UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN DEL PENSAMIENTO REFLEXIVO Y TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS EN ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA NEONATAL

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(CIENCIAS DE LA SALUD)

PRESENTA:

KAREN VIANEY SERRANO MADRID

TUTOR DRA. YARISBETH QUEZADA RAMÍREZ

CO TUTOR MTRA. ZOILA LEÓN MORENO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Ciudad de México. 2025

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos.

A la UNAM por ser el camino en toda mi formación académica. Sangre azul y piel dorada.

Al CONAHCYT por su apoyo inconmensurable para favorecer e impulsar la educación e investigación en Enfermería, el cual está reflejado en este trabajo.

Al Programa de Maestría y Doctorado en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Obstetricia por permitirme continuar progresando en esta virtuosa y valiosa profesión.

A mi tutora Dra. Yarisbeth Quezada Ramírez por todo su apoyo, comprensión, orientación, paciencia y palabras durante este tiempo. Gracias por ser un ejemplo para mí como profesional y como persona.

A mi cotutora Mtra. Zoila León Moreno por su participación y apoyo en mi formación. Gracias por ser una guía a lo largo de este trabajo.

Al Jurado por sus valiosas aportaciones e invaluable tiempo para esta investigación.

Al Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” por favorecer la investigación de Enfermería con este trabajo, con número de registro: 2024-1-57.

Dedicatoria.

A mi mamá por ser ejemplo de superación y de vida. Sin tu apoyo incondicional y existencia no sería posible.

A mi papá por apoyarme en todo, ser ejemplo de trabajo arduo e impulsarme siempre a seguir estudiando.

A mi abue Berna, por estar siempre pendiente de mí a tus 93 años.

A mi abue Vicky, para ti hasta donde estés…

A Josimar por acompañarme, ser mi pilar en este camino y apoyarme ante los obstáculos; sin tu invaluable ayuda no sería posible. Gracias.

A Dios por la oportunidad de todo.

A Pinole, gracias por desvelarte a mi lado, sigues acompañándome dentro de mi corazón. Este esfuerzo es por y para ti.

A mis compañeras, colegas, amigos y autoridades del trabajo, por la motivación constante, apoyo y participación para culminar este posgrado.

Índice

I. Introducción 1
1.1 Planteamiento del problema 3
1.2 Importancia del estudio 6
1.3 Objetivos 8
1.3.1 Objetivo general 8
1.3.2 Objetivos específicos 8
II. Marco teórico 9
2.1 Marco teórico 9
2.1.1 Modelo de novato a experto 9
2.1.2 Pensamiento reflexivo 14
2.1.3 Toma de decisiones clínicas 18
2.2 Estado del arte 20
III. Material y métodos 25
3.1 Tipo de estudio y diseño 25
3.2 Población y muestra 25
3.3 Variables de estudio 25
3.4 Hipótesis 32
3.5 Procedimientos 32
3.5.1 Para la recolección de datos 32
3.5.2 Para el análisis de datos 32
3.6 Instrumento de medición 35
3.6.1 Confiabilidad y validez 35
3.6.2 Aspectos éticos 37
IV. Resultados 39
4.1 Caracterización de la muestra 39
4.2 Resultados estadística descriptiva 42
4.2.1 Pensamiento reflexivo 42
4.2.2 Toma de decisiones clínicas 45
4.3 Resultados estadística inferencial 48

4.3.1 Pruebas de normalidad……..…48
4.3.2 Nivel de PR, modelo de TDC y variables asociadas……..…49
4.3.3 Prueba de hipótesis……51
V. Discusión y conclusiones 52
5.1 Interpretación y discusión de resultados 52
5.2 Conclusiones 56
5.1 Recomendaciones 57
VI. Referencias bibliográficas 58
VII. Anexos.....64
7.1 Consentimiento informado 65
7.2 Cédula de datos sociodemográficos 66
7.3 Instrumento Pensamiento reflexivo.....67
7.4 Instrumento Toma de decisiones clínicas 68
7.5 Carta de aprobación Comités de investigación, ética y bioseguridad……69
VIII. Índice de figuras
8.1 Figura 1. Características de TDC desde el Modelo de novato a experto……..13
IX. Índice de tablas
9.1 Tabla 1. Operacionalización de variables……..……..26
9.2 Tabla 2. Pruebas estadísticas y nivel de medición para objetivo e hipótesis…34
9.3 Tabla 3. Características sociodemográficas……40
9.4 Tabla 4. Nivel de pensamiento reflexivo……42
9.5 Tabla 5. Nivel de pensamiento reflexivo por variable sociodemográfica……43
9.6 Tabla 6. Toma de decisiones clínicas y variables sociodemográficas……..…46
9.7 Tabla 7. Pruebas de normalidad……48
9.8 Tabla 8. Correlación entre el nivel de PR y modelo de TDC……49
9.9 Tabla 9. Correlación entre el nivel de PR y modelo de TDC y variables sociodemográficas……..50
X. Índice de gráficas
10.1 Gráfica 1. Insumos médicos y carga laboral percibida……..41
10.2 Gráfica 2. Toma de decisiones clínicas……..……..45

Resumen.

Introducción. Los profesionales de enfermería neonatal enfrentan escenarios complejos del cuidado para brindar atención integral a la persona recién nacida, aplicando tecnologías e implementando cuidados fundamentales y especializados. Por ello requieren desarrollar habilidades cognitivas como el pensamiento reflexivo (PR) y la toma de decisiones clínicas (TDC).

Objetivo. Evaluar el nivel de pensamiento reflexivo y el modelo de toma de decisiones clínicas en los especialistas en enfermería neonatal (EEN).

Metodología. Estudio cuantitativo, transversal y correlacional. La muestra se conformó por 63 EEN que se encontraban laborando en áreas de atención neonatal de una institución de tercer nivel de atención. Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos y dos instrumentos: 1) "Pensamiento reflexivo" (Tutticci, Lewis & Coyer, 2016), que evalúa cuatro niveles de reflexión: acción habitual, comprensión, reflexión y reflexión crítica a través de 15 ítems medidos con una escala Likert; 2) "Toma de decisiones" (Lauri & Salanterä, 2002), que evalúa el modelo subyacente intuitivo o analítico por medio de 24 ítems con una escala Likert. El análisis de datos se realizó en el programa SPSS versión 25. Se aplicaron pruebas de estadística descriptiva (medidas de tendencia central y de dispersión) e inferencial de correlación (Spearman).

Resultados discusión. Del total de la muestra el 98.4% (*n*= 62) fueron mujeres, con una media de edad de 40.27 años (*DE*= 8.57), experiencia laboral general de 16.23 años (*DE*= 9.51) y experiencia especializada de 6.83 años (*DE*= 3.98). El nivel de PR que predominó fue el de reflexión (*M*= 87.30, *DE*= 11.48), seguido de reflexión crítica (*M*= 84.03, *DE*= 12.98), comprensión (*M*= 81.05, *DE*= 11.16) y acción habitual (*M*= 42.56, *DE*= 21.38). La media de TDC fue 54.18 (*DE*= 4.11, *Me*= *54.17*), predominó el modelo analítico-intuitivo 71.4% (*n*= 45), seguido del modelo intuitivo 25.4% (*n*= 16) y en menor proporción el analítico 3.2% (*n*= 2).

El modelo TDC presentó una asociación positiva con reflexión (r_s= .325, *p*= .009) y reflexión crítica (r_s= .353, *p*= .005), es decir, que a mayor puntuación de TDC, se presenta un modelo más intuitivo y un nivel de reflexión más profundo. Lo anterior

coincide parcialmente con lo planteado por Benner cuando señala que a mayor experiencia predomina un modelo de TDC más intuitivo.
Conclusiones. El modelo de TDC de los EEN es de analítico-intuitivo a intuitivo y aunque predominó el PR de los dos niveles más deseables, la media del nivel comprensión también fue alta. Es necesario profundizar en el análisis de las variables asociadas al desarrollo de habilidades cognitivas de los especialistas.

Palabras clave: enfermería neonatal; personal de enfermería especialista; toma de decisiones clínicas; pensamiento; pensamiento reflexivo.

Abstract.

Introduction. Neonatal nursing professionals face complex care scenarios to provide comprehensive care to the newborn person, applying technologies and implementing fundamental and specialized care. Therefore, they need to develop cognitive skills such as reflective thinking (RT) and clinical decision making (CDM).

Objective. To assess the level of reflective thinking and clinical decision-making model in neonatal nurse specialists (NNS).

Methodology. Quantitative, cross-sectional, correlational study. The sample consisted of 63 NNS working in neonatal care areas of a tertiary care institution. A sociodemographic data questionnaire and two instruments were applied: 1) “Reflective thinking” (Tutticci, Lewis & Coyer, 2016), which evaluates four levels of reflection: habitual action, comprehension, reflection and critical reflection through 15 items measured with a Likert scale; 2) “Decision-making” (Lauri & Salanterä, 2002), which evaluates the underlying intuitive or analytical model through 24 items with a Likert scale. Data analysis was performed in SPSS version 25. Descriptive statistics (measures of central tendency and dispersion) and inferential correlation tests (Spearman) were applied.

Results and discussion. Of the total sample, 98.4% (*n*= 62) were women, with a mean age of 40.27 years (*SD*= 8.57), general work experience of 16.23 years (*SD*= 9.51) and specialized experience of 6.83 years (*SD*= 3.98). The predominant RT level was reflection (*M*= 87.30, *SD*= 11.48), followed by critical reflection (*M*= 84.03, *SD*= 12.98), comprehension (*M*= 81.05, *SD*= 11.16) and habitual action (*M*= 42.56, *SD*= 21.38). The mean of CDM was 54.18 (*SD*= 4.11, *Me*= 54.17), the analytical-intuitive model predominated 71.4% (*n*= 45), followed by the intuitive model 25.4% (*n*= 16) and in smaller proportion the analytical 3.2% (*n*= 2).

The CDM model presented a positive association with reflection (r_s= .325, *p*= .009) and critical reflection (r_s= .353, *p*= .005), that is, the higher the CDM score, the more intuitive the model and the deeper the level of reflection. This partially coincides with Benner's statement that the greater the experience, the more intuitive the model, the more intuitive the model.

Conclusions. The CDM model of the NNS ranges from analytical-intuitive to intuitive, and although the RT of the two most desirable levels predominated, the mean of the comprehension level was also high. It is necessary to deepen the analysis of the variables associated with the development of cognitive skills of the specialists.

Keywords: neonatal nursing; specialist nurses; clinical decision making; thinking; reflective thinking.

Resumo.

Introdução. Os enfermeiros neonatais enfrentam cenários de cuidados complexos para prestar cuidados abrangentes ao recém-nascido, aplicando tecnologias e implementando cuidados fundamentais e especializados. Por conseguinte, necessitam de desenvolver competências cognitivas como o pensamento reflexivo (PR) e a tomada de decisão clínica (TDC).

Objetivo. Avaliar o nível de pensamento reflexivo e o modelo de tomada de decisão clínica em enfermeiros especialistas em neonatologia (EEN).

Metodologia. Estudo quantitativo, transversal e correlacional. A amostra foi constituída por 63 EEN que trabalham em áreas de cuidados neonatais de uma instituição de cuidados terciários. Foi aplicado um questionário de dados sociodemográficos e dois instrumentos: 1) "Pensamento reflexivo" (Tutticci, Lewis & Coyer, 2016), que avalia quatro níveis de reflexão: ação habitual, compreensão, reflexão e reflexão crítica através de 15 itens medidos com uma escala de Likert; 2) "Tomada de decisão" (Lauri & Salanterä, 2002), que avalia o modelo intuitivo ou analítico subjacente através de 24 itens com uma escala de Likert. A análise dos dados foi efectuada no SPSS versão 25. Foram aplicadas estatísticas descritivas (medidas de tendência central e de dispersão) e testes de correlação inferencial (Spearman).

Resultados e discussão. Do total da amostra 98,4% (*n*= 62) eram mulheres, com uma média de idades de 40,27 anos (*DP*= 8,57), experiência profissional geral de 16,23 anos (*DP*= 9,51) e experiência especializada de 6,83 anos (*DP*= 3,98). O nível de PR predominante foi a reflexão (*M*= 87,30, DP= 11,48), seguido da reflexão crítica (*M*= 84,03, *DP*= 12,98), da compreensão (*M*= 81,05, *DP*= 11,16) e da ação habitual (*M*= 42,56, *DP*= 21,38). A média do TDC foi de 54,18 (*DP*= 4,11, *Me*= 54,17), predominando o modelo analítico-intuitivo 71,4% (*n*= 45), seguido do modelo intuitivo 25,4% (*n*= 16) e em menor escala o modelo analítico 3,2% (*n*= 2).

O modelo TDC apresentou uma associação positiva com a reflexão (r_s= .325, *p*= .009) e com a reflexão crítica (r_s= .353, *p*= .005), ou seja, quanto mais elevado for o resultado do TDC, mais intuitivo é o modelo e mais profundo é o nível de reflexão.

Este facto coincide parcialmente com a afirmação de Benner de que quanto maior for a experiência, mais intuitivo é o modelo, mais intuitivo é o modelo.
Conclusões. O modelo de TDC das EEN varia entre analítico-intuitivo e intuitivo e, embora tenha predominado a PR dos dois níveis mais desejáveis, a média do nível de compreensão também foi elevada. É necessária uma análise mais aprofundada das variáveis associadas ao desenvolvimento das competências cognitivas dos especialistas.

Palavras-chave: enfermagem neonatal; enfermeiros especialistas; tomada de decisões clínicas; pensamento; pensamento reflexivo.

I. Introducción.

Los profesionales de enfermería neonatal enfrentan escenarios complejos para brindar atención integral a la persona recién nacida, aplicando tecnologías e implementando cuidados especializados que impactarán en la morbilidad y mortalidad infantil, ya que la mayor incidencia ocurre en el primer mes de vida. Por ello, estos profesionales requieren desarrollar habilidades cognitivas como el pensamiento reflexivo y la toma de decisiones clínicas para realizar una práctica de calidad con alto sentido de responsabilidad social, ética y profesional.

Dependiendo del nivel de profundidad del pensamiento reflexivo los enfermeros especialistas neonatales pueden brindar cuidados desde una acción habitual caracterizado por acciones automáticas y con poco pensamiento consciente, hasta un nivel de reflexión crítica en el que se toma conciencia de su actuar profesional. La capacidad de reflexionar y tomar decisiones es esencial para el desarrollo de la pericia clínica de un profesional, ya que favorecen su progreso y se modifican a través de habilidades propias, que se desarrollan de forma continua y a largo plazo en cinco niveles de novato hasta llegar a experto.

El conocimiento profesional se caracteriza por su profundización en un campo y dominio, pero su aplicación en entornos reales del cuidado requiere además del desarrollo y evaluación de los saberes a través del pensamiento reflexivo en vinculación con la toma de decisiones clínicas. En este proceso los datos se recopilan, interpretan y evalúan para seleccionar la opción adecuada entre diferentes alternativas de acción con el propósito de alcanzar los resultados previstos y eludir los no deseados, siendo condicionado por múltiples factores que interactúan, influyendo en la decisión final de acuerdo con el grado de complejidad, posibles resultados y consecuencias.

