



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

RAZONAMIENTO CLÍNICO Y ESTILOS DE TOMA DE DECISIÓN EN
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. UNA APROXIMACIÓN AL ESTADO DEL
CONOCIMIENTO.

TESINA

PRESENTA:

ITZEL ESQUIVEL AYALA

Nº CUENTA: 301765389

BECARIA DEL PROYECTO PAPIIT IN307708

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

DIRECTORA DE TESINA:

MTRA. LAURA MORÁN PEÑA

MÉXICO, D. F. JULIO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 mi familia, la cual ha sido la principal motivación, que confiaron en mi y me alentaron a seguir adelante, que durante este largo periodo ha apoyado mis decisiones y me ha dado la fuerza para cumplir una más de mis metas.

A la dirección general de asuntos del personal académico por otorgarme beca durante un año en el marco del PAPIIT IN307708 y darme la oportunidad de titulación con tesina.

A mis profesores, muy en especial a la Profa. Laura Moran Peña, por ser una guía para la realización de esta tesina.

Nunca consideres el estudio como un deber, si no como una oportunidad para penetrar en el mundo maravilloso del saber.

Albert Einstein

ÍNDICE

Introducción.....	1
1. Implicaciones del cuidado enfermero para lograr bienestar y recuperación de la salud de la persona.....	5
1.1 Hacia una conceptualización del cuidado enfermero.....	5
1.2 Requerimiento de formación crítica de los profesionales de enfermería.....	7
2. El Proceso de Atención de Enfermería como herramienta básica para ofrecer el cuidado a través de prácticas reflexivas.....	11
2.1 Concepto de Proceso de Atención de Enfermería.....	11
2.2 Fases del Proceso de Atención de Enfermería.....	13
2.2.1 Fase de valoración.....	13
2.2.2 Fase de diagnóstico.....	16
2.2.3 Fase de planificación de los cuidados de enfermería.....	19
2.2.4 Fase de ejecución o implementación de los cuidado enfermero.....	22
2.2.5 Fase de evaluación.....	24
2.3 Habilidades cognitivas puestas en práctica en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.....	25
3. El pensamiento crítico como herramienta para el razonamiento clínico y la toma de decisiones, elemento esencial en la formación de profesionales reflexivos.....	37
3.1 Conceptos de pensamiento crítico.....	37
3.2 Perspectivas teóricas.....	42
3.3 Otras variables relacionadas con el pensamiento crítico.....	47
3.4 Habilidades específicas para el pensamiento crítico.....	49
3.5 Características de los pensadores críticos.....	50

4. Toma de decisiones clínicas en enfermería.....	53
4.1 Conceptualización de toma de decisiones	53
4.2 Perspectivas teóricas.....	55
4.3 Variables relacionadas con la toma de decisiones clínicas.....	60
5. Estilos de toma de decisiones en enfermería	64
5.1 Conceptualización de estilos de toma de decisiones.....	64
5.2 Diversas clasificaciones.....	65
5.2.1 Estilo de toma de decisiones según Leon Mann.....	65
5.2.2 Los estilos de toma de decisión según la adaptación del cuestionario DMQII por A. Macía, I. Barbero, C. Pérez-Llantada, E Vila, Ma. Navas y T. Mandakovic.....	66
5.2.3 Otras clasificaciones.....	68
6. El pensamiento de alumnos novatos y avanzados.....	74
6.1 El modelo Dreyfus de adquisición progresiva de habilidades.....	74
6.1.1 Primera categoría: Principiante.....	79
6.1.2 Segunda categoría: Principiante avanzado.....	80
6.1.3 Tercera categoría: Competente.....	81
6.1.4 Cuarta categoría: Aventajado.....	81
6.1.5 Quinta categoría: Experto.....	83
Conclusiones.....	89
Bibliografía.....	93
Bibliografía electrónica.....	95
Identificación del problema.....	97
Objetivos generales.....	97

INTRODUCCIÓN

Se llevó a cabo una investigación documental exhaustiva con el propósito de aproximarnos al estado del conocimiento sobre las principales variables que serán evaluadas en el proyecto de investigación “Habilidades de razonamiento clínico y estilos de toma de decisión en alumnos novatos y avanzados de enfermería de la UNAM. Una aproximación al estado del conocimiento” el cual está enmarcado como parte del proyecto PAPITT N° IN307708 que apoya financieramente la UNAM y que entre uno de sus propósitos tiene la iniciación temprana de estudiantes de Licenciatura en la Investigación.

Los programas de formación de recursos de Enfermería están enfrentando el reto de desarrollar en los estudiantes habilidades de pensamiento crítico, para que lleven a cabo procesos de razonamiento clínico y toma de decisiones para la resolución de problemas, ya que se pretende una atención de enfermería de mayor calidad. Para ello, es necesario que todo profesional que se está formando, desarrolle ciertas habilidades, para poner en práctica un conjunto de conocimientos teóricos aprendidos en el aula, y poder ofrecer atención de enfermería en los diversos escenarios de la práctica enfermera.

Pocos estudios sobre habilidades de pensamiento crítico se han llevado a cabo en nuestro país, además de que no se observan estrategias didácticas que de manera deliberada y progresiva las promuevan en los estudiantes, por lo que en un primer momento nos podemos preguntar si el hecho de que los estudiantes de Enfermería hayan cursado una serie de prácticas clínicas y comunitarias está favoreciendo que se incrementen las habilidades de razonamiento clínico en ellos, considerando que dichas habilidades son de suma importancia para el accionar profesional reflexivo de las enfermeras y como vía para ofrecer una atención de calidad, por lo que su análisis resulta trascendente.

Por tal motivo, este estudio profundizará sobre los conceptos a estudiar tales como las habilidades de razonamiento clínico, toma de decisiones, estilos de toma de decisión, así como sobre la necesidad de una formación progresiva de los

estudiantes de Enfermería para lograr experticia, ya que de esta manera se dará cuenta de los procesos que desarrollan los estudiantes al comienzo de su carrera en comparación al término de la misma, para llevar a cabo un plan de cuidados acertado.

Formar habilidades de razonamiento clínico en estudiantes de Enfermería es indispensable para brindar calidad y seguridad en el cuidado, ya que lleva a un accionar reflexivo para seleccionar mejores decisiones, por tal motivo, los programas educativos profesionales necesitan focalizar el desarrollo del pensamiento crítico y el desarrollo de habilidades para su aprendizaje, pero de manera deliberada.

Se parte de que el razonamiento clínico es la suma de pensamiento y procesos de toma de decisiones, es decir, una habilidad de los profesionales de la salud para una práctica profesional autónoma, que les permite a los practicantes tomar acciones acertadas, lo que significa realizar la mejor acción basada en un juicio. En ese sentido, el Proceso de Atención de Enfermería puede representar un ejercicio de pensamiento crítico, de razonamiento clínico y de toma de decisiones, que ha venido cambiando y evolucionado conforme los resultados que se han obtenido con el paso del tiempo. Este modelo representa una forma útil para aprender y evaluar el razonamiento clínico a través del reconocimiento de patrones y diagnósticos de Enfermería, en los que se utiliza un lenguaje estandarizado, del que se desprenden las intervenciones a realizar y por lo tanto ayuda a los estudiantes a asumir un juicio clínico, dotando a los alumnos de autonomía, responsabilidad, y capacidad de toma de decisiones en condiciones de incertidumbre, lo que tiene que ver con la naturaleza del reto enfrentado por novatos o expertos.

Las enfermeras tienen un importante papel en la toma de decisiones clínicas correctas y apropiadas, cuando se les presenta la responsabilidad de ayudar a las personas a mantener, recobrar y mejorar la salud, una enfermera debe ser capaz de pensar críticamente para resolver los problemas y hallar la mejor solución a las necesidades de la persona. El tomar decisiones clínicas resulta fundamental en los profesionales de Enfermería ya que determina la serie de métodos, procedimientos y acciones específicas que pondrá en práctica con las personas que cuidan, ello en pro de cubrir sus necesidades vitales y humanas. En ese sentido, los estilos de toma

de decisiones que se emplean en general por las enfermeras, determinan las habilidades para la interpretación de la información que se tienen sobre los pacientes y sobre el tipo de intervención que tendrá para resolver los problemas. Conocer los estilos de toma de decisiones clínicas que emplean los alumnos, dará luz al conocimiento sobre los mecanismos del accionar reflexivo y del razonamiento clínico que ponen en juego cuando realizan sus prácticas clínicas.

Estudios relacionados a la forma o estilo de toma de decisiones que adoptan los estudiantes, contribuirán al avance de la construcción del conocimiento de Enfermería en el marco de sus procesos educativos, ya que posibilita explorar dos dimensiones de la actuación reflexiva de los estudiantes: cuando se les demanda habilidades de pensamiento crítico necesarios para el razonamiento clínico y los estilos de toma de decisiones clínicas, y cuando están al cuidado de personas, familias y comunidades sanas o enfermas.

El explorar los estilos de toma de decisiones clínicas permitirá profundizar el estudio de procesos cognitivos que se subsumen en el desarrollo del pensamiento crítico de los estudiantes de Enfermería durante el aprendizaje escolar, lo que redundaría en el establecimiento de estrategias pedagógico-didácticas que lo promuevan.

Así mismo por medio del modelo Dreyfus, que se basa en que todo estudiante o aprendiz adquiere los conocimientos precisos a través de cinco categorías de eficiencia, que va desde el principiante, principiante avanzado, competente, aventajado, hasta el experto, nos podremos dar cuenta que éstas aumentan de acuerdo a la capacidad para el pensamiento crítico que tenga cada uno, debido a que los novatos todavía no cuentan con la experiencia personal necesaria o están en proceso de formación y su pensamiento crítico comienza a desarrollarse, por lo tanto existen grandes diferencias en el pensamiento de una enfermera novata y una experta.

Este trabajo es una primera aproximación al análisis de dichos conceptos, pero que resulta trascendente en tanto que el razonamiento clínico y la toma de decisiones son dos elementos que no pueden estar ausentes en los procesos de formación de

las enfermeras profesionales, ya que asumimos el compromiso de otorgar servicios seguros y de calidad a las personas que requieren de nuestros servicios.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Para la atención de la salud, los enfermeros universitarios deben desarrollar habilidades de razonamiento clínico y de toma de decisiones clínicas adecuadas, para implementar un plan de cuidados efectivo para el paciente y su familia, de tal forma que, no sólo pongan en práctica información teórica adquirida en el aula.

Por lo tanto, la información que se obtenga a través de este proyecto de investigación, será una base que permitirá establecer tanto la perspectiva teórica como la identificación de instrumentos, lo que permitirá que en el estudio principal se identifiquen y comparen las habilidades de razonamiento clínico y los estilos de toma de decisiones en estudiantes novatos y avanzados, así como los caminos y/o procesos cognitivos que éstos siguen cuando toman decisiones en la práctica clínica.

De esta manera se identifica el problema estableciendo la siguiente pregunta: ¿Cuál es el estado del conocimiento sobre las habilidades de razonamiento clínico, los estilos y toma de decisiones clínicas y las diferencias que existen entre estudiantes novatos y avanzados que cursan la Licenciatura en Enfermería?

OBJETIVOS GENERALES

Describir el estado del conocimiento sobre los conceptos: habilidades de razonamiento clínico, estilos y toma de decisiones clínicas de estudiantes de enfermería novatos y avanzados.

Profundizar sobre diversas perspectivas teóricas relacionadas.

1. Implicaciones del cuidado enfermero para lograr bienestar y recuperación de la salud de las personas.

1.1 Hacia su conceptualización.

Al estudiar el origen del conocimiento en enfermería se puede afirmar, que éste se remonta a los tiempos en los que tanto la explicación de lo desconocido por la creencia en seres sobrenaturales, como a la observación de sucesos naturales, así como fue el de las plantas y animales para explicar los primeros cuidados, con respecto a los que hoy se puede denominar en enfermería, medicina y cirugía primitivas que fueron los modos de conocer comunes en todas las ciencias.

Es necesario entender que los hombres, después de un tiempo, tomaron un camino equivocado, intentaron probar efectos naturales como la lluvia, el sol y la fecundidad de la tierra, así como el mantenimiento de la vida, origen de la actividad de los cuidados humanos, imitando a la naturaleza mediante ciertos ritos de magia.

Observamos como a la par, la mujer como sujeto de fecundación, y por tanto, transmisora de vida, sabedora y hacedora de cuidados de supervivencia, mantenían estos conocimientos, elementos para considerar en el origen de la ciencia, por más que desconozcamos las relaciones históricas y antropológicas concretas que existieron entre ellas y con la ciencia misma (Pinto, 2002: 44).

El término cuidado se ha usado de manera creciente desde la década de los sesenta hasta nuestros días (Pinto, 2006: 83). El cuidado, ha sido una actividad que durante siglos ha carecido de sistematización conceptual, de interés en fenómenos a los cuales hay que dar una explicación, e incluso carece de una sólida tradición historiográfica que nos permite, hoy día, reconstruir nuestro pasado desde las fuentes primarias.

El quehacer de enfermería es el cuidado humano, una constante que surge desde el principio de la humanidad, así en palabras de Collière "Cuidar representa un conjunto de actos de la vida que tiene por finalidad y por función mantener la vida de

los seres humanos para permitirles reproducirse y perpetuar la especie” (citada por Pinto, 2002: 45).

Cuidar es un proceso interactivo por el que la enfermera y el paciente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar, es prestar una esencial consideración a la dimensión psicológica, emocional, de la salud y la enfermedad.

El cuidado es alcanzado por una conciencia íntima de apertura del yo al otro, por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos, sostiene Planner (citada por Pinto, 2006: 84).

A lo largo de los años y de la historia de la enfermería se han dado diferentes definiciones, una de ellas es la propuesta por Mayerof, que manifiesta que; “el cuidado es la síntesis del uso de otra persona para satisfacer nuestras necesidades” (Pinto, 2006: 84). Señala que su significado no debe ser confundido con tener buenas intenciones o deseos, con el cariño, el confort y el mantenimiento o con el interés que puede tenerse por lo que le ocurra a otra persona. Tampoco es un sentimiento aislado o una relación humana momentánea, ni tampoco es una cuestión de tener la intención de cuidar a alguien.

El cuidado entendido como una ayuda a otra persona permite el desarrollo y la actualización del yo; es un proceso de interrelación que implica desarrollo, de la misma manera que la amistad, solo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación.

Esta misma autora después hace referencia a que el cuidado es ayudar a alguien a crecer hacia la autorrealización o autodesarrollo, se fundamenta en el valor que se siente por la otra persona, promueve la realización del que da cuidado y el que da el cuidado determina la dirección del crecimiento de quien es cuidado, para lo cual es necesario tener en cuenta: los poderes y limitaciones, las necesidades y lo conducente al crecimiento del otro (Pinto, 2002: 48).

Más adelante Lenninger hizo referencia al cuidado como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores, que son dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de la vida humana” (Pinto, 2002: 48). Por lo tanto el cuidado es la esencia de enfermería y su dominio central y característica unificante, y por ello, los procesos educativos deben girar alrededor de esa realidad, que no es otra que el cuidado y es enfermería la que debe apropiarse del cuidado con el desarrollo del conocimiento propio. Tiempo después señaló que el cuidado sirve como motivador de la acción de enfermería y la base para suministrar intervenciones de enfermería culturalmente congruentes (Gutiérrez, 1998:115).

Otro de los autores que definen el cuidado fue Nel Noddings quien menciona que el cuidado se basa en la receptividad, quien cuida se siente con el otro, recibe al otro totalmente (Pinto, 2002: 48).

Por tanto se puede concluir que el cuidar no es una reducción a la atención de un conjunto de síntomas y signos o una serie de respuestas a la enfermedad.

