



**Integración del pensamiento crítico en la toma de decisiones
durante la práctica clínica de los profesionales de la salud del
Hospital Universitario de la Samaritana (HUS)**

Martha Cecilia Arias Portillo

Leila Bautista Plazas

Claudia Socorro Zambrano Sarmiento

Tutor: Oscar Julián Cuesta Moreno

Facultad de Educación

Maestría en Educación

Línea de Investigación: Prácticas educativas y procesos de formación

Bogotá, 2019

Artículo 23 de la resolución No. 13 de julio de 1946:

“La universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis, sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica, y porque las tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”

AGRADECIMIENTOS

Leila Bautista: Agradezco a Dios, por cada día que me regaló para poder cumplir y llegar a la meta. Agradezco a la Dra. Andrea Morales, al Dr. Javier Mancera y al Hospital Universitario De La Samaritana por darme esta oportunidad. Agradezco muy especialmente a mi familia y a Martha Arias por la motivación en los momentos que tambaleé, a mi familia por su paciencia y sacrificio de atención y tiempo, a mi esposo Jorge Antonio, a mis hijas Carolina y Camila, a mis padres Trinidad y Jorge. Agradezco a mis compañeras Martha y Claudia por su paciencia. Agradezco a cada uno de mis profesores de la maestría por enseñarme a ver el mundo diferente a través de la educación.

Martha Cecilia Arias: Agradezco a Dios por permitirme la fortaleza necesaria en momentos de cansancio y decepción; a Alexander, Diego y Juan por su paciencia, apoyo y comprensión, por ser motivo para seguir adelante en este proceso; a la vida por la oportunidad de aprender y crecer profesionalmente; a los docentes por compartir conocimientos y experiencias; a los colegas y compañeros de trabajo que decidieron ser parte de esta investigación; al maestro Oscar Cuesta quien con su conocimiento, dedicación y compromiso nos guió para llegar a feliz término esta investigación.

Claudia Zambrano: A mis hijos, Jairo por su paciencia para escucharme y hacerme ver otros caminos, a Ángela María por el impulso en momentos difíciles; a mi papá Q.E.P.D por su amor y animarme continuamente a estudiar y enfrentar con fuerza las dificultades de la vida; a mis hermanas y hermano, por su estímulo permanente para enfrentar esta profunda y maravillosa experiencia en el camino por completarme. A la Pontificia Universidad Javeriana y profesores, particularmente al profesor Oscar Julián Cuesta Moreno, por brindarme herramientas para mi formación y llevar a cabo esta investigación que, como Nutricionista Dietista, pueda contribuir con el desarrollo de prácticas clínicas reflexivas en beneficio del paciente, familia y comunidad. A mis compañeras de tesis porque en medio de las discrepancias y miedos me enseñaron a ampliar el ángulo de mirada; sus aportes como seres humanos enriquece mi existencia. Al Hospital Universitario de la Samaritana, centro de formación de especialidades médicas y de otras profesiones de la salud y especialmente a la Dra. Andrea Morales,

líder del proceso de Docencia e Investigación por privilegiar la formación docente de sus profesionales.

Finalmente, a Leopoldo y Dorotea, mis gatos, por su compañía y calor durante las largas jornadas de estudio.

TABLA DE CONTENIDO

1. Resumen.....	7
2. Introducción.....	8
3. Marco Teórico.....	20
4. Diseño Metodológico.....	48
5. Presentación de Resultados.....	60
6. Análisis de Resultados.....	88
7. Conclusiones y Recomendaciones.....	98
8. Bibliografía.....	105
9. Anexos.....	112

Índice de Figuras

Gráfica 1: Aplicación del pensamiento crítico en la atención en salud.....	15
Gráfica 2: Categorías y coincidencias en competencias transversales y específicas...36	
Gráfica 3: Subcategorías de mente abierta.....	64
Gráfica 4: Subcategorías de cuidado del otro.....	65
Gráfica 5: Subcategorías de simbiosis laboral.....	66
Gráfica 6: Jerarquización de las categorías de acuerdo con el reconocimiento de los participantes en la entrevista semiestructurada.....	67
Gráfica 7: Categorías aplicadas en la práctica clínica por los profesionales de la salud.....	68
Gráfica 8: Jerarquización de las categorías de acuerdo con el reconocimiento de los participantes en el grupo focal.....	75
Gráfica 9: Dificultades para la toma de decisiones en la práctica clínica.....	78

Índice de Tablas

Tabla 1: Categorías y subcategorías de análisis.....	61
Tabla 2: Subcategorías de mente abierta.....	63
Tabla 3: Subcategorías de cuidado del otro.....	65
Tabla 4: Subcategorías de simbiosis laboral.....	66
Tabla 5: Jerarquización de las categorías de acuerdo con el reconocimiento de los participantes en la entrevista semiestructurada.....	67
Tabla 6: Jerarquización de las categorías de acuerdo con el reconocimiento de los participantes en el grupo focal.....	75
Tabla 7: Dificultades para la toma de decisiones en la práctica clínica.....	77
Tabla 8: Resultados de la observación de campo.....	80
Matriz 1: Análisis documental de <i>syllabus</i>	82

1. Resumen

A partir de un estudio de caso con enfoque hermenéutico, la presente investigación se propone conocer cómo los profesionales de la salud del Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) integran el pensamiento crítico en la toma de decisiones durante la práctica clínica. El concepto de pensamiento crítico, eje transversal del marco teórico y del diseño metodológico, fue abordado a partir de cuatro categorías construidas por las investigadoras en función de su contexto de estudio: cuidado del otro, mente abierta, simbiosis laboral y experiencia. La fase de campo, en la que participaron 8 profesionales de la salud (Medicina, Enfermería, Nutrición, Fisioterapia), se estructuró a partir de entrevistas semiestructuradas, observaciones de campo y grupo focal que permitieron explorar el alcance y la relevancia de las categorías para comprender la aplicación del pensamiento crítico en las prácticas clínicas agenciadas por los participantes. Asimismo, se realizó una revisión documental de 6 *syllabus* de diferentes programas de pregrado de las ciencias de la salud con el fin de identificar la importancia que le otorgan al pensamiento crítico en el proceso de formación universitaria. A partir de la recolección y el análisis de los datos la investigación llegó a dos conclusiones relevantes: por un lado, la subcategoría de mente abierta fue la que mayor correspondencia tuvo con la integración del pensamiento crítico en el contexto de estudio; y por el otro, el grado de aplicación del pensamiento crítico entre los participantes no revela diferencias categóricas según los años de experiencia. Al final, se reconoce la necesidad de consolidar el concepto de pensamiento crítico dentro de las ciencias de la salud y la importancia de continuar desarrollando investigaciones educativas en este campo para reflexionar y transformar las prácticas clínicas en favor del bienestar de pacientes, familiares y profesionales.

2. Introducción

A lo largo de la historia, el ser humano ha producido conocimientos como parte natural de su existencia y de las contingencias que ha tenido que resolver en su entorno para convivir y sobrevivir; ha explorado el mundo y construido saber a partir de las experiencias propias y del otro, creándose y recreándose en un proceso continuo de reflexión y transformación. El punto de partida ha estado siempre en el pensamiento, entendido “como una corriente de ideas que pasan por nuestra mente” (Dewey, 2007, p.22). No obstante, aunque podría argumentarse que otras especies animales comparten el acto vital de pensar, también puede afirmarse que uno de los rasgos distintivos de la humanidad está en pensar sobre lo que piensa. En otras palabras, el pensamiento que más ha contribuido a la sociedad es aquel en el que el sujeto ha reconocido su conocimiento y alcanzado la conciencia de su propio saber, volviendo sobre su razonamiento para examinarlo, fundamentarlo, corroborarlo y ponerlo en duda.

Este tipo de pensamiento, también llamado crítico o reflexivo ha sido la base sobre la que se ha construido el conocimiento y es también el pilar de una acertada toma de decisiones en cualquier contexto social. Más en detalle, el pensamiento crítico involucra procesos mentales complejos, actitudes, experiencias y habilidades que según Ennis (1987) deben conducir a la búsqueda de la verdad, la justicia y la evaluación del actuar de manera constante. En ese orden, el pensamiento crítico es siempre reflexivo, razón por la cual se le ha llamado de una o de otra forma en el curso de la tradición académica.

Con base en lo dicho, resulta evidente que la aplicación del pensamiento crítico es fundamental para la resolución de problemas en cualquier escenario social o profesional. Por ello, partiendo de su enfoque disciplinar y de su compromiso con la educación, los maestrandas decidieron retomar este concepto para estructurar su trabajo de grado, el cual se propone conocer cómo los profesionales de la salud del Hospital

Universitario de la Samaritana (HUS) integran el pensamiento crítico en la toma de decisiones durante su práctica clínica, con el fin de evaluar y fortalecer el modelo propio de atención, docencia e investigación de la institución.

El estudio de caso único fue desarrollado a partir de entrevistas semiestructuradas, observaciones de campo y grupo focal, en las que participaron ocho profesionales de la salud con diferentes niveles de experiencia que trabajan en la institución acompañando el tratamiento y el cuidado de los pacientes y sus familias. Además, debido al carácter universitario del HUS, los participantes también tienen responsabilidades asociadas a la asistencia en salud y la docencia, por lo que investigar su forma de comprender e implementar el pensamiento crítico resulta de particular interés para retroalimentar sus prácticas clínicas y educativas, así como para sistematizar experiencias de referencia para otras instituciones de la salud. A continuación, se presenta una exposición más detallada del problema de investigación y del anteproyecto del trabajo.

2.1. Problema de Investigación

Las instituciones de educación superior y los escenarios de la práctica clínica desempeñan una función fundamental en la formación profesional y continua de quienes trabajan en el área de la salud, debido a que facilitan experiencias de aprendizaje y producen conocimiento disciplinar y colaborativo sobre el campo clínico. En el marco de esta formación, dentro de las competencias genéricas que deberían desarrollar todos los profesionales de la salud, resalta la capacidad para resolver problemas y tomar decisiones en situaciones complejas y de presión, solventando las dificultades presentadas con un alto criterio ético y académico. De esta manera, se espera que durante el ejercicio de su práctica clínica el futuro profesional de la salud aplique los conocimientos, las actitudes

y las habilidades que desarrolló en su proceso de formación, articuladas siempre desde un pensamiento ético y reflexivo, para brindar la mejor atención posible al paciente y acompañar las emociones que enfrenta junto a su familia a causa de la enfermedad.

En este sentido, puede decirse que las instituciones de educación superior juegan un papel sustancial en la construcción del conocimiento y en el bienestar de la sociedad, puesto que forman a los futuros profesionales, académica y personalmente, con el propósito de que sus prácticas laborales y existenciales sean reflexivas y compasivas, comprometidas con la defensa de la justicia y la dignidad humana. El logro de esta meta requiere como condición esencial el aprendizaje y fortalecimiento del pensamiento, definido por Villarini (2003) como:

la competencia general del ser humano para procesar información y construir conocimiento, combinando representaciones, operaciones y actitudes mentales en forma automática, sistemática, creativa o crítica, para producir creencias y conocimientos, plantear problemas, buscar soluciones, tomar decisiones, comunicarse e interactuar con otros y establecer metas y medios para su logro (p. 37).

Partiendo de este consenso, en el contexto internacional se han suscrito diversos acuerdos que coinciden en la necesidad de formar profesionales no sólo competentes en sus áreas, sino también críticos y conscientes. Entre ellos se destacan el tratado de Bolonia y de Tuning-Europa (1999), así como el posterior proyecto Tuning América Latina (2007). Todos ellos defienden una educación basada en principios y competencias, entre las cuales se diferencian las genéricas (comunes a cualquier titulación) y las específicas (para cada disciplina). Dichas competencias se desarrollan a través de saberes, habilidades y actitudes que configuran un perfil profesional. Dentro de las competencias específicas de las ciencias de la salud se enuncian, entre otras: la capacidad de abstracción, análisis y síntesis; la facultad para actuar en nuevas situaciones bajo condiciones de presión; la habilidad para identificar, plantear, evaluar y resolver

problemas; la idoneidad para tomar decisiones reflexivas y acertadas; la disposición para trabajar en forma autónoma y colaborativa; y el criterio para fundamentar toda acción en la convicción ética del cuidado del otro (Universidad de Deusto & Universidad Groningen, 2007).

Como se evidencia, aunque el pensamiento crítico no se enuncia de forma explícita dentro del listado, sí figuran varios de los elementos esenciales que le conforman, entre los cuales interesa destacar la toma reflexiva de decisiones y la resolución de situaciones problemáticas (Schein en Fernández, 2015). Debe recordarse que la toma de decisiones en el campo de la salud, especialmente, implica una enorme responsabilidad ya que conduce a una elección que afecta la calidad de vida de los pacientes de forma decisiva, por lo cual se deben tomar todas las precauciones posibles para reducir el margen de error con un adecuado proceso de razonamiento (Rodríguez y Márquez, 1998). En relación con la formación de profesionales de la salud, Pinilla (2011) expone que:

la formación de profesionales en ciencias de la salud debe conducir a la graduación de profesionales autónomos y críticos con profesionalismo que en su práctica demuestren competencias profesionales transversales y específicas; estas se evalúan permanentemente en la relación con cada paciente (p. 216).

En suma: la formación universitaria y la praxis clínica de las ciencias de la salud deben involucrar un pensamiento crítico que permita considerar y solucionar los problemas derivados del ejercicio profesional con una actitud ética y reflexiva. Para ello, es necesario conocer los métodos de indagación lógica y razonamiento, tanto como la habilidad para aplicarlos en diferentes contextos y evaluar su validez, lo cual contribuye a cualificar el discernimiento profesional para tomar mejores decisiones en beneficio del paciente y su familia (Glaser, 1941). En palabras de Lipman (1997), el pensamiento crítico robustece el juicio profesional porque se erige sobre criterios teóricos y

experienciales, además de ser autocorrectivo y sensible al contexto social. En la línea de ideas de Halpern (1998), se añade que el pensamiento crítico es propositivo, razonado y está siempre enfocado en un objeto de estudio que involucra la solución de problemas, la formulación de inferencias, la construcción de hipótesis fundamentadas y el cálculo de probabilidades para la toma de decisiones.

Con todo, si bien es cierto que la toma de decisiones es un componente constitutivo de la praxis vinculada a las profesiones médicas, enfocado en la búsqueda del tratamiento más adecuado al diagnóstico y las particularidades de cada paciente, la presente investigación reconoce que la reflexión permanente sobre sí mismo y sobre el entorno, más allá de la dimensión laboral, es un requisito indispensable para la democracia y la convivencia. Dicho de otra forma, la reivindicación del pensamiento crítico no sólo responde a las lógicas profesionales de la salud y a las demandas del mercado laboral, tal como señala Coruña (2008), sino que es también una necesidad apremiante para consolidar una democracia más amplia y robusta.

De hecho, la inserción amplia del pensamiento crítico en el análisis del campo de la salud, ejemplificada en las investigaciones de Falcó (2009), Moreno y Siles (2014), Olivares y López (2017) y SurrIDGE (en Durante, 2012), denuncia las problemáticas estructurales que adolece la salud y alerta sobre los graves vacíos que tiene la formación de los recién graduados para responder a las necesidades clínicas y sociales de sus contextos. Aunque, se podría pensar que los profesionales con mayor experiencia han incorporado actitudes y habilidades del pensamiento reflexivo en su praxis clínica, liderando procedimientos humanizados para la atención de los pacientes y sus familias, el aumento desmedido de demandas por maltrato hospitalario y descuido médico en los últimos años revela que el problema no sólo recae en los principiantes (Toro, 2010). De fondo, la crisis delata que la progresiva mercantilización de la salud (burocratización,

industrialización, comercialización) agenciada por el neoliberalismo durante las últimas décadas ha generado dos conflictos concomitantes: por un lado, los pacientes y sus familias expresan un agudo descontento frente a la deshumanización del servicio médico; por el otro, el afán lucrativo de los gobernantes y las directivas ha impuesto degradantes condiciones laborales a los profesionales de la salud, afectando no sólo su calidad de vida y la de sus familias, sino también las condiciones básicas que garantizan la prestación de una atención clínica digna, ética y reflexiva.

En definitiva, es de vital importancia para el HUS, al ser una institución de la salud y un centro de prácticas formativas, reconocer *cómo sus profesionales integran el pensamiento crítico en la toma de decisiones durante la práctica clínica*, con el fin de reforzar el modelo de servicio y la visión institucional a partir del aporte de la presente investigación. Para explorar el problema de investigación en el contexto laboral de las maestrandas, por medio del desarrollo de un estudio de caso único, se trazaron los siguientes objetivos.

2.2. Objetivo general

Conocer cómo los profesionales de la salud del Hospital Universitario de la Samaritana integran el pensamiento crítico para la toma de decisiones durante su práctica clínica, con el fin de fortalecer el modelo de docencia e investigación de la institución.

2.3. Objetivos específicos

- Identificar los saberes, habilidades y actitudes vinculadas al pensamiento crítico que resultan necesarios para fundamentar una práctica clínica reflexiva.

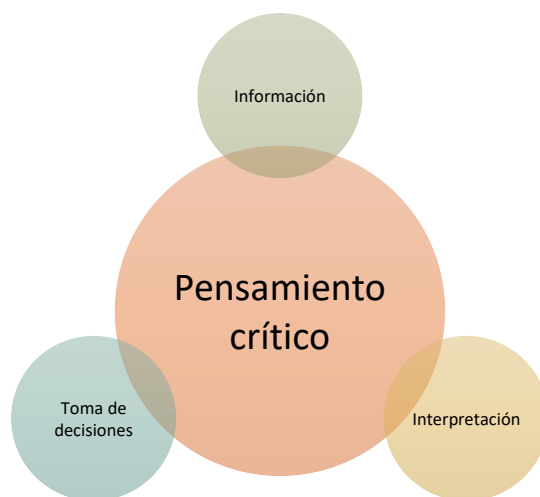
- Interpretar la percepción que tienen los profesionales de la salud del HUS sobre el pensamiento crítico y su aplicación para la toma de decisiones en el marco de la praxis clínica.
- Caracterizar las fortalezas y dificultades que presentan los profesionales de la salud del HUS para la toma de decisiones con pensamiento crítico en el ejercicio de su práctica clínica.
- Explorar la relevancia del pensamiento crítico en algunos de los *syllabus* de prácticas clínicas realizadas en el HUS por estudiantes universitarios de las disciplinas en estudio.

2.4. Justificación

El Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) es una institución acreditada de carácter público que presta servicios de salud de III y IV nivel de complejidad, por lo cual se ha posicionado como un hospital de referencia del departamento de Cundinamarca con una importante trayectoria a nivel nacional. Además, se ha destacado durante años como centro de formación de especialidades médicas y de otras profesiones de la salud. Esto implica que sus profesionales realicen tutorías a los estudiantes que acuden allí para desarrollar sus prácticas clínicas, y como lo afirmara Pinilla (2011), es a través de la práctica clínica con el paciente donde se enseñan, aprenden y evalúan permanentemente las competencias de los profesionales de la salud.

El pensamiento crítico incluye una capacidad de indagación con la cual se identifican problemas, se discierne, infiere y se abstrae en la aplicación de actitudes y conocimientos. ¿Y qué implica la atención en salud si no es la aplicación de dichos procesos mentales y actitudes que conducen a la toma de decisiones con responsabilidad, autonomía y justicia? En otras palabras, se trata de identificar, evaluar y seleccionar

opciones en cada una de las diferentes etapas de atención, de forma secuencial y permanente bajo el siguiente esquema, en busca del beneficio del paciente, familia y entorno:



Gráfica 1. Aplicación del pensamiento crítico en la atención en salud

Fuente: Elaborada por las investigadoras

De esta manera, una buena práctica que contribuya al mejoramiento de las condiciones de salud del paciente debe estar ligada a un pensamiento crítico; lo contrario conduce a toma de decisiones poco elaboradas, praxis no seguras e incremento de riesgos, afectando la calidad de vida de las personas involucradas en los procesos. Por lo tanto, se requiere de los profesionales del equipo de salud habilidades y aptitudes que conduzcan a la reflexión permanente sobre sí y sobre la práctica, de tal forma que se minimicen los riesgos asociados a la atención en salud como consecuencia de un pensamiento de mala calidad o poco elaborado (no crítico).

En ese contexto, para el HUS es importante conocer cómo los profesionales de la salud ejercen su labor integrando habilidades, aptitudes y/o actitudes que favorezcan la toma de decisiones con pensamiento crítico correspondiendo así a su compromiso con la sociedad y como ejemplo para los estudiantes. En ese punto es donde el presente trabajo

cobra relevancia y puede contribuir a consolidar el modelo de docencia e investigación de la institución.

2.4. Antecedentes

Si, el aprendizaje y puesta en práctica del pensamiento reflexivo como fundamento para la toma de decisiones con responsabilidad, autonomía y justicia es un objetivo de la formación profesional para el desempeño integral en la práctica clínica, entonces, ¿qué aportes hay en la literatura explorada?

Para comenzar, González (2012), se refiere a la interacción dialéctica entre teoría y práctica en el quehacer educativo en el aula, demostrando el impacto positivo de las acciones pedagógicas en la consolidación de los procesos de aprendizaje, así como la importancia del uso consciente del lenguaje para constituir un pensamiento reflexivo. En adición, Cerullo & Cruz (2010) y Torres & Martínez (2011), corroboran la existencia de estrategias personales e institucionales que pueden perfeccionar el pensamiento crítico y el raciocinio clínico de los enfermeros y estudiantes de fisioterapia, respectivamente. Por su parte, Herrera (2014), considera importante potenciar estrategias de pensamiento crítico, autorregulación y metacognición en el aula, dirigidas principalmente hacia alumnos de Nutrición y Dietética con bajo rendimiento académico.

Un segundo campo de hallazgos son las propuestas curriculares para el desarrollo de pensamiento crítico en el marco de la formación universitaria. Falcó (2009), en primer lugar, sugiere la implementación de una asignatura optativa que enseñe estrategias de razonamiento clínico, desde un enfoque teórico-práctico, para robustecer la capacidad de resolver problemas en los estudiantes de enfermería. También se destaca el aporte de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) a la formación de profesionales de la salud con un enfoque reflexivo e interpretativo a partir de la investigación. Así, Díaz y Berton

(2010), proponen estrategias didácticas que permitan desarrollar competencias de pensamiento crítico y análisis de información en los enfermeros en formación, con miras a mejorar la calidad del cuidado ofrecido al paciente, fundamento nuclear del quehacer de la enfermería. En perspectiva, estas propuestas adquieren relevancia frente a la falta de relación entre el currículo y el fomento del pensamiento crítico para la toma de decisiones que varios estudios han señalado. Por ejemplo, Araque (2017), no encontró en su investigación conexión alguna entre un corpus de currículos analizados y la toma reflexiva de decisiones en las prácticas clínicas de estudiantes de fisioterapia.

Ahora bien, más allá de la enseñanza del pensamiento crítico en la educación superior, ciertas investigaciones reconocen que existen aspectos estructurales de orden biológico, histórico y social que determinan su desarrollo. Entre los factores que lo limitan sobresale una inadecuada formación desde la escuela y el hogar. Aunque esto amplía el margen de responsabilidad en la formación de los futuros profesionales de la salud, relevando parte del peso de las universidades y los centros de práctica clínica, el personal docente debe utilizar sus habilidades creativas para tratar de desarrollar habilidades intelectuales acordes con el nivel a alcanzar y extender su labor educativa para integrar a los padres en el proceso de formación (Aguilera, Zubizarreta & Castillo, 2005).