Derivado de lo anterior, estos niveles y modelos cognitivos son diferentes en profesionales de enfermería novatos que en los expertos. A nivel nacional el pensamiento reflexivo y la toma de decisiones clínicas han sido analizadas en estudiantes, sin embargo, no así en los profesionales que se encuentran insertos en

los contextos reales del cuidado. Asimismo, se conoce poco sobre las variables asociadas a su desarrollo. Por ello fue fundamental estudiar estas variables en la población mexicana.

En el caso particular de este trabajo, se estudió el nivel de pensamiento reflexivo, el modelo que subyace a la toma de decisiones clínicas y las variables asociadas en especialistas neonatales que laboran en una institución de salud de tercer nivel de atención. De esta manera el estudio busca contribuir a la enfermería al identificar el nivel de estos procesos cognitivos superiores, lo que puede ayudar al conocimiento de variables que permitan avanzar al diseño de intervenciones educativas que promuevan y consoliden el pensamiento reflexivo y la toma de decisiones como una competencia esencial para mejorar la calidad del cuidado especializado, la autonomía profesional y la seguridad del paciente desde la praxis del profesional de posgrado.

1.1 Planteamiento del problema.

El cuidado de enfermería demanda habilidades cognitivas del profesional para tomar decisiones clínicas en los contextos reales, los cuales se caracterizan por estar plenos de incertidumbre. A la vez, el desempeño puede verse determinado por el modelo de pensamiento que sustenta su actuar, desde el cual comprende a la persona y al ambiente en el que se desenvuelve; por lo tanto, las implicaciones de sus habilidades cognitivas tienen un alcance en el estado de salud de la persona que cuida.

El impacto de los Enfermeros Especialistas Neonatales (EEN) es fundamental para incidir en la morbilidad y mortalidad infantil, ya que la mayor frecuencia de muertes infantiles ocurre en el primer mes de vida. Si bien, la morbimortalidad infantil ha disminuido a razón de mejoras en la educación parental, disponibilidad de servicios básicos domiciliarios, nutrición adecuada y acceso a vacunas, la atención sanitaria actual no es suficiente [1]. Por ello, es necesario que a través del cuidado del recién nacido se trabaje para reducir los factores de mortalidad neonatal y perinatal, debido a que existe evidencia de las consecuencias inmediatas y mediatas que repercuten en el desarrollo de la vida [2].

Lo anterior concuerda con los lineamientos internacionales para la atención propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que señalan se debe asegurar la atención de calidad, adaptada a las necesidades y expectativas de desarrollo del profesional de salud [3, 4]. Es por ello que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso en el año 2016 el Plan de acción ENAP *(Every Newborn Action Plan*) el cual plantea directrices sobre cómo mejorar la salud del recién nacido y prevenir las muertes fetales hasta el año 2035 [5-7]. En conjunción, en México se desarrolló el Programa Sectorial del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, el cual plantea un sistema universal que contribuya al desarrollo del ser humano mediante la promoción y acceso a servicios de salud que satisfagan las necesidades poblacionales; para ello, es necesario fortalecer la capacitación y profesionalización de los servidores públicos [8, 9].

Retomando lo anterior, se espera que el profesional de enfermería en el nivel de especialidad base su praxis en conocimiento avanzado y considerando la influencia de los aspectos biológicos-sociales-culturales del contexto, para lograrlo, debe desarrollar procesos mentales superiores [10] como la toma de decisiones y la reflexión. Sin embargo, es reconocido que su desarrollo continúa siendo un reto dentro de entornos de aprendizaje clínicos complejos. Por ello, es necesaria una enseñanza que enfrente las disyuntivas para alcanzar habilidades y competencias esenciales para el cuidado de calidad y el desarrollo profesional. El desarrollo pleno de estas habilidades, permitirá avanzar a la solución de problemas reales y evitará la racionalidad técnica que favorece el cuidado rutinario y no permite responder a las zonas indeterminadas de la práctica [11-15].

Por lo anterior, se ha retomado la propuesta de la práctica reflexiva como una forma de responder al actuar rutinario del cuidado que sucede en contextos complejos. Dependiendo del nivel de profundidad del pensamiento reflexivo de los EEN, pueden brindar cuidados desde una acción habitual caracterizada por acciones automáticas y con poco pensamiento consciente, hasta un nivel de reflexión crítica en el que se toma conciencia de su actuar profesional [16, 17].

En cuanto a la toma de decisiones clínicas, se trata de un proceso complejo en el que se recopilan, interpretan y evalúan los datos para seleccionar la opción adecuada [18-21]. Se toman en cuenta diferentes alternativas de solución, grados de complejidad, resultados posibles y consecuencias entre las que se debe elegir; a este proceso le subyace un modelo que puede ser analítico cuando es más estructurado, lento y con percepción parcial de una situación, más característico de un enfermero novato; en contraste, desde un modelo intuitivo más asociado a un enfermero experto, la toma de decisiones se caracteriza por ser rápida, simultánea e integral [22]. Las decisiones clínicas a su vez pueden estar influenciadas por factores como el estrés, la experiencia, el nivel educativo, creencias, valores personales, rol, el nivel de nombramiento, edad y áreas de práctica, así como por las particularidades del contexto como la urgencia, el tiempo, información disponible, etc. [23]. Aunado a lo anterior, los avances de la tecnología han aumentado la complejidad en la toma de

decisiones clínicas de las enfermeras que se encuentran al cuidado de pacientes gravemente enfermos dentro de las áreas críticas. Los entornos son estresantes, demandantes y con falta de recursos por lo que las decisiones deben ser tomadas con rapidez y precisión como mejor opción clínica para evitar que el estado de salud se deteriore [24].

A nivel nacional el nivel de pensamiento reflexivo y el modelo de toma de decisiones clínicas no han sido estudiados en esta población, por otro lado, a nivel internacional se conoce poco sobre las variables asociadas a su desarrollo. Por ello es fundamental estudiar estas variables en la población mexicana. A razón de que existe el vacío del conocimiento surge la siguiente pregunta: ¿Cuál es el nivel de pensamiento reflexivo y el modelo de toma de decisiones clínicas de los especialistas en enfermería neonatal?

1.2 Importancia del estudio.

A nivel mundial anualmente nacen 13.4 millones de neonatos prematuros, lo que es equivalente a más de 1 de cada 10 nacimientos, por lo que su tasa de natalidad oscila entre el 4-16%, aproximadamente 1 millón fallece debido a complicaciones propias de la prematurez siendo la principal causa de mortalidad infantil [2]; sobreviven 1.3 millones los cuales presentan a largo plazo discapacidades cognitivas, afectando su calidad de vida y la situación socioeconómica familiar [4, 5]. En México [25] se registraron 1,820,888 nacimientos, la tasa corresponde a 52.2 por cada 1,000 mujeres en edad fértil, por lo que es imprescindible la atención interprofesional para brindar una atención integral a esta población.

La calidad y atención no especializada es responsable del 61% de las muertes neonatales y de la mitad de las muertes maternas. A ello se suma la disponibilidad de fármacos y artículos básicos, ejecución adecuada de las intervenciones clínicas, infraestructura y suministros idóneos para garantizar la prevención y el control de las infecciones, profesionales competentes y motivados, así como la documentación fundamentada y el uso de la información. Aunado a esta estructura de calidad, las muertes pueden prevenirse con intervenciones disponibles que son costo-eficaces y provistas a través de la atención de personal sanitario especializado [2, 4].

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO) y la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) recomiendan que las Instituciones de Educación Superior (IES) formen profesionales con un currículo académico para el cuidado formal y de competencias innovadoras [26, 27]. A nivel nacional la Comisión Interinstitucional de Enfermería [9] propuso un perfil académico profesional que comprende cinco niveles de dominio disciplinar, los cuales responden a un grado de competencias específicas para el ejercicio laboral. En el nivel cinco se ubica la Enfermera Especialista la cual tiene injerencia dentro de un área específica de práctica profesional, aplicando intervenciones basadas en el proceso lógico y reflexivo, así como en el conocimiento técnico-científico y humanístico que incrementen la calidad del cuidado.

El Posgrado en el nivel de especialización de Enfermería del Neonato aborda la atención de necesidades sociales, favorece el crecimiento disciplinar al desarrollar habilidades y conocimientos para otorgar cuidado especializado de alta calidad [28, 29]. La atención de los EEN abarca desde el nacimiento hasta los 28 días de vida aplicando tecnologías, profundizando en cuidados fundamentales y especializados, desarrolla capacidades de criterio clínico y habilidad práctica de calidad con alto sentido de responsabilidad social, ética y profesional en un ambiente disciplinario y con la participación familiar [29, 30]. El hospital de tercer nivel donde se aplicó el estudio es referente en la formación de enfermería especializada para la salud materna, perinatal y neonatal, este nivel académico se refleja en el avance del nivel educativo en vinculación con universidades, lo cual incide en las áreas de oportunidad y mejoras del cuidado [31].

Es necesario estudiar el pensamiento reflexivo y la toma de decisiones del enfermero especialista neonatal para conocer los modelos de pensamiento que sustentan su práctica profesional, ello a la vez permitirá analizar si coincide con el perfil de egreso declarado en el programa de estudio. Lo anterior también ha sido una oportunidad para identificar factores asociados a la toma de decisiones que realizan estos profesionales en entornos clínicos reales que se caracterizan por el desarrollo de las capacidades de análisis, juicio y criterio clínico, así como de habilidades prácticas de calidad. De esta manera, el presente trabajo de investigación puede coadyuvar a entender cómo los profesionales de enfermería especializada neonatal toman decisiones clínicas en entornos reales de cuidado, contribuyendo en vinculación con una institución de salud al fortalecimiento entre la formación académica y la práctica clínica, así como al conocimiento, participación activa y producción científica de Enfermería [32].

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo general.

Evaluar el nivel de pensamiento reflexivo y el modelo de toma de decisiones clínicas en los especialistas en enfermería neonatal.

1.3.2 Objetivos específicos.

- Examinar la relación entre el nivel de pensamiento reflexivo y el modelo de toma de decisiones clínicas en los especialistas en enfermería neonatal.
- Identificar variables asociadas al nivel de pensamiento reflexivo y el modelo de toma de decisiones clínicas en los especialistas en enfermería neonatal.

II. Marco teórico.

2.1 Marco teórico.

2.1.1 Modelo de novato a experto.

Dreyfus [33] refiere cómo se adquieren las habilidades, la experiencia práctica y concreta en el alumno a partir del entorno en donde se contextualiza adquiriendo habilidades por medio de un instructor y de la experiencia propia, las cuales se desarrollan en cinco etapas en donde su dependencia de principios teóricos disminuye y aumenta paulatinamente su confianza en la experiencia práctica. Este proceso se origina en situaciones nuevas o aquellas que requieren decisiones constantes y se recurre al procesamiento controlado, el cual permite actuar con precisión, aunque de forma más lenta.

A medida que las situaciones se vuelven cotidianas y repetitivas, se desarrolla el procesamiento automático; disminuyendo la necesidad de atención, facilita la realización simultánea de otras tareas controladas y mejora el rendimiento general. Por otro lado, cuando una actividad puede explicarse mediante una serie de operaciones formales y de un problema concreto y cotidiano, el rendimiento de la persona mejora considerablemente si se presenta de forma concreta y vinculada a su experiencia previa; esto es una característica clave del comportamiento inteligente humano; es decir, si la experiencia práctica es necesaria y suficiente para adquirir habilidades, se podría prescindir de explicaciones formales centradas en el procesamiento de la información y, en su lugar, considerar enfoques neurológicos como explicaciones alternativas del comportamiento experto.

A partir de ello, Benner [34] en *From novice to expert* explica cómo los profesionales de enfermería responden en situaciones de la práctica, donde los contextos se caracterizan por la complejidad del estado de salud de los pacientes, el tiempo de hospitalización, el avance tecnológico y la especialización de la atención han incrementado la necesidad de enfermeras altamente experimentadas; donde su desarrollo profesional es continuo y a largo plazo y se va modificando a través de

competencias propias de ser novel hasta la expertiz [35, 36]. Estas se desarrollan en 5 niveles:

I. Novato: No ha tenido ninguna experiencia de la situación en la que se espera que actúe, por lo que, para adquirirla y desarrollar sus habilidades, se basa en reglas que guíen su actuación, aprende acerca de las situaciones en términos de atributos objetivos y sin contexto que puede reconocer sin experiencia situacional, aún no distingue lo relevante. Puede ser un estudiante de enfermería o una enfermera experta de un área determinada que se enfrenta a una nueva situación o un área desconocida.

II. Principiante avanzado: Puede demostrar un rendimiento aceptable pues ha afrontado suficientes situaciones clínicas reales como para notar por sí mismos o a través de un tutor que le señale los componentes recurrentes significativos de una situación, los cuales aún considera igualmente importantes sin establecer prioridades. Puede ser una enfermera recién graduada.

III. Competente: Establece su plan de acción de forma concisa, abstracta y analítica del problema, con objetivos a largo plazo tomando en cuenta los aspectos importantes y los que puede ignorar, es capaz de gestionar y organizarse en múltiples actividades clínicas. Su planificación alcanza un nivel de eficacia a través de las simulaciones de toma de decisiones. La coherencia, previsión y gestión del tiempo aumentan la eficiencia, la atención está centrada en la organización de las actividades en lugar de las necesidades del paciente.

IV. Eficiente: Percibe las situaciones como un todo y no en términos de aspectos, su desempeño se guía por máximas. Aprende mediante casos agravantes donde su capacidad para comprender la situación debe desarrollarse, su percepción y comprensión holística se presenta en función de la experiencia y los acontecimientos recientes, reconoce qué eventos se presentan en una situación determinada y cómo deben modificarse los planes en respuesta; así mismo identifica cuando no se presenta lo esperado en una situación; se encuentra más implicada con el paciente y su familia. Esta comprensión mejora la toma de decisiones de forma analítica a la

intuitiva al considerar menos opciones y concentrarse en una región precisa del problema. La magnitud e importancia de este cambio del pensamiento analítico a la respuesta intuitiva es evidente para quien haya tenido la experiencia de reflexionar sobre lo que está haciendo y de su rendimiento, así como comprender que está controlando un mecanismo complicado.

V. Experto: No depende de un principio analítico como las normas o reglas para comprender una situación con una acción apropiada, sino que cuenta con una profunda comprensión intuitiva de la situación y se centra en la región exacta del problema sin desperdiciar la consideración de una gama de posibles situaciones problemáticas, así como de capacidad analítica en situaciones nuevas o novedosas; éstas son necesarias cuando el experto se equivoca al tomar o entender la situación y descubre que los acontecimientos y comportamientos no se producen según lo esperado. Así mismo, al paciente lo conoce como persona, conocer sus necesidades implica una negociación en el plan de cuidados.