1.2 Requerimiento de formación crítica de los profesionales de enfermería.

El primer impacto sobre el cuidado llega a la mente del estudiante a través de emociones, sensaciones y percepciones, recuerdos, atención, motivación y memoria (Gutiérrez, 1998:117), por lo que son estas facultades las que deben de enfatizarse en el proceso de formación del estudiante.

La forma (el qué y el cómo) en que el estudiante se acerque al cuidado será a través del uso de juicios (Gutiérrez, 1998:118). El razonar le permite al estudiante emitir un juicio afirmativo o negativo sobre el conocimiento y percepción del cuidado, el juicio producto del raciocinio de los contactos iniciales con el cuidado lo conduce a la identificación del mismo, la emisión de los juicios a que se refiere no son morales, si no hacen referencia al mundo circundante, sin necesidad de aplicar al cuidado categorías de valor moral, simplemente se emiten enunciativas o interrogativas que le sirvan a la estudiante para apropiarse de la realidad del cuidado.

En la formación de los enfermeros, la educación debe plantear el desarrollo de procesos cognitivos que les permita responder no sólo a lo que hay que cuidar, es necesario que, a través del proceso educativo, se hagan propios del pensar y actuar del enfermero los elementos que les permitan aprender las actitudes que son necesarias para llevar a cabo un cuidado de calidad.

En este mismo proceso de formación integral al estudiante de enfermería se le tiene que llevar de la mano para que se adueñe del cuidado, lo lleve con él y sea capaz de transformarse como cuidador, transformar el cuidado de acuerdo a lo que va viviendo. No es el estudiante un recipiente que se pueda llenar, si no una persona con las capacidades de conocer, apropiarse y transformar la realidad (cuidado) a través de los procesos educativos a que se le exponga durante su transformación.

El aprendizaje del cuidado en el sistema institucionalizado de salud a través de la educación, será motivo para la formación humana del estudiante, porque a través del conocimiento que adquiera, tendrá la posibilidad de apropiarse de su mundo. La calidad del cuidado y de la salud demanda un actuar humanístico donde el respeto por la integralidad de los seres humanos será el aspecto que humanice al estudiante.

En el desarrollo histórico de la actividad de cuidar personas la Enfermería ha venido realizando esfuerzos por definir y ajustar el propio cuerpo de conocimientos con base científica que la orienten y le den sentido (Pinto, 2006: 82). Esos esfuerzos han llevado a la realización de modelos o teorías de cuidado, y constituyen el marco teórico del profesional de enfermería y ayudan a definirla.

Pero como futuros profesionales de enfermería los estudiantes requieren de habilidades de pensamiento crítico, en virtud de que la práctica de enfermería a la que se enfrentarán implica sistemas de atención a la salud en los que los tipos de toma de decisiones, la complejidad de las necesidades de los pacientes y la cantidad y diversidad de información que utiliza, se realiza siempre en situaciones de incertidumbre, de inestabilidad, con carácter único y con conflictos de valores (Morán, 2007: 39).

Por estas razones los profesionales reflexivos se han hecho esenciales para el funcionamiento mismo de nuestra sociedad, por ello, uno de los retos para las universidades es la formación de profesionales que sean capaces de resolver los problemas a los que se enfrenta en su ejercicio profesional.

Los profesionales a menudo reflexionan sobre lo que hacen, a veces incluso mientras lo están haciendo. En este proceso completo de reflexión mediante el cual los profesionales algunas veces reaccionan bien en situaciones de incertidumbre, inestabilidad, carácter único y conflicto de valores (Morán, 2007:40).

Es por estos motivos que se ha venido dando un movimiento de reformas educativas a nivel institucional que tienen que ver con el desarrollo de pensamiento reflexivo en los futuros profesionales, ya que es de suma importancia debido a la naturaleza de sus actividades profesionales y a que deben de tomar decisiones complejas, adaptándose a nuevas situaciones y actualizando continuamente sus conocimientos y habilidades.

Por ello cobra gran relevancia abordar este tema, ya que el que las enfermeras tengan un actuar reflexivo en las prácticas clínicas o comunitarias depende en gran medida del tipo de formación que desarrollaron durante su formación como estudiantes de enfermería (Morán, 2007:40).

Sin duda como ya se mencionaba anteriormente, las situaciones en las que se realizan las prácticas de cuidado de enfermería son demasiado complejas, por ello es necesario transformar la enseñanza de tal forma que los estudiantes aprendan a aprender para la reflexión en la acción, para la reflexión sobre la acción y para la reflexión sobre la reflexión en y sobre la acción (Morán, 2007:43), ello implica que se sustraigan estereotipos y que en principio se sea un pensador crítico, ya que para formar estudiantes que tengan un accionar reflexivo tiene que haber profesores reflexivos y eso implica que desarrollen habilidades que se quiera que los estudiantes desarrollen.

Así los estudiantes desarrollarán el pensamiento reflexivo y elaborarán juicios clínicos para ofertar cuidados a través de su herramienta metodológica que es el Proceso de Atención de Enfermería.

2. El proceso de atención de enfermería como herramienta básica para ofrecer el cuidado a través de prácticas reflexivas.

2.1 Concepto de proceso de atención de enfermería

La aplicación del método para la solución de problemas, o método científico es lo que se conoce como PAE (Proceso de Atención de enfermería) (Du Gas, 2000: 57). Actualmente consta de cinco etapas interrelacionadas, clínicas y dinámicas que implementadas y respaldadas en un marco conceptual de la disciplina, favorece la visibilidad del actuar de enfermera. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

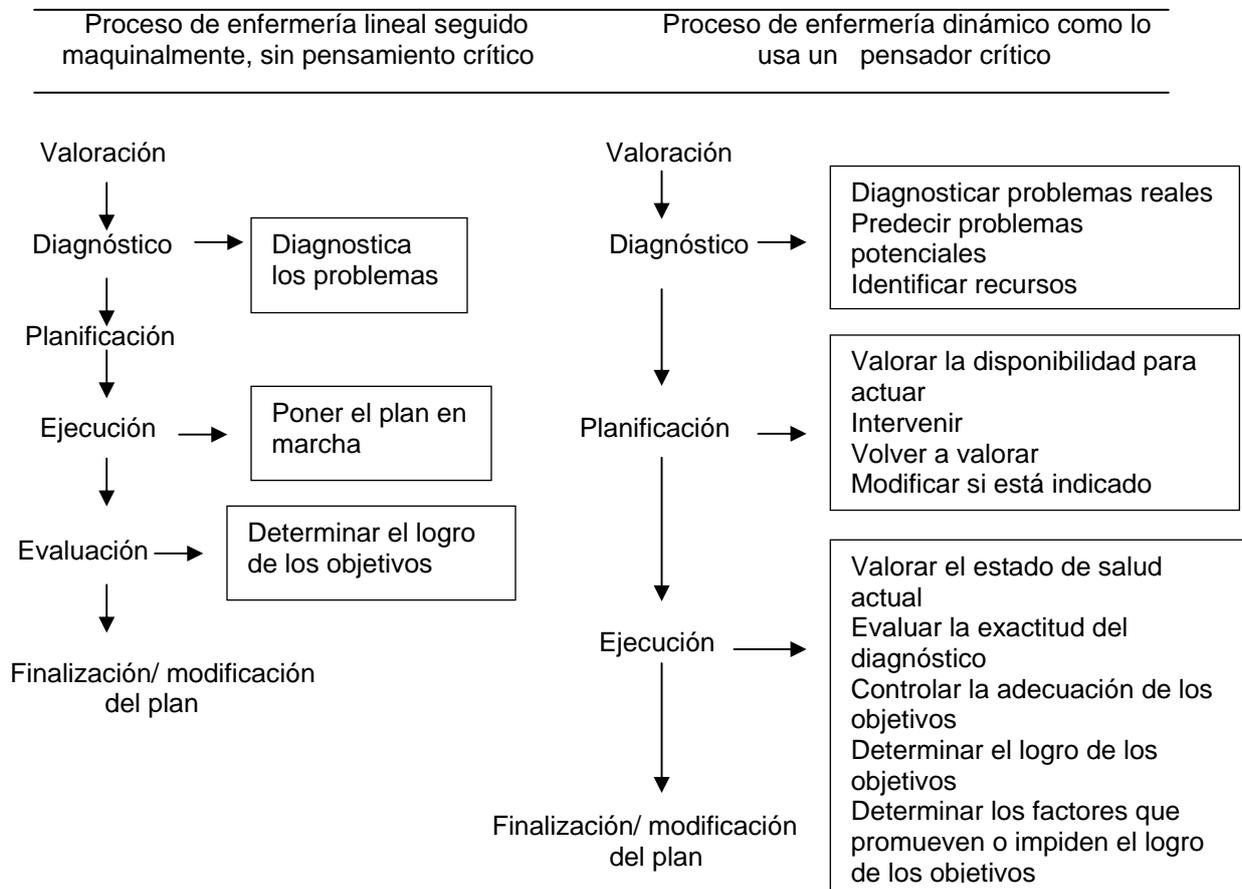
Un proceso es una serie de pasos que conduce al logro de un objetivo, el proceso enfermero incluye cinco pasos que son dinámicos, pero inclusivos de las acciones para la toma de decisiones clínicas y de las habilidades clínicas que usa la enfermera para ayudar a los pacientes a alcanzar los objetivos acordados destinados a mejorar la salud (Potter, 2000: 296).

De esta manera podemos decir que el proceso enfermero “es un método sistemático y racional de planificar y ofrecer cuidados de enfermería” (Carrillo, 2007:139). Su meta consiste en identificar los estados de salud reales o potenciales, establecer planes y ofrecer actuaciones específicas de enfermería para suplir las necesidades identificadas.

Es una herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico. Por ello, constituye un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Por lo tanto, el proceso enfermero ayudará a desarrollar hábitos que promueven el pensamiento crítico en enfermería. A continuación se muestra un cuadro comparativo de utilización de pensamiento crítico:

Esquema comparativo que muestra la diferente utilización del proceso de enfermería por un pensador crítico y otro no crítico, centrándose en las etapas del diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.



Fuente: ALFARO-LEFEVRE, R. (1997). El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona, España: Másson. Pag. 47

De esta manera se puede mencionar que es la competencia tradicional del pensamiento crítico que permite a las enfermeras realizar juicios clínico y llevar a cabo acciones basadas en la razón (Potter, 2000: 301). El pensamiento crítico lo constituye el proceso cognitivo que usa la enfermera cuando desarrolla e implementa el proceso enfermero, cuando dirige el pensamiento crítico comprende y ayuda a los pacientes a hallar soluciones para sus trastornos de salud. Este proceso enfermero es simplemente una variación del razonamiento científico que permite a la profesional en enfermería que organice, sistematice y conceptualice la práctica enfermera (Potter, 2000: 301), de esta manera, cuando la enfermera tiene pensamiento crítico el paciente pasa a ser participante activo y el resultado es completo e individualizado del cuidado.

Entonces podemos decir que cuando se unen el conocimiento, el pensamiento crítico, las habilidades técnicas e interpersonales y las actitudes, el proceso enfermero se convierte en la fuerza impulsora de cuidados de calidad. Para aplicarlo la enfermera integra los elementos del pensamiento crítico para emitir juicios y poner en práctica acciones basadas en el razonamiento.

2.2 Fases del proceso de atención de enfermería

Igualmente que el método de solución de problemas proporciona las bases para el pensamiento preciso, el proceso de enfermería proporciona las bases para el pensamiento crítico en enfermería, igual que en todo método el proceso de enfermería cuenta con cinco pasos diseñados para agilizar la identificación y el tratamiento de los problemas.

2.2.1 Fase de valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería, implica recoger y validar la información en un proceso continuo que se lleva a cabo durante todas las fases del proceso enfermero (Carrillo, 2007: 139).

La finalidad de esta fase es establecer una base de datos relativa a las necesidades percibidas, problemas de salud y respuestas a estos problemas, experiencias relacionadas, prácticas sanitarias, objetivos, valores, estilos de vida y expectativas del sistema de salud que tiene el paciente.

Es aquí en donde la enfermera emplea el pensamiento crítico para obtener y analizar datos con el fin de determinar lo que es relevante para la base de datos de la valoración. El juicio determina cuando resulta apropiada una pregunta o mediación y está influido por el conocimiento y la experiencia clínica de la enfermera (Potter, 2000: 302).

Esta fase del proceso enfermero incluye dos pasos: recolección y verificación de los datos de una fuente primaria (el paciente) y el análisis de los datos como base para el diagnóstico enfermero, están orientados a la dirección clara respecto al modo en que la enfermera toma decisiones para el cuidado del paciente.

La recolección de datos completa se logra obteniendo toda la información relevante para el problema de salud real o potencial, la enfermera obtiene dos tipos de datos, subjetivos y objetivos. Los datos subjetivos son las percepciones de los clientes sobre sus problemas de salud, se obtienen del paciente, la familia y los allegados, los miembros del equipo sanitario y las anotaciones de las historias y los datos objetivos son observaciones o mediciones realizadas por quien obtiene los datos, estos se obtienen por medio de la exploración física, los resultados de las pruebas diagnósticas o de laboratorio y la literatura médica y enfermera.

La capacidad de la enfermera para efectuar la valoración mejora con el uso de la experiencia previa, aplicando el conocimiento relevante y centrándose en la recolección de datos, para evitar la pérdida que supone la consideración de información innecesaria. El pensamiento crítico queda reforzado por la experiencia práctica y la oportunidad de tomar decisiones.

Para establecer la base de datos, la enfermera emplea la entrevista, la historia enfermera de salud, la exploración física, los resultados de laboratorios y las pruebas diagnósticas.

a) La entrevista es un modelo de comunicación iniciada para un fin específico y centrado en un área de contenido específica (Potter, 2000: 308).

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. La informal es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados (Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>, 2008).

Durante la entrevista, la enfermera utiliza preguntas abiertas para conseguir respuestas de más de una o dos palabras, éstas permiten que el paciente describa activamente su estado de salud reforzando la relación enfermera-paciente. También recurre a las preguntas cerradas que limitan las respuestas del paciente a una o dos palabras, éstas requieren respuestas concisas y se usan para aclarar información previa o proporcionar información adicional.

La entrevista cuenta con cuatro fases, en la fase de orientación la enfermera revisa la finalidad de la entrevista, la segunda fase es el establecimiento de la relación enfermera-paciente en donde se establecen los fundamentos para que la enfermera comprenda las necesidades del paciente y comience una relación que permita a éste convertirse en un compañero activo en la toma de decisiones relativa al cuidado. En la tercera fase es la de trabajo en la que la enfermera fórmula preguntas para establecer una base de datos a partir de la cual se podrá elaborar un plan de cuidados enfermeros. En la última fase de finalización se debe de buscar la situación ideal para indicar de algún modo al paciente que la entrevista ha acabado.

b) La historia enfermera de salud que se constituye con todos los datos obtenidos sobre el bienestar del paciente (actual y anterior), la historia familiar, los cambios en los patrones vitales, la historia sociocultural, la salud espiritual y las reacciones mentales y emocionales ante la enfermedad. Tiene por objetivo identificar los modelos de salud y enfermedad, los factores de riesgo para los trastornos de salud físicos y de conducta, las desviaciones de la normalidad y los recursos disponibles para la adaptación (Potter, 2000: 313).

c) La exploración física implica la obtención de la información observable y objetiva no distorsionada por las percepciones del paciente. La exploración física consiste en tomar las constantes vitales, otras mediciones y exámenes de todas partes del cuerpo usando técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación (Potter, 2000: 316).

- ❖ Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos.
- ❖ Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- ❖ Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.

Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- ❖ Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.