Otro encuadre de estudio sobre la temática corresponde a la evaluación de los alumnos. Bajo la premisa de que el pensamiento crítico es primordial para establecer juicios sólidos y autorregulados, enraizados en argumentación fundamentada, Olivares y López (2017), crearon y validaron el Cuestionario de Competencias Genéricas Individuales (CCGI) en estudiantes de medicina, el cual evaluó, entre otras, las competencias de pensamiento crítico, resolución de problemas y toma asertiva de decisiones. Los resultados indicaron que en la percepción de habilidades cognitivas los

estudiantes se sienten mejor para inferir y evaluar situaciones complejas en situaciones de presión.

Por último, desde una perspectiva crítica, Moreno y Siles (2014), realizaron una investigación documental para estudiar la relación entre la racionalidad técnica y la práctica reflexiva en la formación de enfermeros en España. El estudio concluyó que los procesos de formación universitarios estuvieron supeditados a los paradigmas del pensamiento hegemónico, por lo que la razón instrumental fue siempre dominante frente a la praxis crítica. Además, el trabajo descubrió que la práctica reflexiva que permite la emancipación se origina en la conscientización de los futuros profesionales con respecto al rol que deben desempeñar en la planificación de los cuidados de salud.

En síntesis, la búsqueda realizada a través de las bases de datos consultadas confirma la necesidad de introducir el pensamiento crítico en la formación de las ciencias de la salud. Es decir, el enfoque reflexivo debe ser omnipresente en las instituciones de educación superior y en los hospitales universitarios, intermediando las relaciones entre docentes, estudiantes y pacientes, de forma tal que un currículo escrito emancipatorio logre traducirse en prácticas clínicas críticas que transformen la incidencia de los profesionales de la salud en sus contextos laborales. Igualmente, la reconstrucción de antecedentes reveló la ausencia extensa de estudios de caso que analicen la percepción e incorporación del pensamiento crítico en prácticas clínicas y escenarios hospitalarios. El reconocimiento de este vacío, una vez más, justifica la realización del presente trabajo y reclama la necesidad de desarrollar más investigaciones educativas en el campo de la salud.

2.6. Estructura del Informe

El presente informe de investigación se divide en cuatro capítulos que buscan responder a la problemática y los objetivos de la investigación. El primer capítulo o marco teórico profundiza en el concepto de pensamiento crítico, desde una variedad de autores teóricos y el marco legal colombiano, a la vez que reivindica su importancia en la formación de los profesionales de la salud y en el desarrollo de prácticas clínicas éticas y reflexivas. El segundo capítulo o marco metodológico explica el enfoque epistemológico del trabajo, así como la tipología y los cuatro instrumentos de investigación empleados: entrevistas semiestructuradas, observaciones de campo, grupo focal y análisis documental. El tercer capítulo analiza diferentes *syllabus* de prácticas clínicas, enmarcadas en los convenios de docencia-servicio entre el HUS y distintas universidades, con el interés de establecer la relevancia del pensamiento crítico dentro del currículo escrito. El cuarto capítulo expone los principales datos recogidos durante la fase de campo, mientras que el quinto interpreta la información recolectada en función de las cuatro categorías deductivas construidas por las investigadoras para caracterizar el pensamiento crítico: mente abierta, cuidado del otro, simbiosis laboral y experiencia. Finalmente, en el último apartado se comparten las principales conclusiones del proceso de investigación y algunas recomendaciones para el sector académico y de la salud.

3. Marco Teórico

Este capítulo define y explora el pensamiento crítico como concepto transversal de toda la investigación, a la vez que reflexiona sobre su integración en la formación y la *praxis* de los profesionales de la salud, especialmente en la toma de decisiones reflexivas y la resolución de problemas en escenarios clínicos. Con este objetivo, está dividido en tres partes complementarias: la primera razona sobre la naturaleza del pensamiento crítico, enfatizando en los procesos cognitivos y metacognitivos que le son inherentes, así como en sus fases de desarrollo y modos de evaluación; la segunda examina el lugar del pensamiento crítico en los lineamientos legales y curriculares de la formación de profesionales de la salud; y la tercera profundiza en los rasgos de la práctica clínica, vista desde la toma de decisiones y la resolución de problemas, en relación con la integración del pensamiento reflexivo.

3.1. Pensamiento crítico: naturaleza y características

El pensamiento crítico ha sido un tema de estudio permanente para la humanidad: lo encontramos en la antigüedad griega con exponentes tan ilustres como Sócrates, Platón o Aristóteles, hasta los tiempos modernos con corrientes filosóficas como la obra de Dewey o la Escuela de Frankfurt. En este apartado se expondrán varias consideraciones en torno al pensamiento crítico para desembocar en la definición que las investigadoras, en función de su objeto de estudio, elaboraron para teorizar el concepto.

Así las cosas, lo primero que debe anotarse es que el pensamiento reflexivo, además de ser una de las expresiones más complejas y elaboradas del pensamiento, es parte fundamental de la formación de cualquier individuo, en la medida en que su aplicación no se limita al ejercicio de un oficio o profesión particular, sino que forma

parte integral de todas las actividades de la vida cotidiana y democrática. En palabras de Dewey (2007): “la mejor manera de pensar se denomina pensamiento reflexivo; es decir, el tipo de pensamiento que consiste en darle vueltas a un tema en la cabeza y tomárselo en serio con todas sus consecuencias” (p. 21).

En términos más académicos, el pensamiento reflexivo involucra una ordenación causal y lógica de las ideas, en la que cada una determina la siguiente y es determinada por la anterior, creando cadenas de coherencia y correspondencia que permiten construir conclusiones racionales y sustentadas. Por ello, la reflexión acontece cuando se logra cuestionar la veracidad de una idea al contrastarla con la validez de la información que pretende sostenerla o justificarla.

A partir de lo anterior, se observa que la fundamentación del pensamiento en la razón es el punto de partida que conduce a la crítica. Así lo señalan Saiz y Nieto (2002), cuando afirman que el pensamiento crítico implica “la búsqueda de conocimiento, a través de habilidades de razonamiento, solución de problemas y toma de decisiones, que nos permite lograr, con la mayor eficacia, los resultados deseados” (p. 131). De igual forma, Ennis (1987), defiende que el pensamiento crítico tiene un cimiento racional, es decir que, en su búsqueda por la verdad, la justicia y el bienestar predomina el ejercicio de la razón. Por una línea semejante, Paul (2005), define el pensamiento crítico como el proceso intelectualmente disciplinado de activar y hábilmente conceptualizar, aplicar, analizar, sintetizar y/o evaluar información recopilada o generada por observación, experiencia, reflexión, razonamiento o comunicación. Este procedimiento, según el autor, es de carácter imprescindible para tomar decisiones acertadas.

Ahora bien, la toma de decisiones desde un enfoque crítico involucra procesos mentales complejos, de orden cognitivo y metacognitivo, que vistos con detenimiento conducen a elecciones fundamentadas en el conocimiento, la veracidad, la ética y el buen

juicio. La toma de decisiones también necesita de un pensamiento reflexivo con la capacidad de comprender, evaluar y resolver problemas a través del cuestionamiento permanente del propio conocimiento y la propia práctica. Estos requisitos permiten que las acciones emprendidas conlleven al cuidado de sí y de los otros (Ennis 1987; Foucault, 1987). Por ello se afirma que un sujeto crítico está en condiciones de tomar decisiones reflexivas y de solucionar dificultades en diversos contextos laborales y personales.

En cuanto a la personalidad se refiere, Facione (2007), caracteriza al pensador crítico como una persona flexible, inquisitiva, de mente abierta, prudente, reflexiva, receptiva y ordenada que cuenta con las capacidades para enfrentarse a situaciones complejas. También otras actitudes que lo identifican, según Paul y Elder (2001), son: la autocrítica, la audacia intelectual, la integridad racional, la empatía mental, la confianza en la razón, la persistencia intelectual y la vocación de justicia. Por último, Dewey (2005), manifiesta que el pensamiento reflexivo induce la investigación puesto que “es el examen activo, persistente y cuidadoso de toda creencia o supuesta forma de conocimiento a la luz de los fundamentos que la sostienen y las conclusiones a las que tiende” (p. 25).

A partir de la pluralidad de conceptos citados y a la luz del fenómeno de estudio, las investigadoras plantean que el pensamiento crítico corresponde a la problematización de discursos o prácticas acontecidas en el ejercicio de las profesiones o de la vida cotidiana, en la que las interpretaciones deben formularse en función de la razón y no del sentido común, las creencias o la ideología. Esta interpretación también puede alimentarse de la experiencia del actor de conocimiento siempre y cuando se inserte en un razonamiento metódico y riguroso. En síntesis, el pensador crítico no sólo debe demostrar un excelente dominio de su disciplina, sino que además debe contar con las competencias y aptitudes ya descritas para tomar decisiones y resolver problemas con criterio ético y reflexivo. Por lo demás, es un hecho que el pensamiento reflexivo, más

allá del contexto social, se erige sobre complejos procesos mentales, de tipo cognitivo y metacognitivo, tal como se expone en el siguiente apartado.

3.1.1. Pensamiento crítico: procesos cognitivos y metacognitivos

Diversos investigadores identifican que entre los principales procesos cognitivos y metacognitivos que involucra la aplicación del pensamiento crítico deben distinguirse: la interpretación, el análisis, la reflexión, la evaluación, la inferencia, la explicación, la deducción y la auto-regulación. Según los mismos autores, cada una de estas acciones puede definirse como sigue (Botero, Alarcón, Palomino y Jiménez, 2017):

- Interpretar es la capacidad de comprender y explicar discursos, experiencias y prácticas de forma metódica y argumentada.
- Analizar consiste en identificar las relaciones de inferencia reales y supuestas entre enunciados, preguntas, conceptos, descripciones u otros discursos que tienen el propósito de expresar conocimientos, situaciones o juicios.
- Evaluar corresponde a la valoración de la credibilidad de un enunciado que expresa saberes, percepciones u opiniones.
- Inferir es la habilidad de extraer conclusiones razonables y formular conjeturas e hipótesis razonables y fundamentadas.
- Explicar es la facultad de presentar el razonamiento propio, en su procedimiento y en sus resultados, de forma reflexiva, metódica, rigurosa y coherente.
- Auto-regularse es la competencia de observar el propio pensamiento, desde una óptica crítica, con el fin de cuestionar, validar o corregir el propio razonamiento.

A estas definiciones cabe añadir, retomando a Carretero (2001), que la metacognición es el conocimiento que las personas construyen sobre la propia cognición, con el cual

logran regular y cualificar sus procesos de razonamiento para comprender y desarrollar mejor una tarea. Sobre este punto, Águila (2014), considera que en el campo educativo la metacognición se configura a partir de tres fases de desarrollo que le permiten al educando reconocer su grado de comprensión sobre el objeto que está aprendiendo: la planificación del aprendizaje, el monitoreo *in situ* del aprendizaje y la evaluación del aprendizaje. El estudio además concluye que las tres etapas llevan a los sujetos a ser más conscientes, críticos y reflexivos en relación con el éxito y las implicaciones de su propio aprendizaje.

3.1.2. Pensamiento crítico: desarrollo, enseñanza y evaluación

Luego de conceptualizar el pensamiento crítico y de señalar los componentes cognitivos y metacognitivos que le son inherentes, se hace necesario explicar cómo se desarrolla y evalúa dicho pensamiento. Esto significa dirigir la mirada hacia prácticas de enseñanza que fomenten la reflexión desde las instituciones de educación superior y se materialicen y consoliden en los escenarios de la práctica clínica. Lo anterior, teniendo presente la necesidad de minimizar la diferencia entre el ámbito de la adquisición del conocimiento y el de su aplicación en los contextos asociados a la praxis.

En ese orden, Saiz y Rivas (2008), señalan que las habilidades del pensamiento sólo se adquieren con la práctica, a través de ella se busca conocimiento para darle sentido y entender la realidad. Asimismo, se ha demostrado que la enseñanza y el aprendizaje experienciales posibilitan la transferencia del conocimiento, mientras la enseñanza por inculcación no la facilita. Si la enseñanza busca el conocimiento profundo de una materia, el aprendizaje en contexto permite aprender saberes, habilidades y aptitudes que permitan abordar problemáticas complejas y reales, retroalimentando el mundo universitario con el mundo de la praxis. Por lo tanto, se hace necesario utilizar estímulos semejantes a los

que ocurren en la vida diaria, con lo cual se estimula el interés y se aproximan los ámbitos de la academia y la práctica, favoreciendo el desarrollo metacognitivo y actitudinal de los educandos, aspectos fundamentales en la construcción del aprendizaje (Halpern en Saiz y Rivas, 2008).

Desde la perspectiva de la enseñanza de habilidades intelectuales, la misma autora propone un modelo empírico de cuatro partes: a) un componente de disposición que prepara a los alumnos para un trabajo cognitivo eficaz; b) instrucción en las habilidades del pensamiento crítico; c) capacitación en los aspectos estructurales de problemas y argumentos para promover la transferencia transcontextual de habilidades de pensamiento crítico; d) un componente metacognitivo que incluye verificar la precisión del aprendizaje y monitorear su progreso hacia la meta establecida. De igual manera, manifiesta que los estudiantes pueden convertirse en mejores pensadores como resultado de una pedagogía crítica que transfiera la enseñanza académica a situaciones del mundo real por fuera del salón de clase. Así las cosas, la evaluación del pensamiento crítico no sólo reclama el análisis de situaciones problemáticas vinculadas a la realidad, sino que además trasciende la educación formal y se inserta naturalmente en el transcurso de la vida social del educando.

No obstante, Saiz y Rivas (2006), también mencionan que la dimensión cognitiva no es la única involucrada en la enseñanza y desarrollo del pensamiento reflexivo; un pensador crítico también debe demostrar las siguientes disposiciones o actitudes: a) voluntad de participar y persistir en una tarea compleja; b) uso habitual de planes y la supresión de la actividad impulsiva; c) flexibilidad o mente abierta; d) voluntad de abandonar las estrategias no productivas en un intento de autocorrección; e) una conciencia de las realidades sociales que deben superarse (como la necesidad del

consenso o compromiso) para que el razonamiento se traduzca en acciones transformadoras.

A manera de complemento, Halpern (1998), propone una taxonomía de habilidades de pensamiento crítico como una guía para la enseñanza: razonamiento verbal; análisis de argumentos; formulación y comprobación de hipótesis; pensamiento abierto a la probabilidad y la incertidumbre; toma de decisiones y resolución de problemas. La autora también establece un estrecho vínculo entre el pensamiento crítico y el pensamiento creativo, por la capacidad de este último de idear alternativas y solucionar los problemas que el primero logra concebir y comprender.

Por su parte, Dewey (2007), defiende la idea del asombro como estímulo para el desarrollo del pensamiento reflexivo. En consecuencia, los maestros tienen la responsabilidad de motivar la continuidad del pensamiento y el esfuerzo, introduciendo objetos de estudio o perspectivas de análisis novedosas y variadas que cultiven la mirada crítica como recurso para problematizar los fenómenos. Además, Dewey afirma que los maestros deben despertar en sus estudiantes la faceta emocional del aprendizaje, la cual permite sembrar una curiosidad apasionada frente al estudio de nuevos objetos, así como contagiar el entusiasmo por el conocimiento y la investigación. Esta disposición emocional opera como una fuerza intelectual que ningún tratado metodológico lograría. Por el mismo camino, se debe considerar que el estudio de temas demasiado ajenos a las experiencias de los alumnos, irrelevantes para su vida, anestesia la curiosidad y atrofia su capacidad de comprensión. De hecho, los estudiantes aplican una escala de valores para el saber que se les enseña, desde una óptica crítica, y cuando éste no les parece relevante no se preocupan por su significado ni se esfuerzan por aprenderlo. Por ello, el mismo autor sostiene que la mentalidad abierta, el entusiasmo y la voluntad son factores esenciales en la configuración del hábito de pensar reflexivamente. En síntesis, dentro de

los objetivos de la educación crítica deben fundirse los principios de razonamiento lógico y las cualidades morales del carácter.

Para Dewey (2007), el rol del docente en el aprendizaje auténtico es el de intermediar el contexto, la experiencia, las necesidades, los intereses y las capacidades de cada educando con la enseñanza de una disciplina. En este proceso, la práctica pedagógica del docente debe ser pertinente a los ojos de los estudiantes, enmarcarse en sus valores culturales y corresponder a su estado de desarrollo personal y social. El maestro reflexivo también debe crear un clima afectivo en torno a la libertad, el respeto, la tolerancia y el cuidado, que demuestre que el educador es también un educando y que se preocupa por entender y atender a sus estudiantes en su proceso de formación humana. Una enseñanza crítica debe promover operaciones superiores del pensamiento, tales como la argumentación o la reflexividad, por medio del aprendizaje cooperativo y el intercambio de ideas entre todos los participantes del espacio (educador y educandos). Por último, no debe perderse de vista que el docente se constituye siempre como un modelo para sus estudiantes; por lo tanto, en su discurso y en sus prácticas debe mantener una coherencia que le permitan ser reconocido como el ejemplo vivo de un pensador auténtico.

Ahora bien, desde el tópico de la evaluación existen varias pruebas psicométricas para valorar el pensamiento crítico: HCTAES (Halpern Critical Thinking Assessment Using Everyday Situations; Halpern, 2006); The California Critical Thinking Skills Test (CCTST); Cornell Critical Thinking Tests Level X & Level Z; PENCRISAL (Rivas y Saiz, 2012); entre algunas otras. Esta última prueba está diseñada sobre la propuesta de Halpern para evaluar las competencias del razonamiento reflexivo. De ahí que en su planteamiento se incluyan: 1) la utilización de problemáticas cotidianas como base de las preguntas y ejercicios; 2) el uso de diferentes contextos, con la intención de valorar el grado de transferencia de los saberes, actitudes y habilidades; 3) un formato

integrado con respuestas abiertas y cerradas, el cual posibilita la exploración de los procesos profundos de pensamiento y la evaluación del razonamiento reflexivo. En concreto, esta prueba psicométrica consta de 35 situaciones-problema que evalúan cinco competencias transversales del pensamiento crítico: lógica deductiva e inductiva, toma de decisiones, razonamiento práctico y solución de problemas. Los resultados de la prueba ofrecen un indicador confiable sobre la capacidad del individuo de comprender problemáticas complejas en contextos reales por medio del pensamiento crítico.

Desde otro ángulo, en su propuesta de pedagogía del pensamiento crítico, Villarini (2003), argumenta que todo ser humano desarrolla la capacidad de pensar a partir de condiciones biológicas, históricas y culturales, las cuales le permiten desarrollar con mayor o menor éxito funciones mentales superiores como parte de sus procesos de adaptación y apropiación cultural. “El proceso por el cual se constituye un mundo significativo para el sujeto es el mismo por el cual se constituye el sujeto” (Villarini, 2003, p. 36). Entonces, el maestro al orientar la enseñanza lo que debe hacer es proveer conceptos y problematizar la realidad para que el estudiante piense, procese la información y produzca conocimiento propio, utilizando sus habilidades, saberes y actitudes. Al mismo tiempo, el maestro propicia experiencias de aprendizaje en las que el estudiante fortalece la capacidad de evaluar su conocimiento, tomar decisiones reflexivas, solucionar problemas complejos del mundo real y comunicarse efectivamente. En simultánea, la enseñanza del pensamiento crítico (capacidad del pensamiento para examinarse y evaluarse a sí mismo) debe involucrar el continuo autoexamen, la autocrítica y el autocontrol como procesos que fortalecen la metacognición.

En el año 2003, Villarini planteó la estrategia ECA: estrategia de exploración, conceptualización y aplicación. Es un plan general de actividades o interacciones entre docente y estudiantes, dirigido al aprendizaje y desarrollo de habilidades. Parte de la

identificación de condiciones que propician el aprendizaje, las cuales se recrean en el salón de clases a través de las interacciones y comunicaciones entre docente y estudiantes.

Esta estrategia se divide en tres fases o momentos:

1) Exploración o establecimiento de diagnóstico. El docente plantea una situación problema que estimula el pensamiento de los estudiantes y activa su experiencia previa relacionada con los objetivos y contenido de la unidad instruccional bajo estudio. Así, estudiante y docente diagnostican las necesidades, limitaciones y potencialidades de conocimiento, habilidades y actitudes.

2) Conceptualización o construcción de conocimiento a través de un proceso interactivo (lectura, diálogo, investigación, trabajo cooperativo, etc.) con la guía del docente.

3. Aplicación. En esta fase el estudiante se enfrenta a nuevas situaciones o problemas que deberá analizar y solucionar al transferir y aplicar el conocimiento, las habilidades y las actitudes aprendidas.

En conclusión, a partir de las consideraciones anteriores se infiere que el pensamiento crítico es condición fundamental del aprendizaje. El pensamiento reflexivo involucra no solamente procesos mentales complejos, sino la actitud, disposición y el deseo que tenga el sujeto por cambiar de estado, es decir por transformar su ser, pensar, sentir o actuar. El sujeto desarrolla su pensamiento a partir de aspectos biológicos e histórico-sociales que lo definen, y a partir de estos aspectos el maestro guía y forma al estudiante, por lo cual el acto educativo se constituye como un acto intersubjetivo en el que educador-educando interactúan permanentemente en busca de un fin: la construcción del conocimiento. Por último, debe recordarse que el aprendizaje tiene un doble carácter individual y social. En el proceso de aprendizaje el sujeto, en su contexto sociohistórico,

no sólo debe buscar satisfacer sus necesidades individuales, también debe perseguir un propósito ético en favor del bienestar de su comunidad.

Aquí termina el primer apartado del marco teórico, en el que se definió el pensamiento crítico y se profundizó en los procesos cognitivos y metacognitivos que le son propios, así como en diferentes propuestas para enseñarlo y evaluarlo. En el siguiente apartado teórico se reflexiona sobre el lugar del pensamiento reflexivo en la formación de los profesionales de la salud.

3.2. Formación del pensamiento crítico en los profesionales de la salud

Deliberar sobre la teoría y la práctica en la formación de los profesionales de la salud, es sin lugar a duda plantear la praxis educativa desde una orientación crítica y reflexiva, “del quehacer por medio de la observación y experimentación pedagógica” (Cuesta, 2018, p. 1). Los procesos de enseñanza en entornos complejos, cambiantes, con situaciones imprevistas y de urgencia, como ocurre en el área de la salud, requieren desarrollar, tanto en el cuerpo docente como en los estudiantes, saberes, habilidades y actitudes que promuevan un pensamiento crítico, entendido como:

un proceso intelectual disciplinado y necesario para conceptualizar, analizar, sintetizar y evaluar la información, los aprendizajes y la información obtenida o generada, para lo cual es preciso contar con habilidades como la observación, experiencia, reflexión, razonamiento y comunicación, y de esta manera guiar las experiencias y acciones. El pensamiento crítico involucra varios elementos: intelectuales, psicológicos, sociológicos, éticos y filosóficos (Paul y Elder, 2001, sp.).

De igual modo, Umpierrez y Piovesan (2010), sugieren que la sociedad actual exige a la enseñanza superior la formación de profesionales de la salud con habilidades de pensamiento creativo, toma reflexiva de decisiones, resolución apropiada de

problemas y habilidades de razonamiento crítico. Además, destacan “la particularidad de la enseñanza superior en el área de la salud, donde el aprendizaje y la docencia involucran a una tercera persona, un sujeto de atención, una familia y un entorno socioeconómico y cultural, así como otros factores externos dados por las características del contexto asistencial (material y humano)” (p. 61).

Sin embargo, los mismos autores señalan que pese a los esfuerzos por capacitar a los maestros en estrategias enfocadas a la enseñanza efectiva del razonamiento reflexivo en los estudiantes, las investigaciones demuestran que no ha sido posible que estos integren en sus prácticas pedagógicas la enseñanza auténtica y profunda del pensamiento crítico. Aún está pendiente un modelo educativo que incluya valoraciones éticas y humanas, sustentadas en una permanente reflexión de los profesionales y su práctica.