Existen dos teorías divergentes sobre la definición de intuición y su aplicación en la toma de decisiones, la primera es la Teoría del Continuo cognitivo de Hammond [37] la cual postula que el desconocimiento del contenido de la tarea es un factor que propicia el uso de la intuición, en donde el experto emplea diversos modos cognitivos y, en función de la tarea que deba realizar, la intuición puede resultar imprecisa ya que debe reflexionar y tomar decisiones. La segunda teoría perteneciente a Dreyfus [33] plantea que el novato sólo puede ejecutar una tarea mediante un enfoque analítico y sistemático a diferencia del experto pues estos suelen abordar las tareas mediante una cognición predominantemente intuitiva, respaldada por la experiencia adquirida. Ambas teorías proporcionan una explicación integral sobre las variaciones en los procesos cognitivos, en función tanto de la naturaleza de la tarea como del nivel de experiencia del individuo, lo cual resulta particularmente relevante en campos de atención sanitaria [38].

Por lo tanto, los educadores deben considerar en todo momento la etapa de aprendizaje en la que se encuentra el alumno [33], pues es fundamental para guiarlo

adecuadamente hacia el siguiente nivel y evitar el uso de apoyos excesivamente complejos que, si bien optimizan el desempeño en una fase específica también podrían dificultar el avance a etapas superiores o provocar un retroceso a niveles anteriores.

Figura 1. Características de la toma de decisiones clínicas desde el Modelo de novato a experto

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia [34].

2.1.2 Pensamiento reflexivo.

Para este estudio el referente teórico de pensamiento reflexivo será a través de la propuesta de Shön [16, 17, 39] y Mezirrow [40-42]. El Practicum reflexivo es una de las teorías más representativas en el campo del conocimiento profesional [16], incluye el arte profesional y los procesos intuitivos [43] es empleado en la formación de recursos en salud. Afirma que para que una profesión sea especializada debe basarse en 1) el campo sustantivo del conocimiento que el especialista domina y 2) la técnica de producción y aplicación del conocimiento que el especialista domina, es decir, el conocimiento profesional se caracteriza por su profundización en un campo y dominio, pero su aplicación en entornos reales del cuidado requiere de un desarrollo y evaluación a través de modelos de pensamiento.

El pensamiento reflexivo es el conocimiento que surge de la acción inmediata, su desarrollo es necesario en los profesionales de enfermería para responder a las zonas indeterminadas de la práctica. Para llevar a cabo una práctica reflexiva se debe partir del conocimiento en la acción, de la reflexión en la acción y de la reflexión sobre la reflexión en la acción, que permitan integrar el saber teórico y el saber práctico [39, 44].

La capacidad de reflexionar es esencial para el desarrollo de las competencias clínicas ya que ayuda al progreso de estas desde un principiante hasta llegar a experto [34, 45]. El conocimiento profesional se caracteriza por su profundización en un campo y dominio, pero su aplicación en entornos reales del cuidado requiere de un desarrollo y evaluación a través de modelos de pensamiento [46] y aplicar conocimientos basados en la investigación para resolver problemas en la práctica profesional [39, 43]. Se expresa en diferentes niveles de profundidad [40], los cuales son:

I. Acción habitual: Es el aprendizaje previo mediante el cual la frecuencia se convierte en una actividad automática o con poca conciencia de pensamiento, se ha experimentado habitualmente un determinado tipo de problema y la respuesta ello se convierte en un acto rutinario. Es el “conocimiento en acción”.

II. Comprensión: Es el entendimiento sin relacionar o valorarlo con otras situaciones, el aprendizaje académico conlleva entender un concepto preexistente sin reflexionar sobre su significado. Es la “acción reflexiva”.

III. Reflexión: Implica la crítica sobre el proceso de resolución de problemas, se examina internamente un tema de interés desencadenado por una experiencia, su significado se crea a través de uno mismo y genera un cambio de perspectiva conceptual, denominado "aprendizaje reflexivo".

IV. Reflexión crítica: Es el nivel superior de pensamiento reflexivo en el que se transforma el significado y perspectiva en el que influyen las creencias y valores asimilados del entorno. Se toma conciencia de por qué se percibe, piensa, siente y actúa la persona de la forma en la que lo hace [40, 46].

La reflexión desempeña un papel fundamental en el aprendizaje intencional [12], puesto que no sólo facilita la reinterpretación y aplicación del conocimiento, sino que también es esencial para validar lo aprendido. Aunque la investigación sobre el aprendizaje se ha centrado mayormente en la resolución de problemas y en procesos, existe desinterés en la reflexión; esto es problemático, ya que, sin un proceso reflexivo, el aprendizaje apunta en la acumulación de información, sin una verdadera comprensión crítica, limitando el potencial del aprendizaje y reducir su impacto en la resolución efectiva de problemas. Por ello, es indispensable reconocer y valorar su rol en la construcción de un conocimiento sólido y significativo [40].

La reflexión en acción [39] permite a los profesionales abordar situaciones caracterizadas por incertidumbre, inestabilidad y conflictos de valores, en donde recurren a la memoria del conocimiento implícito en sus acciones y se hacen preguntas clave que les permiten comprender su enfoque. Por ejemplo: "¿Qué características reconozco al enfrentar esta situación?" (reflexión del proceso), "¿Qué criterios aplico para juzgar esto?" (reflexión de premisa), "¿Qué procesos estoy empleando en esta actividad?" (reflexión del proceso), o "¿Cómo estoy interpretando el problema que intento resolver?" (reflexión de premisa). De forma equidistante, la reflexión sobre el conocimiento en acción está relacionada con la reflexión sobre la

información disponible en ese momento (reflexión de contenido), lo que refuerza el análisis y la comprensión del contexto [40].

La práctica reflexiva facilita el abordaje de situaciones adversas en los contextos clínicos a las que los profesionales de salud se enfrentan, ya que el empleo de la tecnología, tratamientos y complejidades de salud han evolucionado. Es por ello que para responder a la resolución de estos factores se debe afianzar la relación entre académicos, investigadores y profesionales de enfermería [12, 47].

Se asevera que la práctica reflexiva ha logrado el avance en la Enfermería, pues la reflexión emerge a través del pensamiento y la acción dando origen a la experiencia, la cual forma parte del aprendizaje, siendo así imprescindible en la educación y práctica profesional. Sin embargo, al existir desvinculación entre estas no existe una definición conceptual de práctica reflexiva específica para la disciplina que favorezca a los conocimientos y habilidades de enfermeros novatos y expertos en la praxis y en los resultados hacia el paciente [43]; no obstante, existe literatura [48] enfocada en estructurar a la práctica reflexiva y pueda evaluar su conocimiento y progresión teórica a práctica.

Mezirow [42] que contribuyó a entender la reflexión crítica [49] se enfocó en la educación para adultos a través del aprendizaje transformador en la práctica denominado Teoría de la transformación [41], donde descubrió una dimensión crítica del aprendizaje que permite reinterpretar cómo se piensa, siente y actúa (experiencia sensorial), para crear significados (marco de referencia) de forma intencionada, accidental o inconsciente y por ende, aprender o reaprender un nuevo conocimiento de utilidad práctica para los profesionales. Es entonces que la reflexión crítica y el discurso racional convergen como procesos de aprendizaje en los que se debe tomar decisiones diversas de acción inmersos en contextos que demanden la resolución de un problema. La acción transformadora aborda el cambio personal y en la forma de aprender, siendo de suma importancia pues la educación cultiva la capacidad del alumno para concertar significados en lugar de asumir de manera pasiva la realidad social definida, esto se puede facilitar por medio de los educadores a través de la

acción reflexiva para lograr una comprensión amplia e integradora de su experiencia como guía para la acción. Es decir, sin reflexión crítica no hay aprendizaje transformador.

Medina [15] menciona que para que la práctica reflexiva sea transformadora deben existir una resignificación de los fundamentos epistemológicos que sustentan las acciones de las enfermeras en el ejercicio de su profesión para representarlo, formalizarlo y transmitirlo a partir de los nuevos de métodos de enseñanza enfocados en el aprendizaje y la implementación de la estructura curricular basada en competencias. Ello amerita la reformulación de estrategias pedagógicas y didácticas centradas en el estudiante para que desarrolle las herramientas adecuadas para enfrentar los desafíos actuales de la práctica profesional en enfermería.

La formación universitaria tradicionalmente concibe al cuidado como la aplicación de procedimientos estandarizados basados en una racionalidad técnica y un conocimiento práctico e instrumental [12] así como en la aplicación sistemática de teorías científicas, asumiendo que los problemas clínicos están estructurados y tienen soluciones predefinidas. Por lo que la praxis profesional ha generado críticas hacia la formación que reciben las enfermeras cuestionando si las universidades en su enfoque unidisciplinar y su énfasis en la producción de conocimiento formal, pueden realmente favorecer una educación que refleje los conocimientos y competencias que las enfermeras emplean en su práctica cotidiana.

Sin embargo, una óptica alternativa de la práctica de la enfermería, exige que la investigación universitaria se centre en el análisis de la situación y el contexto ya que los problemas y sus soluciones rara vez se presentan de forma clara y estructurada pues suelen manifestarse como situaciones ambiguas y de incertidumbre; ameritando un conocimiento flexible y dinámico, capaz de adaptarse a la complejidad del entorno y sean considerados como una fuente para el diseño y desarrollo de nuevos programas universitarios de enfermería para construir una Ciencia humana del Cuidado [12]. Es importante destacar que en Latinoamérica la formación reflexiva continúa siendo un foco de atención en todos los niveles, ya que su estudio ha sido

desarrollado y divulgado escasamente; es por ello que se debe impulsar el estudio de cómo las enfermeras se desarrollan en la práctica examinando el nivel de la reflexión para el aprendizaje de la práctica del cuidado y así vincular la teoría y la práctica en el ámbito clínico, lo que a su vez impactará en la formación profesional del estudiante y del profesorado.

2.1.3 Toma de decisiones clínicas.

Para este estudio el análisis de la variable de Toma de decisiones clínicas será a través de la propuesta de Dreyfus [35], Benner [34] y Hammond [37]. El Modelo de toma de decisiones clínicas es el proceso de selección entre diferentes opciones de acción, en donde se eligen aquellas percibidas como más idóneas para lograr los resultados planteados y evitar los no deseados [21], las cuales se verán condicionadas por las particularidades de la persona (valores, expectativas, estado físico y psicológico) y por su contexto (urgencia, tiempo, información); las cuales interactúan y se afectan influyendo en la decisión final de acuerdo al grado de complejidad, posibles resultados y consecuencias; siendo esencial para la aplicación de los conocimientos del profesional de enfermería y la reflexión sobre la atención.

Para profesionales que ejercen en áreas de cuidados intensivos ha aumentado la complejidad en la toma de decisiones clínicas de las enfermeras que se encuentran al cuidado de pacientes gravemente enfermos [23], por los avances también de las tecnologías en la atención de la salud, dichos entornos son estresantes, demandantes y con falta de recursos por lo que las decisiones deben ser tomadas con rapidez y precisión como mejor opción clínica para evitar que el estado de salud se deteriore.

En asociación a este encuadre, Lauri & Salanterä [38] ratifican que la TDC es inherente a la práctica enfermera por ser un proceso complejo sistemático, el cual se basa en los distintos modelos de pensamiento que van desde la cognición altamente intuitiva a la altamente analítica; mismo que está determinado por el tipo de acción a desempeñar, la capacidad de decisión, el contexto relacionado y los conocimientos previos de quien toma la decisión. Es oportuno mencionar que Dreyfus [33-35] y

Hammond [37] describen a la TDC como un continuo que se divide en etapas o modos respectivamente y como parte de incorporación a la profesión es empleado el concepto de modelo [38], el cual alude a todo el proceso de TDC dentro de un determinado contexto enfermero. Derivado de esto, la Teoría del Continuo cognitivo de Hammond [37] describe al análisis y la intuición como conceptos clave para comprender la cognición de las personas, dividido en 6 niveles de pensamiento que dependen de las características de la tarea a ejecutar. Este modelo es progresivo de lo analítico a lo intuitivo, donde la mayor parte del pensamiento no es estrictamente intuitivo ni analítico, sino que se posiciona en algún punto intermedio.

Este proceso se expresa en 2 modelos [22]:

I. Analítico: Es un proceso paulatino, consciente, emplea reglas y organiza actividades, el procesamiento de datos es parcial y lento.

II. Intuitivo: Proceso secuencial sin el uso de la conciencia, el procesamiento de información es rápido, reconoce patrones previos, evalúa simultáneamente la información, identifica los elementos clave en una situación y existe organización primordial.

Ambos procesos no son contradictorios y pueden ordenarse continuamente en un polo y otro respectivamente ya que el tipo de actividad es un determinante para el tipo de proceso que se aplique para la TDC, esto es, que cada proceso no puede ser el mismo por las situaciones a las que se enfrentan los profesionales. El modelo de TDC es diferente en profesionales de enfermería novatos en comparación con el de los expertos, en los primeros es más analítico y en los segundos más intuitivo.

2.2 Estado del arte.

La revisión de la literatura se realizó a través de la búsqueda de información en las bases de datos PubMed, Web of Science, Scopus, Scielo, LILACS con una estrategia de búsqueda en español e inglés empleando DeCS, MeSH: *clinical decision making, cognitive reflection, thinking, nursing, neonatal nursing, neonatal nurses, nurse specialists, nursing specialties, nursing staff*; y las palabras clave: *neonatal nurse specialists*, *novice nurse practitioner*, *reflective thinking*, *reflective practice*. Se realizaron combinaciones de éstos con los conectores booleanos AND, OR y NOT.

Se identificaron 13 artículos con metodología cualitativa o cuantitativa, estudios con diseño transversal, descriptivo o correlacional, también se identificaron dos estudios de análisis de concepto y una revisión de la literatura.

Pensamiento reflexivo (PR).

George [50] et al. estudiaron el PR y su asociación con el profesionalismo en estudiantes de terapia ocupacional de 3° y 4° año. Emplearon el instrumento de PR y encontraron que el nivel que predominó fue la acción habitual (*M*= 11.99, *DE*= 2.60), seguido de reflexión crítica (*M*= 9.03, *DE*= 2.88), reflexión (*M*= 8.01, *DE*= 2.60) y entendimiento (*M*= 6.48, *DE*= 2.79). El PR junto con la gestión del estrés se asociaron a características de profesionalismo como la confiabilidad, responsabilidad y rendición de cuentas. Zarrin [51] et al. realizaron un estudio transversal para determinar el nivel de reflexión de enfermeras que trabajan en entornos clínicos y evaluaron la relación entre la reflexión con su autoeficacia y compromiso laboral. La investigación incluyó enfermeras de siete hospitales educativos. Emplearon la Escala de capacidad de reflexión de Groningen que evalúa tres dominios de la reflexión: autorreflexión, reflexión empática y comunicación reflexiva. La puntuación media de la reflexión total fue de 86.51 (*DE*= 8.17) de 115, 40.13 (*DE*= 4.44) de 50 en autorreflexión, 22.46 (*DE*= 2.64) de 30 en reflexión empática y 23.93 (*DE*= 3.94) de 35 en comunicación reflexiva. Además, los autores encontraron una relación

positiva y significativa entre la puntuación total de reflexión con las puntuaciones de compromiso laboral (r= 0.28, p= <0.001) y autoeficacia (r= 0.48, p= <0.001).