La exploración física se debe de realizar desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud.

d) Datos diagnósticos y de laboratorio, la fuente final de datos para la valoración es el resultado de las pruebas diagnósticas y de laboratorio, es importante que las enfermeras revisen los resultados de las pruebas para verificar las alteraciones identificadas en la historia de enfermería de salud y la exploración física.

Los datos de laboratorio se comparan con las normas establecidas para una prueba, grupo de edad y sexo en particular, la enfermera identifica las variaciones de la norma e interpreta los hallazgos según el proceso patológico y los tratamientos.

Por último en la valoración se realiza el análisis e interpretación de los datos, a través de un proceso de razonamiento deductivo y de juicio, decide que información tienen significado en relación al estado de salud del cliente. El razonamiento deductivo supone el proceso de atribuir nuevo significado a datos clínicos conocidos (Potter, 2000: 317).

2.2.2 Fase de diagnóstico

El diagnóstico de enfermería corresponde a la segunda fase en la que se hace análisis e interpretación de la información durante la valoración (Carrillo, 2007: 139). Rally Spell Monken planteó que un diagnóstico enfermero es el juicio o conclusión que se obtiene como resultado de la valoración de enfermería (Ledesma, 2004: 352).

En el diagnóstico se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

En 1973, tuvo lugar en Estados Unidos la primera conferencia nacional para la clasificación del diagnóstico enfermero, para identificar las funciones enfermeras y establecer un sistema de clasificación. A lo largo de los años, los participantes en estas conferencias han desarrollado las categorías del diagnóstico enfermero. En 1982, se estableció una asociación profesional, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). El propósito de la NANDA era desarrollar, perfeccionar y promover una taxonomía de la terminología del diagnóstico enfermero de uso general para las enfermeras profesionales. En otras palabras, el trabajo de la NANDA proporciona un lenguaje común para los problemas de salud con los que tratan las enfermeras (Potter, 2000: 323).

El proceso diagnóstico es el conjunto de pasos en la toma de decisiones que sigue la enfermera para desarrollar una formulación diagnóstica. Este proceso consiste en recopilar la base de datos de valoración, analizar e interpretar los datos para identificar las necesidades del paciente y formular diagnósticos enfermeros.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- ❖ Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis, implica reconocer modelos o tendencias, compararlos con los estándares de salud normales y llegar a una conclusión razonada sobre la respuesta del paciente a un problema de salud.
- ❖ Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica tienen 2 componentes, la etiqueta diagnóstica seguida de la formulación de factores relacionados. La etiqueta diagnóstica es una categoría aprobada por la NANDA. Un factor relacionado es una alteración que causa o está asociada con una reacción real o posible al problema de salud. El factor relacionado puede ser cambiado o resuelto por las intervenciones enfermeras, dando lugar a la resolución del diagnóstico (Potter, 2000: 328).

La frase “relacionada con” identifica la etiología o la causa del problema. No sirve para establecer una relación causa- efecto, sino que indica que la etiología puede contribuir o estar asociada con el problema. La inclusión de la frase hace que la enfermera utilice actividades de pensamiento crítico para individualizar las intervenciones subsiguientes.

La NANDA ha identificado 5 tipos de diagnósticos, que son: reales, de alto riesgo o potenciales, posibles, de bienestar y de síndrome:

- ❖ Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.
- ❖ Alto Riesgo: describe reacciones del organismo a enfermedades o procesos biológicos que se pueden desarrollar en un individuo, familia o comunidad vulnerables. La valoración clave para este tipo de diagnóstico es la existencia de datos que indique la vulnerabilidad del cliente (Potter, 2000: 327). La descripción va precedida por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- ❖ Posible: Es el que describe un presunto problema sobre el cual los datos actuales y disponibles son insuficientes para validarlo (Potter, 2000, 327). Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- ❖ De bienestar: Es una valoración clínica sobre un individuo, familia o comunidad en transición de un determinado estado de bienestar a uno mejor, se usa cuando el paciente requiere alcanzar un estado óptimo o ya lo ha conseguido (Potter, 2000: 327). Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, no contienen factores relacionados.
- ❖ De síndrome: Es la etiqueta que se da a un grupo determinado de diagnósticos enfermeros que a menudo están asociados y presentados en un cuadro clínico (Potter, 2000: 327). Los diagnósticos de enfermería de

síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

Los diagnósticos enfermeros son ventajosos tanto para las enfermeras como para los pacientes, ya que facilitan la comunicación entre enfermeras sobre el estado del paciente y ayudan a la planificación del alta, además es una referencia fácilmente accesible sobre las necesidades de los cuidados del paciente en cada momento, priorizando las necesidades del paciente y dando a conocer al equipo de salud cuales son los objetivos y prioridades del paciente.

2.2.3 Fase de planificación de los cuidados de enfermería

Una vez que se ha concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. La planificación es una categoría de conductas enfermeras en la cual se establece los objetivos centrados en el paciente y los resultados esperados y se seleccionan las intervenciones para conseguir los objetivos y los resultados de los cuidados (Potter, 2000: 337). Para esta fase se deben de seguir ciertas etapas que son:

a) Establecimiento prioridades

Después de formular diagnósticos enfermeros concretos, la enfermera utiliza habilidades de pensamiento crítico para establecer prioridades en relación con los diagnósticos del paciente, ordenándolos según su importancia. (Potter, 2000: 337). Se establecen prioridades para ayudar a la enfermera a anticipar y secuenciar las intervenciones enfermeras cuando un paciente tiene problemas o alteraciones múltiples.

Establecer los diagnósticos no es simplemente cuestión de numerar los diagnósticos enfermeros según la gravedad o importancia fisiológica, evidentemente las necesidades fisiológicas básicas deben ser satisfechas primero, sin embargo habrá pacientes que tengan otras necesidades que tengan mayor prioridad, la selección de

la prioridad es el método que utiliza la enfermera y el paciente para establecer prioridades de los diagnósticos según los deseos, las necesidades y la seguridad del paciente.

b) Planteamiento de objetivos

Antes de administrar cualquier tipo de cuidado enfermero, la enfermera debe decidir cual debería de ser el punto final de los cuidados enfermeros del paciente, en otras palabras se deben desarrollar objetivos adecuados y resultados esperados, para esto la enfermera debe evaluar críticamente los diagnósticos de prioridad preestablecidos, la urgencia de los problemas y los recursos del paciente y del sistema de prestación de cuidados.

Bulechek y McCloskey en 1992 definen los objetivos como pautas para la selección de las intervenciones enfermeras y los criterios para la evaluación. Los objetivos y los resultados son formulaciones específicas utilizadas para indicar el comportamiento previsto del paciente o sus respuestas a los cuidados de enfermería. (Potter, 2000: 338). Después de la valoración, el diagnóstico y el establecimiento de prioridades sobre las necesidades de los cuidados del cliente, la enfermera fórmula los objetivos y los resultados esperados para cada diagnóstico enfermero.

El propósito de registrar los objetivos y los resultados esperados es doble: primero, proporcionar una guía para las intervenciones enfermeras individualizadas y segundo, formular estándares para determinar la eficacia de las intervenciones.

La enfermera utiliza actividades de pensamiento crítico para desarrollar los objetivos y los resultados esperados que sean relevantes para las necesidades del paciente que se ponen de manifiesto en la base de datos de la valoración y los diagnósticos enfermeros. A medida que se desarrollan los objetivos y los resultados esperados, la enfermera simultáneamente sintetiza los conocimientos de pensamiento crítico, experiencia, estándares y actitudes que atañen a las necesidades actuales de cuidados del cliente (Potter, 2000: 338).

Se desarrollan dos tipos de objetivos para el paciente, a corto y a largo plazo, según la naturaleza de las necesidades y los problemas del paciente, y el tipo de servicios enfermeros prestados.

Un objetivo a corto plazo es el que se espera alcanzar en poco tiempo, normalmente menos de una semana, los objetivos a largo plazo son los que se esperan alcanzar en un periodo más largo de tiempo, normalmente semanas o meses. (Potter, 2000: 339).

c) Elaboración de las intervenciones de enfermería

La elaboración de las intervenciones de enfermería es la determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Las intervenciones, estrategias o acciones enfermeras se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados.

Las intervenciones son las acciones pensadas para ayudar al paciente a progresar del estado presente de salud al que describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados. La puesta en práctica/concreción de estas intervenciones se produce durante la fase de puesta en práctica del proceso enfermero (Potter, 2000: 344).

Hay tres categorías de intervenciones enfermeras: las iniciadas por la enfermera que son acciones autónomas basadas en un fundamento científico que se llevan a cabo en beneficio del paciente en una forma predeterminada en relación con el diagnóstico enfermero y los objetivos centrados en el paciente (independientes), las indicadas por el médico están basados en las respuestas del facultativo al diagnóstico médico, la enfermera interviene llevando a cabo las ordenes escritas por el médico (dependientes) y las de colaboración son tratamientos que requieren conocimientos, actividades y experiencia de diversos profesionales sanitarios (interdependientes) (Potter, 2000: 344).

La última etapa es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, ello se obtiene mediante una documentación. El plan de

cuidados enfermeros es una pauta escrita para el cuidado del cliente, documenta las necesidades del cuidado del paciente (Potter, 2000: 346).

Los estudiantes de enfermería aprenden a escribir y utilizar un plan de cuidados enfermeros como parte de su educación. El plan de cuidados del estudiante es esencial para aprender las técnicas de resolución de problemas, el proceso enfermero, las actividades de comunicación escrita y las actividades de organización necesarias para los cuidados enfermeros. (Potter, 2000: 347). Los planes de cuidados varían entre los diferentes programas de enseñanza y entre los estudiantes principiantes y los avanzados.

2.2.4 Fase de ejecución o implementación de los cuidados enfermeros

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, consiste en revalorar al paciente, validar el cuidado de enfermería, ejecutar las estrategias y comunicar las acciones de enfermería (Carrillo, 2007: 140).

La ejecución es un componente del proceso enfermero que empieza después de la elaboración de un plan de cuidados, con el plan de cuidados basado en unos diagnósticos enfermeros claros y relevantes, la enfermera selecciona y empieza a implementar las intervenciones que, con mayores probabilidades, mantendrán o mejoraran la salud del paciente. Aquí se buscan alternativas posibles y se toma la decisión sobre la mejor alternativa de ejecución (Ledesma, 2004: 356)

La ejecución son conductas enfermeras con las que se han iniciado y completado las acciones necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperados del cuidado enfermero. Una intervención enfermera es cualquier acción llevada a cabo por la enfermera para ayudar al cliente a pasar de una situación concreta de su estado de salud al estado de salud descrito en los resultados esperados. (Potter, 2000: 358).

La ejecución convierte el plan de cuidados en una acción. Tras haber desarrollado el plan de acuerdo con las necesidades y prioridades del paciente, la enfermera lleva a cabo las intervenciones enfermeras específicas, que incluyen los tratamientos iniciados por la enfermera, los iniciados por el médico y los tratamientos de

colaboración. A veces las intervenciones enfermeras se basan en protocolos u órdenes permanentes. Para que la práctica enfermera sea segura deben comprenderse claramente los diferentes tipos de intervenciones (Potter, 2000: 358), que son:

- ❖ Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- ❖ Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto con otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.
- ❖ Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

La estudiante debe de seleccionar cuidadosamente las intervenciones más adecuadas para conseguir los resultados esperados y debe también conocer en que difieren las intervenciones de una enfermera experimentada, de un médico experimentado y las intervenciones de colaboración. Existen varios factores que hacen que la toma de decisiones sea más difícil cuando hay que elegir entre las diferentes intervenciones enfermeras de una enfermera experimentada y que pueden detener el desarrollo del proceso enfermero.

La implementación del proceso enfermero tiene cinco pasos: reevaluación del paciente, revisión y modificación del plan de cuidados vigente, organización de los recursos y de la prestación de cuidados, anticipación y prevención de las complicaciones e implementación de las intervenciones enfermeras.

a) Revalorización del paciente: la valoración es un proceso continuo que se produce cada vez que una enfermera interactúa con un paciente, durante la fase inicial de implementación la enfermera vuelve a valorarlo. La revalorización constituye un modo de determinar si la acción enfermera propuesta aún resulta adecuada para el

bienestar del paciente. Cuando la enfermera obtiene nuevos datos y se identifica una nueva necesidad del paciente, la enfermera debe de modificar el plan de cuidados (Potter, 2000: 360).

b) Revisión y modificación del plan de cuidados vigente: Antes del inicio del cuidado, la enfermera revisa el plan de cuidados y lo compara con los datos de la valoración para validar los diagnósticos enfermeros establecidos y determinar si las intervenciones enfermeras son las más adecuadas para la situación clínica, si el estado del paciente ha cambiado, se modifica el plan de cuidados enfermero.

c) Organización de los recursos y prestación de cuidados: En este momento la enfermera prepara los materiales necesarios y decide en qué instante y con qué personal debe prestarse el cuidado. La preparación de la prestación de cuidados también incluye la preparación del entorno y del paciente.

d) Anticipación y prevención de complicaciones: Los riesgos para el paciente siguen tanto de la enfermedad como del tratamiento. La enfermera debe de identificar estos riesgos, evaluar el beneficio relativo del tratamiento en función de riesgo e iniciar las medidas de prevención de riesgos (Potter, 2000: 364).

e) Implementación de las intervenciones enfermeras: Cuando se prestan cuidados la enfermera puede escoger entre una gran diversidad de intervenciones. Cada una de ellas tiene implicaciones para los pacientes.

2.2.5 Fase de evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios (Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>, 2008).

El pensamiento de la enfermera debe de ser crítico para la fase de evaluación, ya que es crucial para determinar si tras la aplicación del proceso enfermero el estado de salud del paciente mejora. La evaluación es un paso del proceso enfermero que

mide la respuesta del paciente a las acciones enfermeras y el progreso hacia la consecución de los objetivos fijados (Potter, 2000: 374). La enfermera debe de aplicar sus aptitudes de pensamiento crítico para evaluar de manera objetiva el plan de cuidados y modificarlo si fuera necesario.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final, ya que una de las características de esta etapa es que es continua, así podremos detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes para que la atención resulte más efectiva.

De esta manera se puede observar que para este proyecto de investigación es indispensable dar a conocer estos temas, ya que por la complejidad del proceso de atención de Enfermería se requiere promover en los estudiantes diversas habilidades intelectuales tales como la identificación de asunciones, comprobar la validación de los datos, identificar signos y síntomas, reconocer las inconsistencias, establecer prioridades, determinar objetivos y desarrollar un plan comprensivo, entre otras, que mas adelante serán analizadas con mayor profundidad.

2.3 Habilidades cognitivas puestas en práctica en la aplicación del proceso de atención de enfermería

La formación de habilidades cognitivas en estudiantes de enfermería es una tarea de prioridad, ya que contribuye a la formación de profesionales altamente calificados y capacitados para la ejecución de los problemas de salud que presenta nuestra compleja y cambiante sociedad. Por esta razón, existen una serie de habilidades que se desarrollan y ponen en práctica en el momento en el que se ejecuta el proceso de atención de enfermería como método científico exclusivo de enfermería, que se mencionan a continuación:

Habilidad 1: Identificar las asunciones: Es decir reconocer la información que se da por garantizada o que se presenta como un hecho sin evidencias (Alfaro-Lefevre, 1997:103). Esta habilidad es importante ya que el pensamiento crítico persigue formular juicios basados en evidencias (hechos), ya que si se razona basándose en asunciones el pensamiento puede ser erróneo. Reconociendo nuestras asunciones

podremos superar nuestra tendencia natural a dar las cosas por garantizadas, y buscaremos los hechos, antes de identificar el problema y tomar una decisión (Alfaro-Lefevre, 1997:103).