Es responsabilidad de quienes ejercen la docencia en cualquiera de las ciencias de la salud involucrarse en la tarea de promover espacios formativos y experienciales que fomenten el desarrollo de habilidades actitudes coherentes con el proceder esperado del futuro profesional. El maestro debe reconocer en el estudiante las representaciones personales, sociales e históricas que marcan su perfil, de tal forma que posteriormente le sirvan para la toma de decisiones en situaciones críticas y cotidianas de la práctica clínica.

Entonces, ¿cómo puede el docente empoderar al estudiante de ciencias de la salud para generar o fortalecer disposiciones que a la postre se materialicen en un actuar reflexivo?

Las actuales concepciones constructivistas de los procesos de enseñanza advierten que el aprendizaje acontece sobre la base del desarrollo de la comprensión y no de la acumulación de conocimientos, pilar fundamental en la formación integral de los profesionales de la salud. El proceso de aprendizaje debe abandonar la memorización y transformarse en una modalidad dinámica entre sujetos activos que ajustan su propio

estado cognitivo, emotivo y sociocultural al hecho o situación novedosa que enfrentan. En este orden de ideas, docentes y estudiantes deben aprender de la realidad, procesarla, reflexionar sobre ella, conocerla y estar preparados para aplicar el conocimiento en situaciones semejantes. Asimismo, es responsabilidad del docente propiciar que el educando alcance su potencial de aprendizaje, cultivando el pensamiento crítico y favoreciendo el reconocimiento de sí mismo desde una perspectiva individual y social. Así, el educando se reconoce en la singularidad de su vida privada, con sus virtudes y defectos, pero también se reconoce como sujeto social en una comunidad, responsable de disponer de sus capacidades para analizar su entorno, reflexionar frente a la injusticia y contribuir en la construcción de una mejor vida para su sociedad.

3.2.1. Lineamientos legales para la formación de profesionales de la salud

La formación integral de los profesionales de la salud está condicionada por un marco legal que resulta preciso retomar en el marco de esta investigación. El primero de ellos es la Ley 266 de 1996, la cual afirma que los profesionales de la enfermería, desde los inicios de su instrucción, deben asumir la responsabilidad de formarse bajo “los principios y valores éticos del acto del cuidado de enfermería”. La ley también establece que los servicios de enfermería deben ser de alta calidad y contribuir de manera eficiente al cuidado y bienestar del paciente, su familia y su comunidad. Esta concepción evidencia la responsabilidad social de la profesión y puede extenderse a las demás ciencias de la salud, en las que el conocimiento sólido y actualizado del objeto de estudio, con sus respectivas teorías, modelos y tecnologías, debe equilibrarse con un perfil social que humanice la práctica clínica.

La Ley 266 también declara que el profesional de enfermería desempeña su rol dentro de una mecánica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, en la que aporta los conocimientos y las habilidades adquiridas en su formación universitaria y continua, a través de la experiencia y la investigación. De igual forma, la Ley 266 de 1996 decreta que el estudiante debe aprender a tomar decisiones y resolver problemas sobre la base del servicio, el compromiso, la solidaridad y la convicción de transformar aquellas prácticas ausentes de pensamiento crítico (Garavito, 2013). Algo semejante ocurre con la Ley 911 de 2004, donde se trata la autorregulación ética en la formación de profesionales en enfermería y “por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”.

En el campo de la medicina, la Ley 23 del 1981, modificada por el decreto 19 de 2012, afirma que: “el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que son esenciales y permanentes”. En consecuencia:

el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión. Igualmente, en la investigación científica (...), el médico se ajustará a los principios metodológicos y éticos que salvaguardan los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad (Ley 23 del 18 de febrero 1981).

En cuanto a la relación médico-paciente, siendo ésta el núcleo fundamental de la práctica médica, la Ley 23 de 1981 destaca que se debe basar en “un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional” con el fin de que la relación tenga pleno éxito. Otro aspecto que señala la ley es que el médico

está obligado a transmitir conocimientos de forma paralela al ejercicio de la profesión, para preservar la salud de las personas y de la comunidad. De este modo el médico acatará las normas legales y reglamentarias sobre la materia, así como las pautas de la ciencia, los principios pedagógicos y la ética profesional.

Respecto a la profesión de Nutrición y Dietética, Colombia cuenta con una experiencia de sesenta años en la formación de profesionales de esta disciplina, en instituciones de educación superior con reconocida trayectoria y prestigio nacional. Para el ejercicio de la profesión de Nutrición y Dietética se establecieron las leyes 60 y 100 de 1993, la Ley 715 de 2001 y la Ley 1438 de 2011 y en el Artículo 105, define la autonomía de los profesionales de la salud como:

la garantía que el profesional pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión (ACOFANUD, 2013, sp.).

La Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas (ACODIN) reconoce que el ejercicio de esta profesión en Colombia está reglamentado por la Ley 73 de 1979. El perfil profesional del Nutricionista Dietista fue definido por (ACODIN) en el Código de Bioética en el año 1996, así pues, este código es la normatividad vigente para el desempeño profesional.

En cuanto a la fisioterapia se refiere, la Ley 528 de 1999 es la que reglamenta el ejercicio de esta disciplina, dicta las normas de ética profesional y establece los deberes y derechos de profesionales y pacientes. Según la ley es deber del fisioterapeuta “participar en la ejecución, la investigación, el diseño o las herramientas que estén al alcance de los fisioterapeutas y puedan destinarse a la comprensión del objeto de estudio, el cuidado del paciente y su crecimiento profesional (...)”. El marco legal señala que un fisioterapeuta puede desempeñarse en la gestión de la academia y en la docencia con estándares de calidad de educación, atención, disposición y mecanismo para su

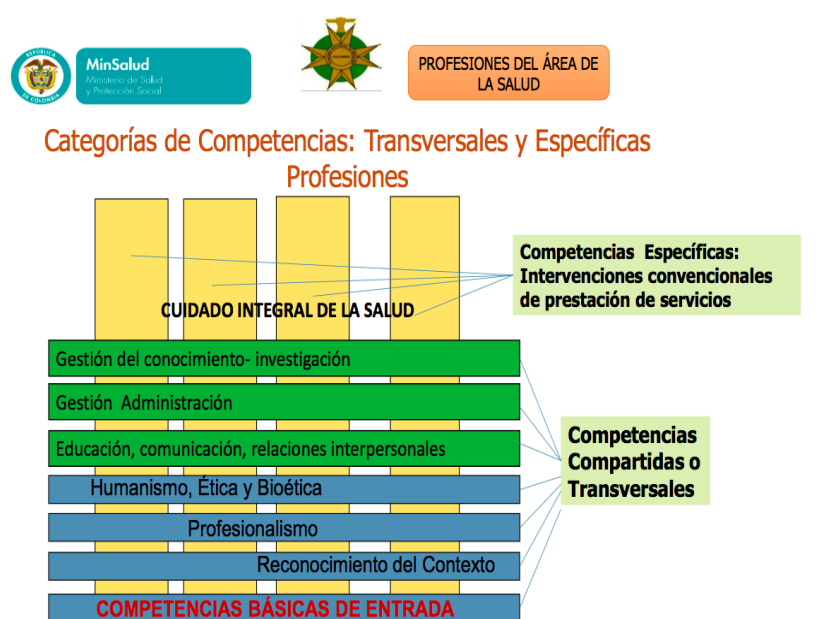
cumplimiento, así como en la asesoría y participación en políticas de salud y proyección de práctica profesional. Además, “el fisioterapeuta siempre tiene que ser claro para poder ayudar en la dificultad o discapacidad de la persona sin derecho a prometer. Asimismo, en la promoción y control de la salud, el bienestar, y toda prevención de las deficiencias, limitaciones funcionales entre otros campos en individuos o grupos en riesgo, y su recuperación respecto a sistemas esenciales en el movimiento humano” (Ley 528 de 1999).

Un insumo relevante para reconstruir el marco legal que regula la formación de los profesionales de la salud es la guía elaborada por el Grupo Interinstitucional del Ministerio de Salud, titulada “Aproximación metodológica para la descripción de competencias profesionales básicas en salud para la elaboración de propuestas de perfiles y competencias profesionales básicas en salud”. Este documento está fundamentado en las disposiciones adoptadas en materia de educación superior en el país y en la legislación correspondiente del sistema de salud, particularmente el proceso de revisión y aprobación de perfiles y competencias de las profesiones de la salud. La guía se publicó en el 2009 con el objetivo de contribuir:

al fortalecimiento de la calidad y la pertinencia de la actuación, y de la formación de los profesionales de la salud, como factor fundamental para mejorar la respuesta del sistema de servicios a las necesidades en salud de la población colombiana, en el marco de disposiciones legislativas y reglamentarias pertinentes, en particular de la ley 1164 de 2007 (Ley del Talento Humano en Salud) y de la ley 1438 de 2011, que formalizó la Atención Primaria en Salud como estrategia fundamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud (MINSALUD, 2016).

En la guía se describen las competencias que constituyen el perfil profesional y se dividen en transversales y específicas: las transversales agrupan el componente común de todas las profesiones de la salud y fomentan su integración; las específicas son

de carácter diferenciado y disciplinar. Todas ellas deben expresarse en todos los escenarios clínicos y ser la base de la práctica profesional. Para su comprensión y referencia, se asocian en dominios definidos a partir de lo planteado por los diferentes grupos de profesionales, fruto de la reflexión, el análisis de los vacíos detectados y la necesidad de fortalecerlas para un desempeño idóneo. Las competencias transversales y específicas se representan en la siguiente gráfica.



Gráfica 2. Categorías y coincidencias en competencias transversales y específicas
 Fuente: Elaborada por (Aguilar y Rodríguez 2016). Tomada de: MINSALUD, (2016).

3.2.2. Lineamientos curriculares en la formación de profesionales de la salud.

En términos procedimentales, el marco legal recién descrito se materializa en una serie de lineamientos curriculares que orientan y prescriben la formación universitaria de los profesionales de la salud. Estos lineamientos deben ser cumplidos por las instituciones de educación superior, quienes deben comprometer todos sus recursos en la formación de profesionales críticos y competentes, que actúen con criterios de juicio en la toma de decisiones y la resolución de problemas para enfrentar situaciones de carácter

complejo durante la atención de pacientes. La formación de profesionales en ciencias de la salud debe aspirar a formar sujetos autónomos y críticos, éticos y competentes, que en su práctica demuestren capacidades transversales y específicas para el autocuidado y el bienestar del paciente, su familia y su comunidad (Pinilla, 2011).

En el 2016 el Ministerio de Salud determinó que los siguientes aspectos curriculares son de obligatorio cumplimiento para todos los modelos curriculares, pedagógicos e institucionales de las ciencias de la salud: por un lado, deben reflejar en todas sus actividades una filosofía centrada en el ser humano (desarrollo de la calidad personal, humana, ética y científica); por el otro, deben integrar los procesos institucionales de formación con el servicio y la atención social. Por su parte, la Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia, conformada por los Ministerios de Educación y Salud, en su reflexión sobre la educación médica y el funcionamiento de los hospitales universitarios, planteó reformas estructurales que pueden aplicarse en el contexto de formación de otros profesionales de la salud. Entre ellas se incluyen la capacidad de producir y transferir conocimiento, el razonamiento crítico para la toma de decisiones y la prestación de un servicio de salud basado en valores y principios éticos.

La Comisión también advierte que las reformas curriculares e institucionales deben conducir a un aprendizaje auténtico de la disciplina, que brinde saberes y habilidades de carácter informativo y formativo, analíticos y hermenéuticos, con los cuales se pueda promover un pensamiento crítico para la toma reflexiva de decisiones y la resolución de problemas. Bajo este principio se enuncia que el currículo debe conjugar los aprendizajes en el aula con la experiencia clínica y comunitaria temprana, al tiempo que promueve la integración de las ciencias clínicas/biomédicas con las ciencias sociales y humanas. En definitiva, el currículo de las ciencias de la salud debe diseñarse en favor

de la comprensión y el razonamiento, dejando atrás la memorización, a través del aprendizaje basado en problemas. Este modelo busca formar agentes de cambio en el campo de la salud que lideren transformaciones en su praxis clínica y académica, favoreciendo el desarrollo académico de la disciplina y el cuidado de su contexto hospitalarios.

Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud establece que en la formación se requiere el acompañamiento permanente de los maestros, a través de los programas de mentoría, que permita a los estudiantes contar con el rol modelador del consejero, dado que el aprendizaje colaborativo permite adquirir habilidades para el trabajo en equipo. También se da relevancia al currículo oculto, la comunicación efectiva, el liderazgo, los valores y principios, la autorregulación, el manejo de la incertidumbre, el razonamiento crítico y la resolución de conflictos, enmarcados dentro de los aprendizajes transformativos. Otro elemento importante consignado en el documento se refiere a que la capacidad resolutive se vaya adquiriendo por un proceso de delegación de competencias, planeado y estructurado por la universidad y aplicado en el sitio asistencial por los tutores.

Con todo, se requiere que las universidades integren en sus currículos el contenido de las normativas reseñadas, de forma tal que la formación de los profesionales de la salud logre responder al perfil y las necesidades que la sociedad reclama. En ese orden, los profesionales de la salud en las instituciones hospitalarias de carácter universitario deben prepararse en pedagogía, con el propósito de acortar la distancia existente entre la instrucción teórica y la práctica, cualificando así su capacidad de enseñar un pensamiento crítico y reflexivo en contextos clínicos de aprendizaje (Saiz y Rivas, 2008).

Siguiendo el curso de lo enunciado, en el siguiente punto se considera la aplicación del pensamiento crítico en la toma de decisiones en el campo de la práctica clínica de los profesionales de la salud.

3.3. Pensamiento crítico en la praxis clínica de los profesionales de la salud.

Hasta aquí se ha examinado la naturaleza del pensamiento crítico con sus respectivos componentes cognitivos y pedagógicos, además de los marcos legales y curriculares que modelan la formación de los profesionales de la salud. Ahora, en este apartado final del marco teórico, se integrarán las dos sesiones anteriores para considerar los medios y los fines con que se debe introducir el pensamiento crítico en la praxis clínica, especialmente en la toma de decisiones y en la resolución de problemas complejos bajo presión.

Primero se realiza una aproximación al concepto de *praxis* que conduzca al entendimiento de la práctica clínica y sus implicaciones; y luego se explica cómo el pensamiento crítico puede apoyar la toma reflexiva de decisiones y la resolución de problemas durante la formación y la praxis de los profesionales de la salud.

3.3.1. Práctica clínica: naturaleza y características

El concepto de práctica que se desarrolla en el contexto de esta investigación implica un marco epistemológico, puesto que no sólo se limita a la aplicación de una técnica, sino que implica comprender el cómo y el para qué de la acción. Así, en el marco de la praxis la teoría y la acción se complementan por medio de la reflexión constante (Carr, 1999). De manera semejante, puede ocurrir que la apropiación de una teoría elaborada por fuera del contexto de la práctica sea poco pertinente. En ese caso es importante resaltar que la aplicabilidad de principios generales a situaciones particulares no siempre está determinada según principios o reglas teóricas, de lo cual se hablará más adelante.

Volviendo sobre la historia, una de las raíces del concepto de práctica se remonta a la obra filosófica de Aristóteles, quien investigó sobre las formas del conocimiento y la racionalidad para la acción práctica. Al respecto, valga decir que en la antigüedad el concepto de práctica hacía referencia a una forma de vida dedicada a la búsqueda del bien humano: la *bíos praktikos*. Otra era la forma de vida dedicada a la teoría: *biostheoretikos*, también llamada la vida contemplativa del filósofo o del científico. Ambas conformaban las dos expresiones de la acción humana: praxis y poiesis. Mientras que la poiesis connota la acción creativa de hacer algo, de materializar una idea, regida por lo que Aristóteles llamó *techne* (conocimiento técnico o instrumental regido por reglas), la praxis persigue un fin moral a través de la acción y es la acción misma (Carr, 1999).

A la luz de esta definición clásica, puede decirse que la práctica clínica también busca crear algo y materializar una idea: prevenir, atender y recuperar el estado de salud del individuo enfermo. No puede reducirse a la poiesis porque no se limita a la aplicación instrumental de una técnica o un instrumento. Antes bien, la práctica clínica está enmarcada dentro de una dimensión ética, en la que el cuidado de sí y del otro demarcan un objetivo moral para todas las acciones.

Dentro de la tradición aristotélica todas las actividades éticas y políticas se consideraban como formas de práctica. Entonces, se trata de una práctica dentro del marco de la razón y no del sentido común o de las creencias, de aplicar las experiencias desarrolladas dentro de la rigurosidad de la misma práctica, del dominio de la disciplina, para la toma de decisiones y solución de problemas con la intencionalidad de beneficiar al otro, es decir, que la ética y la reflexión guían este proceso, tal como fue mencionado anteriormente.

3.3.2. Formación de los profesionales de la salud para la praxis clínica reflexiva

Según Pinilla (2011), el ciclo básico de formación universitaria en ciencias de la salud ha sido diseñado y enseñado tradicionalmente sobre un enfoque positivista, en el que la memorización y la repetición han sido el principal método de aprendizaje. A partir de la década de 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso enfoques innovadores que centran el proceso en el razonamiento del estudiante y conciben las situaciones-problema como fundamento de la formación en salud. Previamente, el método de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), de corte constructivista, había sido desarrollado en la década de 1960 por un innovador grupo de médicos-docentes de la Universidad de Mc Máster (Canadá).

El ABP se basa en un análisis reflexivo del estudiante para dar soluciones a cada paciente (caso clínico), en los diferentes niveles de atención y complejidad facilitando el juicio clínico como parte del desarrollo de las competencias genéricas y específicas. El profesor y los estudiantes conforman un equipo de trabajo colaborativo, con autonomía y compromiso ético, para brindar atención al paciente. A cada estudiante le es asignado un paciente, de tal forma que en la solución de los problemas participan el profesor y los estudiantes sobre la base de la indagación colaborativa. Los casos son discutidos durante las revistas docentes, partiendo de la elaboración de la historia clínica del paciente por medio de la investigación, reflexión, análisis y planteamiento de soluciones, basadas en el conocimiento y revisión de la literatura. Las situaciones a las cuales se enfrentan los estudiantes pueden ser enigmáticas, espontáneas o imprevistas, de tal forma que la respuesta produce incertidumbre y estimula la movilización de procesos mentales cognitivos y metacognitivos (Pinilla, 2011). Esta estrategia favorece el aprendizaje profundo y significativo, el desarrollo de competencias específicas y

transversales, y el fortalecimiento de un pensamiento crítico basado en la resolución de casos clínicos reales atendidos en la cotidianidad de la práctica hospitalaria por diferentes profesionales de la salud (medicina, enfermería, nutrición, fisioterapia).

Por su parte, la Asociación Médica Mundial (AMM 2006), afirma que la formación en la clínica se centra en el examen supervisado de pacientes, el establecimiento del diagnóstico y su tratamiento respectivo con asignación gradual de responsabilidades por parte de los profesores; la práctica independiente se inicia una vez completado el programa anterior. La experiencia clínica se desarrolla por niveles, de menor a mayor complejidad de atención, por lo cual necesita de escenarios complejos y variados como los hospitales universitarios. Las diferentes facultades y escuelas de formación superior de la salud deben garantizar que los estudiantes graduados hayan adquirido un conocimiento básico de la profesión y la experiencia para evaluar los problemas clínicos y tomar decisiones de manera independiente, además de una actitud y personalidad que corresponda con la competencia de ética y de profesionalismo.

Como lo mencionara Patiño (2004):

La ética y el profesionalismo constituyen el fundamento de la actividad de la medicina, que es una empresa intensamente moral [...] Un profesional es la persona que se ubica en una de las disciplinas eruditas y que actúa observando los estándares técnicos, éticos y deontológicos de una profesión. El concepto de profesionalismo incluye cuatro componentes fundamentales: 1) conocimiento especializado; 2) autonomía en la toma de decisiones; 3) compromiso de servicio a la sociedad; 4) autorregulación. (p.146).

En relación con este punto, Durante (2012), señala que la enseñanza clínica (EC) en ambientes de práctica enfocada al paciente en contexto real, es fundamental en las profesiones de la salud para el desarrollo de habilidades clínicas y competencias profesionales. Su estructura y método de enseñanza se basa en el constructivismo y en el desarrollo de la experticia y la reflexión. A partir de estas bases, la EC debe propiciar: un

ambiente de aprendizaje estimulante (no amenazante, libre de expresar el conocimiento o desconocimiento); el control de la sesión de enseñanza (dominio y manejo del tiempo); la comunicación de los objetivos (interactividad de los componentes y contextualización de las competencias); la evaluación en la práctica (a través de la observación directa del desempeño); y la provisión de devoluciones significativas. Los métodos de enseñanza que el docente clínico debe aplicar son la supervisión, la construcción de conocimiento a partir de las deficiencias que demuestren los practicantes y la invitación coherente, constante y permanente a la reflexión de acuerdo con las características de los estudiantes y el contexto de la práctica (Durante, 2012). Es importante resaltar que la EC en los ambientes clínicos se encuentra estructurada, protegida, valorada y supervisada.

Ahora bien, dado que el desempeño en la práctica profesional implica conocimiento de la disciplina, desarrollo de habilidades, aptitudes de servicio y una reflexión constante, su evaluación debe involucrar tareas completas, complejas y significativas que demuestren la integración de estrategias metacognitivas por parte de los practicantes. Debe agregarse que la rigurosidad de la enseñanza clínica cobra especial importancia a la luz de estudios que reportan que los recién graduados no están preparados para su desempeño en la práctica clínica (SurrIDGE en Durante, 2012).

3.3.3. Aplicación del pensamiento crítico en la práctica clínica

La aplicación del pensamiento crítico en la práctica clínica se aprende, según los estudios de Schon (1992), a partir de la relación entre el aprendiz, el maestro y la praxis. La formación para la acción debe sustentarse en el estudio de la ciencia aplicada y la tutoría hecha por el docente. Así sucede en áreas como la arquitectura, el derecho, la medicina y las demás ciencias de la salud. En esta modalidad de enseñanza experiencial,

el estudiante aprende al poner en práctica todos sus sentidos: escucha, ve, pregunta, actúa y elabora procesos mentales mientras el maestro le enseña con su hacer.

De esta manera, el profesional clínico enseña durante el ejercicio de su propia práctica: aplica la teoría y su experiencia; se comunica permanentemente con el equipo de trabajo y estudiantes; analiza las condiciones clínicas del paciente con rigurosidad; escudriña su contexto personal y familiar para definir la conducta que mayores beneficios traiga al paciente y su entorno. Es preciso observar que en los escenarios reales de la praxis clínica las situaciones-problema que se presentan son confusas y desordenadas, por lo que no siempre se ajustan a las teorías y técnicas instrumentales definidas en la literatura. Esta complejidad contextual lleva a que no existan leyes universales para tomar siempre las mejores decisiones y superar las dificultades presentadas. Por el contrario, frente a esta realidad los profesionales de la salud deben contar con un sólido pensamiento crítico que les permita analizar y evaluar la situación de cada paciente, a la luz de su experiencia y formación, para tomar la decisión más acertada. La racionalidad de la salud no solo es de carácter técnico: en su praxis clínica el profesional no se limita a resolver problemas de orden técnico, sino que debe reconciliar, integrar o elegir entre valoraciones diversas a fin de formular y resolver un problema médico en beneficio del paciente y su familia.

Resulta interesante retomar la perspectiva de Schon (1998), quien defiende que la fundamentación artística es esencial en la formación de los profesionales de la salud, dado que el arte es una forma suprema de ejercicio de la inteligencia. En la práctica profesional, la ciencia aplicada y las técnicas basadas en la investigación comparten un campo colindante con el arte. Como ejemplos señala el arte de formular y resolver los problemas, el arte de la práctica instrumental y el arte de la improvisación, entre otros. Así, el médico y otros profesionales de la salud son también artistas al interrogar al

paciente o acompañar a la familia en la explicación de la enfermedad y el procedimiento médico, desde una posición empática y humanizante. El profesional reflexiona para encontrar la manera más adecuada de hacerlo, escogiendo una entre varias opciones, teniendo en cuenta su saber, sus experiencias previas y el nivel de entendimiento de quien lo escucha.