Khalil[52] et. al. realizaron un estudio cuasi experimental para explorar cómo la práctica reflexiva afectó la disposición al pensamiento crítico y las competencias en la comunicación interpersonal en enfermeras pasantes; participaron practicantes de último año universitario. Emplearon el Cuestionario de práctica reflexiva; la Escala de disposición al pensamiento crítico y la Escala de competencia en comunicación interpersonal. Al aplicar la pre y post intervención identificaron que la puntuación media de estos cuestionarios fue significativamente más alta que antes de la formación en práctica reflexiva; encontraron que la PR tuvo una correlación positiva con la disposición al pensamiento crítico y la competencia en comunicación interpersonal e igualmente detectaron capacidad predictiva para la disposición al pensamiento crítico (r= 0.798, p= <0.001) y la competencia en comunicación interpersonal (r= 0.553, p= <0.001).

En México Cárdenas[27] et. al. realizó una investigación descriptiva y exploratoria en una universidad pública de enfermería para analizar la relación curricular de la licenciatura, la enseñanza académica y las estrategias de aprendizaje para desarrollar el pensamiento reflexivo; encontraron que el PR se identifica de manera evidente en algunos elementos curriculares y pedagógicos, sin embargo los docentes no identifican una conceptualización de este pensamiento originando que no sea planeado ni evaluado para las estrategias de enseñanza como ejercicios de casos clínicos y la simulación de escenarios reales; originando en los estudiantes la concepción de un término nuevo importante para el cuidado. Concluyendo que no hay una relación entre el currículum, la enseñanza y el aprendizaje sobre el PR, lo que sugiere implementar estrategias que favorezcan el desempeño académico y clínico. De igual forma destaca que el desarrollo del pensamiento reflexivo no es posible iniciarse a nivel superior, sino que debe ser fomentado desde los niveles básicos de educación al identificar que algunos estudiantes tienen deficiencias en habilidades como el análisis, la reflexión, crítica y argumentación; existiendo así una

relación entre la forma de enseñanza, la manera de aprender de los estudiantes y el currículum la cual debe modificarse para favorecer la autonomía profesional [53].

Toma de decisiones clínicas (TDC).

Yee [23] et al. realizaron el análisis de concepto siguiendo la metodología de Walker y Avant, para definir operacionalmente la TDC en relación con la enfermería de la unidad de cuidados intensivos. Caracterizan la toma de decisiones como un proceso cognitivo complejo en el que se reconoce un problema clínico y responde con prontitud aplicando intervenciones para mejorar el estado de salud de su paciente, identificaron atributos definitorios, consecuencias y referentes empíricos de la TDC en el ámbito intensivo. Destaca que es una habilidad diferente a la TDC tradicional por la actuación rápida del profesional, por lo que promueve la realización de estudios sobre cómo mejorar la seguridad en la atención crítica, así como generar cuestionamientos acerca de cómo las escuelas y programas hospitalarios pueden desarrollar las habilidades competentes de enfermeras de cuidados intensivos.

Johansen [18] et. al. realizaron el análisis de concepto de TDC en el contexto de la práctica de enfermería, encontraron que las decisiones están influenciadas por el proceso cognitivo sistemático, es decir cómo se asimila la información, se prioriza, capacidad para reconocer y responder a las situaciones de un escenario en condiciones de incertidumbre. Este tipo de pensamiento desarrollado analítica e intuitivamente está influenciado por el tipo de actividad y el grado de experiencia.

Abdelgawad [24] et al. a través de un estudio descriptivo y correlacional evaluaron la relación entre la TDC y los valores profesionales en enfermeros de las unidades de cuidados críticos. Reportaron que el 77.9% de las enfermeras tenían un nivel alto de TDC, 13.90% un nivel moderado y el 8.2% tenían un nivel bajo. La TDC se asoció a los valores profesionales *(r*= .674, *p*= 0.000).

Levy-Malmberg [54] et al. exploraron el enfoque de la TDC comparando los procesos utilizados por tres grupos de enfermeras en los servicios de urgencias de tres hospitales por medio de un estudio cualitativo y observacional. Identificaron tres

temas que representan tres enfoques para la TDC: 1) actuar de acuerdo con las rutinas, la experiencia previa y la intuición; 2) considerar la experiencia del paciente; y 3) facilitar nuevas alternativas basadas en el pensamiento crítico. Encontraron que las enfermeras tituladas utilizaron principalmente el 1° enfoque, las enfermeras especialistas utilizaron el 1° y 2° enfoque, y las enfermeras de práctica avanzada utilizaron los tres enfoques. En Latinoamérica, Santos [20] et al. realizaron la adaptación de la escala de TDC en enfermería, emplearon un análisis factorial confirmatorio para analizar su validez, aplicaron la escala en estudiantes de enfermería con experiencia clínica para desarrollar mejores competencias no técnicas para el cuidado. La versión final se conformó por 23 ítems y presentó buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.851). Se identificaron tres factores: 1) definición del problema y desarrollo de los objetivos; 2) búsqueda y procesamiento de datos; 3) evaluación de alternativas, planificación e implementación de la acción. Los nombres de los factores corresponden a las etapas de la TDC. Por su parte, respecto a la formación de profesionales de enfermería. A nivel iberoamericano Cárdenas [26] et. al. afirma que deben revisar y reorientar los planes de desarrollo institucional, programas y planes de estudio para promover en los futuros profesionales la práctica de reflexión y pensamiento crítico para poder disminuir las disyuntivas entre la formación teórica y práctica profesional, así como los requerimientos de cuidado favoreciendo los índices de salud individual y colectiva.

Lauri & Salanterä [38] identificaron los modelos de TDC en enfermería, así como las variables asociadas, derivado de ello elaboraron un instrumento a partir de las teorías existentes y de estudios previos; donde a través del análisis factorial, puntuaciones factoriales y análisis de correspondencias determinaron cinco modelos diferentes. Reportaron que la praxis y el contexto tienen asociaciones con la TDC en todos los modelos, así como que la estructura del conocimiento y la experiencia práctica no proporcionaron una explicación para la TDC en ningún modelo. Posteriormente, reformularon dicho instrumento para medir y describir la TDC en diferentes campos de la enfermería [55]. El análisis estadístico empleado fue el coeficiente de correlación, análisis factorial, puntuaciones factoriales y los coeficientes de fiabilidad factorial,

donde las puntuaciones fueron altas (0.85-0.91). Encontraron que las enfermeras de siete países (*n*= 1,460) que trabajan en diferentes campos de la enfermería responden de forma similar; identificando cuatro tipos de modelos de toma de decisiones (analítico, analítico-intuitivo, intuitivo-analítico e intuitivo), en donde el 60% predominaban los modelos de toma de decisiones analítico-intuitivo e intuitivo-analítico, el 14% el modelo analítico y el 26% el intuitivo; no obstante destacaron que estos modelos varían entre los distintos campos de la enfermería así como dentro de ellos.

Ramsburg [56] diseñó y validó un modelo de adquisición de competencias para educadores de enfermería de dos universidades a través de un instrumento que desglosa cinco niveles de habilidades basados en Dreyfus y Benner, con una consistencia interna de 0.977, reportando un nivel competente en la adquisición total de habilidades y un nivel competente en cada una de las ocho competencias de la Liga Nacional de Enfermería de E.U.A.

En México, Quezada [19] et al. estudiaron el modelo cognitivo para la TDC en los pasantes de enfermería a través de un estudio descriptivo y transversal. El modelo que predominó fue el analítico-intuitivo (67%) seguido del intuitivo-analítico (33%). Al analizar los resultados por etapa del proceso de TDC encontraron que en “Manejo de datos” presentaron un modelo analítico-intuitivo (97%), caracterizado por un manejo de datos lento, sin integralidad y simultaneidad, en contraste con la etapa “Implementación y evaluación de la condición del paciente” en el que predominó un modelo intuitivo-analítico (69%).

En vinculación y análisis con la literatura descrita se pretende evaluar el pensamiento reflexivo a través de la toma de decisiones y de una escala validada pero no adaptada para nuestro país.

III. Material y métodos.

3.1 Tipo de estudio y diseño.

Estudio cuantitativo, transversal, prolectivo, con diseño correlacional ya que estudia la relación entre las variables del estudio [57-59].

3.2 Población y muestra.

Población.

La población se conforma por 68 EEN que se ha desempeñado en las áreas de atención neonatal dentro de los turnos matutino, vespertino y nocturno de una institución de tercer nivel de atención.

Muestra.

El tipo de muestreo es no probabilístico, se empleó un muestreo por censo [59].
Criterios de inclusión:

- EEN titulados de la especialidad y que se encontraban laborando en áreas de atención neonatal.
- Ser trabajador de base o de contrato.
- Sexo indistinto.

Criterios de exclusión:

- Que no desearan participar o abandonaran el proceso.

Criterios de eliminación:

- Participantes que no respondieran el cuestionario completo.

3.3 Variables de estudio.

Las variables dependientes del estudio son el nivel de pensamiento reflexivo y el modelo de toma de decisiones clínicas. Dentro de las variables independientes se encuentran las variables sociodemográficas: edad, sexo, años de experiencia general y especialista, áreas y tiempo en los que ha laborado, percepción de insumos médicos suficientes, percepción de carga laboral, turno y situación laboral. Ver tabla 1.

En la tabla 1 se define conceptual y operacionalmente cada una de las variables.

Variables sociodemográficas.

Tabla 1. Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición	Código
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona.	Dato numérico (número, referido en años por el sujeto al momento del estudio).	Intervalar/ escalar	Dato.
Sexo.	Condición orgánica, masculina o femenina.	Mujer. Hombre.	Nominal	1 Mujer. 2 Hombre.
Años de experiencia (general).	Es la adquirida con el ejercicio profesional de enfermería. Periodo referido en años que sustenta el sujeto como experiencia laboral hospitalaria.	Dato numérico.	Intervalar/ escalar	Dato.
Años de experiencia (especialista).	Periodo referido en años que sustenta el sujeto como experiencia laboral hospitalaria dentro de las áreas neonatales y con título/cédula que avale su posgrado, adquirida a partir de la terminación y aprobación académica universitaria de la respectiva formación profesional.	Dato numérico.	Intervalar/ escalar	Dato.

Experiencia laboral especializada.	Es la categoría adquirida a través del registro profesional en la que se desempeñan funciones propias a las del cargo académico.	Es la categoría recodificada a partir de los años de experiencia especializada: <1 año= Recién egresado. >1 año= Especialista neonatal con experiencia profesional.	Nominal	1 EEN recién egresado. 2 EEN con experiencia.
Áreas donde ha laborado en los últimos 10 años.	Espacio o ambiente en donde las personas realizan diferentes labores de trabajo.	Servicio hospitalario por el cual el sujeto ha rotado durante su experiencia laboral.	Nominal	1 UCIN. 2 UCIREN. 3 TIMIN. 4 UTQ. 5 Otros.
Años de experiencia por área.	Tiempo en años correspondiente en cada área donde ha laborado.	Dato numérico.	Intervalar/ escalar	Dato.
Insumos médicos suficientes.	Es la percepción que tiene el personal de enfermería sobre la disponibilidad y acceso de materiales y equipos destinados al uso hospitalario, en cantidad suficiente para brindar la atención sanitaria segura, digna y de calidad.	Sí. No.	Nominal	1 Sí. 2 No.
Percepción de carga laboral.	Es la percepción que tiene el personal de enfermería sobre la demanda de	Escala de 0 al 10: 0-2= Baja	Nominal	1 Baja. 2 Moderada.

	atención sanitaria que brinda el profesional de enfermería a los pacientes a su cargo.	3-7= Moderada 8-10= Alta		3 Alta.
Turno.	Es el tiempo/día destinado para las labores del trabajador del hospital. Horario laboral asignado a la praxis profesional dentro de un establecimiento.	Matutino Vespertino Nocturno Otro	Nominal	1 Matutino. 2 Vespertino. 3 Nocturno. 4 Otro.
Situación laboral.	Condición del trabajador respecto a sus derechos, obligaciones y percepciones monetarias que le rigen bajo un contrato. Estatuto de una persona económicamente activa por el que está regido a través de un contrato fijo o eventual; el cual puede tener o no prestaciones, derechos y obligaciones.	Base Base provisional Contrato Suplencia Otro	Nominal	1 Base. 2 Base provisional. 3 Contrato. 4 Suplencia. 5 Otro.
Pensamiento reflexivo	Implica la reflexión a diferentes niveles (dimensiones)	Puntuación total 15-75.		
Acción habitual.	Es la que se ha aprendido antes y mediante el uso frecuente se convierte en una actividad que se realiza automáticamente o con poco pensamiento consciente.	*Suma de los ítems 1, 4, 8, 12 del anexo 7.3 Escala Likert de 5 puntos, con puntuaciones min/máx desde 15-	Intervalar/ escalar	1 Totalmente en desacuerdo. 2 En desacuerdo. 3 Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

		75; mayor puntuación es un nivel de PR más profundo.		4 De acuerdo. 5 Totalmente de acuerdo.
Comprensión.	Es el entendimiento sin relacionar con otras situaciones, el aprendizaje académico conlleva entender un concepto sin reflexionar sobre su significado en situaciones personales o prácticas.	*Suma de los ítems 2, 5, 9, 13 del anexo 7.3	Intervalar/ escalar	1 Totalmente en desacuerdo. 2 En desacuerdo. 3 Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 4 De acuerdo. 5 Totalmente de acuerdo.
Reflexión.	Implicación de la crítica de los supuestos sobre el contenido o el proceso de resolución de problemas.	*Suma de los ítems 6, 10, 14 del anexo 7.3	Intervalar/ escalar	1 Totalmente en desacuerdo. 2 En desacuerdo. 3 Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 4 De acuerdo. 5 Totalmente de acuerdo.
Reflexión crítica.	Es el tomar conciencia de por qué se percibe, piensa, siente y actúa una persona tal como lo hace.	*Suma de los ítems 3, 7, 11, 15 del anexo 7.3	Intervalar/ escalar	1 Totalmente en desacuerdo. 2 En desacuerdo. 3 Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

				4 De acuerdo. 5 Totalmente de acuerdo.
Toma de decisiones clínicas.	TDC analítica: Proceso lento y secuencial, consciente de la información, empleo de reglas lógicas y organización de actividades específicas. TDC analítica-intuitiva: Proceso flexible entre el modelo analítico y el intuitivo. TDC intuitiva: Proceso secuencial sin el uso de la consciencia, la información es procesada rápidamente, reconoce patrones, uso simultáneo y evaluación de los indicios a nivel perceptivo y la organización ponderada.	* Puntos de corte del anexo 7.4: TDC analítica: <67 puntos. TDC analítica-intuitiva: 68-78 puntos. TDC intuitiva: >79 puntos.	Ordinal	1 Analítica. 2 Analítica-intuitiva. 3 Intuitiva.
Analítico.	Proceso lento y secuencial, consciente de la información, empleo de reglas lógicas y organización de actividades específicas.	*Suma de los 24 ítems del anexo 7.4	Intervalar/ escalar	1 Nunca o casi nunca. 2 Raramente. 3 No raramente o no a menudo. 4 A menudo.