Para poder adquirir esta habilidad la mejor forma es identificar las asunciones, antes de tomar una decisión importante se deben hacer preguntas como ¿Qué estoy dando por garantizado aquí? Y ¿Cómo puedo saber que conozco correctamente los hechos?

Habilidad 2: Identificar un enfoque organizado y comprensivo para el descubrimiento (valoración). Se refiere a la elección de un enfoque sistemático que refuerce la habilidad para descubrir toda la información que necesita para comprender totalmente el estado de salud del paciente. Una de las principales causas de errores del pensamiento crítico es emitir juicios o tomar decisiones basados en información incompleta (Alfaro-Lefevre, 1997: 105), por esta razón es importante desarrollar esta habilidad. Si se realiza una valoración minuciosa y organizada es más probable que no se omita información o que se percate de ello.

Aunque existen instrumentos de valoración ya diseñados, éstos solo contiene los datos básicos y pueden ayudar a desarrollar hábitos que formen un enfoque organizado y global de la valoración, pero no deben ser llenados ciegamente y dar por hecho que una vez completado el instrumento la valoración ha finalizado. Recordemos que los instrumentos para la valoración no impulsan a usar todos nuestros recursos (Alfaro-Lefevre, 1997: 106).

Habilidad 3: Comprobar la exactitud y fiabilidad de los datos (valoración). Hace referencia a la verificación de la información para determinar si responde a los hechos. Importante es desarrollar esta habilidad ya que si no se prueba que la información es exacta y responde a los hechos se pueden tomar decisiones basadas en información incorrecta. Puesto que la validación (verificación) de la información requiere que reúna más información (Alfaro-Lefevre, 1997: 117).

Para adquirir esta habilidad se deben de revisar los datos ya recogidos y preguntarse que datos se deben verificar y comprobar su fiabilidad.

Habilidad 4: Distinguir lo normal de lo anormal e identificar los signos y síntomas. Se refiere a determinar qué datos están dentro de los límites normales y que datos están fuera de la gama habitual de normalidad. Los datos anormales se consideran un signo, un síntoma, o una clave de un posible problema (Alfaro-Lefevre, 1997: 117).

Reconocer los datos normales (signos y síntoma) es el primer paso para la identificación de problemas. Los signos y síntomas son como banderas rojas que llevan a sospechar la existencia de un problema de salud (Alfaro-Lefevre, 1997: 118) si se pasan por alto estas banderas rojas se pasara por alto el reconocimiento del problema.

Para identificar estos signos y síntomas se deben de usar los sentidos (vista, oído, olfato y tacto) para reunir la información relevante.

Habilidad 5: Hacer inferencias (extraer conclusiones validas). Esta habilidad indica hacer deducciones lógicas interpretando los datos objetivos y subjetivos, se debe desarrollar esta habilidad ya que para interpretar los datos y extraer conclusiones (hacer inferencias) es esencial obtener una comprensión inicial de los problemas. (Alfaro-Lefevre, 1997: 119).

La habilidad para hacer inferencias correctas requiere conocimiento sobre el problema específico y conocimiento de las influencias culturales. A fin de mejorar la habilidad para hacer inferencias correctas se debe de evitar hacer inferencias basándose en una sola clave y una vez que haya hecho una inferencia se debe de verificar si es correcta reuniendo más información.

Habilidad 6: Agrupar las claves (datos) relacionadas. Se refiere a agrupar los datos de tal forma que le ayuden a ver relaciones entre ellos. Es importante desarrollar esta habilidad ya que al agrupar la información se aplica el principio científico de clasificar la información, lo que refuerza la habilidad para ver las relaciones entre los datos (Alfaro-Lefevre, 1997: 120). Si agrupa la información relacionada, ayudará a

ver si existe relación entre los datos, ayudando también a obtener imágenes iniciales de los patrones de salud y de enfermedad.

Para adquirir esta habilidad se deben de agrupar los datos de acuerdo al objetivo que se persigue:

- ❖ Si el objetivo es determinar el estado de un problema médico o las respuestas fisiológicas, se deben agrupar los datos de acuerdo con los sistemas corporales (Alfaro-Lefevre, 1997: 120).
- ❖ Si el objetivo es determinar las respuestas humanas, se deben agrupar los datos de acuerdo con una perspectiva enfermera.

Habilidad 7: Distinguir lo relevante de lo irrelevante. Se refiere a decidir qué información es pertinente para comprender situaciones a las que se enfrenta y que información es irrelevante.

Cuando se enfrenta a mucha información, limitarla sólo a los hechos que son pertinentes evita que su cerebro se vea atiborrado de hechos innecesarios. Decidir qué es relevante también es un ejemplo de uno de los principios del método científico. Clasificar o categorizar la información en grupos de información relacionada (relevante) (Alfaro-Lefevre, 1997: 122).

Esta habilidad es especialmente difícil de adquirir para los novatos. Éstos tienden a encontrarse a sí mismos pensando ¿Cómo puedo decidir lo que es relevante si no sé mucho sobre el problema?. Decidir lo que es relevante requiere conocimientos específicos sobre el problema (Alfaro-Lefevre, 1997: 122).

Habilidad 8: Reconocer las inconsistencias. Darse cuenta de cuándo los datos de la valoración de la salud presenta información conflictiva. Reconocer las inconsistencias impulsa a investigar los temas más profundamente. Le ayuda a enfocar su valoración para obtener la información adicional que necesita para comprender mejor el problema (Alfaro-Lefevre, 1997: 123).

Una forma de reconocer las inconsistencias es comparar lo que el paciente dice (datos subjetivos) con los datos que se observan (datos objetivos), si lo que dice la persona no corresponde con lo que se observa se identifica una inconsistencia y se necesita profundizar más. Como con la mayoría de estas habilidades, reconocer las inconsistencias requiere un conocimiento específico del problema.

Habilidad 9: Identificar los problemas. Se refiere a interpretar qué patrones de funcionamiento sugieren los datos que se han agrupado (Alfaro-Lefevre, 1997:125). Identificar los patrones es un paso importante para identificar los problemas de salud, ayudan a formar una imagen inicial del problema y reconocer las lagunas en la recolección de datos y así decidir cómo enfocar la valoración para obtener la información faltante.

Identificar los patrones requiere conocimiento de la función habitual y los factores de riesgo del funcionamiento anormal (Alfaro-Lefevre, 1997:126). Para identificar patrones se deben de analizar las claves que se han agrupado y decidir si representa un patrón de función normal o anormal.

A continuación se muestra cómo identificar cuál de estos patrones está presente:

- a) Patrón de funcionamiento normal: No identifica la presencia de signos ni síntomas.
- b) Potencial (riesgo) de patrón de funcionamiento anormal: Identificar la presencia de factores de riesgo, pero no hay ni signos ni síntomas.
- c) Patrón de funcionamiento anormal, identifica la presencia de signos y síntomas.

Una vez que se tiene una idea inicial de los patrones, se debe de preguntar qué otra información puede ayudarle a clarificar su comprensión del patrón y luego obtenga la información.

Habilidad 10: Identificar la información que falta. Es reconocer las lagunas existentes en la recolección de datos y completarlas (Alfaro-Lefevre, 1997: 127). Reconocer la información que falta y llenar esas lagunas evita que se cometa uno de los errores

más frecuentes del pensamiento crítico: emitir juicios basados en una información incompleta (Alfaro-Lefevre, 1997: 127), también ayuda a clarificar la comprensión de la situación.

Una de las mejores formas de identificar la información que falta es analizar la información que ha escrito y preguntarse ¿Qué falta aquí?. Cuando se tenga toda la información, el cerebro reconocerá más fácilmente lo que falta que cuando revisa la información mentalmente.

Otras estrategias para reconocer la información omitida incluyen adquirir todas las siguientes habilidades del pensamiento crítico:

- a) Identificar las asunciones (Habilidad 1)
- b) Comprobar la exactitud y fiabilidad de los datos (Habilidad 3)
- c) Agrupar las claves relacionadas (Habilidad 6)
- d) Reconocer las inconsistencias (Habilidad 8)
- e) Identificar los patrones (Habilidad 9)

Habilidad 11: Identificar los patrones reales y de riesgo (potenciales) / Apoyar las conclusiones con evidencias. Es formular exactamente los problemas reales y potenciales (de riesgo) y sus causas: proporcionar la evidencia que le lleva a concluir que los problemas están (o pueden estar) presentes (Alfaro-Lefevre, 1997: 127).

Fomentar clara y específicamente los problemas y sus causas es el principal paso para la solución de los problemas. Cuando se tengan claras las causas de problema y el problema en si se podrán determinar las acciones específicas para prevenirlos, resolverlos o controlarlos. Además proporcionar las evidencias de apoyo que llevan a la formulación exacta del problema ayuda a evaluar el pensamiento (Alfaro-Lefevre, 1997:128). La importancia de formular claramente el problema se resalta cuando considera lo que puede suceder si se diagnostica erróneamente los problemas de salud, si se comete un error diagnóstico (omite problemas o los identifica incorrectamente) ya que esto puede hacer que:

- ❖ Inicie acciones que empeoren el problema o que hagan perder el tiempo.
- ❖ Omite acciones esenciales requeridas para la solución del problema.
- ❖ Permita que los problemas no sean tratados.
- ❖ Influya sobre otros para que crean que el problema existe tal como usted incorrectamente lo ha descrito.

Predecir los problemas potenciales (de riesgo) aumenta mucho el pensamiento crítico, ya que ayuda a identificar formas de prevenir los problemas y de tratarlos si ocurren. La importancia de predecir los problemas y complicaciones potenciales es remarcada por la tendencia en el sistema de cuidados de la salud a pasar de una filosofía de diagnosticar y tratar, a una filosofía de predecir y tratar (no se espera a que los problemas se presenten, sino que se predicen y se planifican cómo prevenirlos y tratarlos) (Alfaro-Lefevre, 1997: 128).

Como con la mayoría de estas habilidades, su capacidad para identificar y predecir los problemas y complicaciones depende de su conocimiento y experiencia clínica. Si su conocimiento y experiencia son limitados, se tiene un mayor riesgo de cometer unos de los comunes errores diagnósticos (Alfaro-Lefevre, 1997: 128).

- ❖ Sobrevalorar la probabilidad de un diagnóstico.
- ❖ No considerar todos los datos relevantes a causa de un estrechamiento del foco de atención.
- ❖ No reconocer los sesgos personales o las asunciones.
- ❖ Formular un diagnóstico demasiado general.
- ❖ Analizar demasiado y retrasar las acciones.

Saber que las enfermeras inexpertas corren el riesgo de cometer los errores mencionados ayudan a ellas mismas y a las enfermeras más expertas a buscar estos tipos de errores de manera que puedan ser corregidos pronto.

Las siguientes guías le ayudarán a identificar los problemas reales y potenciales (de riesgo) (Alfaro-Lefevre, 1997: 129).

a) Para identificar los problemas reales (Diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes).

- ❖ Verificar que su información es correcta y completa.
- ❖ Evitar extraer conclusiones o identificar problemas basándose sólo en una clave. Cuantas más claves tenga para apoyar sus conclusiones, más probable es que éstas sean válidas.
- ❖ Agrupar los datos anormales (signos y síntomas): agruparlos según los sistemas corporales para identificar problemas médicos, y según un modelo enfermero para identificar problemas de respuestas humanas (diagnósticos enfermeros).
- ❖ Considerar los signos y síntomas y preguntarse que información se pudo olvidar.
- ❖ Hacer una lista de problemas cuya existencia sospecha (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) sugeridos por los signos y síntomas del paciente.
- ❖ Comparar los signos y los síntomas del paciente con las características definitorias de los problemas que sospecha que existen.
- ❖ Excluyendo los problemas que tienen signos y síntomas o características definitorias que son diferentes de los signos y síntomas del paciente.
- ❖ Nombrar los problemas eligiendo el diagnóstico que mas estrechamente se parezcan a los signos y síntomas del paciente.
- ❖ Determinar la causa subyacente (o factores relacionados) de los problemas
- ❖ Usando la regla problema, causa, evidencia desarrollar una formulación diagnóstica que describa:
 1. El problema
 2. Causa (factores de riesgo)
 3. Evidencias que le lleven a concluir que el problema existe
 4. Use relacionado con para unir el problema con su causa

b) Para predecir los diagnósticos enfermeros potenciales (de riesgo).

- ❖ Agrupar los datos que identifican factores de riesgo (factores relacionados) para los problemas.

- ❖ Nombrar los problemas potenciales (de riesgo) formulando el problema y el factor de riesgo, usando relacionado con para unir el problema y los factores de riesgo.

c) Para predecir las complicaciones potenciales.

Considere los problemas médicos presentes y determine las complicaciones potenciales más comunes.

Habilidad 12: Establecer prioridades. Diferenciar entre los problemas que requieren atención inmediata y los que requieren una acción posterior, decidir que problemas deben abordarse en el plan de cuidados.

Es importante decidir lo que debe hacerse primero y los que es más importante le ayuda a evitar un abordaje ineficaz de la solución del problema. Identificando las relaciones entre los problemas y tratando primero aquellos problemas que están contribuyendo a otros problemas, evitará arreglos rápidos y desarrollará un plan seguro y efectivo que probablemente logrará resultados más beneficiosos a largo plazo (Alfaro-Lefevre, 1997: 131).

Como se menciona en la definición anterior para adquirir esta habilidad de fijar prioridades se divide en dos fases: primero es identificar el problema que requiere de atención inmediata e iniciar los tratamientos según esté indicado, segundo, tras iniciar tempranamente el tratamiento esencial, determinar que problemas deben concluirse en el plan de cuidados para lograr el objetivo principal de los cuidados.

Habilidad 13: Determinar objetivos específicos, realistas y centrados en el paciente (resultados esperados). Se refiere a decidir exactamente qué debe ser capaz de conseguir el paciente y cuando debe ser capaz de hacerlo (Alfaro-Lefevre, 1997: 134). Decidir exactamente qué es lo que se espera que consiga el paciente ayuda a mantener la atención centrada en las respuestas del paciente ya que son los puntos clave para medir la eficacia del plan de cuidados y a determinar intervenciones específicas para lograr los resultados.

Para adquirir esta habilidad de determinar los objetivos específicos, realistas, asegúrese primero de haber identificado claramente los problemas: los objetivos derivan directamente de la formulación de los problemas. Si los problemas están incorrectamente identificados o formulados, es probable que los objetivos sean incorrectos.

Habilidad 14: Determinar intervenciones específicas. Identificar las acciones enfermeras para monitorizar, prevenir, controlar o resolver los problemas y lograr los objetivos; predecir respuestas a las acciones enfermeras, sopesar los riesgos y los beneficios, y adaptar las acciones para hacerlas específicas para cada paciente (Alfaro-Lefevre, 1997: 136).

Identificar intervenciones específicas diseñadas para aumentar la probabilidad de lograr los objetivos y disminuir la probabilidad de lesiones es esencial para desarrollar un plan de cuidados seguro y eficiente. Imaginar los riesgos de las intervenciones ayuda a ser proactiva: puede probar las intervenciones mentalmente antes de poner en marcha el plan de cuidados. Predecir los riesgos permite adaptar las intervenciones para reducirlos. Sopesar los riesgos y beneficios ayuda a determinar las intervenciones erróneas.

Para adquirir esta habilidad se debe de:

- ❖ Formular claramente el problema.
- ❖ Desarrolle un objetivo centrado en el paciente.
- ❖ Céntrese en la parte relacionado con de la formulación diagnóstica.
- ❖ Considere si hay alguna causa que requiera evaluación o tratamiento médico adicional.
- ❖ Asegúrese de que se inicia cualquier evaluación o tratamiento médico requerido.
- ❖ Recuerde que monitorizar, prevenir, controlar y resolver determinan las acciones específicas.
- ❖ Si es apropiado, pregunte al paciente y a las personas allegadas que creen que se podría hacer para prevenir, resolver o controlar los problemas.