En definitiva, para Schon la praxis clínica implica la simbiosis continua entre reflexión y acción, lo cual permite: construir respuestas clínicas reflexivas y apropiadas para cada paciente; definir el desarrollo de tareas para resolver una situación; la evaluación constante de la enfermedad enfrentada y del propio procedimiento; la validez, pertinencia y eficacia de los propios conocimientos teóricos; y la experimentación reflexiva *in situ*.

A manera de complemento, los aportes de Perrenoud (2007), contribuyen a comprender la reflexión del profesional de la salud en la práctica clínica:

Un procedimiento clínico desarrolla saberes previamente situados y contextualizados y luego conectados a las teorías académicas y a los saberes profesionales acumulados. A su vez, desarrolla en paralelo capacidades de aprendizaje, de autoobservación, de autodiagnóstico y de autotransformación. En el mejor de los casos, forma a practicantes capaces de aprender y de cambiar por sí mismos, solos o en el seno de un grupo, en una dinámica de equipo o del propio centro. (p. 104).

Es decir que en el marco de la práctica clínica estudiantes, practicantes y profesionales deberían volver la mirada sobre sí mismos, desde una actitud crítica y reflexiva, con el fin de evaluar la conveniencia y coherencia de sus hábitos y acciones. En este sentido, puede afirmarse que la praxis clínica es siempre una práctica pedagógica, en relación con la comunidad de trabajo, con el paciente y consigo mismo. Un procedimiento clínico fundado en una práctica reflexiva acepta la complejidad de las teorías, trabaja con casos reales y plantea la retroalimentación permanente entre la

experiencia y la reflexión; tiene en cuenta la historia y cultura de los practicantes, así como la dimensión cognitiva y afectiva en la postura frente al dolor y la muerte.

En síntesis, dentro del deber ser de todo profesional clínico se incluye el ejercicio de una práctica crítica, ética y responsable, con capacidad de tomar decisiones reflexivas y solventar problemáticas a través del debate de diferentes posturas e interpretaciones. La naturaleza intrínseca de la praxis clínica conduce a que esta se desarrolle sobre la acción y sobre la base de la condición humana, por lo que todo profesional debe reconocer la humanidad de su contraparte desde el intelecto y la emocionalidad. Los profesionales de la salud deben ser sujetos reflexivos, en continua formación autónoma y colaborativa, que incorporen el pensamiento crítico y empático en el desarrollo de su práctica clínica.

Finalmente, en el intento por sintetizar y conciliar las diferentes posturas y teorías presentadas en el cuerpo de este marco teórico, se realizan las siguientes consideraciones para abordar el problema de investigación y el estudio de caso de esta investigación. El conocimiento académico y la experiencia hospitalaria no son suficientes para la toma reflexiva de decisiones en el contexto de la praxis clínica. Aunque son necesarios, estos deben complementarse: primero, con el aprendizaje y desarrollo de un pensamiento crítico que faculte al profesional para analizar, interpretar, evaluar y discernir las mejores decisiones en la resolución de problemáticas complejas; y segundo, con disposición, aptitudes y habilidades ligadas al cuidado del otro y la incorporación de valores éticos y humanísticos en todas las acciones emprendidas (Coruña, 2008).

A partir de este entendimiento se procederá a exponer el diseño metodológico con que se fundamentó, planeó y ejecutó la fase de campo de la investigación, con la cual se recolectó la información necesaria para conocer los medios y los fines con que los profesionales de la salud del HUS integran el pensamiento crítico en la cotidianidad de su praxis clínica. Debe anotarse que por limitaciones de tiempo y recursos las

investigadoras no lograron integrar las habilidades cognitivas y metacognitivas dentro del marco del estudio. No obstante, en coherencia con lo dicho en el marco teórico ambas se consideran esenciales al desarrollo del pensamiento reflexivo y deben estudiarse en profundidad en posteriores investigaciones y casos de estudio particulares.

4. Diseño Metodológico

Este capítulo explica la fundamentación y el procedimiento metodológico a través del cual las investigadoras desarrollaron su trabajo de campo para responder a la pregunta de investigación: ¿cómo los profesionales de la salud del HUS integran el pensamiento crítico para la toma de decisiones durante su práctica clínica?

En este orden, a continuación, se expone el enfoque epistemológico, la tipología, las técnicas y los instrumentos de investigación que fueron empleados durante la recolección, el procesamiento y el análisis de la información.

4.1. Enfoque epistemológico

El enfoque epistemológico de la presente investigación se sustenta en el paradigma hermenéutico, puesto que busca comprender cómo los profesionales de la salud del HUS integran el pensamiento crítico en su toma de decisiones. En concreto, la fase de campo del trabajo se propuso analizar los medios y los fines con los cuales los participantes introducen el pensamiento crítico dentro de sus prácticas clínicas. Para ello, su interés central reside en interpretar las experiencias y los testimonios con los cuales los profesionales de la salud dan cuenta de la toma de decisiones y de la resolución de problemas en la cotidianidad de su desempeño profesional.

Desde un enfoque teórico, el enfoque hermenéutico es una importante tradición investigativa dentro del campo cualitativo de las ciencias sociales, estrechamente relacionado con la fenomenología, que encuentra en las experiencias vividas y sus narrativas un valioso instrumento para comprender mejor el contexto social, cultural, político o histórico en que acontecen dichas experiencias. Dicho de otra forma, la hermenéutica se concentra en analizar el significado que los actores históricos le otorgan al mundo que los circunscribe y constituye, con lo cual se logra comprender mejor la experiencia de los sujetos y la realidad en la que habitan (Polit y Hungler, 2000).

A partir del entendimiento de la hermenéutica y su aplicación en los estudios sociales, las investigadoras escogieron este enfoque metodológico para diseñar e implementar su trabajo de campo. En concreto, el posicionamiento epistemológico de la hermenéutica fue la base para elegir y adaptar las técnicas e instrumentos de investigación con los cuales se realizó el estudio de los profesionales de la salud, quienes trabajan en el contexto en que se realiza el estudio de caso. Debe anotarse que, al trabajar en el HUS, el enfoque epistemológico de la hermenéutica permite interpretar cómo los participantes integran el pensamiento crítico en la cotidianidad de su praxis clínica, a partir del análisis de fuentes de información tan diversas como la observación, la entrevista y el grupo focal.

En otras palabras, el propósito epistémico de la investigación no está en cuantificar o establecer relaciones de causa-efecto con respecto al fenómeno de estudio, así como tampoco se propone formular leyes universales en relación con el objeto de conocimiento. Por el contrario, la perspectiva hermenéutica busca recolectar y comprender las narrativas con que los participantes le otorgan significado a sus experiencias y contextos, sin un conjunto de hipótesis previas, con el fin de reconstruir de la forma más auténtica y veraz la relación compleja y cambiante que la subjetividad de los profesionales establece con la realidad objetiva del contexto hospitalario. Desde

este lente se pretende identificar y entender cómo los participantes integran el pensamiento crítico en su praxis clínica, especialmente en la toma de decisiones y la resolución de problemas (Gil, 1994).

Con base en este enfoque, las técnicas e instrumentos diseñados para recolectar los datos permitieron a los participantes actuar y expresarse con libertad, en las lógicas y dinámicas de su rutina laboral, sin condicionarlos a cumplir con un resultado particular. Asimismo, el enfoque hizo posible que las investigadoras pudieran observar el comportamiento de los sujetos en su interacción habitual con la comunidad hospitalaria, lo que les permitió verificar la coherencia entre su discurso formal y su práctica clínica, ampliando el abanico de lenguajes analizados en la investigación.

Más allá del enfoque hermenéutico, debe anotarse que la investigación también asume una postura crítica en la que se buscan formular interpretaciones desde nuevas formas de entendimiento, acordes con la diversidad y complejidad de la realidad estudiada. El posicionamiento crítico, además, contempla la interpretación como un proceso de ruptura con el orden establecido, por lo cual logra participar de lo caótico examinando de forma racional y rigurosa los efectos intencionales y no intencionales de cada fenómeno. En consecuencia, la hermenéutica crítica defiende que ninguna praxis social, incluyendo la investigación académica, puede ser indiferente a sus implicaciones. De ahí la relevancia de la hermenéutica como un enfoque que permite a las investigadoras construir y expresar su pensamiento crítico a través del análisis de su objeto de estudio (Mendoza en Bautista, 2011).

En este sentido, Zemelman (2005), señala que, en el paradigma crítico, la exigencia de la historicidad obliga al sujeto a colocarse en un momento histórico que es más complejo que la simple relación del conocimiento propio de un objeto. El conocimiento no se limita entonces a un proceso mental únicamente: el sujeto debe

concebir ese conocimiento desde el cuestionamiento que este mismo le hace frente al momento histórico que vive. De esta manera, “tiene presencia en el discurso del conocimiento una ampliación de la subjetividad, en la forma de conjugar la capacidad de construcción teórica con el desarrollo de la voluntad para construir realidades: transformar posibilidades en realidades tangibles” (p.10).

Lo anterior lleva a las investigadoras, en su condición de sujetos históricos y conscientes de los problemas que en la actualidad enfrentan la salud y la educación, a que amplíen su subjetividad y asuman una postura crítica frente a la interpretación de los datos, afirmando el compromiso de implementar prácticas concretas de transformación a partir de la investigación, en coherencia con el tema en estudio: pensamiento crítico.

4.2. Tipo de Investigación

En correspondencia con su orientación hermenéutica y fenomenológica, la presente investigación cualitativa es un estudio de caso único que busca conocer la realidad de un contexto particular. En este caso, el escenario corresponde al HUS, institución en el que las investigadoras y los participantes desarrollan su práctica clínica profesional. Esta delimitación tan específica, además de brindar un conocimiento preciso y cercano del contexto escogido, permite a las investigadoras convertir los resultados y hallazgos de la investigación en procesos reales de cambio dentro de la institución, con lo cual la indagación académica logra traducirse en la transformación del objeto estudiado.

El objeto de análisis, en particular, son los fines y los medios con que los profesionales de la salud integran el pensamiento crítico en su praxis clínica. Este estudio de caso busca establecer cómo los participantes, desde una perspectiva individual y

colectiva, expresan discursos y prácticas afines al pensamiento crítico en la toma de decisiones y en la resolución de problemas dentro del contexto hospitalario. En términos metodológicos, este reconocimiento se logra a través de la interpretación del comportamiento y la percepción de los sujetos estudiados en relación con el problema de investigación.

Así, el análisis de las conductas observadas y de las narrativas recolectadas, con su respectiva correspondencia y significado, es el pilar esencial para la comprensión del fenómeno de estudio. La preocupación directa del investigador hermenéutico, tal como lo expresan Sherman y Webb en Hernández (2011), reside en recopilar y comprender las vivencias de los participantes tal como fueron sentidas y experimentadas a través de la memoria y la narración, al tiempo que las contrasta con los resultados de la observación.

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de la información se aplicaron diversas técnicas e instrumentos de investigación: entrevistas semiestructuradas, grupo focal, observaciones de campo y análisis documental. El diseño y la aplicación de diferentes técnicas favoreció el estudio del fenómeno desde perspectivas complementarias, al tiempo que aumentó el nivel de rigurosidad, complejidad y exigencia del trabajo de campo y la investigación al ofrecer un mayor cuerpo de información para fundamentar el análisis. Debe advertirse que las técnicas fueron planeadas y aplicadas directamente por las investigadoras.

La muestra obtenida, en el marco del estudio de caso, es de tipo no probabilístico y no pretende construir generalizaciones más allá del contexto de la investigación. La elección de la muestra responde a criterios de accesibilidad y conveniencia, justificables desde los parámetros del estudio de caso y los objetivos de la investigación (Hernández,

2011). Los participantes, además de colegas de trabajo, son profesionales de la salud que estuvieron dispuestos a participar de la investigación. A continuación, se presenta una exposición detallada de las cuatro técnicas empleadas con sus respectivos instrumentos.

4.3.1. Entrevista

A partir del marco teórico y las categorías construidas alrededor del pensamiento crítico, se diseñó una entrevista semiestructurada con diez preguntas orientadoras que permitió reconocer saberes, habilidades y actitudes relativas a la noción de pensamiento reflexivo y su aplicación en la práctica clínica (Anexo 1). Las entrevistas, además, permitieron reconstruir la percepción de los participantes en relación con los espacios formativos, universitarios y clínicos, que en su experiencia han fomentado el aprendizaje y desarrollo del pensamiento crítico.

Las investigadoras aplicaron ocho entrevistas individuales, cada una con una duración aproximada de 20 minutos, las cuales fueron grabadas y transcritas para su posterior revisión e interpretación. Las preguntas fueron socializadas con los participantes con varios días de anticipación para favorecer una preparación reflexiva de la misma. La escogencia de la entrevista semiestructurada como técnica de investigación se atribuye, como lo indican Polit y Hungler (2000), a que permite la expresión libre y fluida de los sujetos, en un estilo narrativo y poco condicionado, en relación con la temática de estudio: el pensamiento crítico y su aplicación en la praxis clínica.

La muestra fue conformada por dos médicos, dos enfermeras, dos nutricionistas dietistas y dos fisioterapeutas, todos profesionales de la salud en el HUS y con responsabilidades clínicas, asistenciales y educativas. Cuatro de los participantes ostentan una experiencia laboral de entre uno y cinco años, mientras que los cuatro restantes

cuentan con seis o más años de experiencia. Este criterio fue decisivo en la construcción de la muestra, con el fin de corroborar en el contexto estudiado la validez de los reportes que informan que los recién graduados, a diferencia de los profesionales experimentados, no demuestran un pensamiento reflexivo en el desempeño de su práctica clínica (SurrIDGE en Durante, 2012). La investigación se propone responder, entre otros interrogantes, si el nivel de experiencia de los profesionales de la salud en el HUS es proporcional a la integración del pensamiento crítico en la praxis clínica. Es importante aclarar que los sujetos participaron en las entrevistas de manera voluntaria y con previa aceptación del consentimiento informado.

4.3.2. Grupo Focal

El grupo focal es un espacio moderado de diálogo y reflexión en el que los sujetos, a través de la interacción y la narración, exploran conocimientos, memorias y experiencias relacionados con la temática investigada. Para Hamuy y Varela (2013), el grupo focal “es una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes” (p.1) para la obtención de datos. Su aplicación facilita la discusión y estimula a los participantes a comentar y opinar sobre temas difíciles de tratar en solitario, lo que ofrece a los investigadores una amplia riqueza de testimonios.

El grupo focal fue organizado a partir de la problematización de un caso clínico real, recuperado por las investigadoras, que permitía analizar en los participantes, desde sus propias narrativas, la aplicación de actitudes y habilidades de pensamiento crítico para tomar decisiones reflexivas y resolver problemas. La sesión se llevó a cabo en un recinto del HUS, tuvo una duración de una hora y en ella participaron siete de los participantes que también fueron entrevistados. Todos los actores tuvieron la oportunidad de expresar

e intercambiar sus puntos de vista, bajo la dirección de las investigadoras. La discusión giró en torno a las decisiones hipotéticas tomadas por cada uno de los participantes para resolver la situación presentada, mientras la moderación estuvo guiada por las cuatro categorías deductivas construidas por las investigadoras para caracterizar el pensamiento crítico (Anexo 2).

4.3.3. Observación de campo

La observación de campo permite analizar en la práctica, a través de diferentes códigos, la relación entre los sujetos participantes y el fenómeno de estudio. Además de suministrar una nueva y provechosa fuente de información, la observación de campo también permite contrastar lo expresado por los actores en sus discursos formales con la evidencia de su praxis clínica, lo que le otorga un mayor grado de realismo y objetividad a la investigación (Hernández, 2011).

Con el fin de sistematizar los datos derivados de la técnica, se diseñó una matriz de observación semiestructurada y flexible, en la que se incluyeron variables asociadas a la comprensión e integración del pensamiento clínico en la praxis clínica (Anexo 2). Este instrumento permitió registrar la información más importante de cada observación, al tiempo que fue un recurso para comparar el comportamiento de los participantes con sus declaraciones previas en el grupo focal y las entrevistas individuales, cotejando así la información discursiva con la información empírica.

Para ampliar la precisión y confiabilidad de la herramienta se realizaron cuarenta observaciones de campo: cinco a cada uno de los ocho participantes, con una duración aproximada de treinta minutos cada una. Las observaciones fueron realizadas por las investigadoras mientras los participantes realizaban las actividades inherentes a la

cotidianidad de su praxis clínica, según su campo disciplinar, en contacto con colegas, pacientes y familiares.

4.3.4. Análisis Documental:

Con el propósito de determinar la relevancia del pensamiento crítico en la formación de los profesionales de la salud, además de sus correspondencias e implicaciones en la praxis clínica, se examinaron diversos *syllabus* de prácticas universitarias realizadas en el HUS para los pregrados de medicina, enfermería, fisioterapia y nutrición y dietética. En esta revisión documental se analizaron los objetivos de formación, las estrategias pedagógicas y los criterios de evaluación en función del lugar otorgado al pensamiento reflexivo. Los *syllabus* pertenecen a cuatro universidades: Universidad Nacional de Colombia (UN), Pontificia Universidad Javeriana (PUJ), Escuela Colombiana de Carreras Industriales (ECCI) y Universidad de la Sabana.

El foco del análisis documental, según Andréu (2002), radica en interpretar el contenido de la lectura a la luz de los conceptos y categorías establecidos en la investigación, con el fin de recolectar información que responda al problema de estudio y permita comprender el contexto analizado. Esta técnica integra, de manera permanente, la observación y producción de los datos con su interpretación crítica, lo que permite corroborar el análisis en el transcurso de la escritura para lograr una problematización de mayor calidad. Esta posibilidad permitió establecer relaciones profundas entre los *syllabus*, el marco legal y la implementación del pensamiento crítico en las praxis clínicas del HUS.

4.3.5. Validación de Instrumentos

Las técnicas y los instrumentos empleados en la fase de campo fueron diseñados para responder al problema, los objetivos, el marco teórico y el enfoque epistémico del estudio. Su validación tomó lugar en el contexto de la investigación y variables fueron ajustados para obtener el mayor provecho analítico de cada herramienta. Antes de la aplicación de las entrevistas individuales, por ejemplo, se realizó una prueba piloto con un médico de la institución para evaluar la efectividad del instrumento. Esta verificación permitió retroalimentar la pertinencia de las preguntas en relación con la finalidad de la entrevista, a partir de lo cual se procedió a revisar y ajustar el instrumento. Un proceso similar se siguió con el resto de las técnicas e instrumentos para validar su aporte al desarrollo de la investigación.

Después de la recolección de los datos, obtenidos a partir de la aplicación de las diferentes técnicas e instrumentos, se realizó la sistematización, categorización, jerarquización y triangulación de la información, con el fin de corroborar los aportes de cada herramienta a la comprensión profunda del objeto de estudio. La formulación de estas relaciones contribuyó a constatar la confiabilidad de los resultados y sugirió nuevos interrogantes en torno a las similitudes, incongruencias y diferencias encontradas por las diferentes rutas metodológicas.

4.4. Contexto de Estudio

Este estudio de caso único se desarrolla en el Hospital Universitario de la Samaritana (HUS), el cual está ubicado en el centro de la ciudad de Bogotá, en la localidad de San Cristóbal Sur, en la Carrera 8ª # 0-29 Sur. Reconocido a nivel nacional

por su trayectoria de más de 85 años en la prestación de servicios de salud de primera calidad y alta complejidad, así como por su compromiso con el beneficio de diferentes poblaciones a través del desarrollo de actividades asistenciales y académicas, entre las cuales figuran la docencia universitaria y la investigación.

El hospital ha formalizado convenios con diferentes Instituciones de educación superior para la formación de estudiantes de pregrado y posgrado, entre las cuales se encuentran, la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ), Universidad Nacional de Colombia (UN), del Bosque, Andes, Rosario, Juan N. Corpas, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Escuela Colombiana de Rehabilitación (ECR), Universidad de La Sabana, Fundación Universitaria del Área Andina (FUAA), en las disciplinas de Medicina, Enfermería, Nutrición y Dietética, Fisioterapia, Bacteriología e Instrumentación, por lo que en su operación se integran más de 3000 estudiantes al año, la mayoría vinculados al área de la salud, para consolidar su proceso de formación como profesionales, técnicos o tecnólogos. Desde el punto de vista educativo, el Modelo de Docencia e Investigación del HUS, se conforma como un medio de articulación con las instituciones de educación, direccionado a garantizar la calidad formativa de los egresados. Su propuesta pedagógica se encuentra alineado con la filosofía del constructivismo y la docencia-servicio, en las cuales se exige la formación de competencias académicas genéricas o transversales (comunicación, éticas y profesionalismo, de gestión y administración, en educación e investigación) y específicas, en igual nivel de importancia. A su vez, cuenta con un excelente programa de desarrollo profesoral, del cual se benefician las investigadoras para cualificar su formación académica, sus prácticas docentes y sus proyectos de investigación.

Por otro lado, la institución ocupa en Colombia el primer lugar entre los hospitales públicos con el mayor número de grupos de investigación reconocidos por Colciencias,

y en el listado que incluye a los hospitales privados se posiciona en el séptimo lugar. Para la muestra, las tres investigadoras pertenecen a dos grupos de investigación de la institución: las dos enfermeras están suscritas al Grupo Enfermería HUS y la Nutricionista Dietista al Grupo de Educación Médica Cardhea. La documentación interna del HUS reporta que entre 1998 y 2018 se han realizado más de 600 proyectos de investigación con los más altos estándares de calidad científica. El perfil académico de la institución demanda que la práctica clínica sea objeto de reflexión permanente por parte de los profesionales, en respuesta a dos consignas: primero, cualificar los cuidados ofrecidos a los pacientes y sus familias en la prestación del servicio de salud, desde una perspectiva clínica y humanizada; y segundo, constituirse como un referente clínico, académico y social en el marco local, regional y nacional.

4.5. Criterios de inclusión de los participantes

El primer criterio de selección en la fase de campo de la investigación fue que todos los participantes ejercieran como profesionales de la salud en el HUS, condición esencial al estudio de caso único. Al compartir el mismo escenario de realidad, realizando sus prácticas clínicas en el mismo contexto hospitalario, los datos recogidos para cada uno de los ocho participantes pueden compararse en relación con el mismo escenario objetivo. A su vez, el hecho de que las investigadoras se desempeñen profesionalmente en el HUS les otorga un detallado conocimiento del contexto e incrementa su capacidad de entender y analizar las narrativas y comportamientos de los participantes. Según Wilhelm Dilthey, los estudios humanos subjetivos deben centrarse en una realidad-histórica-social-humana, ya que las ciencias que buscan el conocimiento del ser humano deben fundamentarse en la interacción entre la experiencia personal, el entendimiento

reflexivo de los hechos y la expresión del espíritu en las acciones y las palabras (Martínez, 2004).

El segundo criterio de escogencia de los sujetos de estudio fue que formaran parte de diferentes disciplinas del área de la salud, con el fin de situar el problema de estudio en una perspectiva amplia dentro de la institución. Así, en la investigación participaron dos médicos, dos enfermeras, dos nutricionistas y dos fisioterapeutas. El tercer criterio estuvo vinculado a la experiencia laboral de los participantes: para efectos del análisis se logró que uno de los profesionales de cada disciplina contara con una experiencia menor a cinco años y el otro con una mayor. Con esta diferencia se buscaba validar los diversos estudios que denuncian las dificultades de los recién graduados para agenciar prácticas críticas, en comparación con la reflexividad de los profesionales más maduros (SurrIDGE en Durante, 2012; Torres & Martínez, 2011). Finalmente, el cuarto y último criterio fue el interés y la disposición por participar voluntariamente en esta investigación, asumiendo la actitud de examinar y problematizar su praxis clínica desde el horizonte del pensamiento crítico. La presente investigación no contempló ningún criterio de exclusión.

