Durante la sesión | Testimonio (Qué dijo el asistente) Final de la sesión | Núcleo (De que está hablando) | Subnúcleo (Construidas o nuevas) |
| <p>Es la capacidad de analizar una situación, u evento, una actitud, ya sea de uno mismo o de un compañero de servicio, para poder resolverla de la mejor manera teniendo varias opciones al reflexionar y así elegir la idónea en beneficio del paciente (A-1)</p> <p>El pensamiento crítico es entender el porqué de las cosas, desde un punto de vista subjetivo, buscando algo para satisfacer la causa inicial (A-10).</p> <p>Este tipo de pensamiento crítico nos lleva hacer mejor las cosas, como el cuidado al paciente y familiar (A-5).</p> <p>El pensamiento reflexivo es analizar el entorno de acuerdo a la situación que se presenta en determinado momento (A-2)</p> <p>El pensamiento es tener una mente abierta a cada situación o experiencia para así tomar lo bueno y lo malo de ello (A-5).</p> | <p>No sabía de manera clara qué era el pensamiento reflexivo y crítico, tenía una idea, pero ahora sé que es una herramienta que facilita las cuestiones del trabajo y en lo personal también y hoy en lo particular me llevo de esta sesión que este pensamiento se compone de elementos, además que su uso permite empoderarte, ser independiente en el quehacer diario (A-6)....</p> <p>Creo que ahora soy consciente de algo que nunca me había parado a pensar, esto de la reflexión y la crítica, pero no es para que yo me lo quede, es para compartirlo con mis compañeros (A-8)....</p> | Concepto | PRyC |
| | <p>Reconocer la importancia de este pensamiento reflexivo y crítico en lo particular digo que cambiará esa visión que se tiene de la enfermería, donde la enfermera hace rutina... y a mí me paso, recuerdo que cuando era pasante de enfermería yo veía que siempre se hacía lo mismo, se pasaban medicamentos, se tomaban los signos</p> | Importancia | |

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
| | <p>vitales, etc., entonces yo pensaba que era rutina y me aburría, y le pregunté a un enfermero, esto es muy aburrido, siempre hacemos lo mismo y él me contestó, si tú sólo haces las actividades pero no razones o piensas lo que estás haciendo, siempre va a ser lo mismo para ti, por qué entonces no haces diferencia, no miras el entorno, sólo ejecutas lo que otra persona te dice que hagas, esto me llevó a mirar de diferente manera eso que parece rutina, y claro que pensamos, o bueno la mayoría, deberíamos de hacerlo (A-6).</p> | | |
| <p>... creo que siempre es bueno cuando lo hacen partir del ejemplo, ver que las otras personas son congruentes con una actitud crítica o reflexiva en sus actitudes y acciones, siempre es fácil mirar como espectador los errores de los demás, pero sería más sensato cuidar y autoanalizarnos nosotros mismo, no es algo fácil y como hemos visto en esta sesiones es algo que tendremos que trabajar de manera constante (A-5).</p> | <p>Creo que me ha ayudado bastante en primera instancia ahora tengo más cuidado en la manera de hacer, hablar y actuar aquí en mi trabajo y en la vida de manera general, me he dado cuenta que en después de haberme equivocado genero una crítica y una reflexión de cómo hacerlo mejor, creo que me ha hecho más cautelosa (A-9).</p> <p>Yo pienso en muchas razones pero creo que la más importante y como ya lo vimos en el curso, es que si usamos y aplicamos este pensamiento para el cuidado mejorando la relación con el paciente y con el trabajo en equipo...(A-4)</p> | <p>El ejemplo como aprendizaje y enseñanza del PRyC</p> | <p>Aprendizaje PRyC</p> |

Fuente: Elaboración propia, seminario, 2018.

Anexo No. 10 Evidencia: Seminario para el desarrollo y fomento del pensamiento reflexivo o en el cuidado profesional de enfermería



Inauguración del seminario

1° Sesión: Conceptualización del Pensamiento Reflexivo y Crítico



2° Sesión: Cuidado humanizado

3° Sesión: Características de un pensador crítico (liderazgo, toma de decisiones y autonomía)



4° Sesión: Enseñanza y aprendizaje del PRyC



5° Sesión: Aplicación del PRyC en el otorgamiento del cuidado



Clausura y entrega de constancia a los asistentes del seminario