				5 Casi siempre o siempre.
Intuitivo.	Proceso secuencial sin el uso de la consciencia, la información es procesada rápidamente, reconoce patrones, uso simultáneo y evaluación de los indicios a nivel perceptivo y la organización ponderada.	*Suma de los 24 ítems del anexo 7.4	Intervalar/ escalar	1 Nunca o casi nunca. 2 Raramente. 3 No raramente o no a menudo. 4 A menudo. 5 Casi siempre o siempre.

Hipótesis.

H_1: A mayor experiencia del EEN, mayor nivel de pensamiento reflexivo y un modelo de toma de decisiones clínicas más intuitivo.

3.5 Procedimientos.

3.5.1 Para la recolección de datos.

Previa autorización de los comités de ética, investigación y bioseguridad de la institución correspondiente con número de registro del proyecto 2024-1-57, se aplicó un cuestionario impreso a los participantes que cumplían con los criterios de inclusión. La aplicación fue en los servicios mencionados de los turnos matutino, vespertino y nocturno.

El documento constó de cuatro secciones, la primera parte consideró el Consentimiento informado, la segunda parte contenía las variables sociodemográficas, posteriormente el instrumento para Pensamiento reflexivo de Tutticci, Lewis & Coyer [60]; y para Toma de decisiones de Lauri & Salanterä [22]; el tiempo de aplicación fue de 10-15 minutos.

3.5.2 Para el análisis de datos.

Análisis estadístico.

Se utilizó el programa IBM SPSS versión 25. Se analizó la Confiabilidad de cuestionarios a través del Alfa de Cronbach. Se aplicaron pruebas de estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas, frecuencia y porcentajes para nominales. Los totales se transformaron a índices con la finalidad de realizar comparaciones.

Posteriormente se analizó la distribución de las variables mediante Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para la selección de las pruebas de estadística inferencial. Se utilizó el Coeficiente de correlación Spearman para las pruebas de correlación.

La prueba de hipótesis se realizó a partir de la prueba de correlación entre la variable experiencia (intervalar) y nivel de pensamiento reflexivo (variable de intervalar de acción habitual, entendimiento, reflexión y reflexión crítica) y la variable experiencia (intervalar) con la variable modelo de toma de decisiones clínicas (intervalar). También se aplicó la prueba de correlación (Pearson o Spearman) entre la variable nivel de pensamiento reflexivo (variable de intervalar de acción habitual, entendimiento, reflexión y reflexión crítica); y modelo de toma de decisiones clínicas (intervalar). En la tabla 2 se especifica la prueba estadística de acuerdo con el objetivo e hipótesis.

Tabla 2. Pruebas estadísticas y nivel de medición para objetivo e hipótesis.

Objetivo/Hipótesis	Nombre	Prueba estadística	Nivel de medición	
			Variable	Variable
Examinar la relación entre el nivel de pensamiento reflexivo y el modelo de toma de decisiones clínicas, en los especialistas en enfermería neonatal.	Coeficiente de correlación de Spearman	r_s	Intervalar *Puntuación total por nivel de PR	Intervalar *Puntuación total de TDC
	Coeficiente de correlación de Spearman	r_s	Intervalar *Puntuación total por nivel de PR	Ordinal *Categoría modelo de TDC
Identificar variables asociadas al nivel de PR y el modelo de TDC clínicas: -Edad -Años de experiencia (general) -Años de experiencia (especialidad)	Coeficiente de correlación de Spearman	r_s	Intervalar	*Puntuación total de TDC *Puntuación total por nivel de PR Intervalar
-Recién egresado o experto -Sexo -Insumos médicos	Correlación Biserial Puntual	r_{bp}	Dicotómica	*Puntuación total de TDC *Puntuación total por nivel de PR
-Carga laboral	Coeficiente de correlación de Spearman	r_s	Ordinal	
Turno	Correlación Biserial Puntual	r_{bp}	Nominal	Intervalar/ Ordinal*
Situación laboral	Correlación Biserial Puntual	r_{bp}	Nominal	Intervalar
H_1: A mayor experiencia del EEN, mayor nivel de pensamiento reflexivo y un modelo de toma de decisiones clínicas más intuitivo.	Coeficiente de correlación de Spearman	r_s	Intervalar *Años de experiencia especialista	Intervalar *Puntuación total por nivel de PR
	Coeficiente de correlación de Spearman	r_s	Intervalar *Años de experiencia especialista	Intervalar *Puntuación total de TDC

3.6 Instrumento de Medición.

Los datos sociodemográficos fueron recabados a partir de una cédula. Para la medición de las variables cognitivas se utilizaron dos instrumentos: 1) el Instrumento de Pensamiento reflexivo de Tutticci, Lewis & Coyer [60] para evaluar los niveles de pensamiento reflexivo y 2) el Instrumento de Toma de decisiones de Lauri & Salanterä [22]. A continuación, se describen los instrumentos seleccionados.

3.6.1 Confiabilidad y validez.

Pensamiento reflexivo.

El Instrumento de Pensamiento reflexivo [60] fue adaptado del Instrumento *Reflective thinking* [46]. Para este estudio se realizó traducción, retro-traducción y adaptación cultural (revisado por dos expertos en el tema). El instrumento evalúa los niveles de pensamiento reflexivo, permitiendo identificar cuatro niveles de reflexión: acción habitual (ítems: 1,4,8,12), comprensión (ítems: 2,5,9,13), reflexión (ítems: 6,10,14) y reflexión crítica (ítems: 3,7,11,15). Cuenta con 15 ítems, con opciones de respuesta en escala Likert de 5 puntos (con puntuaciones min/máx desde 15-75) que van desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo".

La puntuación de la variable "niveles de pensamiento reflexivo" (Instrumento de Pensamiento reflexivo de Tutticci, Lewis & Coyer) se obtiene de la suma de los ítems de cada uno de los niveles. Para acción habitual se suman los ítems: 1, 4, 8 y 12 (rango de puntuación: 4-20), en comprensión se suman los ítems 2, 5, 9 y 13 (rango de puntuación: 4-20), en reflexión se suman los ítems 6, 10 y 14 (rango de puntuación: 3-15) y para reflexión crítica se suman los ítems: 3, 7, 11 y 15 (rango de puntuación: 4-20). Mayor puntuación representa un nivel de pensamiento reflexivo más profundo.

El instrumento cuenta con validez de constructo y fiabilidad por Análisis Factorial Confirmatorio iterativo dentro de un estudio de grupo control. Ha reportado una consistencia interna a través de un Alpha de Cronbach de .949 con subescalas respectivas de .701, .682, .608, .808. Para este estudio presentó un α general de .799.

Toma de decisiones.

Se empleó la versión de 24 ítems del Instrumento de Toma de decisiones [22, 18]. Este se fundamenta en teorías de toma de decisiones analíticas, de procesamiento de la información e intuitivas, así como de la Teoría del Continuo cognitivo de Hammond [37], la teoría sobre el cambio de la cognición del análisis a la intuición Dreyfus [33, 35] y estudios previos sobre toma de decisiones en enfermería Lauri [22].

El instrumento fue traducido por un traductor certificado, posteriormente se realizó la retro-traducción y adaptación cultural (revisado por dos expertos en el tema). El objetivo de este es identificar el modelo de pensamiento para la toma de decisiones clínicas en enfermería. Cuenta con 24 ítems con opciones de respuesta en escala Likert de 5 puntos (con puntuaciones min/máx desde 24-120) que van desde “nunca o casi nunca” hasta “casi siempre o siempre”.

La puntuación de la variable "modelo de toma de decisiones clínicas" se obtiene de la suma de los 24 ítems, mayor puntuación representa un modelo de TDC más intuitivo y menor puntuación un modelo más analítico. La redacción de los ítems 2, 4, 6, 8, 10,12, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 23 y 24 consisten en afirmaciones desde un modelo analítico, por el contrario, los ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 y 19 se encuentran en sentido invertido (afirmaciones desde un modelo intuitivo), por lo que los valores de estos se invierten para el cálculo de la puntuación total, donde 1= 5, 2= 4, 3= 3, 4= 2, 5= 1. Posteriormente la puntuación total se recodifica en variable ordinal a partir de los puntos de corte: <67 puntos TDC analítica, de 68-78 puntos TDC analítica-intuitiva y >79 puntos TDC intuitiva, para ello se compararon frecuencias de cada categoría. Los puntos de corte son: <67 puntos TDC analítica, de 68-78 puntos TDC analítica-intuitiva y >79 puntos TDC intuitiva.

El instrumento cuenta con validez de constructo y contenido evaluada a través de un Análisis Factorial Confirmatorio, mostrando una correlación positiva ($p < 0.01$). La confiabilidad interna en estudios previos fue reportada con Alpha de Cronbach de 0.85 a 0.90, coeficiente de los campos entre 0.73 y 0.93. En este estudio el α para los ítems de la dimensión analítica fue .869 y de .815 para la subdimensión del modelo intuitivo.

3.6.2 Aspectos éticos.

La presente investigación se realizó siguiendo la normativa establecida en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud [61]. Se consideraron los aspectos éticos de la investigación en seres humanos de acuerdo con lo establecido en el Capítulo I, Título segundo, Artículo 13 garantizando el respeto, dignidad, bienestar y protección de sus derechos de la persona sujeta a investigación. De acuerdo con el Artículo 14, 20, 21 y 22 se contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, el cual fue valorado previamente por las Comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad de la institución.

El consentimiento informado fue explicado al sujeto de investigación de forma clara y completa para que sea comprendida en los aspectos siguientes: justificación y objetivos de la investigación, procedimientos y propósito, molestias o riesgos esperados, beneficios que puedan observarse, procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto, garantía de recibir respuesta y aclaración ante cualquier pregunta y duda respectiva acerca de lo relacionado con la investigación, libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, dejar de participar en el estudio sin crear prejuicios para continuar con su cuidado y tratamiento, seguridad de que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

El consentimiento informado fue formulado por escrito por el investigador principal con los requisitos del artículo anterior, incluyendo el nombre, dirección, firma o huella digital y relación de dos testigos con el sujeto de investigación; fue expedido por duplicado.

En seguimiento al Artículo 16 se protege la privacidad del individuo sujeto a investigación. Los datos fueron tratados de forma confidencial y anónima, siempre analizados de forma conjunta. De acuerdo con el Artículo 17 el presente estudio se categoriza como *I.- Sin riesgo,* al no realizar intervención o modificación intencionada en variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos participantes en el estudio.

Aunado a lo previo, se consideró la normativa establecida para la investigación en grupos subordinados que señala el Título segundo, Capítulo V, ya que la población del presente estudio se conforma por profesionales de enfermería que laboran en una institución de salud. Por lo anterior en el consentimiento informado se señala que la participación, rechazo o retiro del consentimiento de los sujetos a intervenir no afectará su situación laboral y que los resultados de la investigación no serán utilizados en prejuicio de los participantes (Artículo 58).

Se consideró también el Informe Belmont [62] el cual establece los límites para la práctica e investigación, los principios éticos básicos (respeto por las personas, beneficencia, justicia), el consentimiento informado (información, comprensión, voluntariedad), valoración de riesgos y beneficios, selección de los sujetos; así como el Código de Nuremberg [63] sobre las normas éticas sobre experimentación en seres humanos y la Declaración de Helsinki [64] sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Se cuenta con la aprobación de los comités de Investigación, Ética y Bioseguridad de la institución de salud con número de registro del proyecto: 2024-1-57.

IV. Resultados.

En este capítulo se presentan los resultados empezando por la caracterización de la muestra de los 63 profesionales de enfermería especialistas. Posteriormente se reportan los datos descriptivos de las variables nivel de pensamiento reflexivo, modelo de toma de decisiones clínicas y los datos de acuerdo con las variables sociodemográficas. Finalmente se colocan los resultados de estadística inferencial y de la prueba de hipótesis.

4.1 Caracterización de la muestra.

La muestra se conformó por 63 profesionales de enfermería especialistas neonatales que aceptaron participar en el estudio. El 98.4% (*n*= 62) eran mujeres y el 1.6% hombres (*n*= 1). La media de edad fue de 40.27 años (*DE*= 8.57). Se encontró media de experiencia general de 16.23 años (*DE*= 9.51), en contraste con una media de 6.83 años (*DE*= 3.98) de experiencia especializada; predominó el 82.5% (*n*= 52) de la población con un puesto laboral basificado. En la tabla 3 se especifican las características de la muestra.

Tabla 3. Características sociodemográficas.

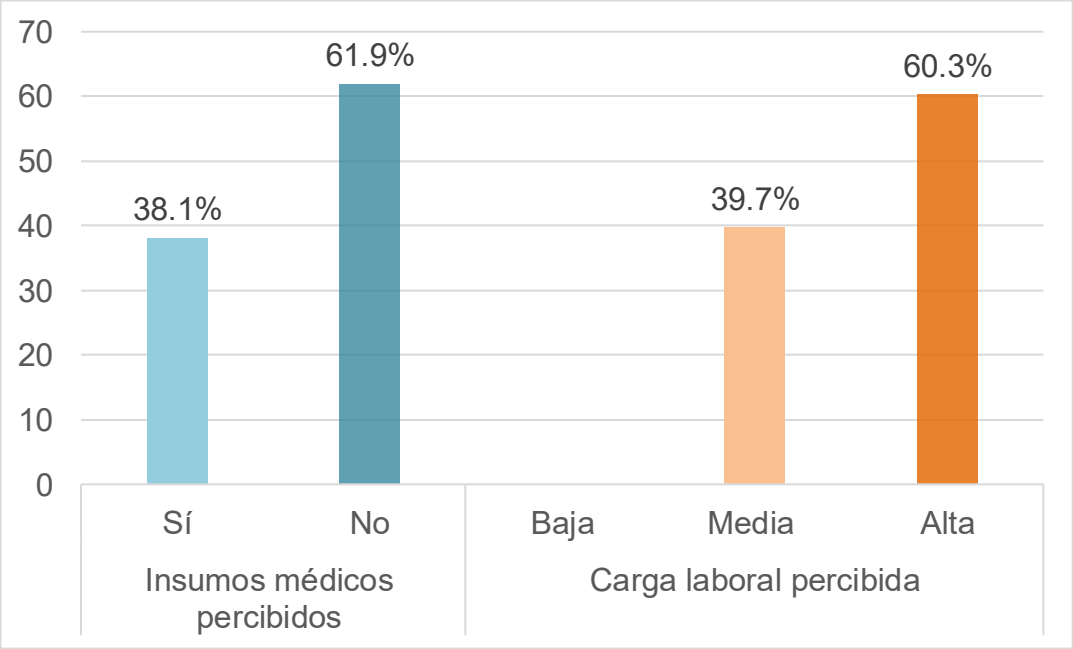
Variable	*M*	*DE*	*Me*	*IC 95%*	
				LI	*LS*
Edad	40.27	8.57	39.0	38.11	42.43
Años de experiencia general	16.23	9.51	14.0	13.84	18.63
Años de experiencia especialidad	6.83	3.98	6.0	5.83	7.83
	Frecuencia	*%*			
Sexo					
Mujer	62	98.4			
Hombre	1	1.6			
Situación laboral					
Base	52	82.5			
Base provisional	5	7.9			
Contrato	4	6.3			
Suplencia	0	0			
Otro	2	3.2			
Turno					
Matutino	21	33.3			
Vespertino	25	39.7			
Nocturno	17	27.0			

n= 63

En cuanto al ambiente laboral que rodea la toma de decisiones clínicas, se indagó sobre la percepción que tienen los profesionales de enfermería en relación a los insumos médicos con los que cuentan, se encontró que el 61.9% (*n*= 39) percibe que no cuenta con los insumos de forma suficiente y adecuada para brindar un cuidado de calidad.