5. Presentación de Resultados

En este capítulo se presentan los principales resultados recolectados durante la fase de campo de la investigación. La exposición se divide en cada una de las técnicas utilizadas: entrevistas, grupo focal, observaciones y análisis documental. Sin embargo, antes de proceder, es necesario compartir las categorías construidas por las investigadoras para codificar y sistematizar los datos.

En correspondencia con el enfoque epistemológico de esta investigación y su carácter cualitativo-hermenéutico, el manejo de la información y el tratamiento de los

datos atravesaron tres etapas interdependientes: revisión y sistematización; codificación y jerarquización; y análisis y categorización (Gil,1994). En este sentido, a partir del marco teórico y del trabajo de campo se identificó un conjunto de cuatro factores principales asociados al pensamiento crítico, los cuales fueron categorizados por las investigadoras para estudiar los datos recolectados de forma deductiva. Las categorías construidas fueron, cuidado del otro, mente abierta, simbiosis laboral y experiencia. A continuación, se realiza una breve conceptualización de cada una.

A. *El Cuidado del Otro (CO)*: involucra saberes, habilidades y aptitudes mentales que conducen siempre a acciones concretas encaminadas al cuidado y bienestar del paciente y su familia, dentro de un contexto ético que implica relaciones de intersubjetividad (Ennis, 1987; Foucault, 1987). Cabe resaltar que la praxis de las profesiones de la salud involucra un fuerte componente ético y un ineludible compromiso con la sociedad.

B. *Mente abierta (MA)*: Flexibilidad y capacidad de adaptación del profesional frente a la variabilidad y complejidad del escenario clínico. Agrupa los siguientes saberes, habilidades y actitudes: razonamiento contextual, conocimiento situado, flexibilidad, iniciativa, investigación (curiosidad), responsabilidad, entusiasmo y concertación frente a la divergencia y reflexión. Dewey (2007), sostiene que la mentalidad abierta, el entusiasmo y la responsabilidad son actitudes importantes en el desarrollo del hábito de pensar reflexivamente.

C. *Simbiosis laboral (SL)*: incluye el trabajo cooperativo y las habilidades de comunicación asertiva para la toma conjunta de decisiones. El trabajo colaborativo se considera como una forma eficaz de potenciar la actividad reflexiva de los profesionales de la salud. Ander-Egg (2001), señala que la capacidad de formular propuestas para resolver un problema es siempre superior cuando se hace en grupo.

D. Experiencia (E): considerada como el saber y la habilidad acumulados a lo largo del tiempo, fruto del ejercicio profesional riguroso y de una práctica clínica continua. El pensamiento crítico requiere de la experiencia como fundamento de la reflexión (Elder, 2001).

En la siguiente tabla se presentan las subcategorías elaboradas para la construcción y codificación de las categorías.

Tabla 1. *Categorías y subcategorías de análisis*

Categorías	Subcategorías
Mente Abierta (MA)	Razonamiento
	Conocimiento situado
	Flexibilidad
	Iniciativa
	Curiosidad - Investigación
	Responsabilidad
	Entusiasmo
	Concertación frente a la divergencia
Reflexión	
Cuidado del Otro (CO)	Sensibilidad al contexto
	Empatía y altruismo
	Ética
Simbiosis Laboral (SL)	Trabajo en equipo o colaborativo
	Habilidades comunicativas (escucha)
Experiencia (E)	Experiencia

Fuente: elaborada por las investigadoras

5.1. Resultado de las entrevistas

Las entrevistas semiestructuradas individuales permitieron reconocer la percepción de los participantes sobre el pensamiento crítico y particularmente sobre los saberes, habilidades y actitudes que lo caracterizan en la toma de decisiones y la

resolución de problemas durante la práctica clínica. El uso de esta herramienta también hizo posible recoger las narrativas de los sujetos en torno a los espacios y experiencias que han fomentado el pensamiento crítico en el marco de su formación universitaria y del ejercicio de su práctica clínica.

En un primer momento, para procesar los datos recogidos en las entrevistas se diseñó una matriz de análisis en la cual se estableció la frecuencia de aparición de las categorías y subcategorías, con la cual se logró determinar su pertinencia y jerarquizar su relevancia para alimentar el análisis. Este proceso de sistematización reveló que la categoría asociada al pensamiento crítico que revistió mayor importancia fue la de mente abierta, seguida por cuidado del otro, simbiosis laboral y por último la experiencia. Los hallazgos se describen en orden al reconocimiento dado por los participantes.

5.1.1. Mente abierta (MA)

Esta es la categoría que presentó mayor frecuencia en el reconocimiento narrativo hecho por los participantes (40%). Dentro de las subcategorías todos los participantes enuncian el conocimiento situado, su actualización y el interés por la investigación, los cuales se evidencian en: “Para que nosotros podamos tomar las decisiones bajo los criterios y conocimientos que [...] tenemos” (Voz 4). La disposición al cambio fue poco recurrente, dado que sólo uno de los participantes con mayor experiencia: “Tener una mente amplia para estar dispuesta al cambio” (Voz 1). A su vez, la responsabilidad frente a lo laboral, el autocontrol y el compromiso con la actualización permanente fueron otras de las subcategorías importantes. Además, los participantes coincidieron en que el profesional de la salud debe ser una persona inquisitiva y curiosa,

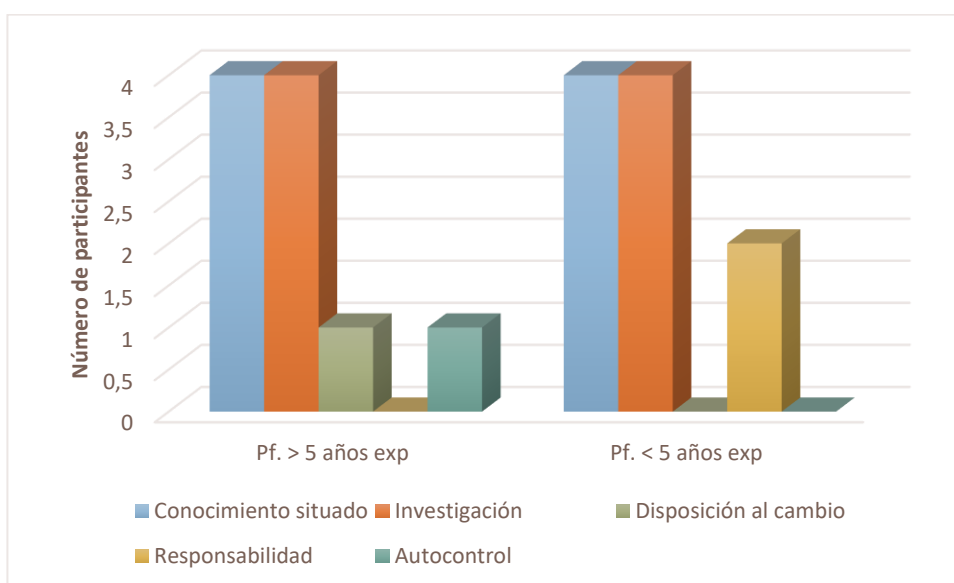
coincidiendo con los rasgos que Facione (2007) y Dewey (2006), le atribuyen al pensador crítico.

Debe mencionarse que el 100% de los participantes hizo alusión a esta categoría a través de la mención de una o más de las habilidades o actitudes que le corresponden, tal como se representa en la siguiente tabla y gráfica:

Tabla 2. *Subcategorías de Mente Abierta*

Categorías	Pf. Mayor 5 años de experiencia:		Pf. Menor 5 años de experiencia:	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	frecuencia	Porcentaje (%)
Conocimiento				
situado	4	50	4	50
Investigación	4	50	4	50
Disposición al				
cambio	1	12.5	0	0
Responsabilidad	0	0	2	25
Autocontrol	1	12.5	0	0

Fuente: elaborada por las investigadoras



Gráfica 3: *Subcategorías de Mente Abierta*

Fuente: Elaborada por las investigadoras

5.1.2. Cuidado del otro (CO)

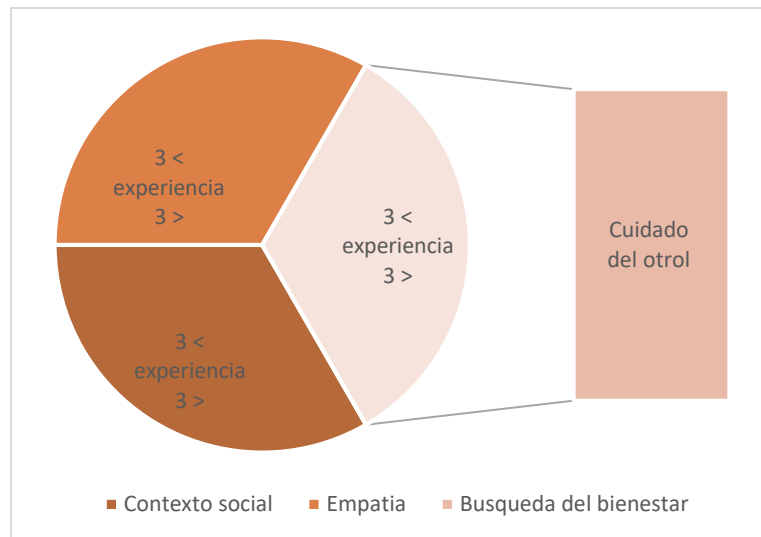
El cuidado del otro ocupó el segundo lugar en frecuencia con un 36%. El contexto, la empatía (valorar al paciente, familia y equipo) y la búsqueda del bienestar del otro fueron actitudes importantes para la toma de decisiones en tres de los participantes de cada grupo. Para Paul y Elder (2001), la empatía es una actitud del pensador crítico, mientras que para Ennis (1987), la búsqueda del bienestar del otro y la sensibilidad al contexto son elementos esenciales. Voz 3: “[...] conexión [...] porque te da la oportunidad de conocer a los demás y tener la posibilidad de extraer lo mejor de cada uno”. Un profesional de cada grupo no refirió ningún elemento de reconocimiento de esta categoría.

La siguiente tabla y gráfica se observa el comportamiento de las subcategorías del cuidado del otro y la importancia otorgada por los participantes.

Tabla 3. *Subcategorías Cuidado del otro.*

Subcategorías	Pf. salud con mayor		Pf. salud con	
	experiencia	Porcentaje	menor experiencia	Porcentaje
Cuidado del otro	frecuencia	(%)	frecuencia	(%)
Contexto social	3	50	3	50
Empatía	3	50	3	50
Búsqueda del bienestar	3	50	3	50

Fuente: elaborada por las investigadoras



Gráfica 4: *Subcategorías de cuidado del otro*

Fuente: Elaborada por las investigadoras

5.1.3. Simbiosis laboral (SL)

La simbiosis laboral tuvo una frecuencia del 18% en las entrevistas realizadas durante la fase de campo. Dentro de este porcentaje se destaca especialmente la subcategoría de habilidades comunicativas (escucha activa, explicar con claridad y las relaciones interpersonales), nombrada por 3 participantes del grupo de mayor y cuatro del de menor experiencia. Voz 2. “La escucha activa me parece fundamental [...] tanto hacia otros profesionales como hacia el paciente y su familia”. El trabajo en equipo fue una habilidad citada por uno de los profesionales de menor experiencia. Se advierte que uno de los participantes del grupo de mayor experiencia no mencionó ninguna habilidad correspondiente a esta categoría.

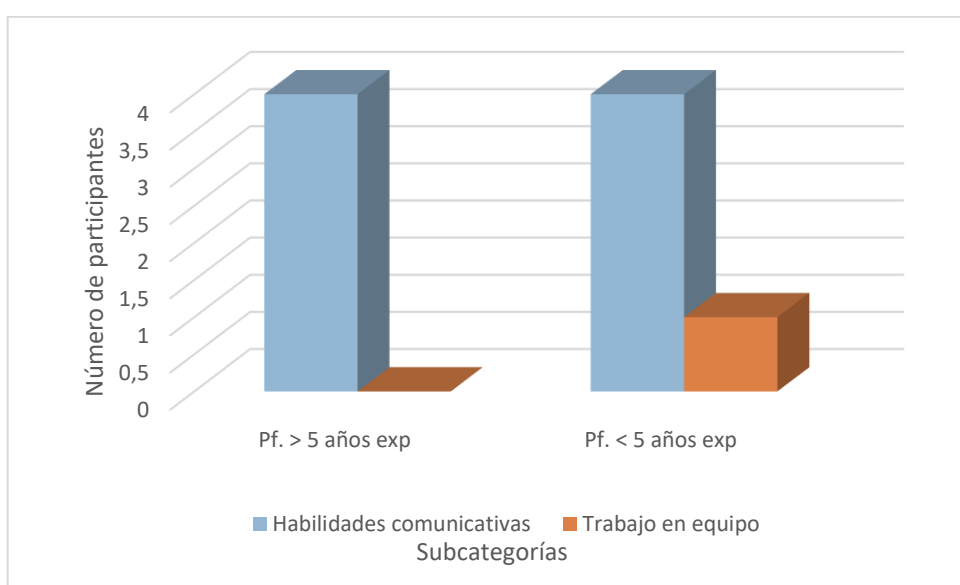
La importancia del trabajo en equipo es corroborada por autores como Schon (1992), quien indica que el profesional clínico actúa durante el ejercicio de su práctica aplicando la teoría de su disciplina, la experiencia y la de su equipo de trabajo bajo la rigurosidad que se requiere para contribuir a la recuperación de la salud del paciente.

Lo dicho anteriormente se ilustra a continuación:

Tabla 4. *Subcategorías Simbiosis laboral.*

Subcategorías	Pf. Mayor 5		Pf. Menor 5	
	años de experiencia: Frecuencia	Porcentaje (%)	años de experiencia: frecuencia	Porcentaje (%)
Habilidades comunicativas	4	50%	4	50%
Trabajo en equipo	0	0	1	12.5%

Fuente: Elaborada por las investigadoras



Gráfica 5: *Subcategorías de Simbiosis laboral*

Fuente: Elaborada por las investigadoras

5.1.4. Experiencia (E)

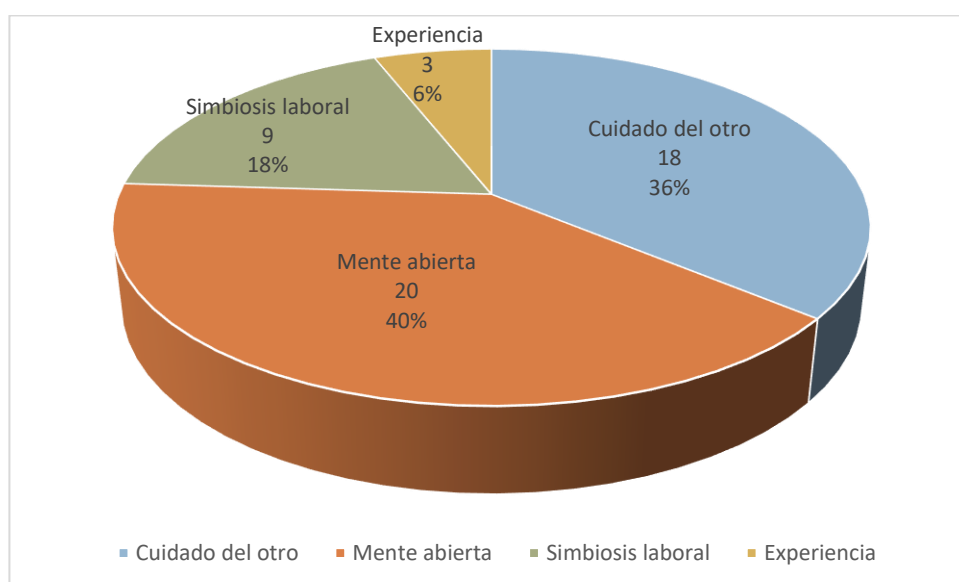
La categoría de experiencia fue la que presentó menor frecuencia de reconocimiento, con tan solo un 6% dentro de la muestra. No obstante, cabe agregar que dos de los profesionales de mayor experiencia y uno de los novatos la destacaron en alguna parte de sus entrevistas. Cinco participantes (dos de mayor y tres de menor experiencia), no hicieron ninguna referencia a esta categoría como parte del pensamiento crítico.

En la siguiente tabla se ilustra en detalle la distribución en frecuencia y porcentaje de las categorías reconocidas por los participantes en el marco de las entrevistas.

Tabla 5. *Jerarquización de las categorías de acuerdo con el reconocimiento de los participantes en la entrevista*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mente abierta	20	40
Cuidado del otro	18	36
Simbiosis laboral	9	18
Experiencia	3	6

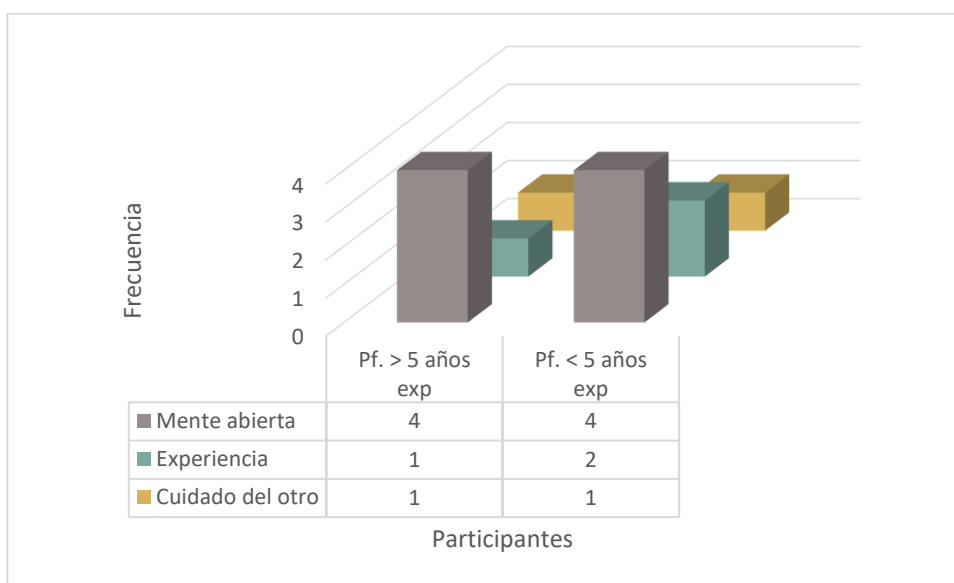
Fuente: Elaborada por las investigadoras



Gráfica 6: *Jerarquización de las categorías de acuerdo con el reconocimiento de los participantes en la entrevista.*

Fuente: Elaborado por las investigadoras.

Ahora bien, al ser interrogados sobre las habilidades o actitudes aplicadas en la toma de decisiones y la resolución de problemas durante la práctica clínica, se encontró que la categoría de mayor jerarquía, una vez más, correspondió a Mente Abierta con el 62%. A esta le sigue la Experiencia con un 23% y el Cuidado del Otro con 15%, mientras que la categoría de simbiosis laboral no fue reconocida por los entrevistados. La siguiente gráfica representa esta faceta de los resultados.



Gráfica 7: Categorías aplicadas en la práctica clínica por los profesionales de la salud.

Fuente: Elaborada por las investigadoras

En relación con la aplicación del pensamiento crítico en las actividades de la vida cotidiana, sólo el 25% (uno de cada grupo) reconoce integrarlo dentro de su praxis vital. Voz 2: *“En otros escenarios de la vida, claro, yo me considero una persona reflexiva, no soy de tomar decisiones a la ligera, sino que siempre medito mucho las cosas, o tomo en consideración todos los puntos”*.

Sobre este punto, conviene subrayar que el pensamiento reflexivo es parte fundamental de la formación de las personas, es decir, que su aplicación debe ser parte integral de las actividades de la vida cotidiana y no solo una herramienta laboral. Como

lo expresa Dewey (2007): “la mejor manera de pensar se denomina pensamiento reflexivo; es decir, el tipo de pensamiento que consiste en darle vueltas a un tema en la cabeza y tomárselo en serio con todas sus consecuencias” (p. 21).

De otro lado, dado que el razonamiento crítico hace referencia a la problematización de una situación, sea del ámbito profesional o personal, con base en el razonamiento fundamentado y no en las creencias o el sentido común, se consideró necesario conocer la percepción de los participantes sobre el sentido común.

Estos son algunos de los enunciados: “*La capacidad natural de tomar decisiones prudentes, razonadas y válidas*” (voz 1); “*Conocimientos, creencias, experiencia popular avalada por una comunidad. Se considera prudente, verídico y lógico*” (voz 2); “*Determinado por una pauta cultural, ayuda a tomar mejores decisiones y más precisas, hay que documentarlo, encadenar sentido común, experiencia y evidencia*” (voz 3); “*Siempre tengo muchos pensamientos. Miro los pros y los contras. Y por lo general nunca lo utilizo. Y menos en la vida profesional*” (voz 4). “*Grupo de conocimientos y experiencias*” (voz 5); “*Cosas obvias, asocia con impulsividad, con no pensar, la reflexión es lo que afecta el sentido común*” (voz 6); “*Es lo que es más adecuado para una situación, debería funcionar de mejor manera para una solución en la práctica clínica*” (voz 7); “*Posible de realizar en base al entorno teniendo en cuenta variables propias de nuestro espacio*” (voz 8).

Las citas revelan que para el 75% de los entrevistados el sentido común es consentido y está asociado, según el caso, con el conocimiento, la experiencia o la cultura de una comunidad, desempeñando un lugar esencial en la toma de decisiones. El otro 25% de la muestra, que corresponde a dos de los participantes con experiencia menor de 5 años, muestra otra postura: uno lo opone al pensamiento y el otro es enfático al decir que no hace uso del sentido común en la toma de sus decisiones: “*Siempre tengo muchos*

pensamientos. Miro los pros y los contras. Y por lo general nunca lo utilizo. Y menos en la vida profesional” (voz 4).

Continuando con los resultados, frente al cuidado del otro como criterio de referencia para la toma de decisiones en la práctica clínica se encontró que fue relacionada: en primer lugar, con la subcategoría de la empatía en un 56%; en segundo lugar, con la ética en un 33%; y en tercer lugar con el altruismo con un 11%. También se pudo ver que al reconocer la importancia del contexto los participantes hicieron referencia simultánea a las categorías de simbiosis laboral y cuidado del otro. De hecho, un sujeto declara que tener en cuenta el contexto es importante y otro que es determinante en todos los escenarios.

Voz 2: “le hace caso [...] lo que dicen los protocolos o tu escucha al paciente. [...] pero se escuchó al paciente, se respetó lo que quería...”. Voz 3: “si todos como equipo de trabajo entendemos que el centro de nuestro quehacer es el paciente, escucharlo, entender su diferencia, lo que quiere y como puede ayudar”.