- ❖ Adapte las intervenciones anteriores para aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados.
- ❖ Prediga las respuestas a sus intervenciones y determine cualquier riesgo de lesión.
- ❖ Afine las intervenciones para incluir formas de aumentar las probabilidades de obtener respuestas beneficiosas y de reducir los riesgos de lesiones.
- ❖ Cuando escriba las intervenciones, recuerde las palabras ver, hacer, enseñar, anotar.

Habilidad 15: Evaluar y corregir nuestro pensamiento. Se refiere a buscar errores en nuestro pensamiento, determinar el nivel de consecución de las habilidades de pensamiento crítico y hacer las correcciones necesarias (Alfaro-Lefevre, 1997: 139).

El pensamiento crítico es un pensamiento activo, deliberado, que intenta lograr la exactitud y fiabilidad, ya que como seres humanos el pensamiento crítico a veces puede ser erróneo, así buscando nuestros errores se pueden corregir pronto y aumentar la probabilidad de un razonamiento sólido.

Como se ha dicho en las anteriores habilidades, evaluar y corregir el pensamiento es un proceso continuo. Para adquirir esta habilidad no hay una guía, ya que a lo largo de las otras habilidades se ha dado la oportunidad para evaluar y corregir el pensamiento.

Habilidad 16: Desarrollar un plan comprensivo/ Evaluar y actualizar el plan. Determinar los problemas prioritarios, identificar objetivos específicos centrados en el paciente y determinar las intervenciones; determinar los progresos del paciente para el logro de los resultados y hacer los cambios necesarios en el plan de cuidados (Alfaro-Lefevre, 1997: 139).

La documentación clara de un plan de cuidados comprensivo proporciona las bases para la evaluación. Cuando se anota cada paso del proceso de atención, se puede evaluar más fácilmente el pensamiento y detectar discrepancias en el plan.

Desarrollar un plan de cuidados comprensivo requiere ser capaz de adquirir las habilidades tratadas en esta sección mientras valora, diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa los cuidados.

3. El pensamiento crítico como herramienta para el razonamiento clínico y la toma de decisiones, elemento esencial en la formación de profesionales reflexivos.

3.1 Conceptos de pensamiento crítico

Para entender que es el pensamiento crítico primero y poder definirlo, se tiene que aclarar la diferencia que existe entre pensamiento y pensamiento crítico, pensar se refiere a una actividad mental (puede ser sin sentido, como cuando soñamos o hacemos tareas rutinarias como cepillar los dientes. Por el otro lado, el pensamiento crítico esta controlado y tiene un propósito, usando estrategias bien razonadas para obtener el resultado deseado (Alfaro-Lefevre, 2009:5). La diferencia entre los dos es el propósito y el control.

El pensamiento crítico, la habilidad para enfocar el pensamiento en obtener los resultados que se necesitan, puede hacer la diferencia entre tener éxito o no. Si se trata de resolver un problema, gana nuevas habilidades o realiza un plan para aplicarlo, el pensamiento crítico, deliberado pero bien informado, es la clave (Alfaro-Lefevre, 2009:2). Por esta razón es importante que se piensen críticamente, que se desarrollen habilidades de pensamiento crítico que nos ayuden a tomar decisiones y resolver problemas.

La enfermera a lo largo de su carrera se enfrenta a la situación de tomar decisiones para resolver problemas y si no piensa críticamente se convierten en parte del problema. Un pensador crítico identifica y desafía las suposiciones, considera lo que es importante en una situación, imagina y explora las alternativas, aplica la razón y la lógica, y de este modo, toma decisiones informadas (Potter, 2000: 285). En un estudiante novato el pensamiento crítico comienza cuando éste cuestiona seriamente y cuando intenta responder que es lo que realmente sabe sobre la situación y su cuidado enfermero y cómo lo sabe.

Para mejorar este proceso de pensamiento se requiere que se reflexione acerca de la forma de pensar y una vez teniendo conciencia de su estilo de pensamiento mejorará éste. A continuación se muestra una tabla con estilos de pensamiento:

Ejemplos de estilos de pensamiento

<p>Extrovertido</p> <ul style="list-style-type: none"> Piensa alto Obtiene energía de estar con otros <p>Sensato</p> <ul style="list-style-type: none"> Percibe el mundo a través de los cinco sentidos Busca los hechos <p>Pensador</p> <ul style="list-style-type: none"> Usa los datos objetivos Busca tomar decisiones <p>Resolutivo</p> <ul style="list-style-type: none"> Ordena el entorno Le gusta planificar 	<p>Introvertido</p> <ul style="list-style-type: none"> Piensa para si Obtiene energía de la quietud <p>Intuitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> Percibe el mundo en general Busca el significado <p>Sensitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> Usa los datos subjetivos Busca tomar decisiones justas <p>Perceptivo</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantiene las cosas flexibles y abiertas Le gusta ser espontáneo.
---	---

Fuente: Alfaro-Lefevre, (1997). El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona, España: Másnon. Pág. 6

La reflexión implica recordar una situación o experiencia del cliente para analizar la información y los factores que influyen en el manejo de la situación (Potter, 2000: 286), esto es lo que sucede con los estudiantes cuando toman decisiones que ya habían vivido, la reflexión requiere de un conocimiento adecuado, esto es necesario para la autoevaluación, revisar aciertos y errores, sin embargo la literatura muestra que no hay que realizar tanto énfasis en la reflexión ya que puede crear segundas opciones.

Este proceso de reflexión que se menciona ayuda a la enfermera a buscar y comprender la relación entre los conceptos aprendidos en el aula y los aprendidos en el actuar clínico de la vida real.

Otro punto importante para el pensamiento crítico también lo es el lenguaje, ya que la capacidad de emplear el lenguaje está estrechamente relacionada con la habilidad para pensar con sentido (Potter, 2000: 287). La enfermera debe de tener la capacidad de emplear un lenguaje con precisión y claridad para convertirse en una

pensadora crítica, ya que de lo contrario se puede convertirse en una comunicación ineficaz.

Así como la reflexión y el lenguaje, la intuición es otro punto importante del pensamiento crítico enfermero, ya que es la capacidad inmediata de que algo es lo que es sin el beneficio de un razonamiento consciente (Potter, 2000: 285), ya que ésta reconoce de inmediato e intuitivamente la importancia de la situación del cuidado enfermero sin detenerse.

A medida que una enfermera obtiene nuevos conocimientos y elementos que le ayuden a madurar para convertirse en una profesional competente aumenta su capacidad para pensar críticamente, de esta manera se identifican tres rangos de pensamiento crítico en enfermería: básico, complejo y responsable.

En el rango básico del pensamiento crítico una persona que está aprendiendo confía en que los expertos le aporten las respuestas adecuadas, este pensamiento es concreto y está basado en un conjunto de reglas y principios (Potter, 2000:285). Para los pensadores críticos básicos las respuestas a problemas complejos son correctas o incorrectas y habitualmente existe una respuesta correcta para cada situación.

En el siguiente rango que es el complejo del pensamiento crítico, la persona comienza a distanciarse de las autoridades y a examinar alternativas de manera más independiente, la capacidad de la persona y su iniciativa comienza a cambiar, se da cuenta de que existen soluciones alternativas, aquí cada solución presenta beneficios y riesgos que la enfermera toma en cuenta para tomar una decisión definitiva, en este rango pensar ya es algo más innovador y creativo.

El último rango de pensamiento crítico es el responsable, en el que la enfermera se anticipa a la necesidad para efectuar elecciones sin ayuda de otro, asumiendo la responsabilidad de cada una de sus acciones, ella elige una acción basándose en sus alternativas y ésta se adhiere a ella sin ningún inconveniente.

Para dejar en claro lo que significa tener un pensamiento crítico y ser un pensador crítico se muestran varias definiciones que a lo largo de la historia se han ido puntualizando:

- ❖ Watson y Glaser en 1964, definieron el pensamiento crítico como la composición de actitudes, conocimientos y habilidades (citados por Morán, 2007: 41).
- ❖ Un pensamiento razonable y reflexivo, que se centra en que pensar o hacer (Alfaro-Lefevre, 1997: 8).
- ❖ Es la propensión a implicarse en una actividad con un escepticismo reflexivo (Alfaro-Lefevre, 1997: 8).
- ❖ Es un pensamiento cuidadoso, deliberado, centrado en un objetivo (orientado al resultado) (Alfaro-Lefevre, 2005: 23).
- ❖ Un compuesto de desarrollo de habilidades, conocimiento del tema y actitudes de la persona que lo práctica (Alfaro-Lefevre, 1997: 154).
- ❖ Pensamiento razonable y reflexivo que se centra en que creer o que hacer (Alfaro-Lefevre, 1997: 154).
- ❖ El arte de pensar sobre su pensamiento mientras piensa como mejorar su pensamiento; más claro, más exacto o más defendible (Alfaro-Lefevre, 1997: 154).
- ❖ Una investigación cuyo propósito es explorar una situación, fenómeno, pregunta o problema para llegar a una hipótesis o conclusión sobre el mismo que integre toda la información disponible y que puede, por lo tanto, justificarse de manera convincente (Alfaro-Lefevre, 1997: 154).
- ❖ La habilidad y propensión a ocuparse en una actividad con un escepticismo reflexivo (Alfaro-Lefevre, 1997: 154).
- ❖ El pensamiento crítico es el proceso activo, organizado y cognitivo empleado para examinar cuidadosamente el propio pensamiento y el de los demás (Potter, 2000: 285).
- ❖ La American Philosophical Association (APA) ha reconocido que el pensamiento crítico es un proceso de juicio autoregulatorio y con propósito que resulta de la interpretación, análisis, evaluación e inferencia; así como de explicación por las consideraciones evidenciales, conceptuales,

metodológicas y de criterio o de contexto en las que se basa ese juicio (citado por Morán, 2007:41).

- ❖ El pensamiento crítico es un proceso de razonamiento mediante el cual el individuo reflexiona o analiza sus propios pensamientos, acciones y decisiones y las de los demás (Potter, 2000: 295).
- ❖ Es el pensamiento crítico deliberado, dirigido al logro de los objetivos, que pretende emitir juicios basados en evidencias (hechos) en vez de en conjeturas (suposiciones). Basándose en los principios de la ciencia y del método científico, el pensamiento crítico requiere desarrollar estrategias que maximicen el potencial humano y compensen los problemas causados por la naturaleza humana (Alfaro-Lefevre, 1997: 9).
- ❖ Un buen sinónimo de pensamiento crítico es el razonamiento, ya que es una actividad altamente individualizada y compleja que involucra distintas ideas, emociones y percepciones (Alfaro-Lefevre, 2009:6). Razonar es pensar, aunque no siempre que pensamos razonamos (Gadino, 2001: 13), pero se asocia con un pensamiento de tipo cognitivo.
- ❖ Es saber como aprender, razonar, pensar creativamente, generar y evaluar ideas, visualizar ideas en mente, tomar decisiones y resolver problemas (Alfaro-Lefevre, 2009:6).
- ❖ Es pensamiento razonable y reflexivo que se enfoca en creer lo que se debe hacer (Alfaro-Lefevre, 2009:6).
- ❖ Habilidad para solucionar problemas con un sentido informativo, usando un proceso mental intuitivo, lógico y analítico y el proceso es continuo (Alfaro-Lefevre, 2009:6).
- ❖ Es pensar en la forma en la que pensamos, mientras lo hacemos, para hacerlo mejor, mas claro, preciso y defensivo (Alfaro-Lefevre, 2009:7).
- ❖ Es el proceso del propósito, juicio auto-regulatorio, es el motor cognitivo que nos conduce a la solución de problemas y a la toma de decisiones (Alfaro-Lefevre, 2009:7).
- ❖ Saber como enfocar nuestro pensamiento para obtener los resultados que necesitamos (incluyendo un pensamiento intuitivo, lógico y creativo) (Alfaro-Lefevre, 2009:7).

Todas las descripciones mencionadas anteriormente son de gran ayuda, ninguna es completamente correcta o esta mejor dicha, una complementa a otra, pero se puede concluir que el pensamiento crítico es un proceso reflexivo para encontrar una hipótesis o una conclusión en el que se requieren el desarrollo de habilidades y estrategias para el análisis de la situación. Que además es un elemento esencial en la formación de enfermeras profesionales dada la complejidad de las prácticas del cuidado.

3.2 Perspectivas teóricas.

El pensamiento crítico en enfermería es similar al pensamiento crítico en cualquier situación, requiere desarrollar las características de los pensadores críticos y requiere del dominio de las habilidades de pensamiento crítico (Alfaro-Lefevre, 1997: 42), pero tiene que tomar en cuenta dos cosas:

- ❖ Desarrollamos como enfermeras un nivel profesional de habilidad para el pensamiento crítico y para la puesta en práctica.
- ❖ El pensamiento crítico cambia dependiendo de las circunstancias.

El pensamiento crítico implica un pensamiento intencionado, encaminado al logro de los objetivos, se basa en los principios de la ciencia, del método científico y del proceso enfermero, requiere de habilidades, conocimiento y experiencia que van cambiando según el contexto orientándose al paciente, a la familia y a las necesidades de la comunidad.

Constantemente está reevaluándose, autocorrigiéndose y esforzándose por mejorar, guiándose en los estándares profesionales y los códigos de ética. (Alfaro-Lefevre, 2005: 23).

Para comprender el pensamiento crítico en enfermería debemos de considerar las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los objetivos enfermeros? y ¿Cuáles son las implicaciones de estos objetivos?, ya que las enfermeras pretenden conseguir dos grandes objetivos de forma humanística y oportuna y con un valor efectivo:

1. Ayudar a las personas a evitar la enfermedad y sus complicaciones.
2. Ayudar a la persona a conseguir la máxima independencia y un sentido de bienestar.

Por tanto nos podemos preguntar ¿Cuáles son las implicaciones de estos objetivos?, esto deriva tres implicaciones (Alfaro-Lefevre, 1997: 44):

1. Puesto que las decisiones que tomamos afectan la vida de las personas nuestro pensamiento debe de estar guiado por un razonamiento, un pensamiento preciso, disciplinado, que promueva la exactitud y la profundidad en la recolección de datos y que busque identificar claramente la cuestión de que se trate.
2. Ya que nos hemos comprometido a brindar cuidados humanísticos debemos buscar ayudar a las personas dentro de su sistema de valores, ya que éste puede ser distinto al nuestro. Afrontamos situaciones que requieren tomar decisiones sobre cuando suspender nuestro juicio y cuando hablar para decir que algo está mal.
3. Puesto que nos hemos comprometido a lograr estos objetivos debemos buscar la manera de mejorar nuestras habilidades para brindar cuidados enfermeros y la eficacia general del sistema de administración de los cuidados.

La literatura indica que existen factores que influyen en la habilidad para el pensamiento crítico, ya que nuestra capacidad para pensar varía en función de factores personales y circunstancias que son evidentes en cada momento. A continuación se muestran los factores que favorecen el pensamiento crítico y los que habitualmente lo impiden.

Factores personales (Alfaro-Lefevre, 1997: 20-23):

- ❖ Desarrollo moral (equidad): Las personas que tengan un sentido claro y razonable de lo que está bien, lo que está mal y lo que es justo, es más probable que piensen críticamente.