Al categorizar la puntuación de la carga laboral, se encontró que los profesionales de enfermería la perciben alta con un 60.3% (*n*= 38), seguido de moderada con 39.7% (*n*= 25). Ver Gráfica 1.

Gráfica 1. Insumos médicos y carga laboral percibida.



4. 2 Resultados estadística descriptiva.

4.2.1 Pensamiento reflexivo.

La puntuación media de pensamiento reflexivo fue 72.83 (*DE*= 10.42). En los niveles de pensamiento reflexivo la puntuación más alta fue para reflexión (*M*= 87.30, *DE*= 11.48), seguido de reflexión crítica (*M*= 84.03, *DE*= 12.98), comprensión (*M*= 81.05, *DE*= 11.16) y la media más baja para acción habitual (*M*= 42.56, *DE*= 21.38). Los resultados se especifican en la tabla 4.

Tabla 4. Nivel de pensamiento reflexivo.

Variable	*M*	*DE*	*Me*	*IC 95%*	
				LI	*LS*
Acción habitual	42.56	21.38	43.75	31.17	47.94
Comprensión	81.05	11.16	81.25	78.24	83.86
Reflexión	87.30	11.48	91.67	84.41	90.19
Reflexión crítica	84.03	12.98	87.5	80.76	87.30

n= 63

Al identificar el nivel de pensamiento reflexivo predominante por participante, en algunos casos se encontró la misma puntuación para 2 o 3 niveles. Se encontró que del total de la muestra predominó el nivel de reflexión en el 34.9% (*n*= 22), seguido de reflexión crítica con 19% (*n*= 12), después el nivel comprensión y la combinación de reflexión y reflexión crítica se presentaron en el 14.3% (*n*= 9), además se encontraron en el 17.4% (*n*= 11) combinaciones de los niveles de reflexión y reflexión crítica con comprensión. Es decir, que en algunos casos si bien presentaron una puntuación alta para los niveles deseables reflexión y reflexión crítica, puntuaron lo mismo para el nivel de comprensión (no reflexivo).

En cuanto a los resultados descriptivos de acuerdo con las variables sociodemográficas, en todos los grupos de edad la puntuación fue mayor para el nivel reflexivo, seguido de reflexión crítica. Ver tabla 5.

Tabla 5. Nivel de pensamiento reflexivo por variable sociodemográfica.

		Nivel de pensamiento reflexivo			
		Acción habitual	Comprensión	Reflexión	Reflexión crítica
Variables sociodemográficas	Edad				
	<30 años	44	80	86	83
	31-40 años	42	81	87	83
	41-50 años	37	81	86	84
	51-60 años	55	83	94	90
	Años experiencia laboral general				
	<1 año	50	88	92	94
	2-5 años	44	80	88	80
	6-10 años	39	80	85	77
	11-15 años	45	84	91	89
	16-20 años	33	72	71	80
	>21 años	44	81	88	85
	Años experiencia laboral especializada				
	<1 año	44	92	94	90
	2-5 años	46	80	84	81
	6-10 años	40	80	87	84
	11-15 años	41	81	91	89
	>16 años	.	.	.	.
	Sexo				
	Mujer	43	81	87	84
	Hombre	31	88	92	69
	Situación laboral				
	Base	43	82	89	86
	Base provisional	35	76	80	70
	Contrato	56	80	85	83
	Suplencia	.	.	.	.
	Otro	31	75	71	75

(Continúa)

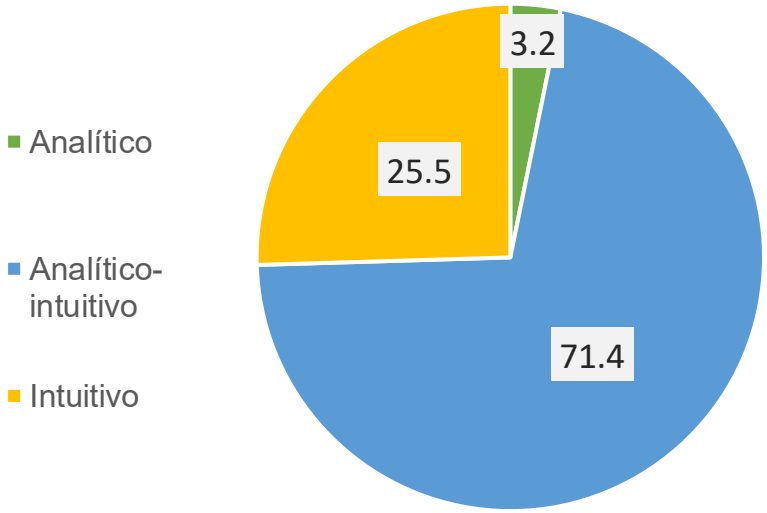
Tabla 5. Nivel de pensamiento reflexivo por variable sociodemográfica.

		Nivel de pensamiento reflexivo			
		Acción habitual	Comprensión	Reflexión	Reflexión crítica
Variables sociodemográficas	Turno				
	Matutino	47	81	90	87
	Vespertino	43	80	84	82
	Nocturno	38	83	88	84
	Insumos médicos suficientes y adecuados				
	Sí	43	82	89	87
	No	42	81	86	82
	Carga laboral percibida				
	Baja	.	.	.	.
	Moderada	38	82	89	83
	Alta	46	80	86	85

4.2.2 Toma de decisiones clínicas.

La media de toma de decisiones clínicas fue de 54.18 (*DE*= 4.11, *Me*= 54.17). Al recodificar las variables por categorías se encontró que 3.2% (*n*= 2) presentó un modelo de toma de decisiones clínicas analítico, 71.4% (*n*= 45) analítico-intuitivo y 25.4% (*n*= 16) intuitivo. Ver gráfica 2.

Gráfica 2. Modelo de toma de decisiones clínicas.



En la tabla 6 se muestra los resultados descriptivos del modelo de TDC de acuerdo a las variables sociodemográficas.

Tabla 6. Toma de decisiones clínicas y variables sociodemográficas.

Variables sociodemográficas	Modelo Toma de decisiones		
	Analítico	Analítico-Intuitivo	Intuitivo
Edad			
<30 años	0	6	2
31-40 años	2	18	9
41-50 años	0	14	4
51-60 años	0	7	1
Años experiencia laboral general			
<1 año	0	1	0
2-5 años	1	6	1
6-10 años	0	6	5
11-15 años	1	12	5
16-20 años	0	4	0
>21 años	0	16	5
Años experiencia laboral especializada	0	1	0
<1 año	0	2	1
2-5 años	0	18	5
6-10 años	1	18	5
11-15 años	0	7	5
>16 años	0	0	0
Sexo			
Mujer	1	45	16
Hombre	1	0	0
Situación laboral			
Base	1	37	14
Base provisional	1	3	1
Contrato	0	3	1
Suplencia	0	0	0
Otro	0	2	0

(Continúa)

Tabla 6. Toma de decisiones clínicas y variables sociodemográficas.

		Modelo Toma de decisiones		
		Analítico	Analítico-Intuitivo	Intuitivo
Variables sociodemográficas	Turno			
	Matutino	0	15	6
	Vespertino	1	18	6
	Nocturno	1	12	4
	Insumos médicos suficientes y adecuados			
	Sí	1	12	11
	No	1	33	5
	Carga laboral percibida			
	Baja	0	0	0
	Moderada	2	16	7
	Alta	0	29	9

4.3 Resultados estadística inferencial.

4.3.1 Pruebas de normalidad.

Se realizaron pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov para continuar con la selección de las pruebas de correlación de Spearman. Se encontró distribución normal en las variables acción habitual (*p*= .013), comprensión (*p*= .000), reflexión (*p*= .000), y reflexión crítica (*p*= .011); de igual forma para años de experiencia laboral general (*p*= .001), y experiencia laboral especializada (*p*= .020). En contraste edad (*p*= .193), pensamiento reflexivo (*p*= .200) y toma de decisiones clínicas (p= .200) no presentaron una distribución normal. Por lo que se emplearon pruebas no paramétricas. Ver tabla 7.

Tabla 7. Pruebas de normalidad.

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Edad años.	.100	63	.193
Años experiencia laboral general.	.155	63	.001
Años experiencia laboral especializada.	.123	63	.020
Índice PR	.091	63	.200*
Índice Acción Habitual	.128	63	.013
Índice Compresión	.163	63	.000
Índice Reflexión	.188	63	.000
Índice Reflexión Crítica	.129	63	.011
Índice TDC	.083	63	.200*

A continuación, se presentan los resultados de correlación de acuerdo con los objetivos específicos y las hipótesis planteadas.

4.3.2 Nivel de pensamiento reflexivo, modelo de toma de decisiones clínicas y variables asociadas.

En relación con el primer objetivo específico "Examinar la relación entre el nivel de pensamiento reflexivo y el modelo de toma de decisiones clínicas en los especialistas en enfermería neonatal", no se encontraron correlaciones significativas entre los niveles de pensamiento reflexivo y la variable modelo toma de decisiones por categorías. Al analizar la correlación entre los índices, se encontró correlación positiva y significativa entre toma de decisiones clínicas y el nivel de pensamiento de reflexión (r_s= .325, p= .009) y de reflexión crítica (r_s= .353, p= .005). Es decir, que a mayor nivel de pensamiento reflexivo (reflexión y reflexión crítica), el modelo de toma de decisiones clínicas es más intuitivo. Ver tabla 8.

Tabla 8. Correlación entre nivel de pensamiento reflexivo y modelo de toma de decisiones clínicas.

Variables	Modelo de Toma de decisiones clínicas		Modelo toma de decisiones clínicas (categorías)	
	r_s	p	r_s	p
Nivel de pensamiento reflexivo				
Acción habitual	.178	.162	.045	.723
Comprensión	.126	.326	.041	.752
Reflexión	.325	.009*	.187	.142
Reflexión crítica	.353	.005*	.247	.051

Nota. n=63; *p ≤ .05, **p ≤ .01

Respecto al segundo objetivo específico "Identificar variables asociadas al nivel de pensamiento reflexivo y el modelo de toma de decisiones clínicas en los especialistas en enfermería neonatal". Las variables nivel de pensamiento reflexivo y modelo de toma de decisiones clínicas no se correlacionaron con las variables sociodemográficas. Ver tabla 9.

Tabla 9. Correlación entre nivel de pensamiento reflexivo, modelo de toma de decisiones clínicas y variables sociodemográficas.

Variables	Modelo de Toma de decisiones clínicas		Modelo Toma de decisiones clínicas (categorías)		Nivel de pensamiento reflexivo							
					Acción habitual		Comprensión		Reflexión		Reflexión crítica	
	r_s	*p*	r_s	*p*	r_s	*p*	r_s	*p*	r_s	*p*	r_s	*p*
Edad	.110	.390	-.073	.568	.056	.664	.000	.998	.099	.441	.124	.334
Años de experiencia general	.119	.353	-.027	.837	.043	.740	-.040	.758	.015	.904	.078	.541
Años de experiencia especializada	.263	.037*	.132	.303	-.111	.384	-.152	.234	.084	.513	.124	.333
Situación laboral	-.274	.030*	-.113	.380	-.003	.982	-.147	.252	-.273	.031*	-.278	.027*
Carga laboral percibida	-.185	.197	.149	.301	.176	.222	.117	.420	-.018	.900	.106	.464

Nota. n=63; *p ≤ .05, **p ≤ .01

4.3.3 Prueba de hipótesis.

Respecto a la hipótesis planteada “A mayor experiencia del EEN, mayor nivel de pensamiento reflexivo y un modelo de toma de decisiones clínicas más intuitivo”, se comprobó parcialmente, ya que, aunque la experiencia como especialista se asoció a un modelo más intuitivo y este a su vez se asoció con una mayor puntuación de pensamiento en el nivel de reflexión y reflexión crítica, la experiencia especializada no se correlacionó con un mayor nivel de pensamiento reflexivo.

V. Discusión y conclusiones.

En este apartado se describe primero la discusión de los resultados y posteriormente se presentan las conclusiones.

5.1 Interpretación y discusión de resultados.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel pensamiento reflexivo y el modelo de toma de decisiones clínicas de los profesionales de enfermería especialistas en enfermería neonatal. Aunque estas variables han sido evaluadas ampliamente en estudiantes del pregrado, los estudios en profesionales que laboran dando cuidado directo a la persona son escasos, por ello en este apartado se contrastan los resultados con estudios en población similar y con el marco teórico descrito previamente. Los profesionales que participaron en la investigación trabajan en una institución de tercer nivel de atención y además cuentan con experiencia laboral y especializada.

El nivel predominante de pensamiento reflexivo fue el tercero, la reflexión, seguido de reflexión crítica, posteriormente el de comprensión y en menor porcentaje el de acción habitual. El resultado es diferente a lo encontrado por George [50] quién identificó un predominio del nivel acción habitual en estudiantes de pregrado, esta diferencia es congruente a lo planteado por Benner [34] ya que se espera que los principiantes tengan un pensamiento más apegado a las normas por contar con menor experiencia clínica. En el caso de la acción habitual hay poca conciencia de pensamiento y se responde desde un acto rutinario, en contraste el pensamiento reflexivo examina un tema de interés desencadenado por una experiencia y genera un cambio de perspectiva [38,44].

Respecto a la toma de decisiones clínicas, se encontró que el modelo predominante en los especialistas fue el analítico-intuitivo, seguido de intuitivo y finalmente el analítico. Esto coincide con Lauri & Salanterä [38, 55] pues en sus estudios para la identificación de modelos, detectaron en los profesionales de enfermería de áreas de cuidados críticos, que utilizan por igual la TDC analítica como la intuitiva. Cabe señalar que el instrumento empleado por Lauri & Salanterä no aplica para la información y situaciones específicas de la TDC, sino para situaciones generales.

Por su parte Abdelgawad [24] et al. reportó también en profesionales de enfermería en unidades de cuidados críticos, que se perciben con un nivel alto para tomar decisiones, es decir, que tiene una percepción positiva para considerar diferentes opciones, evaluar las consecuencias y buscar información para resolver problemas, cabe señalar que su población no contaba con estudio de especialidad. El modelo predominante en el presente estudio, también coincide al encontrado en pasantes de enfermería por Quezada [19] et al., quienes identificaron un mayor modelo analítico-intuitivo, seguido del intuitivo-analítico.