En relación con las habilidades necesarias para el manejo de la divergencia en la toma de decisiones, la categoría de simbiosis laboral fue mencionada por todos los actores y tuvo una frecuencia del 57%; seguida por la categoría de mente abierta, retomada por la mitad de los participantes con una frecuencia de 29%; y luego se posicionó la categoría de Cuidado del Otro, expresada por tres profesionales con una frecuencia del 14%. Debe anotarse que la categoría de experiencia como competencia para la toma de decisiones frente a la divergencia no fue mencionada por ninguno de los sujetos investigados. A su vez, es importante resaltar que uno de los entrevistados no reconoció la divergencia como un factor negativo en el desarrollo de la práctica clínica, pues según él la diferencia de opiniones puede favorecer al paciente. Voz 2: *“Pensar diferente no está mal de pronto puede enriquecer más las cosas”.*

En cuanto a la experiencia, entendida dentro del rigor de la práctica clínica, el 100% de los entrevistados afirman que esta opera como base para la toma de decisiones (las favorece y agiliza). Sin embargo, la experiencia de por sí no es suficiente, dado que según los participantes se deben involucrar otros elementos, como por ejemplo el conocimiento (Mente Abierta). Así se deja ver en los siguientes fragmentos. Voz 1: *“por más años que uno tenga de experiencia siempre es nuevo y un reto tomar una decisión”*. Voz 4: *“no siempre nos tenemos que basar en la experiencia porque cada paciente se comporta diferente”*. En resumen, para tomar decisiones reflexivas, además de la experiencia, se debe contar con otras competencias como la observación, la reflexión, el razonamiento y la comunicación (Paul y Elder, 2001).

En referencia a las acciones tendientes al cuidado del otro y al cuidado de sí mismo, reconociendo que la praxis clínica acontece en un contexto ético e intersubjetivo, se encontró que el 100% de los entrevistados destacan que las habilidades comunicativas, el trabajo en equipo y “pedir ayuda” forman parte esencial de dichas acciones, así como el desarrollo de la empatía, la búsqueda del bienestar del otro y la mente abierta.

Cabe señalar que, frente a la solución de problemas complejos, el 48% de las habilidades mencionadas corresponden a la categoría de mente abierta: aplicar pensamiento crítico, autorreflexión, conocimiento situado, iniciativa y conciliación fueron las habilidades mencionadas por 4 profesionales del grupo de mayor y 2 del grupo de menor experiencia. El 38% de frecuencia pertenece a las competencias de la categoría de simbiosis laboral: pedir ayuda, habilidades de comunicación, escucha activa y trabajo colaborativo, citadas por tres participantes de mayor y uno de menor experiencia. El 9% se inscribe en la categoría del cuidado del otro, especialmente la búsqueda del bien del paciente, expresada por dos profesionales de mayor experiencia. Por último, apenas un 5% de referencias aluden a la experiencia como una habilidad importante para la solución

de problemas complejos. De hecho, solo fue mencionada por uno de los participantes con menos experiencia. Por lo demás, los profesionales afirman: *“Para mí es muy difícil enfrentarme a problemas complejos”* (Voz 1); *“[...] lo primero que he hecho y aprendido a hacer es conservar la calma [...] y analizar la situación”* (Voz 3).

Frente a la pregunta de si el pensamiento crítico opera siempre en la toma de decisiones, el 75 % de los entrevistados (tres de cada grupo) expresó que está presente en el proceso en todo momento; el 25 % restante (uno de cada grupo), afirmó que no siempre lo hace. Voz 2: *“[...] muy importante [...] tomar esa decisión, que no se lo tome todo a la ligera [...]”*. Voz 6: *“[...] en los malos momentos [...] cuando uno tiene un problema en su trabajo [...] uno se llena de ira y uno termina hablando y respondiendo sin pensar [...]”*. Voz 3: *“El hecho de que tú estés juzgando o criticando a alguien significa que no estás haciendo uso racional del pensamiento crítico”*. Voz 8: *“[...] el pensamiento crítico opera siempre, hace parte de nuestro diario vivir desde decisiones domesticas hasta decisiones laborales de familia, social, político, gracias a él somos individuos operantes en la sociedad”*.

Es importante recalcar que un pensamiento crítico facilita el juicio reflexivo y hace que los profesionales de la salud enfrenten con éxito la toma de decisiones, porque se basa en criterios, es autocorrectivo y sensible al contexto, tal como lo expresa Lipman (1997).

En adición, como se enunció anteriormente, otro objetivo de la entrevista fue conocer la percepción de los profesionales con respecto a los espacios en los cuales se fomenta el pensamiento crítico. La información confirma que dichos espacios existen tanto en la vida universitaria como en la práctica clínica. Así, se citan, en torno a la universidad: el análisis de casos, talleres, laboratorio de simulación, trabajos y dinámicas en grupo, club de revistas, foros y seminarios en los que se estimula la investigación. Los

entrevistados coinciden en que estos espacios brindan la posibilidad de hacer preguntas reflexivas y participar activamente. En relación con la práctica clínica, identifican: la experiencia misma de la práctica, poner en práctica los conocimientos bajo supervisión del docente, la revista clínica, las juntas médicas, los casos clínicos y la participación colaborativa en proyectos de investigación. No obstante, se expresa con desconcierto que *“tenemos que estar atentos a esos espacios porque somos más como una rueda suelta [...] algunos especialistas permiten [...] que uno participe, pero hay otros que tienen como cierto rechazo al personal de enfermería, entonces a uno le toca adecuarse al que esté de turno [...] la idea es que de todos modos así no les guste, toca preguntarles a todos”*. (Voz 6).

En este punto es menester recordar que uno de los deberes primordiales del profesional clínico en los escenarios universitarios es el de enseñar durante el ejercicio de su práctica, integrando la ciencia aplicada y la reflexión para promover la autoformación y el aprendizaje de quienes le rodean (colegas y estudiantes).

En perspectiva, los resultados reseñados para las entrevistas individuales contribuyen a explorar el problema de investigación, en la medida en que las narrativas de los actores representaron el significado que otorgan al pensamiento crítico y la forma de integrarlo durante el ejercicio de su práctica clínica. Así, estos datos son del todo relevantes para interpretar y comprender el fenómeno en estudio. En seguida se presentan los resultados obtenidos en el desarrollo del grupo focal.

5.2. Resultados Grupo Focal

Para la sistematización de la información recogida en el grupo focal se aplicaron las mismas cuatro categorías usadas en la entrevista. Esta técnica se enfocó en moderar

un diálogo colaborativo entre siete de los participantes alrededor de las habilidades y dificultades que encuentran los profesionales de la salud al momento de aplicar el pensamiento crítico en la toma de decisiones durante su actividad rutinaria en el ambiente hospitalario.

Dentro de las habilidades que más sobresalieron en los dos grupos de participantes durante la discusión se enlistan, en orden de importancia: la reflexión autocrítica; el conocimiento situado; la responsabilidad; las habilidades de investigación; y la iniciativa. Todas ellas pertenecen a la categoría de *Mente Abierta*. Voz 2: “[...] *no voy a hacer algo para lo que no estoy capacitada y que también es válido decir no sé*”.

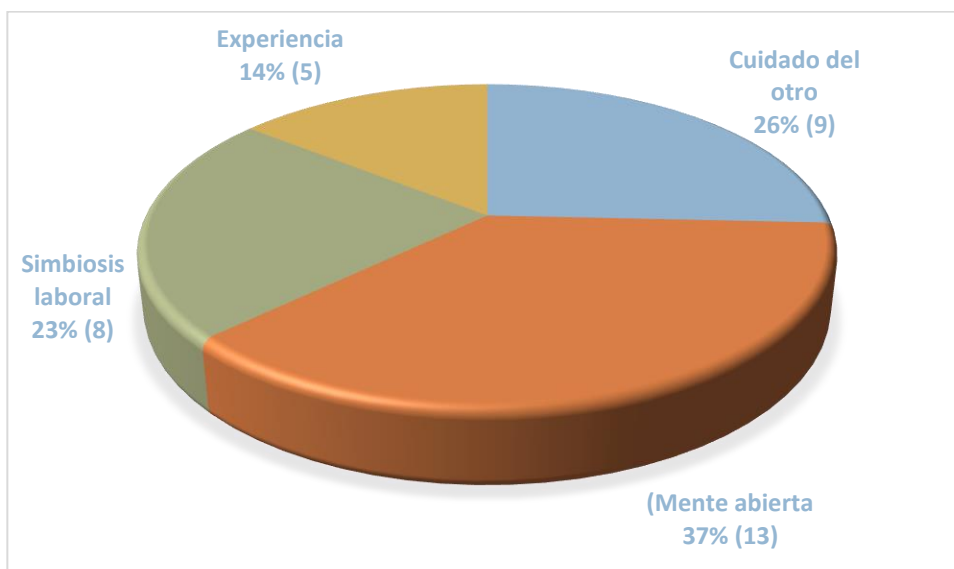
Por otra parte, la categoría del *Cuidado del Otro* tuvo una menor frecuencia de mención, en relación primero con la ética, después con la búsqueda del bienestar del otro y luego con la empatía y el altruismo. Voz 7: “[...] *llegue a tomar la mejor decisión y la más acertada para el paciente [...]*”. Respecto a la categoría de *Simbiosis Laboral*, el trabajo en equipo y las habilidades comunicativas fueron nombradas por 6 de los profesionales con algún grado de relevancia para la toma colaborativa de decisiones en la praxis clínica.

Por último, se encuentra la experiencia como condición pertinente a la resolución de problemas en el contexto hospitalario. Voz 7: “*yo creo que la práctica es muy importante, pero también es conjugar todos los conocimientos del pensamiento crítico para que se llegue a una conclusión de hacer las cosas lo mejor que se pueda*”. Voz 8: “*hay tres maneras de aprender [...] el paciente que [...] se te queda en la mente, que es un libro abierto, que no es ningún artículo pero que te deja enseñanzas de por vida así, entonces eso se llama paciente vivido eso es lo que ya se lleva después de un turno*”. En la siguiente tabla y gráfica se representan los rubros estadísticos de cada categoría.

Tabla 6. Jerarquización de las categorías de acuerdo con el reconocimiento de los participantes en el grupo focal.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mente abierta	13	37
Cuidado del otro	9	26
Simbiosis laboral	8	23
Experiencia	5	14

Fuente: Elaborada por las investigadoras



Gráfica 8: Jerarquización de las categorías de acuerdo con el reconocimiento de los participantes en el grupo focal.

Fuente: Elaborada por las investigadoras

Es necesario hacer énfasis que lo ilustrado anteriormente corresponde a la frecuencia con la cual son mencionadas las habilidades, actitudes y/o aptitudes contenidas en las diferentes categorías. Sin embargo, dado que todas no están constituidas por el mismo número de subcategorías, se requiere un abordaje global para mostrar el significado que representa cada una de ellas en la toma de decisiones de los profesionales de la salud durante la praxis. Desde este enfoque, se encuentra que el 100% da relevancia a Cuidado

del Otro; el 86% a Simbiosis Laboral y para el 71% de los participantes la Mente Abierta y la Experiencia son fundamentales en el proceso de elegir las mejores decisiones.

Ahora bien, con respecto a las dificultades enfrentadas por los profesionales al momento de tomar decisiones reflexivas dentro de su práctica clínica, los participantes reconocieron las siguientes como las principales problemáticas que obstaculizan un desempeño profesional satisfactorio: falta de habilidades comunicativas y cooperación; disputas internas de ego y poder; carencia de habilidades investigativas; poca experiencia; escasa vocación para enseñar; mínima supervisión sobre la práctica clínica; sobrecarga laboral y cansancio rutinario.

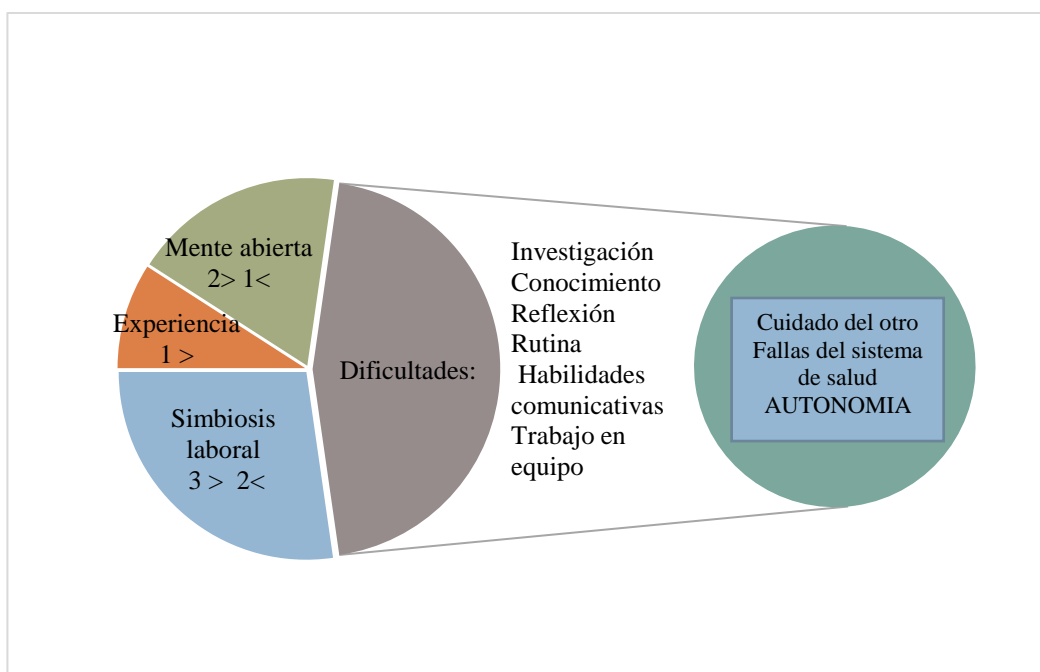
Además, considerando que existen circunstancias que afectan directamente el Cuidado del Otro, cabe mencionar lo expresado sobre el sistema de salud por uno de los actores. Voz 8. *“[...]pero nuestro sistema sólo el altruismo no existe, esto es un sistema mercantil, entonces nuestro altruismo como prestador de servicios está condicionado, les ponen muchos peros a los pacientes [...] o sea nosotros estamos en un sistema de salud que es totalmente mercantilista, del altruismo, la verdad nosotros ya no lo podemos ejercer, porque el dinero... ya no, ya no es nuestro paciente...El que pasa por la puerta del hospital es un cliente [...] y nosotros estamos supeditados a atender a ese cliente según la norma contractual [...] no, el altruismo en el ejercicio médico lo califican las E.P.S y las I.P.S [...]. Hay condicionantes para la empatía que ya se hacen parte del entorno este de la salud y social que tenemos y que estamos abocados con la Ley 100”.* En complemento, la voz 3 dice: *“[...] lo que yo veo es que no es que tu no seas altruista, sino que te bloquean las conductas altruistas [...].”*

En la siguiente tabla y gráfica se presentan las dificultades identificadas por los profesionales para la toma reflexiva de decisiones durante la práctica clínica.

Tabla 7. *Dificultades para la toma de decisiones en la práctica clínica*

Categorías	Subcategorías	Pf. Mayor 5 años de experiencia: participantes	Porcentaje (%)	Pf. Menor 5 años de experiencia: participantes	Porcentaje (%)
Simbiosis laboral	Habilidades comunicativas	3	37.5	2	12.5
	Trabajo en equipo	0	0	0	0
	Experiencia	1	6.25	0	0
Mente abierta	Investigación	0	0	1	6.25
	Conocimiento	2	12.5	0	0
	Reflexión	2	12.5	0	0
Cuidado del otro	Rutina	2	12.5	0	0
	Fallas sistema de salud	2	12.5	0	0

Fuente: Elaborada por las investigadoras



Gráfica 9: *Dificultades para la toma de decisiones en la práctica clínica.*

Fuente: Elaborada por las investigadoras

En resumen, la realización del grupo focal permitió identificar las principales habilidades y dificultades presentes en el contexto hospitalario para la aplicación del pensamiento crítico en la toma de decisiones.

5.3. Resultados Observación

Durante la fase de campo se realizaron cinco observaciones de campo de treinta minutos cada una a los ocho participantes involucrados, siempre con su previo consentimiento. Esta técnica permitió estudiar el comportamiento de los profesionales en diferentes facetas de su praxis clínica dentro del HUS. Cada observación fue realizada por una de las investigadoras con previo aviso, por lo que debe anotarse que los investigados tuvieron siempre conciencia del acto de ser observados.

Para sistematizar la información recogida durante la observación se utilizó una matriz para identificar manifestaciones interpretadas como síntomas de pensamiento crítico: reflexión sobre y en la acción; comunicación reflexiva; y problematización de la práctica. Dichos síntomas fueron reconocidos por las investigadoras mientras cada uno de los participantes realizaba diversas actividades propias de su disciplina. Así, a los médicos se les observó durante la ronda médica, consulta, procedimiento quirúrgico y entrega de información al paciente y familia. La observación de las enfermeras se realizó durante el recibo y entrega de turno entre pares, así como durante la gestión del servicio asignado. Las nutricionistas fueron observadas mientras hacían la revista diaria, en las tutorías con estudiantes, en consulta con los pacientes egresados, en las reuniones de equipo y en sesiones de educación hospitalaria. Por último, las fisioterapeutas fueron observadas en la asistencia directa a los pacientes hospitalizados y en cuidado crítico, así como en la entrega de turno entre pares.

Es preciso recordar que cada disciplina de la salud tiene una praxis clínica diferente, aunque todas comparten la confrontación con situaciones imprevistas que involucran el uso de la razón, la reflexión, la experiencia y el trabajo en equipo en busca de la mejor decisión que beneficie al paciente y su familia. También debe recordarse que en el área de la salud no existen métodos ni teorías universales que puedan aplicarse de forma general y exitosa para la resolución de problemas. Esta carencia justifica la puesta en práctica del pensamiento crítico como condición esencial y transversal de una práctica clínica ética y reflexiva, tal como quedó demostrado en las observaciones realizadas a los participantes durante el desempeño de sus funciones. La siguiente tabla presenta los resultados más relevantes de las observaciones.

Tabla 8: Resultados de la observación de campo.

Categorías para la aplicación del pensamiento crítico	Pf. mayor experiencia						Pf. menor experiencia					
	SI (Presente en observación)	N°	NO (Ausente en observación)	N°	NA (No aplica)	N°	SI (Presente en observación)	N°	NO (Ausente en observación)	N°	NA (No aplica)	N°
Demuestra seguridad y autonomía en la toma de decisiones	100%	20	-	-	-	-	100%	20	-	-	-	-
Denota curiosidad(inquisitiva)	90%	18	-	-	10%	2	90%	18	5%	1	5%	1
Disposición y entusiasmo para realizar la tarea que le corresponde	100%	20	-	-	-	-	95%	19	5%	1	-	-
Demuestra responsabilidad	100%	20	-	-	-	-	95%	19	-	-	5%	1
Reflexión sobre la acción y en la acción												
Autocrítica y auto regulación (acepta y corrige el error, autocontrol, monitoreo autoconsciente de la actividad cognitiva).	80%	16	-	-	20%	4	85%	17	10%	2	5%	1
Comunicación reflexiva												
Es amable (afable, complaciente, afectuoso) con el paciente, familia y equipo de trabajo	90%	18	-	-	10	2	95%	19	-	-	5%	1
Brinda información clara y adecuada al paciente/ familia, se preocupa por que esta sea comprendida (gráficos - dibujos)	80%	16	-	-	20%	4	85%	17	-	-	15%	3
Con el equipo de trabajo: Cuando se toman decisiones con su equipo de	70%	14	-	-	20%	6	95%	19	-	-	5%	1

trabajo lo hace de manera amable.													
Fomenta el dialogo y el debate con los integrantes de su equipo de trabajo.	100%	20	-	-	-	-	90%	18	-	-	10%	2	
Escucha opiniones divergentes	100%	20	-	-	-	-	80%	16	-	-	20%	4	
Problematización de la práctica													
Identifica el problema indaga, analiza y cuestiona al tomar decisiones	100%	20	-	-	-	-	95%	19	-	-	5%	1	
Hace uso del sentido común o impulsividad	-	-	95%	19	1	5%	-	-	100%	20	-	-	
Persiste en tareas complejas	75%	15	-	-	25%	5	-	-	100%	20	-	-	

Fuente: Elaborada por las investigadoras

A partir de los datos se puede afirmar que el 100% de los profesionales de la salud de mayor y menor experiencia demostraron seguridad, responsabilidad y autonomía en la toma de decisiones. Los demás síntomas asociados al pensamiento crítico (curiosidad, disposición al cambio y entusiasmo) fueron evidenciados por todos los participantes de mayor experiencia y un poco menos por los de menor experiencia en alrededor de un 90%. En relación con la reflexión sobre y en la práctica (en los casos que aplicó), se observó en todo el grupo de mayor experiencia, y menos, cerca del 85%, en el grupo de los novatos.

Por otra parte, la observación reveló que todos los profesionales evidenciaron excelentes habilidades comunicativas con el paciente y su familia en el 100% de los casos aplicables. Igualmente, en relación con la simbiosis laboral, el 100% de los participantes tomó decisiones de manera amable y consensuada, escuchó opiniones divergentes y fomentó el diálogo y el debate.

Finalmente, cabe resaltar que la problematización de la práctica clínica fue permanente en todas las observaciones realizadas para los casos aplicables, por lo que se afirma que los profesionales identifican, indagan, analizan y cuestionan un problema en el proceso de resolverlo. Asimismo, la persistencia en tareas complejas en los casos aplicables fue absoluta para los dos grupos de participantes. En suma, resulta evidente que en las observaciones los profesionales demostraron un desempeño excelente al aplicar las habilidades asociadas al pensamiento crítico, lo que constata su centralidad en el desarrollo de toda praxis clínica satisfactoria. Igualmente, contrario a lo reportado por los estudios citados en apartados anteriores, debe resaltarse que no se observaron diferencias significativas entre el desempeño de los participantes de mayor y menor experiencia.

5.4. Resultado de la revisión de *syllabus*

En la aplicación de la cuarta técnica de investigación se revisaron diferentes *syllabus* de prácticas clínicas realizadas en el HUS para las cuatro disciplinas en estudio. Los currículos fueron elegidos a conveniencia con el objetivo de explorar las relaciones entre el discurso normativo del desarrollo del pensamiento crítico en la formación universitaria de los profesionales de la salud y su materialización efectiva en el escenario de la práctica. Para ello se elaboró la siguiente matriz de análisis que permitió examinar los objetivos de aprendizaje, las estrategias pedagógicas y el modelo de evaluación de cada *syllabus*.