- ❖ Edad: Las personas mayores es más probable que sean pensadores críticos, ya que el desarrollo moral normalmente se produce con la madurez y han tenido más oportunidad de practicar el razonamiento en diversas situaciones.
- ❖ Desagrados, prejuicios y sesgos: son factores sutiles pero poderosos que pueden dificultar el pensamiento crítico.
- ❖ Autoconfianza: La confianza en sí mismo ayuda a tener un pensamiento crítico, si carecemos de ella usaremos gran parte de la capacidad mental en la preocupación por fallar, reduciendo la energía disponible para el pensamiento productivo.
- ❖ Conocimiento de los principios para la solución de problemas, toma de decisiones, proceso de enfermería e investigación: La familiaridad con estos principios refuerza el pensamiento crítico.
- ❖ Habilidades interpersonales y de comunicación efectiva: Debemos ser capaces de comprender a los demás, de ser entendidos por ellos y de obtener la confianza de los demás para conocer los hechos para un sólido razonamiento.
- ❖ Hábitos de evaluación temprana: Cuando evaluamos pronto podemos hacer correcciones pronto, esta evaluación temprana refuerza la capacidad para actuar de manera efectiva y segura.
- ❖ Experiencia previa: Las enfermeras con más experiencia tiene conocimientos previos específicos sobre el trabajo y la manera de solucionar los problemas, sin embargo esta experiencia puede convertirse en desventaja y presentar lo que llaman “visión en túnel” en donde vemos sólo lo que queremos ver (Alfaro-Lefevre, 1997: 20-23).
- ❖ Buenas habilidades para la escritura: Cuando aprendemos a expresar nuestros pensamientos por escrito, aprendemos a aplicar los principios del pensamiento crítico, como decidir qué es relevante.
- ❖ Buenas habilidades para la lectura y el aprendizaje: El pensamiento crítico con frecuencia requiere usar los recursos interdependientes, debemos saber como leer y aprender bien.

Factores situacionales (Alfaro-Lefevre, 1997: 23-24):

- ❖ Ansiedad, estrés y fatiga: La mayoría de las veces reducen la capacidad de nuestro pensamiento y debilitan nuestra energía mental dificultando la concentración.
- ❖ Extremos emocionales (cólera, alegría): Estos extremos tienden a centrar nuestra atención solo en los hechos que son congruentes con nuestro intenso sentimiento.
- ❖ Conciencia de los riesgos implicados: Cuando conocemos los riesgos actuamos con mayor prudencia, asegurándonos de que hemos tomado una buena decisión. A veces en los estudiantes novatos el conocimiento de los riesgos puede aumentar la ansiedad hasta impedir el pensamiento crítico.
- ❖ Conciencia de los factores relacionados: Cuando más sabemos de una situación más capaces somos de razonar.
- ❖ Conocimiento de los recursos: Nos permite pensar críticamente, incluso cuando se tiene un conocimiento limitado.
- ❖ Refuerzo positivo: Este promueve el pensamiento crítico, ayudando a consolidar la autoconfianza y centrando nuestra atención en lo que hacemos bien.
- ❖ Limitación de tiempo: Este puede ser un factor estimulante o limitador, la limitación del tiempo es un factor motivador, sin embargo si hay poco tiempo podemos tomar decisiones más de prisa y obtener un resultado poco satisfactorio.
- ❖ Distracciones ambientales: Cuando más distracciones hay más difícil resulta mantener centrado nuestro pensamiento.

En el pensamiento crítico es familiar la solución de problemas, por lo tanto si se tiene habilidades sobre esto, se tiene conocimiento sobre el pensamiento crítico, el pensamiento crítico es simplemente un buen método de solución de problemas.

El método científico también es familiar, ya que hay muchas cosas en el pensamiento crítico que hallará similares a los principios de la ciencia y del método científico.

Lo que si es nuevo es que estamos empezando a aprender como agudizar el potencial humano para pensar críticamente. A medida que aprendemos más sabemos que las teorías acerca del pensamiento pueden modificarse. Sin embargo existen nuevas cosas en el pensamiento crítico:

- ❖ Nuevas investigaciones sugieren que las pruebas para determinar el coeficiente intelectual puede que no lo midan realmente y hay otros focos de la inteligencia que influyen en nuestra capacidad para pensar críticamente (Alfaro-Lefevre, 1997:14).
- ❖ La idea de que el pensar puede y debe enseñarse, ya que practicar habilidades de pensamiento nos ayudan a ser mejores pensadores.
- ❖ El cerebro es como un músculo, cuando más lo usas más capaz se vuelve.
- ❖ La idea de que los intereses, las pasiones y los compromisos personales juegan un papel importante en el desarrollo de actitudes necesarias para el pensamiento crítico.
- ❖ El creciente interés en el proceso del razonamiento.
- ❖ El mayor énfasis en comprender otras perspectivas, usando varias perspectivas diferentes para aumentar la capacidad para razonar.
- ❖ Mayor aceptación en la idea de que hay más de un camino y que a veces no hay respuestas correctas.
- ❖ Creciente conocimiento de que hay errores útiles, para evitar volver a repetirlos.
- ❖ Más investigaciones para encontrar la forma de medir como piensa alguien.
- ❖ La identificación de estrategias que le ayuden a compensar los problemas creados por la naturaleza humana.
- ❖ La identificación de estrategias que nos ayuden a sacar ventajas de cómo trabajar nuestras mentes.

Todos estos factores nos ayudarán a tener una definición más clara de lo que consiste el pensamiento crítico, tomando en cuenta cosas que antes se pensaban y que con nuevas investigaciones han tomado otro sentido, como en la presente investigación que se realiza y que en el camino que se lleva se ha podido observar que existen diferentes formas y caminos de llevar el pensamiento crítico, así como

diversos caminos para tomar decisiones que están influidas por aspectos personales, psicológicos y culturales.

3.3 Otras variables relacionadas con el pensamiento crítico.

Recordemos que el pensamiento crítico es un proceso y el juicio clínico es el resultado de dicho proceso (formando una opinión o tomando una decisión) (Alfaro-Lefevre, 2009:12). Por lo tanto el desarrollo de un juicio clínico es quizás unos de los aspectos más importantes y desafiantes de ser enfermera, es importante porque es en el área clínica donde primero aprendemos a pensar en interacciones reales entre la enfermera y los pacientes. Nos desafía porque normalmente se tiene poco tiempo para tomar decisiones y con frecuencia está más cargada de ansiedad y riesgo que otras situaciones. Para los estudiantes, el razonamiento clínico es particularmente desafiante porque requiere una habilidad para recordar hechos, agruparlos en una imagen global que tenga sentido y aplicar la información a nuevas situaciones (Alfaro-Lefevre, 1997: 48).

Por lo tanto si alguien desarrolla habilidades para el pensamiento crítico general comprobará que una vez que esté en el área clínica empezará a desarrollar con bastante rapidez habilidades de razonamiento clínico (Alfaro-Lefevre, 1997: 43). La experiencia personal es una herramienta básica que le ayudará a recordar información y a ser capaz de recuperarla para hacer juicios clínicos en situaciones distintas.

Para desarrollar un juicio clínico efectivo se han propuesto las siguientes estrategias (Alfaro-Lefevre, 1997: 60-66):

1. Adquirir un bagaje de hechos: si no se tienen almacenados hechos en la memoria a largo plazo, tenga siempre a la mano referencias como textos.
 - a) Aprender la terminología y los conceptos, ya que la comprensión empieza con la adquisición de vocabulario.
 - b) Familiarizarse con los hallazgos normales antes de preocuparse por los anormales.
 - c) Preguntar siempre por qué se producen los hallazgos normales y anormales.

- d) Aprender los problemas específicos de cada situación, el juicio clínico se potencia con conocimiento de cosas tales como la presentación habitual de los problemas (sus signos y síntomas), sus causas más frecuentes y como se tratan normalmente.

Las enfermeras expertas tiene almacenados en la memoria a largo plazo hechos relacionados con los problemas específicos, si se es una principiante se tendrá que basar en la memorización tener a la mano recursos necesarios, sin embargo lo que se aprende a través de la experiencia se recuerda mejor que lo que se memoriza.

2. Usar el proceso de enfermería como guía para pensar, valorando siempre primero, para evitar conclusiones precipitadas.
3. Desarrollar un enfoque sistemático para la valoración.
4. Determinar un sistema que le ayude a tomar decisiones sobre que debe hacerse ahora y qué puede esperar hasta más tarde.
 - a) Asegúrese de que identifica las causas subyacentes de los problemas, ya que hasta que no haya identificado el problema y su causa no comprenderá realmente el problema.
 - b) Pregúntese a usted misma ¿Podrían algunos de estos signos y síntomas estar causados por un problema detectado en la estructura o función de un órgano o sistema que requiera tratamiento médico?
 - c) Para que el pensamiento sea más automático, use consistentemente el mismo sistema para fijar prioridades inmediatas.
5. No realizar nunca una acción si no sabe porque está indicada, porque es efectiva (el razonamiento) y si comporta riesgo de lesiones.
6. Aprender de los recursos humanos con que se cuenta (profesoras, expertas, compañeras de clase, otras enfermeras) cuando se tenga dudas, buscar la ayuda de un profesional calificado.
7. Familiarícese con los estándares del centro relacionados con los problemas del paciente, aunque estos estándares no se deben de seguir ciegamente, ya que estos son sólo una ayuda para tomar decisiones.
8. Practicar habilidades manuales, pues si no se tiene buen manejo de éstas, su capacidad para razonar puede verse limitada.
9. Familiarícese con la tecnología que usará.

10. Recordar la importancia de mantener una actitud cuidadora.

Estos puntos son básicos para que una persona desarrolle a lo largo de su experiencia como enfermera un razonamiento clínico, ya que en esta área es muy común la toma de decisiones, sin contar con el tiempo necesario para no tomar una decisión apresurada.

3.4 Habilidades específicas para el pensamiento crítico

Los expertos han identificado numerosas habilidades para el pensamiento crítico que se deben dominar para pensar críticamente, dentro de estas habilidades están:

- ❖ Identificar las suposiciones, reconociendo cuando algo es presentado como un hecho sin pruebas, como decir que alguien tiene dolor de cabeza, este hecho no puede ser considerado ya que no tenemos como comprobarlo.
- ❖ Identificar un enfoque organizado para llegar al descubrimiento, eligiendo un enfoque sistemático que refuerce la habilidad para recoger todos los datos relevantes, como realizar el examen físico céfalocaudal.
- ❖ Comprobar la exactitud y fiabilidad de los datos, verificando que la información responda a los hechos.
- ❖ Distinguir lo relevante de lo irrelevante, decidiendo que información es pertinente en cada situación y cual puede ser tomada en cuenta.
- ❖ Reconocer las inconsistencias, analizando la información y dándose cuenta de cuando hay contradicciones en la información presentada.
- ❖ Distinguir lo anormal de lo no normal e identificar claves, analizando piezas que nos ayuden a sospechar de un problema.
- ❖ Agrupar la información relacionada, reuniendo las piezas de información que aparentemente debe ir juntas para tener una idea de los patrones de funcionamiento o no de las cosas.
- ❖ Identificar los patrones que sugieren la información que han agrupado.
- ❖ Identificar la información que falta, buscarla para completar la información.
- ❖ Extraer conclusiones válidas, apoyar las conclusiones en evidencias lógicas haciendo deducciones lógicas.

- ❖ Considerar varias conclusiones diferentes, asegurándose de que todas las otras conclusiones probables han sido excluidas.
- ❖ Identificar la causa subyacente y fijar prioridades, identificando entre los problemas que requieren atención inmediata de los que requieren de una acción posterior.
- ❖ Determinar objetivos realistas, decidiendo que hay que conseguir y cuándo hay que lograrlo.
- ❖ Desarrollar un plan completo, prediciendo las respuestas, sopesando los riesgos y beneficios, reduciendo los riesgos y determinando las intervenciones.
- ❖ Evaluar y corregir nuestro pensamiento, haciendo una doble comprobación personal para asegurar que hemos conseguido correctamente las habilidades anteriores y que hemos hecho cualquier cambio requerido (Alfaro-Lefevre, 1997: 34).

Para poder desarrollar un buen pensamiento crítico a lo largo de la experiencia se adquieren estas habilidades y en el momento de tomar decisiones son útiles, ya que nos permiten tener decisiones certeras.

3.5 Características de los pensadores críticos

Estos términos los utilizó originalmente Richard Paul en 1993 y menciona que algunas de las características que deben de tener los pensadores críticos son:

- ❖ Pensadores activos, que mantiene una actitud inquisitiva y que hacen un doble control sobre la fiabilidad de la información y sobre su interrelación de la misma.
- ❖ Conocedores de sus sesgos y limitaciones, algunos le llaman a esto tener humildad intelectual, ya que saben cuales son sus límites.
- ❖ Imparciales, intensamente conscientes de la poderosa influencia de sus percepciones, valores y creencias, pero deseosos de considerar de igual forma todos los puntos de vista.

- ❖ Deseosos de hacer un esfuerzo consciente para trabajar de manera planificada, reunir información, comprobar su exactitud, y persistir incluso cuando las soluciones no son obvias o requieren varios pasos.
- ❖ Buenos comunicadores, conscientes del intercambio mutuo de ideas, es esencial para comprender los hechos y hallar la mejor solución.
- ❖ Empáticos, dejando de lado sus propios sentimientos e imaginándose conscientemente a si mismos en el lugar de los otros a fin de poder comprenderlos de verdad. Algunos le llaman a esto tener empatía intelectual.
- ❖ De mente abierta, deseosos de considerar otras perspectivas y de dejar su juicios en suspenso hasta haber sopesado todas las evidencias.
- ❖ Pensadores independientes, emitiendo sus propios juicios y opiniones, en vez de permitir que otros lo hagan por ellos.
- ❖ Curiosos y reflexivos, profundamente inquisitivos e interesados en comprender los pensamientos y sentimientos subyacentes.
- ❖ Humildes, sabedores de que nadie, incluidos ellos tienen todas las respuestas ni es inmune al error.
- ❖ Honestos consigo mismos y con los demás, admitiendo cuando su juicio puede ser erróneo o requiere una mayor reflexión.
- ❖ Proactivos en vez de reactivos, anticipando los problemas y actuando antes de que estos se presenten.
- ❖ Organizados y sistemáticos en su enfoque para solucionar problemas y tomar decisiones.
- ❖ Flexibles, capaces de explorar e imaginar alternativas y cambiar sus enfoques y prioridades según sea necesario.
- ❖ Conocedores de las reglas de la lógica, reconociendo el papel de la intuición, pero buscando las evidencias y sopesando los riesgos y beneficios antes de actuar.
- ❖ Realistas, reconociendo que no vivimos en un mundo perfecto y que las mejores respuestas no son siempre las respuestas perfectas.
- ❖ Jugadores en equipo, deseosos de colaborar para el logro de los objetivos comunes.
- ❖ Creadores y comprometidos con la excelencia, evaluando continuamente, buscando claridad y exactitud, e intentando encontrar formas de hacer mejor las cosas (Alfaro-Lefevre, 1997: 10).

Como se puede observar se debe de cumplir con ciertas características personales, cognitivas hasta psicológicas para poder ser pensadores críticos y llegar a tomar decisiones lógicas y que respondan a nuestras necesidades, ya que como personal de enfermería este pensamiento es básico, ya que en nuestras manos está una vida.

4. Toma de decisiones clínicas en enfermería

4.1 Conceptualización de toma de decisiones

A lo largo de la historia se han dado varias definiciones de la toma de decisiones, una de ellas se define como la asociación de un curso de acción o plan con una situación determinada (Disponible en: [http://www. Psicoterapeutas.com](http://www.Psicoterapeutas.com):2008).