Al analizar este hallazgo desde el marco propuesto por Dreyfus y Dreyfus [33, 35], se esperaba encontrar el predominio de un modelo más intuitivo por las características de la población estudiada, conocimiento especializado y experiencia dentro del ámbito clínico, ya que, de acuerdo con los autores, a medida que las situaciones se repiten y se vuelven cotidianas se facilita la realización simultánea, como en un modelo de pensamiento intuitivo. Sin embargo, de acuerdo con lo planteado por Hammond [37] el modelo de TDC puede variar según las características de la situación, es decir, de las variaciones en la cognición en diferentes tareas y etapas de la formación de un profesional.

En cuanto a la correlación entre las variables principales, no se encontraron asociaciones entre los niveles de PR y el modelo de TDC por categorías. Sin embargo, al analizar los puntajes la TDC se asoció al nivel de pensamiento de reflexión y reflexión crítica, es decir, que a mayor nivel de pensamiento reflexivo el modelo la toma de decisiones es más intuitivo. Desde el modelo de Benner [34], este resultado se interpreta a partir del desarrollo profesional progresivo por niveles de principiante a experto, en el que marca pautas que reflejan la adquisición de competencias clínicas en la resolución de situaciones complejas de salud. De acuerdo con Mezirow [40-42] el aprendizaje permite la reinterpretación en cómo se piensa, siente y actúa para construir significados y aprender o reaprender conocimientos aplicables a la práctica clínica profesional y por ende, en conjunto con la reflexión precisa demanda tomar decisiones bajo contextos que ameriten la resolución de un problema.

Al buscar las variables asociadas al nivel de PR y al modelo de TDC, en general los años de experiencia laboral general y especializada no se correlacionaron con el nivel de PR ni de TDC, sólo se encontró correlación significativa entre la TDC y los años de experiencia especializada; es decir, a mayor tiempo de experiencia especializada, el modelo de TDC es más intuitivo. Se esperaba encontrar un nivel más profundo de pensamiento reflexivo en el personal que tuviera más años de experiencia, de acuerdo con el referente teórico revisado, ya que Dreyfus [33, 35] y Benner [34] consideran la experiencia como un factor clave. Estos autores aseveran que alcanzar un alto nivel de habilidad en un entorno real requiere una extensa experiencia práctica en situaciones reales, en donde cada individuo tiende a acumular más experiencia en ciertos tipos de situaciones que en otros, deriva en que alguien sea experto en algunos contextos específicos y menos experimentado en otros.

Ello difiere de lo que señala Hammond [37] que no considera la experiencia como determinante para la TDC. Aunado a ello, Mozqueda [21] asevera que la TDC se verá condicionada por las particularidades de la persona. Por su parte Lauri & Salanterä [38] mencionan que el papel de la experiencia en la toma de decisiones es contradictorio por las diferencias en la definición de experiencia, razón por la cual esta variable fue precisada como el número de años de trabajo.

Al hablar de la experiencia, Medina Moya [12, 15] señala que el ejercicio desde la práctica reflexiva puede llevar a convertirse en experto, puesto que la antigüedad en el desempeño de funciones no representa los años de experiencia si el profesional toma decisiones desde la racionalidad técnica.

Cabe señalar que los profesionales de enfermería pueden desarrollar experticia dentro de su área de especialización, pero no pueden ser expertas en todos los aspectos de su profesión. En ese sentido Benner menciona que cuando un profesional es cambiado de área puede considerarse principiante en el nuevo espacio, lo que conlleva a que no todos logran ser expertos, incluso cuando poseen una amplia cantidad de años laborando. Esto converge con Khalil [52] pues asevera que una mejor comprensión de la práctica reflexiva puede aumentar la confianza y

disminuir la incertidumbre en estudiantes para poder desarrollarse profesionalmente en situaciones potencialmente desafiantes y así mismo resolver problemas a través del pensamiento crítico y la toma de decisiones, siendo este esencial para el aprendizaje y la transición profesional.

Los resultados de este estudio llaman a analizar la forma de enseñanza de posgrado a nivel de especialidad para poder atender a las demandas de formación profesional de las diversas instituciones académicas, así como los determinantes sociodemográficos que influyen en el desempeño de su praxis. Mezirow [40-42] y Fleming [49] mencionan que los adultos pueden adquirir en su desarrollo las capacidades necesarias para llegar a ser críticamente autorreflexivos y esto se logra a través de los educadores mediante el desarrollo de habilidades y conocimientos para reflexionar sobre los supuestos y participar en el discurso crítico-dialéctico para poder evaluar su aprendizaje transformador. De igual modo Patel [43] ha identificado la necesidad de desarrollar estrategias que promuevan la reflexión entre las enfermeras y los estudiantes antes, durante y después de las experiencias clínicas.

Asimismo, Ramsurg [56] asevera que, si la experiencia y la educación son fundamentales en la adquisición de habilidades para los educadores de enfermería, es primordial que el profesorado que facilita la formación de los futuros especialistas, desarrolle habilidades para la promoción del pensamiento reflexivo y de la toma de decisiones clínica a partir de programas de desarrollo profesional y de competencias. Ello permitirá que los académicos desarrollen y apliquen la evaluación de habilidades en estudiantes especialistas y no sólo en estudiantes de pregrado con el fin de intervenir en los resultados obtenidos en esta investigación.

5.2 Conclusiones.

Los niveles de pensamiento reflexivo que predominaron fueron el reflexivo y de reflexión crítica, es decir, los dos niveles más deseables. Sin embargo, la media del nivel comprensión (no deseable) también fue alta. El modelo de TDC de los EEN es de analítico-intuitivo a intuitivo.

Aunque la experiencia como especialista se asoció a un modelo más intuitivo y este a su vez se asoció con un pensamiento en el nivel de reflexión y reflexión crítica, los años de experiencia laboral general y especializada no se relacionaron con un mayor nivel de profundidad de pensamiento reflexivo ni con un modelo más intuitivo. Del mismo modo, no se encontraron variables sociodemográficas asociadas a las variables de interés. Es necesario profundizar en el análisis de las variables que podrían estar vinculadas al desarrollo de habilidades cognitivas de los especialistas.

Este estudio representa una contribución relevante para la enfermería pues al identificar el nivel de estos procesos cognitivos superiores ayuda a conocer como toman decisiones los profesionales de enfermería con especialidad en el día a día. Así mismo, al evaluar la relación entre el PR y la TDC se aportó información importante para identificar el estatus actual de los profesionales especialistas y se fortaleció el enfoque disciplinar y científico basado en el análisis crítico.

Los resultados obtenidos llaman a tomar acciones que potencialicen el desarrollo de estas habilidades cognitivas, a través del planteamiento de intervenciones educativas y formativas durante el posgrado que consoliden el PR y la TDC como una competencia esencial. El llamado a promover estas habilidades cognitivas también involucra a las instituciones de salud que es donde los profesionales especialistas se desenvuelven, para favorecer la autonomía profesional y con ello mejorar la calidad del cuidado especializado y la seguridad del paciente e impactar en los modelos de calidad de la atención. De esta manera, una vinculación efectiva entre la formación académica y la praxis profesional de posgrado puede traducirse en un mayor impacto del profesional en la práctica, la educación y la gestión en enfermería.

5.3 Recomendaciones.

Para avanzar en la identificación de factores que permean el pensamiento reflexivo y la toma de decisiones clínica en los escenarios del cuidado, se sugiere ampliar el número de muestra en futuros estudios, lo cual podría lograrse con un estudio multicéntrico que incluya población con características similares de otras instituciones de salud. En este estudio una de las limitantes que se presentó fue el tamaño de la muestra determinada por censo.

Otra recomendación es analizar en futuros estudios las variables de interés en otros profesionales especialistas, un estudio longitudinal permitiría evaluar, contrastar o vincular la relación entre PR y la TDC al inicio y término del posgrado, e incluso en etapas subsecuentes.

Asimismo, se sugiere contrastar el desarrollo de las variables cognitivas entre el personal con diferentes grados académicos para identificar si existen diferencias en la práctica clínica.

La experiencia es una variable central a considerar en el desarrollo de las habilidades cognitivas, por ello es de relevancia avanzar al desarrollo de un constructo que permita medir la experiencia clínica en los profesionales de enfermería.

VI. Referencias bibliográficas.

1. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud. [Online].; 2007. Available from: https://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/politicas_nacionales_salud-mexico_2007-2012.pdf.

2. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. [Online].; 2023. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth.

3. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. [Online].; 2023. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety.

4. Organización Mundial de la Salud. Poner fin a las muertes neonatales y fetales prevenibles para 2030. Agilizar los procesos hacia una cobertura sanitaria universal de calidad entre 2020 y 2025. [Online].; 2022. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/poner-fin-a-las-muertes-neonatales-y-fetales-prevenibles-para-2030d1b0f0d3-2c1c-49fa-a042-4960fe7029db.pdf?sfvrsn=6125b499_1.

5. Organización Panamericana de la Salud. Salud del recién nacido. [Online]. Available from: https://www.paho.org/es/temas/salud-recien-nacido.

6. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de Salud. Aspectos conceptuales y operativos. [Online]. [cited 2023. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14405:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0.

7. Organización Mundial de la Salud. Every Newborn Action Plan. [Online]. Available from: https://www.who.int/initiatives/every-newborn-action-plan.

8. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud. [Online].; 2020. Available from: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0.

9. Secretaría de Salud. Perfiles de Enfermería. [Online].; 2005. Available from: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/perfiles_enfermeria.pdf.

10. Vargas Toloza RE. Metacognición, una estrategia de aprendizaje en Enfermería. Revista Ciencia y Cuidado. 2018; 15(2): 5-7.

11. Camacho Franco ER, Rodríguez Jiménez S. Una mirada crítica de la formación del profesional de enfermería con perspectiva reflexiva. Enfermería Universitaria. 2018; 7(1): 37-44.
12. Medina Moya JL, Castillo Parra S. La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. Texto Contexto Enfermagem. 2006; 15(2): 303-311.
13. Morán Peña L. Formar enfermeros para la práctica reflexiva, un reto que requeire acciones deliberadas. Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería. 2014; 4(3): 5-7.
14. Morán L, Quezada Y, García A, González P, Godínez S, Aguilera M. Resolver problemas y tomar decisiones, esencia de práctica reflexiva en enfermería. Análisis de la literatura. EnfermeríaUniversitaria. 2016; 13(1): 47-54.
15. Medina JL. El enfoque de la práctica reflexiva: una redignificación epistemológica de la enfermera profesional. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018; 26(e3098): 1-3.
16. Shön D. The Reflective practitioner. 1st ed. USA: Ashgate Publishing; 1983.
17. Shön D. La formación de profesionales reflexivos. 1st ed. Madrid: Ediciones Paidós; 1992.
18. Johansen ML, O'Brien JL. Decision making in nursing practice: a concept analysis. Nursing Forum. 2016; 51(1): 40-48.
19. Quezada Ramírez Y, Morán Peña L, González Ramírez P. Análisis de modelos y habilidades para la toma de decisiones clínicas en egresados de enfermería. Revista Iberoamericana de educación e investigación en Enfermería. 2014; 7(4): 18-26.
20. Santos Duarte HM, Coelho Rodrigues Dixe MdA. Clinical Decision-Making in Nursing Scale (CDMNS-PT©) in nursing students: tlaslation and validation. Revista Brasileira de Enfermagem. 2021; 74(6): 1-8.
21. Mozqueda Díaz Á, Mendoza Parra S, Jofré Aravena V. Nursing contribution in health decision making. Revista brasileira de enfermagem. 2014; 67(3): 462-467.
22. Salanterä S, Lauri S. Developing an instrument to measure and describe clincal decision making in different nursing fields. Journal of professional nursing. 2002; 18(2): 93-100.

23. Yee A. Clinical decision-making un the intensive care unit: a concept analysis. Intensive & Critical care nursing. 2023; 77(103430): 1-8.
24. Abdelgawad AS, Mohamed FR, Abdelrahman SM, Fahmy AM. Relation between Clinical Decision Making and Professional Values among Nurses at Critical Care Units. Minia Scientific Nursing Journal. 2021; 10(1): 124-131.
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística de Nacimientos Registrados 2023. [Online].; 2024. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENR/ENR2023.pdf.
26. Cárdenas Becerril L, Jiménez Gómez MA, Bardallo Porras MD, López Ortega J, Monroy Rojas A, Alves de Araújo Püschel V. Presence of the Reflective and Critical Thinking Capacity in Nursing Curricula in Iberian America. Nursing Research and Education. 2020; 38(3): 1-13.
27. Cárdenas Becerril L, Martínez Talavera BE, Arana Gómez B, Monroy Rojas. Desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico en estudiantes de enfermería: Evidencia de una universidad pública mexicana. Revista Uruguaya de Enfermería. 2017; 12(1): 2-19.
28. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Especialización en Enfermería del Neonato. [Online].; 2025. Available from: https://www.feno.unam.mx/index.php/especialidades/enf-neonato/.
29. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Especialidades Enfermería: del neonato. [Online].; 2022. Available from: https://feno.unam.mx/puee/posgrado/especialidades/sede-junio2022/Neonato.pdf.
30. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Programa Único de Especializaciones en Enfermería: perfil de egreso. [Online].; 2022. Available from: https://feno.unam.mx/puee/posgrado/especialidades/.
31. Instituto Nacional de Perinatología. Gobierno de México. [Online].; 2023. Available from: https://www.gob.mx/salud%7Cinper/prensa/instituto-nacional-de-perinatologia-isidro-espinosa-de-los-reyes-formador-de-enfermeria-especializada.
32. Secretaría de Gobernación. Programa Institucional 2020-2024 INPer. [Online].; 2020. Available from:

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5605527&fecha=23/11/2020#gsc.tab=0.
33. Dreyfus S, Dreyfus H. A five-stage model of the mental activities involved in directed skill adquisition Berkeley, CA: Operation Research Center; 1980.
34. Benner P. From novice to expert. JSTOR. 1982; 82(3): 402-407.
35. Dreyfus HL, Dreyfus SE. The Relationship of theory and practice in the acquisition of skill. Expertise in nursing practice. In Benner P, Tanner , Chesla C. Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgment and ethics. Segunda ed.: Springer Publishing Company; 2009. p. 1-23.
36. Brykczynski KA. Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería. In Elsevier , editor. Filosofías. España; 2011. p. 137-158.
37. Hammond KR. Coping with uncertainty. The rivarly between intuition and analysis. In Human judgment and social pilicy. Irreducible uncertainty, inevitable error, unavoidable injustice. New York.: Oxford University Press.; 1996. p. 61-63.
38. Lauri S, Salanterä S. Decision-making models in different fields of nursing. Research in Nursing & Health. 1998; 21(5): 443–452.
39. Schön D. El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A; 1998.
40. Mezirow J. Making meaning through reflection. In Mezirow J. Transformative dimensions of adult learning. USA: Jossey-Bass; 1991. p. 99-117.
41. Mezirow J. Understandig transformation theory. Adult Education Quarterly. 1994; 44(4): 222-232.
42. Mezirow J. An overview on transformative learning. In Contemporary theories of learning. New York: Routledge; 2009. p. 90-105.
43. Patel KM, Metersky K. Reflective practice in nursing: A concept analysis. Int J Nurs Knowl. 2022; 33(3): 180-187.
44. Ramón Ramos R. Las teorias de Schön y Dewey: hacia un modelo de reflexión en la práctica docente. Cinzontle. División académica de educación y artes. 2013; 3(11): 27-32.
45. Altimier L, Lasater K. Utilizing reflective practice to obtain competency in neonatal nursing. Newborn & Infant Nursing Reviews. 2014; 14(1): 34-38.