Matriz 1: Revisión documental de *syllabus*

Disciplina/ universidad/ práctica clínica/ semestre	Objetivos de aprendizaje	Estrategias pedagógicas	Evaluación
Fisioterapia Universidad Nacional de Colombia VI semestre	Ofrecer al estudiante experiencias disciplinares en el manejo de las alteraciones del movimiento corporal humano en la población de recién nacidos, en condiciones críticas de salud con padecimientos cardiopulmonares que permiten de manera idónea integrar los conocimientos teóricos básicos adquiridos para aplicar los procedimientos físicos y cinéticos, valorar sus alcances en la recuperación de situaciones concretas, proporcionando soluciones variadas y pertinentes a su objeto de estudio.	Casos clínicos, discusión de casos difíciles, semillero de investigación como participantes (auxiliares de investigación).	La evaluación de desempeño se realizará conforme el formato de evaluación diseñada para este nivel de preparación académica. Incluye un 70% para aspecto conceptual y un 30% para el procedimental. La evaluación la realizará el docente a cargo y en común acuerdo con los fisioterapeutas de planta que han apoyado el proceso de formación.
Enfermería Escuela Colombiana de Carreras Industriales VII Semestre Educación para la salud	Demostrar capacidad para asociar los elementos normativos-teóricos a los procesos que permiten desarrollar un rol profesional identificando factores significativos que se encuentran alterados previniendo, manteniendo y controlando los factores que inciden en el proceso salud-enfermedad en los sujetos de cuidado. Demuestra capacidad para desempeñar los roles: administrativo, educativo e investigativo como enfermeros	Análisis y discusión de artículos científicos relacionados con la práctica clínica; realización de proyecto de investigación y socialización de resultados	Evaluación de la parte teórica 50% Evaluación de la práctica clínica, por medio de rubrica 50%

para brindar “Cuidado de enfermería”

<p>Fisioterapia Universidad Sabana</p>	<p>Formar profesionales integrales que estudian, analizan e intervienen en las alteraciones de movimiento corporal humano y basan sus acciones en la promoción del bienestar cinético, prevención, habilitación y rehabilitación de las personas con alteraciones de este y procura su reintegración social.</p>	<p>Atención directa a pacientes bajo la supervisión del docente, caso clínico e investigación.</p>	<p>Autoevaluación, evaluación por parte del docente enmarcados en la reflexión y el diálogo (docente/ estudiante), por medio de una rúbrica.</p>
<p>Profundización X semestre</p>	<p>Afianzar y profundizar sus competencias relacionadas con el manejo del paciente durante cualquier procedimiento anestésico y consolidar las habilidades y destrezas en su diagnóstico, manejo y seguimiento.</p>	<p>Rotaciones en las áreas de hospitalización, salas de cirugía y consulta externa de acuerdo con programación, entregas de turno, revistas generales y presentaciones especiales de casos y pacientes, caso clínico general (semanal), cuidado específico de pacientes bajo supervisión, interacción con otros miembros del equipo de salud, enseñanza-aprendizaje al lado del paciente, revisiones de tema programadas o generados por casos específicos, práctica clínica supervisada, seminarios, club de revistas, revistas generales y presentaciones</p>	<p>Conocimientos: 60%, habilidades y profesionalismo: 40%. Asistencia al 80% de las actividades prácticas programadas.</p>
<p>Medicina: anestesia Pontificia Universidad Javeriana</p>	<p>Tener un mayor contacto con situaciones clínicas de mayor complejidad y de manejo especializado en salas de cirugía, que les permita afianzar o aclarar sus intereses en el ejercicio futuro de la profesión</p>		
<p>Internado universitario</p>			

		especiales de casos y pacientes, caso clínico general (semanal), cuidado específico de pacientes bajo supervisión, interacción con otros miembros del equipo de salud.	
Medicina: nefrología/ énfasis	Adquirir conocimientos teórico-prácticos y capacidad resolutoria de alto nivel en patologías renales y del tracto urinario, así como adquirir habilidades y destrezas en su enfoque diagnóstico, manejo y seguimiento con énfasis en la evaluación integral del paciente y el acompañamiento de su familia.	Revisión de tema de trasplante renal, caso clínico, club de revista y/o revisión de tema: actividad académica general del servicio, revista diaria de pacientes hospitalizados en urgencias, pisos, UCI, consulta externa de nefrología clínica, trasplante renal y/o programas de diálisis, revista de medicina interna del caso difícil.	Evaluación diaria en cada una de las actividades, en la presentación y conocimiento de los pacientes, seminarios, revisiones de temas y club de revista.
Pontificia Universidad Javeriana		Actividad académica (Para esta actividad deberá programar los horarios de presentación con cada docente)	Durante su rotación, se esperan actitudes que favorezcan una adecuada relación médico-paciente y con sus colegas, establecer un trabajo en armonía dentro del servicio y demás personal de la institución.
		Semana 1: Taller 1. Entrenamiento en fisiología renal. Docente o Fellow de nefrología	Examen final de rotación.
		Semana 2: Taller 2. Entrenamiento en	

		abordaje del paciente con ERC.	
		Semana 3: Taller 3. Entrenamiento en abordaje del paciente con LRA.	
		Seminarios	
		(Para esta actividad se debe preparar un mapa mental entregable el día de la revisión y la presentación debe ser programada con el docente responsable de cada tema).	
Nutrición y Dietética	Desarrollar acciones de alimentación y nutrición en la promoción de salud y prevención o tratamiento de la enfermedad a nivel individual en adultos que favorezcan el logro de las competencias propias del Nutricionista Dietista.	Seminarios, caso clínico, participación en equipos interdisciplinarios, diligenciamiento de diarios de campo, revisión de artículos, revista clínica, consulta individual, desarrollo de actividades educativas,	Demostraciones, evaluaciones orales y escritas., nota final resultado del cumplimiento de las tareas descritas en la lista de chequeo y del logro de las competencias para el escenario. El escenario de nutrición clínica del adulto tiene un valor del 15% de la nota de practica integrada. Se cuenta con formatos de evaluación entregados al inicio a los estudiantes de tal forma que estos van conociendo su avance durante la rotación.
Universidad Pontificia Javeriana			
Nutrición Clínica			
IX semestre			

En perspectiva, la matriz de análisis permite observar que la importancia asignada al pensamiento crítico en los *syllabus* estudiados es secundaria y no corresponde con su necesidad prioritaria en los contextos hospitalarios en que se realiza la práctica clínica. Con todo, si bien es cierto que los objetivos de aprendizaje de la mayoría de los currículos denota una fuerte alineación con el uso instrumental de la razón, la memorización de contenidos y el cumplimiento de procedimientos, requisitos, reglas e indicaciones, en los que el pensamiento crítico no figura de forma explícita, se encuentra que en las estrategias pedagógicas y en la evaluación se conjuga un aprendizaje basado en la teoría y la práctica que involucra una variedad de experiencias y habilidades afines al pensamiento crítico. En ellas, el practicante tiene la oportunidad de entrar en contacto directo con el paciente y su familia en el contexto hospitalario, enfrentando situaciones clínicas complejas e interviniendo gradualmente según su nivel académico, bajo la supervisión del docente. De otra parte, la evaluación contempla problemáticas diversas, con diferentes grados de complejidad en la toma de decisiones y la resolución de dificultades que potencialmente estimularían las habilidades cognitivas y metacognitivas, el trabajo en equipo y la reflexión frente a la profesión misma y al quehacer como profesional de la salud.

6. Análisis de Resultados

A continuación, se presenta la interpretación de los datos y resultados más relevantes de la fase de campo, divididos según las técnicas y categorías de análisis propuestas. Así, en orden jerárquico, las categorías recibieron la siguiente importancia: *Mente Abierta*, *Cuidado del Otro*, *Simbiosis Laboral* y *Experiencia*.

Lo primero que debe aclararse es que la categoría de mayor jerarquía durante toda la fase de campo fue la de *Mente Abierta*, la cual involucra habilidades como: razonamiento- conocimiento situado, flexibilidad, iniciativa, investigación (curiosidad),

responsabilidad, entusiasmo y concertación frente a la divergencia. Dewey (2007), sostiene que la mentalidad abierta, el entusiasmo y la responsabilidad son actitudes importantes en el desarrollo del hábito de pensar reflexivamente. Por lo tanto, los datos obtenidos en este estudio se pueden considerar desde varios puntos de vista primero con lo propuesto por los acuerdos de Bolonia en 1999, Tuning Europa y posteriormente el proyecto Tuning América Latina (2007), una educación basada en competencias, desarrollo de actitudes, saberes y habilidades que configuran un perfil profesional dentro de las que se encuentra: la capacidad de abstracción, análisis y síntesis; actuar en nuevas situaciones; identificar, plantear y resolver problemas; y tomar decisiones. Es así como estos aspectos se resaltan en la formación universitaria.

En las entrevistas semiestructuradas la categoría más reconocida por los participantes fue la de *Mente Abierta*. El conocimiento y la investigación fueron las habilidades más destacadas según la percepción que los entrevistados tienen del pensamiento crítico. Estas habilidades concuerdan con los enunciados de autores como Glaser (1941), Saiz y Nieto (2002), Ennis (1987) y Dewey (2007), para quienes las mismas competencias representan componentes nucleares del pensamiento crítico. A su vez, la disposición al cambio, la flexibilidad y la búsqueda del consenso o concertación frente a la divergencia también fueron identificadas por los profesionales, aunque con menor frecuencia, y también son citadas en Halpern (1998), Faccione (2007) y Dewey (2007).

Con lo anterior se puede considerar que la formación universitaria y posteriormente la práctica clínica han brindado a los profesionales de la salud del HUS condiciones educativas, éticas y sociales que configuran un perfil coherente con las competencias requeridas y lo señalado para la toma de decisiones y solución de problemas con pensamiento crítico. Habría que agregar que la reflexión sobre sí y la práctica han de

ser permanentes dado el continuo devenir del ser humano y por lo mismo el de su práctica clínica y social. Así, la coincidencia entre los resultados obtenidos y el marco teórico utilizado revela la integración del pensamiento clínico en las prácticas clínicas y su correspondencia con las consideraciones de los autores reseñados.

En paralelo, los resultados se pueden considerar a la luz de una educación basada en competencias, actitudes, destrezas y habilidades que configuran un perfil profesional, aspectos que se resaltan en la formación universitaria, además, la formación que se imparte a los profesionales de la salud con énfasis en el logro de sujetos autónomos y críticos, que demuestren competencias profesionales transversales y específicas las cuales son evaluadas constantemente durante el ejercicio de su práctica (Pinilla, 2011).

Con referencia a la aplicación de saberes, habilidades y actitudes de pensamiento crítico en la práctica clínica, el conocimiento de la disciplina fue el indicador más relevante. Por otro lado, la reflexión, resaltada por el 50% de los participantes de cada grupo, adquiere importancia dado que esta es homóloga al pensamiento crítico (Ennis, 1987). A su vez involucra el conocimiento (Glaser, 1941), el contexto del paciente (Lipman, 1997), la experiencia (Ennis, 1987), la comunicación y el trabajo en equipo (Paul, 2005) y la búsqueda del bienestar del otro (Foucault, 1987), todo alrededor de una reflexión permanente y de la ética como parte del proceso.

Contrastando los resultados obtenidos sobre la percepción y aplicación de pensamiento crítico para la toma de decisiones por los profesionales participantes, se observa que las habilidades contenidas en la categoría de *Mente Abierta* revisten la mayor importancia. Con lo anterior, se infiere que el conocimiento especializado de la disciplina es la habilidad más importante para la toma de decisiones de los profesionales de la salud del HUS, además de la visión social del contexto, las habilidades comunicativas para el trabajo en equipo y la experiencia durante su labor asistencial, mientras tutoriza al

estudiante, en correspondencia con rol del profesional práctico (Schon, 1992). Así, también se muestra coherente con las competencias específicas y genéricas planteadas en Tuning (2007), la formación del profesional de la salud en Pinilla (2011), los pronunciamientos de la AMM (2006) y los lineamientos legales del Ministerio de Protección Social.

Así que la construcción del aprendizaje del profesional de la salud, al involucrar diversos escenarios de práctica y con estas experiencias de la vida real, que son memorables y de su interés, está favoreciendo el desarrollo metacognitivo y actitudinal de estos (Halpern, 1998 y 2003 en Saiz y Rivas, 2008). A la vez que estimula el razonamiento crítico para la toma de decisiones y la posterior prestación de un servicio de salud basado en el conocimiento, los valores y principios éticos (MINSALUD,2016). Se considera que los participantes perciben tener algunas de las habilidades que se han venido mencionando en esta investigación, porque fue demostrado tanto en la entrevista, observación y grupo focal, también se puede discernir que estas habilidades se han adquirido por experiencia, formación educativa y familiar. En síntesis, el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico se puede atribuir en un primer momento a la formación universitaria, aunque la experiencia de la práctica clínica y el contexto hospitalario son su principal detonante y catalizador.

Con referencia a la categoría de Cuidado del Otro, los participantes destacaron las subcategorías de empatía, búsqueda del bienestar de la persona y contexto social, lo que implica tener una actitud para relaciones de empatía con los otros, sin importar el contexto social con el fin de buscar siempre el bienestar de la persona en el momento de la toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud, de modo similar a como lo expone Ennis (1987).

Por lo que se refiere a la categoría de Simbiosis Laboral todos los profesionales de las disciplinas analizadas mencionaron la subcategoría de habilidades comunicativas en concordancia a la teoría de Elder (2001), mientras que al trabajo en equipo los profesionales de la salud dieron poca importancia, contradiciendo a Perrenoud (2007), quien considera el trabajo en equipo como una de las características para el desarrollo del pensamiento crítico.

Por otra parte, la categoría de Simbiosis Laboral se encuentra estrechamente vinculada con la del Cuidado del Otro; cuidar de sí y cuidar del otro es tener una visión de las necesidades generales e individuales, de los pacientes, familia, comunidad y equipo de trabajo, de la necesidad de reflexionar permanentemente sobre y en la práctica para alcanzar el bien común (Schon, 1992). Esta categoría ocupa un primer lugar cuando se trata de actuar frente a la divergencia, solicitar la ayuda de otros profesionales, del docente, con el fin de solucionar un problema que en algún momento se torna de mayor complejidad. Más aún, el método clínico y la formación del juicio clínico se da principalmente cuando se tiene contacto con el paciente, los profesores y pares en escenarios de la práctica; también las habilidades del pensamiento sólo se adquieren con la práctica colaborativa, a través de ellas se busca conocimiento para darle sentido y entender la realidad (Saiz y Rivas, 2008).

Para la categoría de Simbiosis Laboral, todos los participantes la destacaron en igual frecuencia, enunciando las siguientes subcategorías: habilidades comunicativas (escucha activa, explicar con claridad y las relaciones interpersonales). La importancia del trabajo en equipo es aportada por autores como Schon (1992), quien indica, que el profesional clínico actúa durante el ejercicio de su práctica aplicando la teoría de su disciplina, la experiencia y la de su equipo de trabajo bajo la rigurosidad que se requiere y que contribuye a la recuperación de la salud del paciente.

Hay que añadir, que la visión del contexto responde al compromiso social de las profesionaes de la salud y humaniza la atención (Facione, 2007; Paul y Elder, 2005). Tener en cuenta el contexto del paciente, es comprender su estado, entorno (empatía) y buscar su bienestar (altruismo). Por consiguiente, la práctica clínica de los profesionales de la salud del HUS debe incorporar, en simultánea, actitudes y habilidades correspondientes al cuidado de sí y al cuidado del otro, pues ambas son necesarias e interdependientes para lograr una práctica clínica sostenible y respetuosa de la dignidad humana. De tal forma, los profesionales contribuyen a aliviar las tensiones que enfrentan los pacientes, en primer lugar, por su condición de salud y en segundo lugar como consecuencia de la atención de un sistema de salud que no responde a sus necesidades, más teniendo en cuenta las condiciones de vulnerabilidad de los pacientes que acuden a la institución, la mayoría proveniente del área rural y en condiciones de pobreza.

Los resultados del grupo focal son similares a los encontrados en la percepción que tienen los investigados sobre pensamiento crítico. Las habilidades de Mente Abierta ocupan la mayor frecuencia (en su orden: conocimiento, reflexión, investigación, responsabilidad e iniciativa). En segundo lugar, se encuentra el Cuidado del Otro (búsqueda del bienestar del otro, empatía y altruismo y ética), en tercer lugar, Simbiosis Laboral (trabajo en equipo y habilidades comunicativa) y por último la experiencia.

Cabe señalar, retomando lo dicho en el grupo focal, que la mercantilización de la salud pone en riesgo la atención en salud. La sola enunciación de los hospitales públicos como empresas sociales del estado (E.S.E) hace que se conformen bajo las mismas reglas del mercado que cualquier otra empresa; lo perverso está en el hecho de comercializar la salud y ver al paciente como un cliente más, desconociendo que la salud es un derecho fundamental de las personas. En ese contexto, el profesional de la salud está sujeto a condiciones laborales que atentan contra su dignidad y ponen en riesgo la ética y

profesionalismo, entre otros. De otra parte, está el paciente, en especial el que tiene régimen subsidiado en salud, que debe hacer filas interminables para acceder a una cita y esperar a que le sean autorizados los servicios, excepto las personas que tiene prepagada o plan complementario. Esas condiciones afectan la relación entre el profesional de la salud y el paciente. Como lo mencionaba en el grupo focal un investigado, el altruismo lo califica la EPS y la empatía está condicionada o bloqueada como lo expresó otra participante.

La falta de conocimiento, la rutina y las fallas en el sistema de salud, además de las fallas en la comunicación, el cansancio, la sobrecarga laboral y la rutina se conforman como dificultades para la integración del pensamiento crítico en la toma de decisiones. Dichas dificultades se relacionan en gran medida con la mercantilización del sistema de salud que, al igual que en la educación, impone el Neoliberalismo a través de una ideología de mercado; un modo de gobierno abstraído del costo social y de la ética; una política de privatización de lo público y una forma de pedagogía que debilita las bases de la obligación social (Giroux, 2015).

Prosiguiendo en el análisis, la seguridad y autonomía en la toma de decisiones y la responsabilidad fueron demostradas por todos los participantes, mientras que la disposición al cambio para realizar la tarea, el entusiasmo y la reflexión en y sobre la acción fue observada un poco menos en el grupo de menor experiencia. Por su parte, las habilidades comunicativas fueron aplicadas tanto con el paciente como con el equipo de trabajo, en esto no hubo diferencia entre todos los observados; de la misma forma, esto se vio en la problematización de la práctica.

Otro elemento que puede enriquecer este análisis es el encuentro de la subcategoría de divergencia y trabajo en equipo, todas son fundamental a la hora de tomar decisiones, pues se debe pensar en cómo resolver la necesidad del sujeto de cuidado bajo

parámetros de no hacer daño y, por supuesto, la búsqueda de la verdad, la puesta de la experiencia y el servicio para mejorarle las condiciones de salud y, aún más, teniendo en cuenta al paciente como sujeto y su entorno familiar y social. Esta connotación implica la compasión, o sea colocarse en el lugar del otro y el altruismo o procurar de manera desinteresada el bien del otro. La empatía, en estos términos, es una condición esencial de los profesionales de la salud y se desarrolla en el marco de la práctica clínica en relación con el paciente y su familia, aunque también debería ser un componente fundamental de la formación universitaria. Lo anterior está en coherencia con el componente ético del pensamiento crítico enunciado por el Ministerio de Salud y autores como Ennis (1987), Paul y Elder (2001), Umpierrez y Piovesan (2010); y Patiño (2004).

Entonces, la integración de la experiencia, conocimiento situado (experiencia bajo la fundamentación del conocimiento disciplinar) y la reflexión que pone en práctica el profesional de la salud en la toma de decisiones, es coherente con la búsqueda de la mejor opción para el cuidado del otro. Como lo menciona Coruña (2008), la toma de decisiones es una habilidad esencial en la vida de los seres humanos y particularmente es parte de la lógica del actuar en las profesiones médicas en pro del tratamiento más adecuado de acuerdo con el diagnóstico y particularidades del paciente y el problema.

Todavía cabe señalar, que los resultados de esta investigación están limitados para brindar aportes concluyentes en lo que se refiere a la falta de preparación de los recién graduados para su desempeño laboral (SurrIDGE en Durante, 2012) y la posibilidad de que los profesionales de la salud con amplia experiencia apliquen el pensamiento crítico para la toma de sus decisiones y por lo mismo tengan un mejor desempeño laboral. Solo se hacen visibles las diferencias encontradas durante la observación y otra, que corresponde a la menor participación del grupo de menos de cinco años de experiencia en el grupo focal. Ese comportamiento puede estar relacionado con las diferencias de edad entre uno

y otro grupo, pues la experiencia y la formalidad dentro del contexto hospitalario donde las jerarquías definen en gran medida las relaciones de comunicación.

Con respecto a la categoría de experiencia, se pudo observar que los profesionales de la salud de ambos grupos la enunciaron con menor frecuencia en comparación a las otras categorías. Sin embargo, esta mención secundaria no significa que su importancia en la integración del pensamiento crítico sea menor. Antes bien, los resultados pueden interpretarse bajo el siguiente lente: los recién egresados se encuentran en proceso de adaptación a su nuevo rol como profesionales de la salud, motivo por el cual no le dan a esta categoría la prioridad que merece; mientras que los profesionales de mayor experiencia ya la tienen y poseen más confianza para llevar a cabo las actividades propias de su ciencia, por lo cual pueden no reconocerla de forma consciente dentro de su práctica. Con todo, la experiencia personal, profesional y académica es una condición indispensable para la integración satisfactoria del pensamiento crítico en la praxis clínica. En sustento de esta afirmación, Ruiz (2013), sostiene que: “el ser humano aprende en la interacción con su ambiente a partir de su capacidad de adaptación funcional, a través del ensayo y error. Ello le permite progresar en la lucha por adaptarse y dominar el ambiente en el que vive. Se aprende por experiencia, mediante la educación por acción” (sp.).

Cabe resaltar que las estrategias pedagógicas utilizadas en la formación universitaria, tales como seminarios, casos clínicos, estudio de casos y la simulación estimulan el desarrollo del pensamiento crítico a partir de la libertad que tiene el estudiante para hacer preguntas, así como por medio de la investigación propia de la actividad académica la cual requiere la exploración, indagación y proposición de un plan de cuidados para el paciente, por ejemplo, en el espacio de enfermería. Asimismo, la práctica supervisada, el método clínico y el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), la

revista médica, entre otras estrategias y las herramientas utilizadas durante la práctica clínica, contribuyen con el proceso de pensamiento crítico. Estas metodologías permiten que el estudiante desarrolle la capacidad de buscar estrategias para resolver situaciones complejas dentro del contexto hospitalario, aplicando sus funciones cognitivas y actitudinales al planteamiento y resolución de problemas. Al enfrentar situaciones problemáticas bajo condiciones de presión, el profesional se ve abocado a investigar, analizar, evaluar opciones y tomar decisiones, lo cual conduce a nuevos aprendizajes y generación de conocimiento. Además, la formación del profesional práctico, como es el caso del médico y de los profesionales de la salud, posibilita el aprendizaje tutorizado y la reflexión en y durante la acción (Schon, 1992).

Por último, con la revisión de syllabus se puede decir que las estrategias pedagógicas utilizadas en la práctica contribuyen a estimular el desarrollo del pensamiento crítico. Como se ha explicado anteriormente, el profesional práctico, que es el caso de los profesionales de la salud, tiene espacios reales y situaciones variadas de aprendizaje. Así mismo, van teniendo la experiencia mientras aplican la teoría, bajo la tutoría del docente, las tareas se delegan de manera progresiva y bajo supervisión. En el mismo sentido, la evaluación cumple con mejores criterios de validez, confiabilidad y objetividad.

Sin embargo, debido a las dificultades a las que se enfrenta el profesional de la salud, es posible que la práctica clínica supervisada también se encuentre en riesgo. Es necesario continuar preparando al profesional de la salud-docente en pedagogía y reforzar la consciencia del papel que ejerce como formador y ejemplo para los futuros profesionales, de su rol como sujeto histórico que contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida de todas las personas.

7. Conclusiones y Recomendaciones

El objetivo de esta investigación era conocer cómo los profesionales de la salud del HUS integran el pensamiento crítico en la toma de decisiones durante la práctica clínica, con el propósito de brindar aportes al modelo propio de investigación planteado en la visión institucional para el 2021. A la luz de este propósito, se presentan ahora las principales conclusiones de la investigación.

En síntesis, se puede mencionar que los profesionales de la salud integran el pensamiento crítico en la práctica clínica para la toma de decisiones principalmente a través de los componentes relacionados con la categoría de *Mente Abierta*. La anterior está compuesta por habilidades, saberes y actitudes como el conocimiento localizado, la flexibilidad y la curiosidad, las cuales dan relevancia a las profesiones de la salud como sujetos que con una sólida formación teórica y práctica pueden resolver problemas de forma apropiada para así brindar la mejor atención posible al paciente y su familia. No obstante, la primacía de *Mente Abierta* durante la fase de campo no desconoce que para la práctica clínica de los profesionales de la salud se hace necesario integrar el resto de las categorías que mencionadas en esta investigación (*Cuidado del Otro*, *Simbiosis Laboral*, *Experiencia*).