De otra manera podríamos decir que la toma de decisiones es el proceso mediante el cual se realiza una elección entre las alternativas o formas para resolver diferentes situaciones de la vida, estas se pueden presentar en diferentes contextos: a nivel laboral, familiar, sentimental, empresarial, etc. (Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Toma_de_decisiones: 2008), es decir, en todo momento se toman decisiones, la diferencia entre cada una de éstas es el proceso o la forma en la cual se llega a ellas. Entonces la toma de decisiones consiste básicamente en elegir una alternativa entre las disponibles, para la resolución de un problema actual o potencial, (aún cuando no se evidencie un conflicto latente).

Otra definición más sencilla es que la toma de decisiones es el proceso durante el cual las personas debe escoger entre dos o más alternativas (Disponible en: [http://www.monografias.com/trabajos12/ decis/decis.shtml](http://www.monografias.com/trabajos12/decis/decis.shtml): 2008), todos y cada uno de nosotros pasamos los días y horas teniendo que tomar decisiones. Una decisión es un juicio, un proceso mayormente cognitivo, que depende del acto volitivo para su ejecución, que constituye una elección entre algo incorrecto y algo correcto (Disponible en [http://www.quotationspage.com/quotes/ peter_drucker](http://www.quotationspage.com/quotes/peter_drucker), 2008).

El proceso de la toma de decisiones lleva a una conclusión que está apoyada por evidencias y razones justificadas.

Generalmente las decisiones están multideterminadas por la personalidad y el sistema cognitivo del sujeto, las condiciones del problema, las soluciones posibles y las características laborales y académicas de quien las toma.

Muchas investigaciones confirman la influencia de factores, tanto ambientales como de personalidad, en el patrón de conducta que adoptan los sujetos cuando se

enfrentan a una situación en la que han de tomar decisiones y asumir la responsabilidad de cada una de sus consecuencias.

Cada persona afronta la resolución de problemas y la toma de decisiones de una forma diferente, basada en su experiencia y su historia de reforzamiento, por lo tanto, para cada persona lleva a cabo de diferente manera el proceso de tomar decisiones. A continuación se presentan algunas definiciones clásicas de los procesos que se dan en la toma de decisiones, ya que dentro de este proceso se dan una serie de conductas que necesitan definición, Hastie en 2001 plantea una serie de definiciones que sirven perfectamente para aclarar el proceso de toma de decisiones, que es una parte de la resolución de problemas (Disponible en: <http://www.Psicoterapeutas.com>: 2008):

1. Decisiones: son combinaciones de situaciones y conductas que pueden ser descritas en términos de tres componentes esenciales: acciones alternativas, consecuencias y sucesos inciertos.
2. Resultado: son situaciones describibles públicamente que ocurrirían cuando se llevan a cabo las conductas alternativas que se han generado. Como todas las situaciones son dinámicas y suponen que si se continúa la toma la acción el resultado puede variar.
3. Consecuencias: son las reacciones evaluativas subjetivas, medidas en términos de bueno o malo, ganancias o pérdidas, asociadas con cada resultado.
4. Incertidumbre: se refiere a los juicios de quien toma la decisión de la propensión de cada suceso de ocurrir.
5. Preferencias: son conductas expresivas de elegir, o intenciones de elegir, un curso de acción sobre otros.
6. Tomar una decisión se refiere al proceso entero de elegir un curso de acción.
7. Juicio: es el componente del proceso de decisión que se refieren a valorar, estimar, inferir que sucesos ocurrirán y cuales serán las reacciones evaluativas del que toma la decisión en los resultados que obtenga.

El proceso de toma de decisiones sería encontrar una conducta adecuada para una situación en la que hay una serie de sucesos inciertos (Disponible en: <http://www>.

Psicoterapeutas.com: 2008). Para tomar decisiones es necesario elaborar acciones alternativas, extrapolarlas para imaginar la situación final y evaluar los resultados teniendo en cuenta la incertidumbre de cada resultado. Hay que elegir los elementos que son relevantes y obviar los que no lo son, por lo tanto se puede decir que la toma de decisiones consiste en encontrar una conducta adecuada para resolver una situación problemática, en la que, además, hay una serie de sucesos inciertos.

Una vez determinada cual es la situación problemática y analizada en profundidad, para tomar decisiones, es necesario elaborar modelos de acciones alternativas, extrapolarlas para imaginar el resultado final y evaluar éste teniendo en cuenta la incertidumbre de cada suceso.

El proceso de toma de decisiones se puede llevar a cabo automáticamente o conscientemente. Pero posiblemente se elija muchas veces el curso de acción sin hacer ningún plan y sin extrapolar las consecuencias, si no más bien siguiendo las primeras reacciones automáticas que se han generado en la situación o simplemente se evite la preocupación y la toma de decisiones (Disponible en: <http://www.Psicoterapeutas.com:2008>).

4.2 Perspectivas teóricas

Parte de las conductas de riesgo para la salud y el bienestar propios y de la comunidad son el resultado de decisiones que se toman inconcientemente, sin reflexión, provocadas por las presiones exteriores. Para ello tenemos que aclarar dos términos:

- ❖ Toma autónoma de decisiones: La persona aprende a pensar por si misma, a ser crítica y a analizar la realidad de forma racional.
- ❖ Toma responsable de decisiones: La persona es consciente de la decisión tomada y acepta sus consecuencias (Disponible en: http://www.psicologia-online.com/autoayuda/asertividad/toma_de_decisiones.shtml: 2008).

Tomar decisiones de modo autónomo y responsable es sopesar los pros y los contras de las alternativas y aceptar las consecuencias de la elección, no hacer lo

primero que se nos ocurra o dejarse llevar por lo que hace “todo el mundo”. Cuando nos enfrentamos a un problema o a una decisión que puede tener consecuencias importantes es necesario pensar críticamente. La autonomía se va desarrollando desde la infancia, aunque durante ella muchas decisiones importantes son tomadas por los padres, pero a partir de la adolescencia las decisiones van siendo cada vez más responsabilidad del joven.

Entonces si la habilidad para tomar decisiones se aprende, también se puede practicar y mejorar. El método básico sería “el proceso de los cinco pasos” (Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/asertividad/tomadedecisiones.shtml>: 2008):

1. *Definir el problema*: Se responde a la pregunta de ¿Qué es lo que se desea conseguir en esa situación?

2. *Buscar alternativas*: Pensar en el mayor número de alternativas posibles, ya que cuantas más posibilidades se tengan, más posibilidades hay de escoger la mejor. Es importante evitar dejarnos llevar por lo que hacemos habitualmente.

3. *Valorar las consecuencias de cada alternativa*: Se deben considerar los aspectos positivos y negativos que cada alternativa puede tener, a corto y largo plazo, tanto para nosotros como para otras personas. Para llevar a cabo este paso correctamente, muchas veces no es suficiente la información con la que se cuenta, por tanto es necesario recopilar nuevos datos que ayuden a valorar las distintas alternativas. A continuación se hará una lista de todas las ventajas y desventajas que comporta cada alternativa, seguidamente, se da una puntuación de 0 a 10 a cada ventaja y a cada inconveniente en función de su importancia, teniendo en cuenta que: 0 es “nada importante” y el 10 significa que es “esencial o muy importante”. Finalmente, una vez puntuada cada ventaja y cada inconveniente en esa escala, se suman los números dados a todas las ventajas por un lado y todos los inconvenientes por otro. Si el resultado es positivo es que tiene más ventajas ó éstas son más importantes que los inconvenientes.

4. *Elegir la mejor alternativa posible*: Una vez que se ha pensado en las alternativas y en las consecuencias de cada una de ellas, hay que escoger la más adecuada. A

veces la mejor alternativa no es ninguna de las propuestas sino que surge como combinación de varias de las propuestas.

5. *Aplicar la alternativa escogida y comprobar si los resultados son satisfactorios:* Una vez elegida la alternativa debemos responsabilizarnos de la decisión tomada y ponerla en práctica. Al final se evalúan los resultados, con lo que se podrá cambiar aquellos aspectos de la situación que todavía no son satisfactorios y aprender de nuestra experiencia.

Así como el modelo de toma de decisiones de los “cinco pasos ya antes mencionado, hay otros modelos clásicos, existe un esquema de resolución de problemas como el de D’Zurilla, Goldfried, que plantea como hacerlo de forma efectiva y que se ha incorporado a la terapia cognitivo conductual con todos los méritos.

El modelo que describe D’Zurilla y Goldfried de toma de decisiones tiene los siguientes pasos (Citado en [http://www. Psicoterapeutas.com](http://www.Psicoterapeutas.com): 2008):

1. *Realizar un modelo de la situación actual o una definición del problema:* Se define como “una situación real o anticipada en la vida que requiere respuestas por parte del sujeto, pero que no están disponibles o no son identificables por él, debido a la existencia de barreras u obstáculos. Las barreras más comunes para alcanzar los objetivos son: ambigüedad, incertidumbre, demandas en conflicto, falta de recursos, o novedad. Se incluye la definición de los objetivos que el individuo quiere alcanzar.
2. *Generar conductas alternativas posibles dentro del modelo de la realidad que se ha creado:* Se trata de imaginar las alternativas posibles, no se realizan críticas ni evaluaciones de las ideas propuestas; cualquier propuesta es aprovechada, completada o variada para generar nuevas soluciones. Se debe actuar con una ausencia total de crítica para generar alternativas que serán evaluadas en otra fase. Dando este paso es importante tener la mente abierta y la conciencia plena para poder salir de los comportamientos establecidos y automáticos y comportarnos de acuerdo con nuestros valores.

3. *Extrapolar los resultados asociados a cada conducta generada:* El resultado de nuestras acciones no depende solo de lo que hagamos. Saber predecir los resultados de un plan que se ha elaborado es difícil y la incertidumbre juega de nuevo un papel fundamental. Esta fase puede ser una fuente inagotable de sucesos preocupantes, sobre todo si se quiere evitar la incertidumbre que supone la ignorancia de cómo va a reaccionar el otro a nuestro a nuestra actuación.
4. *Extraer las consecuencias de cada resultado:* Se debe de valorar la situación generada de acuerdo con los objetivos que se pretenden alcanzar, para ello se valoran la probabilidad de cada uno de los resultados. Esta evaluación puede hacerse de forma automática, es decir, sin un pensamiento consciente, guiándonos solamente por las sensaciones que nos ha producido.
5. *Elegir la acción que se va a llevar a cabo entre las que pueden producir el resultado que se busca:* Es la elección de la conducta más adecuada para resolver el problema.
6. *Controlar el proceso cuando se lleva a cabo la acción:* Cuando realizamos una acción entramos en el proceso de controlar lo que hacemos, en el que vamos monitorizando si el resultado actual va en el camino que esperamos o no. Si no marcha en dirección al objetivo, generamos nuevos caminos.
7. *Evaluar los resultados obtenidos:* Una revisión rápida del proceso que se ha llevado y de las conductas de los demás nos ayuda para mejorar nuestra toma de decisiones. La evaluación se hace basándose en los hechos ocurridos y en los resultados reales y medibles obtenidos. Revisando la propia actuación se pueden tomar en consideración nuevas acciones alternativas que no se habían pensado previamente ajustando la actuación para obtener el resultado buscado. La revisión de los resultados es un proceso que pretende conseguir mejorar la actuación siguiente, si no se mantiene dentro de unos límites, lo que se logra es continuar la preocupación después de acabada la acción. Las propuestas terapéuticas en este caso son: aceptar la evaluación del otro es la forma terapéutica de poner coto a los pensamientos, aceptar las propias limitaciones intentando, si fuera preciso, crear una segunda oportunidad, acabar con la revisión si los resultados obtenidos

han sido aceptables o si no se prevé una nueva oportunidad de enfrentarse a la misma situación.

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias, habiendo debatido sobre el método DOER en su VII Mesa Debate con el experto en atención urgente, celebrada el 15 de Marzo de 2000, y analizadas sus conclusiones por el comité científico, propone como recomendación científica la aplicación de dicho método en áreas de mejorar los cuidados enfermeros y la calidad de los mismos en las áreas asistenciales de urgencias (Disponible en: <http://www.bioeticadebat.org/modules/news/article.php?storyid= 29: 2008>) este método consiste en:

1ª Fase: delimitación del conflicto:

- ❖ Valoración integral de la salud del paciente (física, psíquica, sociocultural y espiritual), identificando motivos que llevan a tomar una actitud determinada.
- ❖ Considerar el Código Deontológico de la Enfermería, comprobando cuál debe ser la actuación enfermera en la situación.
- ❖ Confrontar los resultados de la valoración del paciente con la actitud que debe tomar la enfermera según su código de conducta.

2ª Fase: oferta de opciones:

- ❖ Información de la enfermera al paciente, de su actuación según el código y de las opciones que el paciente tiene para resolver su problema.

3ª Fase: escoger la opción:

- ❖ El paciente deberá escoger libremente la opción deseada de las alternativas presentadas.

4ª Fase: resolución del conflicto:

- ❖ Comunicar al equipo interdisciplinar la opción elegida por el paciente y la postura a adoptar, actuando bajo consentimiento informado a los requerimientos personales, registrando todo el proceso como decisión sobre la base del método científico adaptado a las necesidades.

Podemos decir que todos los modelos en la toma de decisiones éticas invitan a tomar en consideración el mayor número de opciones posibles y evaluar las consecuencias, siempre antes de la elección. Todos los modelos interrelacionan entre sí en sus diferentes etapas, teniendo como base el método científico.

4.3 Variables relacionadas con la toma de decisiones clínicas

La enfermera tiene la importante responsabilidad de tomar decisiones clínicas correctas y apropiadas, es una actividad que separa a las enfermeras profesionales del personal técnico o auxiliar (Potter, 2000: 284). Las enfermeras profesionales son capaces de pensar críticamente para resolver problemas y hallar la mejor solución a las necesidades del paciente, adecúan lo que saben o necesitan saber a la toma de decisiones clínicas, buscando nuevo conocimiento cuando es necesario y saben actuar cuando cambian los acontecimientos.

La enfermera que es buena pensadora crítica se enfrenta a los problemas sin formar una solución rápida única, centrándose únicamente a lo que cree y hace, claro que esto requiere de disciplina para evitar tomar decisiones prematuras.

La habilidad para pensar críticamente y tomar decisiones clínicas son básicos para la práctica profesional de enfermería aunque la responsabilidad de tomar decisiones clínicas puede infundir temor a estudiantes novatos de enfermería, esto es realmente lo que convierte a la enfermera en una profesión desafiante y gratificante.