46. Kember D, P. Leung DY, Jones A, Yuen Loke A, McKay J, Sinclair K, et al. Development of a questionnaire to measure the level of reflective thinking. Assessment & Evaluation in Higher Education. 2000; 25(4): 381-395.
47. Rolfe G. Rethinking reflective education: What would Dewey have done? Nurse Education Today. 2014; 34(8): 1179-1183.
48. Koshy , Limb C, Gundogan , Whitehurs K, Jafree DJ. Reflective practice in health care and how to reflect effectively. International Journal of Surgery Oncology. 2017; 2(e20): 1-3.
49. Fleming T. Mezirow and the Theory of Transformative learning. In Critical Theory and Transformative Learning.: IGI Global; 2018. p. 120-136.
50. George M, Brown T, Mong-Lin Y. The relationship between resilience, reflective thinking and professionalism in Australian undergraduate occupational therapy students. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2022; 29(3): 229–241.
51. Zarrin L, Ghafourifard M, Sheikhalipour Z. Relationship between nurses reflection, self-efficacy and work engagement: A multicenter study. Journal of Caring Sciences. 2023; 12(3): 155-162.
52. Khalil A, Abou Hashish. Exploring how reflective practice training affects nurse interns' critical thinking disposition and communication skills. Nursing management. 2022; 29(5).
53. Cárdenas Becerril L, Monroy Rojas, Arana Gómez B, García Hernández MdL. Importancia del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería. Revista mexicana de enfermería cardiológica. 2015; 23(1): 35-41.
54. Levy-Malmberg R, Boman E, Lehwaldt D, Fagerström L, Lockwood EB. Clinical decision-making processes among graduate nurses, specialist nurses and nurse practitioners. A collaborative international study. International Nursing Review. 2024; 71(2): 224–231.
55. Lauri S, Salanterä S. Developing an instrument to measure and describe clinical decision making in different nursing fields. Journal of Professional Nursing. 2002; 18(2): 93-100.

56. Ramsburg L, Childress R. An initial investigation of the Applicability of the Dreyfus Skill Acquisition Model to the Professional Development of Nurse Educators. Nursing Education Perspective. 2012; 33(5): 312-316.
57. Mendoza Nuñez VM, Sánchez Rodríguez MA. Análisis y difusión de resultados científicos. 1st ed. Ciudad de México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; 2001.
58. Juárez García F, Villatoro Velázquez JA, López Lugo EK. Apuntes de estadística inferencias. 1st ed. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; 2002.
59. Hernández Sampieri R, Fernéndez Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 6th ed. Ciudad de México: Mc Graw Hill Education; 2014.
60. Tutticci N, Coyer F, Lewis PA, Ryan M. Validation of a reflective thinking instrument for third-year undergraduate nursing students participating in high-fidelity simulation. Reflective practice. 2017; 18(2): 219-231.
61. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Online].; 2014. Available from: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.
62. National Institutes of Health. Comisión Nacional para la Protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos en investigación. [Online].; 2003. Available from: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf.
63. Comisión Nacional de Bioética. Código de Nuremberg. [Online].; 1947. Available from: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf.
64. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. [Online].; 1964. Available from: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos.

VII. Anexos.

7.1 Consentimiento informado.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto:

Evaluación del pensamiento reflexivo y toma de decisiones clínicas en Especialistas en Enfermería Neonatal.

Número de registro del proyecto: 2024-1-57

Autor/Estudiante: E.E.N. Serrano Madrid Karen Vianey

Teléfonos INPer 5555209900 ext. 284
Cel. 5591110449

Instituciones participantes:

Instituto Nacional de Perinatología. Isidro Espinosa de los Reyes.
Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de Maestría en Enfermería.

Nombre del Presidente del Comité de Ética en Investigación:

Dr. José Antonio Ramírez Calvo

Teléfono INPer 5555209900 ext. 112

Introducción: El presente estudio busca indagar sobre la forma en que los especialistas en enfermería toman decisiones clínicas en la práctica profesional. El documento se sustenta en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, considerando los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y en grupos subordinados. Antes de que decida participar, es necesario que conozca el objetivo del estudio: Evaluar el pensamiento reflexivo y la toma de decisiones clínicas en los especialistas en enfermería neonatal e identificar las posibles variables asociadas.

Procedimientos: Su participación en el estudio consiste en responder una cédula de datos sociodemográficos y dos cuestionarios. Se realizarán preguntas sobre cómo es su pensamiento en la práctica profesional y sobre su toma de decisiones clínicas. Los resultados formarán parte de la prueba piloto del estudio. El tiempo estimado para responder los cuestionarios es de 10 a 15 minutos. Este documento se dará al participante por duplicado para que tenga una copia.

Riesgos: La participación en el estudio se encuentra libre de riesgos.

Beneficios: El presente estudio no ofrece beneficios directos sobre su persona.

Gastos: La participación en el estudio no tiene costo alguno.

Confidencialidad: Sus datos serán tratados de forma confidencial y se garantiza el respeto, dignidad, bienestar y protección de los derechos de la persona sujeta a investigación, se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. La identificación del participante será estrictamente confidencial. La información será almacenada sin la identificación de la persona y será analizada por la investigadora principal y colaboradoras. Los datos personales recabados serán protegidos a través del Aviso de Privacidad Institucional de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Capítulo I De los Principios de Protección de Datos Personales, Artículo 6, 7,8 y 9 y aviso de privacidad institucional. Al participar en la investigación tendrá el derecho a conocer los resultados y ese derecho se extiende al conocimiento de la publicación final.

Participación voluntaria/retiro: La participación en el estudio es completamente voluntaria y puede escoger entre participar o no participar. Tendrá la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que lo decida sin causar perjuicios o daños que afecten su situación escolar o laboral aun habiendo firmado el consentimiento informado.

Responsabilidad de los participantes: La responsabilidad que adquiere al decidir participar es el proporcionar información completa y precisa.

Preguntas: En caso de tener preguntas usted puede comunicarse al correo electrónico karenvsmadrid@gmail.com para recibir respuesta y aclaración ante cualquier pregunta o duda relacionada con el estudio. En caso de que no quiera o no pueda discutir algunas dudas con el investigador, puede exponerlas y solicitar su aclaración al número INPer 5555209900 ext. 112 con el Dr. José Antonio Ramírez Calvo, presidente del Comité de Ética en Investigación que es el organismo que ha revisado y aprobado los derechos de los investigados, y además el responsable de proteger a los participantes y de que el estudio se lleve a cabo de manera ética.

TEXTO DECLARATORIO

Yo _____ declaro libremente que he sido informado (a) de manera verbal y por escrito de los aspectos que se mencionan a continuación de la investigación titulada: "Evaluación del pensamiento reflexivo y toma de decisiones clínicas en Especialistas en Enfermería Neonatal":

• Justificación y objetivos de la investigación.
• Procedimientos que van a usarse y su propósito con un lenguaje entendible para mí, así como las responsabilidades que adquiero al participar.
• Molestias y riesgos esperados.
• Procedimientos alternativos ventajosos.
• Beneficios que pueden obtenerse.
• El compromiso de proporcionarme información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar mi voluntad para continuar participando.
• Que no existen gastos adicionales derivados de este estudio de investigación.
• La seguridad de que no se me identificará y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Capítulo I De los Principios de Protección de Datos Personales, Artículo 6, 7,8 y 9: Y aviso de privacidad institucional.
• La libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que por ello se creen prejuicios para continuar mi cuidado y tratamientos.
• Que, en caso de no aceptar participar en la investigación, no existirá ninguna penalidad, ni se verá afectada su situación escolar o laboral aun habiendo firmado el consentimiento informado.
• La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta o duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados a la investigación.

Por lo anterior, estoy de acuerdo en participar en la investigación arriba señalada, firmando la declaración de Consentimiento Informado.

_____
Nombre y firma del sujeto de investigación o su representante legal

_____	_____	_____
Testigo 1 Nombre y firma	Parentesco	Domicilio
_____	_____	_____
Testigo 2 Nombre y firma	Parentesco	Domicilio

_____
Nombre y firma del investigador principal

7.2 Cédula de datos sociodemográficos.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CÉDULA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Instrucciones: A continuación, llene los siguientes datos eligiendo la opción que corresponda o anotando la información solicitada.

- Edad: ____ años
- Sexo: Mujer __ Hombre __
- Años de experiencia laboral general: ____
- Especialidad: _____
- Años de experiencia laboral especializada: ____
- Turno laboral actual:
  Matutino __ Vespertino __ Nocturno __ Otro: __ (especifique) _____
- Situación laboral:
  Base __ Base provisional __ Contrato __ Suplencia __
  Otro __ (especifique) _____
- Áreas donde ha laborado en los últimos 10 años:
  _____
  _____
- Tiempo en años correspondiente en cada área donde ha laborado:
  _____
  _____
- ¿Usted considera que cuenta con los insumos médicos suficientes, adecuados e imprescindibles para brindar cuidado de calidad? Sí __ No __
- ¿Cómo considera que se caracteriza la carga laboral en el entorno donde se desenvuelve? Marque el nivel percibido con una X en la siguiente escala:

Baja			Moderada					Alta		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7.3 Instrumento Pensamiento reflexivo.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

INSTRUMENTO PENSAMIENTO REFLEXIVO
(Tutticci, Lewis & Coyer, 2016)

Instrucciones: Por favor, lea atentamente cada enunciado y marque la casilla que mejor describa su propia acción y pensamiento durante su práctica profesional.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Durante la práctica profesional puedo hacer algunas actividades de enfermería sin pensarlo.					
2. La práctica profesional requiere que aplique conceptos enseñados durante mi formación.					
3. Debido a mis experiencias en la práctica profesional, he cambiado la forma en que me veo profesionalmente.					
4. En la práctica profesional hago actividades de enfermería tantas veces que he empezado a hacerlas sin pensarlo.					
5. Para aprobar las experiencias clínicas necesito entender cómo aplicar el contenido.					
6. Me gusta pensar sobre lo que hago en la práctica profesional y considerar maneras alternativas de hacerlo.					
7. La práctica profesional ha desafiado algunas de mis ideas más firmes sobre la enfermería.					
8. Mientras recuerde el material de guías de práctica/tutoriales para mis valoraciones, no tengo que pensar demasiado.					
9. Necesito entender la teoría y el razonamiento enseñados en mi formación para realizar actividades/intervenciones de enfermería de manera efectiva.					
10. A menudo reflexiono sobre mis acciones para ver si podría haber mejorado el cuidado al paciente en la práctica profesional.					
11. Como resultado de la reflexión sobre la práctica profesional he cambiado la forma en que hago algunas actividades/intervenciones de enfermería.					
12. Si sigo indicaciones, no tengo que pensar demasiado durante la práctica profesional.					
13. En la práctica profesional tengo que pensar continuamente en el material que he aprendido.					
14. Re examino y evalúo mi experiencia en la práctica profesional para poder aprender de ella y mejorar mi desempeño en la siguiente ocasión.					
15. Después de las experiencias profesionales, cuestiono lo que antes creía que era correcto.					

7.4 Instrumento Toma de decisiones clínicas.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

INSTRUMENTO TOMA DE DECISIONES
(Lauri & Salanterä, 2002)

Instrucciones: A continuación, se señalan algunas afirmaciones que describen cómo toman decisiones los profesionales de enfermería en distintas situaciones del cuidado a los pacientes. Lea atentamente cada enunciado y marque la casilla que mejor describa su propia acción, cada afirmación debe tener una respuesta única.

	Nunca o casi nunca	Raramente	No raramente o no a menudo	A menudo	Casi siempre o siempre
1. Reúno toda la información previa posible del expediente del paciente.					
2. Confío en mis propias interpretaciones a la hora de definir el estado del paciente.					
3. Basándome en mi información previa, especifico todos los datos que tengo intención de controlar y sobre los que voy a preguntar al paciente.					
4. En el primer contacto con el paciente, hago suposiciones sobre los futuros problemas de enfermería.					
5. Confirmo la opinión que me he formado a partir de la información previa buscando indicios que corroboren mis puntos de vista.					
6. Es fácil para mí ver y distinguir entre información relevante e irrelevante a la hora de definir el estado del paciente.					
7. Comparo la información que he recibido del paciente con mis conocimientos previos sobre casos individuales y similares de pacientes.					
8. Comparo la información que he recibido sobre el paciente con mis propias experiencias en la práctica enfermera.					
9. Comparo la información que he recibido del paciente con los resultados de la investigación relativa de los cuidados de enfermería y sus repercusiones.					
10. Es fácil para mí ver, incluso sin un análisis más detallado, qué partes de la información son relevantes para definir los problemas de enfermería del paciente.					
11. Defino objetivamente los problemas del paciente basándome en los síntomas y quejas observadas.					
12. Me resulta fácil formarme una imagen global de la situación del paciente y de los principales problemas de enfermería.					
13. Elaboro el plan de cuidados del paciente según las etapas del proceso de toma de decisiones de enfermería. (recolección de la información, manejo de la información y definición de los problemas, planeación, implementación, evaluación y seguimiento).					
14. Baso el plan de cuidados del paciente en mis propios puntos de vista de enfermería y/o en los puntos de vista del paciente sobre sus cuidados.					
15. Baso el plan de cuidados del paciente en los tratamientos generales prescritos para la enfermedad del paciente.					
16. Documento sin dificultades las indicaciones generales relativas a los cuidados del paciente en su expediente.					
17. Establezco objetivos para los cuidados del paciente que sean fáciles de medir.					
18. Preveo las repercusiones de las intervenciones de enfermería en el paciente.					
19. Sigo lo más estrechamente posible el plan de cuidados existente del paciente para su enfermedad y situación.					
20. Preveo cambios en el estado del paciente basándome en indicios individuales incluso antes de que haya síntomas claros.					
21. Utilizo información específica sobre el tratamiento de la enfermedad del paciente cuando tomo decisiones sobre cuidados de enfermería.					
22. Modifico con flexibilidad mi forma de actuar en función de la información que recibo sobre la situación del paciente.					
23. Intento encontrar razones para mis propias apreciaciones sobre los cambios en la situación del paciente.					
24. Es fácil para mí evaluar el impacto de mis acciones en el estado del paciente.					

Agradecemos su participación en el estudio.