Más en detalle, la realización de las entrevistas semiestructuradas, el grupo focal y las observaciones de campo reveló que la categoría más relevante en la percepción de los participantes y en la observación de sus prácticas fue la de *Mente Abierta*, seguida en orden de importancia por *Cuidado del Otro*, *Simbiosis Laboral* y *Experiencia*. La primacía de *Mente Abierta* como categoría distintiva del pensamiento crítico en el contexto de estudio puede atribuirse a las habilidades que le son inherentes, en especial: reflexión, flexibilidad, conocimiento situado, razonamiento, entusiasmo e investigación. Todas

ellas forman parte transversal de la práctica clínica e intermedian las relaciones y los procedimientos que los profesionales sostienen con sus colegas, los pacientes y sus familias, por lo que resulta apenas comprensible que haya recibido el mayor reconocimiento.

No obstante, las habilidades relacionadas con el Cuidado del Otro —empatía y altruismo, ética y sensibilidad al contexto— también fueron relevantes dentro del estudio, pues los participantes coincidieron con el marco teórico al defender que los profesionales de las ciencias de la salud, además de ser sujetos académicos, son también sujetos morales con una responsabilidad ética hacia el contexto, los pacientes y los colegas que integran el entorno de su práctica clínica. Con esto queda en claro que los profesionales de la salud deben ser actores críticos, reflexivos e intersubjetivos que trasciendan el uso instrumental de la razón para reconocer la humanidad propia y ajena en el marco de la práctica clínica y el cuidado hospitalario.

Por su parte, la Simbiosis Laboral también fue percibida y aplicada por los participantes como un componente esencial del pensamiento crítico en la praxis clínica, dado que sin ella se debilita la toma colaborativa de decisiones y la resolución de problemas complejos. En efecto, las dos habilidades asociadas a esta categoría (trabajo en equipo y habilidades comunicativas) se revelaron como indispensables para el desempeño reflexivo de los profesionales, pues si la primera permite sumar esfuerzos conjuntos en favor del paciente y su familia, la segunda es esencial para el engranaje adecuado del equipo hospitalario que desde diferentes disciplinas coordina la prestación del servicio de salud para el bienestar de la comunidad.

Por último, sorprendió descubrir que la categoría de experiencia recibió menos atención por parte de los participantes durante la fase de campo de la investigación, a pesar de su importancia transversal en el contexto hospitalario y la práctica clínica. De

hecho, el estudio de caso evidenció que el grado de aplicación del pensamiento crítico en la praxis clínica no es proporcional al nivel de experiencia de los profesionales de la salud. Así, todos los participantes del estudio, sin importar sus años de trayectoria, demostraron una percepción e integración similares del pensamiento crítico en su desempeño profesional, contradiciendo con ello los hallazgos de estudios recientes que alertan sobre la falta de preparación de los recién graduados para enfrentar la elevada complejidad y variabilidad de los contextos hospitalarios desde una postura crítica y reflexiva.

En cuanto a la revisión de los *syllabus* se refiere, el análisis de los documentos arrojó que la importancia otorgada en ellos al pensamiento crítico no corresponde con la necesidad prioritaria de esta competencia en el desarrollo de la praxis clínica. Aunque en los documentos se observa la inclusión dispersa e implícita de ciertas habilidades relacionadas con el pensamiento crítico, en los apartados de contenidos y evaluación, éste no ocupa un lugar protagónico y explícito en el diseño curricular. Este vacío pone de manifiesto la falta de articulación lógica y coherencia entre el contenido de los currículos universitarios y las situaciones problema que los estudiantes deberán enfrentar en su futuro profesional. Esta afirmación se confirma en el evidente enfoque memorístico, conductista, técnico y normativo que subyace a la mayoría de los *syllabus* recogidos y analizados.

No obstante, la igualdad descrita entre profesionales novatos y experimentados, descrita en el párrafo anterior, lleva a suponer que más allá de los planes formales de estudio los recién graduados aprenden las habilidades fundamentales del pensamiento crítico en el marco de sus prácticas clínicas y de sus primeras experiencias hospitalarias. Con todo, el análisis documental emprendido reclama con urgencia la revisión y reforma de los currículos universitarios hacia dos derroteros complementarios: por un lado, hacia la inclusión del pensamiento crítico como competencia transversal a todas las

dimensiones de la formación profesional; y por el otro, hacia la correspondencia de la formación universitaria con las problemáticas complejas que se viven en la realidad de los contextos hospitalarios.

En este orden de ideas, las investigadoras están en la capacidad de concluir que formar profesionales con excelencia académica, compromiso ético, fundamentación humanística y pensamiento crítico es la mejor estrategia de resistencia frente a la mercantilización de la salud agenciada por el neoliberalismo, en el cual el derecho fundamental a la vida se degrada en la prestación lucrativa de un servicio rentable. Esta consideración corrobora la responsabilidad ética y social que está inmersa en el actuar del profesional de la salud, no sólo como cuidador del paciente y su familia, sino como sujeto político y social, comprometido con materializar la utopía de la justicia, la igualdad y la dignidad humana. Esta coherencia debe evidenciarse cotidianamente en las prácticas clínicas, asistenciales y educativas que los profesionales ejercen en sus contextos de trabajo, de forma tal que puedan convertirse en auténticos agentes de cambio y transformación.

De no asumir esta agencia con responsabilidad, por dentro y fuera del contexto laboral, la falta de pensamiento crítico y de acciones transformadoras llevará a un agravamiento de las principales condiciones que dificultan la praxis clínica de los profesionales de la salud, entre las cuales los participantes reconocieron: la sobrecarga laboral, el cansancio rutinario, la falta de cooperación, la poca comunicación entre colegas y la carencia de formación permanente y habilidades investigativas. La mayoría de estas problemáticas, si no todas, guardan mayor o menor relación con la mercantilización de la salud y tenderán a empeorar con el avance progresivo de las políticas neoliberales.

En suma, la investigación y los hallazgos sintetizados hasta este punto representan un aporte significativo para retroalimentar el modelo propio de atención, investigación y docencia del HUS, pero también constituyen una referencia de consulta para orientar la formulación de otros proyectos académicos y evaluar el carácter reflexivo de otros contextos hospitalarios con sus respectivas prácticas clínicas. Con todo, para ampliar la contribución de esta investigación hacia el futuro se plantean las siguientes sugerencias: primero, incluir más participantes en las muestras de estudio para lograr investigaciones con un mayor grado de representatividad; segundo, incluir técnicas e instrumentos de investigación para estudiar las competencias cognitivas y metacognitivas en la aplicación del pensamiento crítico; y tercero, continuar desarrollando investigaciones educativas en el área de la salud para consolidar interpretaciones críticas y argumentadas que permitan comprender, evaluar y transformar los fenómenos de estudio en beneficio de todas las partes involucradas.

Las categorías que se han deducido del análisis del marco teórico y de las respuestas de las voces de los participantes de las disciplinas de la salud analizadas, concuerdan con el concepto de pensamiento crítico de algunos autores que han estudiado esta competencia. Es el caso de Paul & Elder quienes destacan la idea de pensamiento crítico como cuestionamiento e inciden en que la calidad de las preguntas que nos formulamos nos prepara para reconocer lo esencial en la vida, tanto a nivel personal, social, educativo como profesional (Paul & Elder 2003). También, Ennis (1991), habla del pensamiento crítico como análisis, entre otros procesos, al hablar de la habilidad que denomina clarificación, ya que, como observa, hay que conocer la situación para poder reaccionar, proponer o juzgar. Igualmente, Facione (2007), dice que el pensamiento crítico implica razonamiento y argumentación, es así que los procesos de evaluación y autoevaluación más complejos se entienden como un juicio de valor que lleva a la toma

de decisiones. Asimismo, Moore, en su análisis sobre el concepto de pensamiento crítico según los docentes, menciona el compromiso social y la acción crítica (Moore 2013). Para Villarini (2003), la finalidad de la competencia de pensamiento crítico está en la construcción de un mundo significativo para conseguir una liberación política y social.

En concordancia, es muy importante que en el aula exista condición en cuanto a la definición de pensamiento crítico, sobre todo si se considera competencia clave o sello de las instituciones educativas. Los docentes deben interiorizar y aplicar la visión adoptada por los entes educativos puesto que no es lo mismo formar a estudiantes desde una perspectiva de pensamiento crítico como “Analizar/Organizar” que como de “Decidir/Tomar decisiones” o como compromiso y acción social.

Tras este estudio de investigación, quedan muchas preguntas, así como futuras líneas de estudio. Específicamente, algunas de ellas son:

- ¿Cómo evaluar la competencia de pensamiento crítico y su integración para la toma de decisiones en las actividades laborales de los profesionales de la salud, tanto en la fase inicial del proceso, como en las intermedias y final en su desempeño?
- ¿Cómo evaluar y medir su progresión y desarrollo?
- ¿Cuál es la forma más eficaz de trabajar el pensamiento crítico y su integración para la toma de decisiones en los profesionales de la salud y en los estudiantes de estas áreas?
- ¿Qué metodologías son las más adecuadas para trabajar el pensamiento crítico en el aula y en las instituciones de salud?
- ¿Cómo introducir estas metodologías en el aula y en las instituciones prestadoras de los servicios de salud?

Para terminar, investigaciones que aborden los planteamientos teóricos, metodológicos y de evaluación del pensamiento crítico en la integración para la toma de decisiones durante la práctica clínica, como se mencionó más arriba, serían pertinentes e importantes para el campo académico y disciplinar de la educación y la salud.

8. Bibliografía

Águila, E. (2014). *Habilidades y estrategias para el desarrollo del pensamiento crítico y creativo en alumnado de la Universidad de Sonora*. Tesis Doctoral, Universidad de Extremadura.

Aguilera, S. Zubizarreta, E. Castillo, M. (2005). “Estrategia para fomentar el pensamiento crítico en estudiantes de Licenciatura en Enfermería”. En: *Educación Médica Superior*, 19(4). Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000400005&lng=es&tlng=es.

Ander-Egg, E. (2001). *El trabajo en equipo*. Bogotá: Editorial Progreso.

Andréu, J. (2002). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Granada: Universidad de Granada

Amaya, J. (2010). *Toma de decisiones gerenciales. Métodos cuantitativos para la administración*. Bogotá: Eco ediciones.

Asociación Médica Mundial. (2006). *Declaración AMM sobre la educación médica*. Adoptada por la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica.

Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones*. Bogotá: Ed. Manual Moderno.

Blanco, H. E. (2011). *La escuela como reproductora de exclusión sociocultural: el caso de 12 comunidades educativas vulnerables de la ciudad de Chillán- Chile*. Valladolid: Universidad de Valladolid

Botero, Alejandro, et al. “Pensamiento crítico, metacognición y aspectos motivacionales: una educación de calidad”. En: *Poiésis*, [S.l.], n. 33, p. 85-103, oct. 2017. Disponible en:
<https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/2499/1916>

Boisvert J. (2004). *La formación del pensamiento crítico*. México: Fondo de cultura económica.

- Carr, W. (1999). *Una Teoría para la educación*. Madrid: Ediciones Morata.
- Carretero M. (2001). *Metacognición y educación*. Buenos Aires: Aique
- Cerullo, J.A.S.B. y Cruz, D.A.L.M. (2010). *Raciocínio clínico e pensamento crítico*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].
- Coruña, M, L.A. (2008). *La formación de la habilidad de toma de decisiones médicas mediante el método clínico en la carrera de Medicina*. Cienfuegos: Centro de Estudios de la Didáctica y Dirección de la Educación Superior. Universidad de Cienfuegos.
- Colombia, Congreso de Colombia. (1981). *Ley 23 del 18 de febrero 1981, Por la cual se dictan normas en materia de ética médica*. Recuperado de:
https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0023_81.pdf
- Colombia, Congreso de Colombia. (1999). *Ley 528 de 1999, Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones*. Recuperado de:
https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105013_archivo_pdf.pdf
- Cuesta, O. (2018- 2). *Seminario practicas docentes y aprendizaje reflexivo en el aula, notas de clase*. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Educación, Maestría en Educación.
- Domingo, A. (2011). *Niveles de reflexividad sobre la práctica docente. Niveles, Activadores y Pautas*. Recuperado de:
<https://practicareflexiva.pro/wpcontent/uploads/2011/05/Niveles-de-reflexividad-1-Cast.pdf>
- Eterovic Díaz, Claudia, & Stiepovich Bertoni, Jasna. (2010). “Enfermería Basada En La Evidencia Y Formación Profesional”. En: *Ciencia y enfermería*, 16(3), 9-14.
Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-9553201000030000>.
- Dewey, J. (2007). *Cómo pensamos. Nueva exposición de la relación entre pensamiento y proceso educativo*. Barcelona: Biblioteca Cognición y Desarrollo Humano. Editorial Paidós.

Durante, E. (2012). “La enseñanza en el ambiente clínico: principios y métodos”. En: *Revista de Docencia Universitaria*, 10(12), 149–175.

El Espectador. (2017) *Comisión de expertos propone 104 cambios a la educación médica en Colombia*. Publicado el 10 de septiembre del 2017. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/noticias/salud>

Ennis, R. H. (1987). “A taxonomy of critical thinking dispositions and abilities”. En: J. B. Barón, & R. J. Sternberg (Eds.), *Teaching Thinking Skills*, 9-26. New York: Freeman and Company.

Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana. (s/f). Modelo de Docencia e Investigación.

Facione, P., & Facione, N. (1992). *The California Critical Thinking Dispositions Inventory (CCTDI); and the CCTDI Test manual*. Millbrae, CA: The California Academic Press.

Facione, P. (2007) *Pensamiento crítico: ¿qué es y por qué es importante?* Trad. María Cecilia Bernat. Eduteka. Recuperado de: <http://eduteka.icesi.edu.co/pdfdir/PensamientoCriticoFacione.pdf>.

Falcó, P. (2009). *Enseñar estrategias de razonamiento y pensamiento crítico enfermero a los alumnos de grado: el qué y el cómo*. Universitat de Barcelona (Departament de’Infermeria Fonamenta i Médico – quirúrgica. EUI). [Annafalcob.edu](http://annafalcob.edu).

Fernández, M. Jiménez, L. Santamaría, J. Gómez, J. González, A. & Monsalvo, Enrique. (2015). *Conceptualización de la toma de decisiones en el cuidado: acercamiento desde la vacunación*. *Ene*, 9(3) <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000300012>

Garavito, A. (2013). *La formación integral de estudiantes de enfermería. Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 15(2), pp. 153-172. Recuperado a partir de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/7075>

Gil, J. (1994). *Análisis de datos cualitativos. Aplicaciones a la investigación educativa*. Barcelona: Promociones y publicaciones Universitarias, SA.

Glaser, E. (1941) *Experimento en el desarrollo del pensamiento crítico*. Teacher's College, Columbia University. The Foundation for Critical Thinking.

Halpern, D. (1998) *Teaching Critical Thinking for Transfer Across Domains Dispositions, Skills, Structure Training, and Metacognitive Monitoring*. American Psychologist. 53 (4), 449-455

Halpern, D. (2006). *Halpern critical thinking assessment using everyday situations: background and scoring standards (2º Report)*. Unpublished manuscript. Claremont, CA: Claremont McKenna College.

Hamuy, A y Varela, M. (2013). *La técnica de grupos focales. Investigación en educación medica Investigación*. Education medica vol.2 no.5 México. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Hernández, S, H. Fernández, C. y Baptista, M, P. (2011). *Metodología de la investigación (5º edición)*. México: McGraw-Hill/Interamericana editores SA

Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa (1. ed.)*. México, D.F.: ed. Trillas.

Medina, J. Jarauta, B. I, F. (2010). *La enseñanza reflexiva en la educación superior*. Cuadernos de docencia universitaria. Universitat de Barcelona Institut de Ciències de l'Educació. Barcelona. Ediciones OCTAEDRO.

MINSALUD, MINEDUCACION, 2017, *La Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia*, “DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN COLOMBIA”

MINSALUD, (2016), *Perfiles y competencias profesionales en salud, Perspectivas de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades*. “Anexo 1 - Guía N° 2. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA PARA LA DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES BÁSICAS EN SALUD. Aspectos normativos, conceptuales y metodológicos que orientan la descripción el perfil y las competencias profesionales en salud.” (p. 258- 259, 261-263).

Moreno IM, Siles J. *Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva*. Aquichan. 2014; 14 (4): 594-604. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.13

Limpan. M. (1997). *Pensamiento complejo y educación*. Madrid: Ediciones de la Torre

Lopera, A. (2014). “10 años de la ley 911 de 2004”. En: *Revista Avances de enfermería*, vol.32 no.2. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002014000200001

Olivares, S.L. y Lopez, M. V. (2017). “Validación de un instrumento para evaluar la autopercepción del pensamiento crítico en estudiantes de Medicina”. En: *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 19 (2), 67 -77. Recuperado de:

<https://doi.org/10.24320/redie.2017.19.2.848>

Patiño, R, J. F. (2004). “Medical professionalism”. En: *Revista Colombiana de Cirugía*, 19 (3), 146–152.

Paul, R. y Elder, L. (2001). *Paul-Elder Critical Thinking Framework*. Recuperado el 14/12/2017 de louisville.edu

Paul, R. y Elder R. (2003) *Una miniguía para el pensamiento crítico, conceptos y herramientas*. Fundación para el Pensamiento Crítico. Recuperado de:

<http://www.criticalthinking.org/resources/PDF/SP-ConceptsandTools.pdf>.

Paul, R., & Elder, L. (2005). *Estándares de competencia para el Pensamiento crítico. Estándares, Principios, Desempeño, Indicadores y Resultados. Con una Rúbrica Maestra en el Pensamiento Crítico*. Recuperado el, 20(3), 2015.

Pereira, P, Z. (2011). “Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta”. En: *Revista Electrónica Educare* Vol. XV, No 1, [15-29]. Centro de Investigación y Docencia en Educación. Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.

Perrenoud, P. (2007). *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar. Profesionalización y razón pedagógica*. París: Editorial Graó.

Pinilla, A. E. (2011). “Modelos Pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. Educación y Práctica de la Medicina”. En: *Acta Medica colombiana* 36 (4), 204-218

Polít, D. F. y Hungler, B. (2000). *Investigación Científica de la Salud*. (Sexta edic). México. McGraw-Hill, Interamericana editores, Ed.

Proyecto Tuning. (2007). *Reflexiones y perspectivas de la educación superior en América Latina*. (Publicaciones de la Universidad de Deusto, Ed.). RGM, S.A.

Rivas, S. y Saiz, C. (2012). “Validación y propiedades psicométricas de la prueba de pensamiento crítico PENCRISAL”. En: *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*. 17 (1), 18-34

Rodríguez, A. (2018). *Elementos Ontológicos del pensamiento crítico*. Manizales: Ediciones Universidad de Salamanca.

Rodríguez, M. Márquez, M. *Manejo de problemas y toma de decisiones*. México D.F. Editorial el Manual moderno S.A. de C.V.

Saiz, C. y Rivas, S. (2008). *Intervenir para transferir en pensamiento crítico. Conferencia internacional: Lógica, Argumentación y Pensamiento Crítico*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.

Saiz, C. y Rivas, S. (2012). “Validación y propiedades psicométricas de la prueba de pensamiento crítico PENCRISAL”. En: *Revista Electrónica de Metodología Aplicada* 2012, Vol. 17 n° 1, pp. 18-34.

Schon, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje de las profesiones. Temas de Educación*. Barcelona: Paidós. Ministerio de Educación.

Toro, M. A. (2010). “Consideraciones acerca de las cualidades del buen médico y del profesionalismo en medicina. Educación y Práctica de la Medicina”. En: *Acta Médica Colombiana* 36 (1), 45-50

Umpierrez, M. y Piovesan, S. "Pensamiento crítico y la formación de profesionales de la salud. Reflexiones docentes, Ensayos y Reflexiones". En: *Revista Uruguaya de Enfermería*, noviembre 2010, 5 (2): 58-64. Recuperado de:
<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/88/86>

Universidad de Deusto, & Universidad Groningen. (2007). *Informe Final - Proyecto Tuning - américa Latina 2004-2007. Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina*.

Villarini, J. (2003) *Teoría y Pedagogía del Pensamiento crítico. Perspectivas Psicológicas*. Recuperado el 9 de septiembre de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v3-4/v3-4a04.pdf>.

Virgüez, ¿Que es el pensamiento crítico de Richard Paul? Obtenida de: ciber bibliografía: [https://www.lifeder.com/pensamiento-critico-Ricchard - Paul](https://www.lifeder.com/pensamiento-critico-Ricchard-Paul).

W. Eva Kevin. *Lo que todo profesor necesita saber sobre el razonamiento clínico Lo que todo docente necesita saber sobre el razonamiento clínico*. En: *Educación Médica*, Volumen 8, Número 2, 2005, pp. 09-18 (10). Editor: Directorio de publicaciones de acceso abierto.

Zemelman, Hugo. (2005). *Voluntad de conocer: El sujeto y su pensamiento en el paradigma crítico*. México: Centro de investigaciones Humanísticas. Universidad Autónoma de Chiapas. Editorial Anthropos.

9. Anexos

Anexo 1. Entrevista semiestructurada.

1. ¿Qué habilidades y actitudes considera usted que forman parte del pensamiento crítico para la toma de decisiones en el contexto laboral de su disciplina?
2. ¿Para usted, que espacios fomentan el desarrollo de la habilidad de toma de decisiones durante la formación universitaria y en la práctica clínica?
3. Continua y permanentemente el ser humano está tomando decisiones ¿Qué aspectos tiene en cuenta para la toma de decisiones en su ejercicio profesional, lo hace igual en otros escenarios de la vida? Y ¿Cómo reflexiona frente a los resultados?
4. Las personas hablan del sentido común ¿Qué significado tiene para usted? forma parte de la toma de sus decisiones en el entorno de su ejercicio profesional?
5. ¿De qué manera el contexto social forma parte de la toma de sus decisiones? (paciente, familia y equipo de trabajo)
6. Es habitual que en la resolución de problemas nos encontremos con opiniones divergentes ¿cuál es su actitud frente a la diferencia para problematizar una situación y tomar una decisión?
7. Cuéntenos en que forma su experiencia, dentro del rigor de su disciplina, forma parte del proceso de la toma de decisiones.
8. ¿En la cotidianidad de su labor ¿Qué prácticas de trabajo o acciones (con el otro) considera relevantes para la solución de problemas?
9. Cuando se enfrenta a problemas complejos, en qué forma actúa ¿Qué hace?
10. Continuamente nos enfrentamos a la toma de decisiones, unas más difíciles que otras. ¿Considera Ud. que el pensamiento crítico opera siempre, o en algunos casos frente a esta toma de decisiones? Explique.

Anexo 2. Matriz de Observación de Campo.

CRITERIO	Observación:			
	Fecha: Código: Disciplina: Lugar: Práctica:			
1. Síntomas de pensamiento crítico	SI	NO	NA	Comentario:
Demuestra seguridad y autonomía en la toma de decisiones				
Denota curiosidad(inquisitiva)				
Disposición y entusiasmo para realizar la tarea que le corresponde				
Demuestra responsabilidad				
2. Reflexión sobre la acción y en la acción Autocrítica y auto regulación (acepta y corrige el error, autocontrol, monitoreo autoconsciente de la actividad cognitiva)				
3.Comunicación reflexiva: Es amable (afable, complaciente, afectuoso) con el paciente, familia y equipo de trabajo.				
Brinda información clara y adecuada al paciente/ familia, se preocupa por que esta sea comprendida (gráficos - dibujos)				
Con el equipo de trabajo: Cuando se toman decisiones con su equipo de trabajo lo hace de manera amable.				
Fomenta el dialogo y el debate con los integrantes de su equipo de trabajo.				
Escucha opiniones divergentes				
4.Problematización de la práctica Identifica el problema, indaga, analiza y cuestiona al tomar decisiones				
Hace uso del sentido común o impulsividad				
Persiste en tareas complejas				

Anexo 3. Matriz de Revisión Documental.

Disciplina/ universidad/ práctica clínica/ semestre	Objetivos de aprendizaje	Estrategias pedagógicas	Evaluación