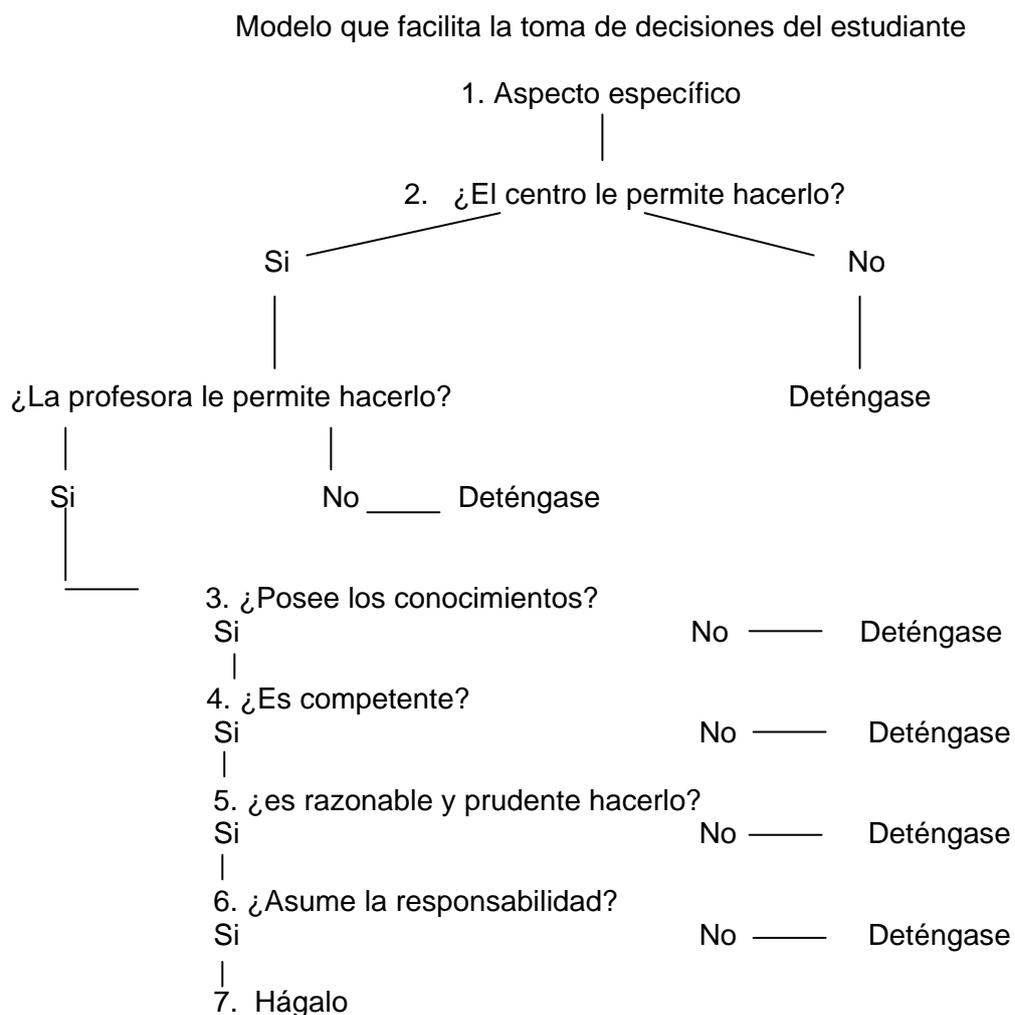
Se han establecido criterios para la toma de decisiones para optar por las opciones apropiadas (Potter, 2000: 290), estos criterios deben incluir lo siguiente:

- ❖ ¿Qué es lo que se tiene que lograr?
- ❖ ¿Qué se tiene que preservar?
- ❖ ¿Qué se debe de evitar?

Tras haber considerado cada uno de los criterios, la enfermera debe de establecer prioridades según se relacionen con la situación del paciente. Para que la enfermera sea capaz de hacer frente a la amplia variedad de problemas asociados con grupos

de pacientes es fundamental tomar decisiones priorizadas y hábiles (Potter, 2000: 290).

Es muy importante aprender a tomar decisiones sobre que acciones están dentro de la práctica enfermera. A continuación se muestra un modelo de toma de decisiones para ayudar a los estudiantes a decidir si el caso esta dentro del alcance de su práctica:



Fuente: Alfaro-Lefevre (1997). El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona, España: Másson. Pág. 59

Lo que distingue la toma de decisiones sabias en el hombre es que la situación configura la actitud, de modo que la respuesta es únicamente tan metódica y ordenada como lo exige la situación (Benner, 1987: 76).

Es posible que en la toma de decisiones se haga una elección que satisfaga y no que maximice. La implementación pudo ser planeada o ejecutada, o quizás, el monitoreo fue inadecuado o inexistente. Además de que las decisiones son influidas por prejuicios psicológicos, presiones de tiempo y realidades sociales (Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos12/decis/decis.shtml>: 2008):

- ❖ Prejuicios psicológicos: Las personas tienen prejuicios que interfieren con una racionalidad objetiva.
- ❖ Ilusión de control: es creer que uno puede influir en las situaciones aunque no se tenga control sobre lo que va a ocurrir. Muchas personas apuestan pues consideran que tienen la habilidad para vencer las posibilidades, aún cuando la mayoría no pueda hacerlo. Cuando se habla de negocios, confiar de manera excesiva puede resultar en un fracaso para la organización, ya que quienes toman las decisiones ignoran los riesgos y por lo tanto fracasan en la evaluación objetiva de las probabilidades de éxito.
- ❖ Los efectos de perspectiva: se refieren a la manera en que se fórmulan o perciben los problemas o las alternativas de decisión y a la manera en que estas influencias subjetivas pueden imponerse sobre hechos objetivos.
- ❖ Presiones de tiempo: en el cambiante ambiente de negocios de la actualidad, el premio es para la acción rápida y el mantenimiento del paso. Las decisiones de negocios que se toman con mayor conciencia pueden volverse irrelevantes e incluso desastrosas si se toma demasiado tiempo en hacerlo.

Sin lugar a dudas existen ciertas cualidades que hacen que los tomadores de decisión sean buenos o malos. Cuatro son las cualidades que tienen mayor importancia a la hora de analizar al tomador de decisiones: experiencia, buen juicio, creatividad y habilidades cuantitativas (Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos12/decis/decis.shtml>: 2008). Otras cualidades podrán ser relevantes, pero estas cuatro conforman los requisitos fundamentales:

- ❖ **Experiencia:** Es lógico suponer que la habilidad de un mando para tomar decisiones crece con la experiencia. Los éxitos o errores pasados conforman la base para la acción futura, se supone que los errores previos son potencial de menores errores futuros. Los éxitos logrados en épocas anteriores serán repetidos. Cuando un mando se enfrenta a un problema, recurre a su experiencia para poder resolverlo de una forma que sabe los solucionó con anterioridad

- ❖ **Buen juicio:** Se utiliza el término juicio para referirnos a la habilidad de evaluar información de forma inteligente. Por lo tanto se supone que el juicio mejora con la edad y la experiencia. El buen juicio se demuestra a través de ciertas habilidades para percibir información importante, sopesar su importancia y evaluarla.

- ❖ **Creatividad:** La creatividad designa la habilidad del tomador de decisiones para combinar o asociar ideas de manera única, para lograr un resultado nuevo y útil. El tomador de decisiones creativo es capaz de captar y entender el problema de manera más amplia, aún de ver las consecuencias que otros pasan por alto. Sin embargo el mayor valor de la creatividad está en el desarrollo de alternativas. Son creativos y pueden generar suficientes ideas para encontrar el camino más corto y efectivo al problema.

El proceso de toma de decisiones, corresponde a una situación que involucra conocimientos y acción. Como tal, está presente en instancias que requieren el desarrollo de habilidades, exigiendo de las personas "disposición de producir, transportar, usar y aplicar conocimientos para la identificación, resolución y arbitraje de problemas" (Disponible en: http://www.Bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content &do_pdf=1&id=28: 2008).

5. Estilos de toma de decisiones en enfermería

5.1 Conceptualización de estilos de toma de decisiones

Como fue señalado en el apartado anterior, en el que se definen los conceptos relativos a la toma de decisiones, así como el proceso al que se enfrentan las personas que las toman, a través del análisis de algunos modelos, algunas perspectivas teóricas relacionadas y su correlación con otras variables; se puede concluir que la toma de decisiones está presente en todos los niveles de ejercicio de la enfermería profesional, sin embargo, no siempre siguen una misma forma o curso de acción, debido a esto y a que las decisiones humanas están determinadas por las características personales del sujeto, la personalidad y su sistema cognitivo y la combinación de estos factores da lugar a distintos estilos de decisión.

Los estilos de decisión se pueden definir como los distintos patrones de conducta que adoptan los sujetos ante una determinada situación de decisión (Barbero, 1993: 333).

Estos distintos patrones de conducta se ven influenciados por diversos factores externos o internos, los primeros se refieren principalmente a hechos psicológicos del sujeto: su temperamento, carácter, capacidades e incapacidades, experiencia, ideologías y valores morales. Los segundos también son muy variados: el tiempo, los costos, recursos materiales, leyes, prejuicios sociales, la cultura de la organización y la región geográfica (Rodríguez, 1985: 27).

Son muchos los factores que influyen en la oportunidad de tomar una decisión, de modo que esta tendrá que cimentarse en la realidad concreta del “aquí y hora”.

Como ya se mencionó existen factores psicológicos que influyen en el estilo de la toma de decisiones de una persona, ya que la decisión es en último análisis un acto humano y la ciencia que estudia y analiza los actos humanos es la psicología. Ella tiene mucho que decir sobre esta trascendental actividad (Rodríguez, 1985: 68).

El acto de decidir no se limita al solo manejo de la información. Involucra, además de la mente y la inteligencia, la voluntad, emociones y valores, es decir, a un conjunto de hechos personales que hacen de la decisión sea un acto humano no una operación técnica o mecánica.

No cualquiera es capaz de decidir bien. Decidir con altura es afrontar en vez de evadir; es analizar, diagnosticar y ver claro; es vivir a fondo los compromisos y responsabilidades, es saber transigir, defendiendo los propios puntos de vista e intereses, pero también comprendiendo a los demás y cediendo; es la capacidad de ver en los grandes problemas las grandes oportunidades de dar el máximo esfuerzo; es la capacidad de aceptar lo suficiente cuando no se puede conseguir lo óptimo; es la disposición a renunciar a satisfactores presentes en vista de valores superiores pero lejanos (Rodríguez, 1985: 69).

Recíprocamente se menciona que la indecisión nos lleva al terreno de la inmadurez, inseguridad, falta de compromiso, ansiedad, regresiones infantiles (Rodríguez, 1985:69) y connota falla en el conocimiento, miedo a lo nuevo y lo desconocido.

5.2 Diversas clasificaciones

Como ya se mencionó, debido a factores externos e internos que influyen en la toma de decisiones se dan diversos estilos de toma de decisiones, de los cuales se desprenden los siguientes que a continuación se desarrollan.

5.2.1 Estilo de toma de decisiones según Leon Mann

A partir del cuestionario el DMQ II diseñado en 1982 por el profesor Leon Mann, basándose en la teoría del Conflicto en la Toma de Decisiones, con el propósito de evaluar los estilos o patrones de conducta que adoptan los sujetos al enfrentarse a una situación en la que han de tomar una decisión, se describieron 6 estilos de toma de decisiones los cuales son (Barbero, 1993: 334):

1. Vigilancia: entendiendo como tal la tendencia a buscar de una forma detallada y cuidadosa toda la información posible acerca de las distintas alternativas, para poder evaluarlas antes de tomar una decisión.
2. Hipervigilancia/Pánico: Es la tendencia a tomar decisiones con rapidez, de manera impulsiva, buscando soluciones fáciles al problema.
3. Evitación defensiva: Se caracteriza por la tendencia a eludir o evitar el tener que tomar decisiones.
4. Racionalización: Se refiere a la tendencia a no querer tener plena conciencia de la realidad de las decisiones. La persona caracterizada por este patrón de conducta tiende bien a ignorar los aspectos negativos o desagradables de la decisión, bien a fijarse exclusivamente en los aspectos positivos de la misma.
5. Trasferencia: Es la tendencia a dejar que sean otros los que tomen las decisiones más duras y difíciles, para evitar de esta forma la responsabilidad que conllevar poder culpar a los demás cuando se comprueba que la decisión adoptada no es la correcta.
6. Retardo: Se refiere a retrasar en lo posible el tomar una decisión buscando cualquier excusa para ello, dedicando a otra cosa y dejando para otro día el tomar la decisión, o dándole vueltas al problema durante mucho tiempo pero sin decidirse por ninguna alternativa.

5.2.2 Los estilos de toma de decisión según la adaptación del cuestionario DMQII por A. Macía, I. Barbero, C. Pérez-Llantada, E Vila, Ma. Navas y T. Mandakovic

En base a estudios anteriores realizados con la escala de Leon Mann (DMQII), los autores A. Macía, I. Barbero, C. Pérez-Llantada, E Vila, Ma. Navas y T. Mandakovic de la Universidad Nacional de Estudios a Distancia (UNED) de España y la Pontificia Universidad Católica de Chile (Macía,1996: 267) presentaron un

cuestionario más amplio, elaborado para ser aplicado a sujetos de habla hispana, del cual se obtienen diez factores o estilos de toma de decisión:

1. Miedo a decidir: se trata de elemento que tienen que ver con la tensión que produce el hecho tener que tomar una decisión, en la terminología de Leon Mann lo denominan evitación-pánico.
2. Impulsividad: se refiere a elementos que tienen que ver con la impulsividad con que se realizan las decisiones, Leon Mann lo llamaba Vigilancia/ Impulsividad.
3. Eludir riesgos: Se refiere con manifestaciones de eludir riesgos que conllevan a tomar una decisión, también se puede considerar un factor que gusta de tomar decisiones fáciles, de la cual no se han tenido una correlación con la escala de Leon Mann (Macía, 1996:271).
4. Influencia del entorno: Se refiere al trabajo en equipo al momento de tomar decisiones, esta formaría parte de la racionalización llamada así por Leon Mann.
5. Retardo/Rapidez: Se refiere a retardar tomar decisiones o a tomar decisiones con rapidez, se puede comparar con el estilo de retardo de Leon Mann.
6. Gusto por el riesgo: Se refiere al gusto de los sujetos que toman decisiones por el gusto a los riesgos que estas impliquen, de esta no se encontró correlación con la escala de Leon Mann.
7. Autojustificación: Las personas que tienden a tomar este estilo de decisión tiene una tendencia a justificarse cuando la alternativa elegida no es la más adecuada, echándoles la culpa a los demás, o bien infravalorando las alternativas que no eligieron (Barbero, 1993: 336), que la relacionan con la Racionalización de Leon Mann.
8. Asunción de responsabilidades/Transferencia al tomar cada cual sus propias decisiones, este lo relacionan con la transferencia de Leon Mann.

9. Desagrado por aconsejar: Se refiere a presentar desagrado por aconsejar a aquella persona que tenga que tomar una decisión, de este no se encontró correlato con la escala de Leon Mann.
10. Racionalización que se refiere a no querer tener plena conciencia de la realidad de las decisiones y que coincide con la escala de Leon Mann que presenta el mismo nombre.

5.2.3 Otras clasificaciones

Como se puede observar la tipología de la decisión es de lo más polifacético, dando como resultado múltiples tipos de decisiones (Rodríguez, 1985:15-17) como:

a) Según el sujeto que decide, tenemos:

- ❖ Decisiones individuales: Las que son tomadas por una sola persona.
- ❖ Decisiones grupales: Son las decisiones tomadas por un grupo a través de una discusión.

Una diferencia entre ambas es que en las individuales el proceso de la deliberación permanece oculto, en tanto que en las grupales se hace transparente.

b) Según el contenido de la decisión y el enfoque básico del que decide:

- ❖ Decisiones programables o programadas: Son las que resuelven asuntos repetidos y que pueden ser de rutina. Se manejan con base en los hábitos y tradiciones (Rodríguez, 1985:15).
- ❖ Decisiones no programables: Las que afrontan situaciones que en lo esencial son nuevas e inéditas. No existe información suficientemente estructurada para decidir (Rheault, 1980: 26). Estas se manejan por medio de la intuición, experiencia y a veces por el consejo de expertos (Rodríguez, 1985:16).

c) Según las repercusiones que originan:

- ❖ Decisiones sobre uno mismo: Son decisiones que toma una persona acerca de si mismo
- ❖ Decisiones sobre otros: Son decisiones que toma una persona para otros.

d) Según el conocimiento de los datos y las circunstancias:

- ❖ Decisiones en situación de certidumbre: Cuando cada curso de acción lleva aun resultado ya conocido de antemano por el que decide (Rodríguez, 1985:16).
- ❖ Decisiones en situación de incertidumbre: Cuando cada curso de acción, o uno de ellos, llevará por un camino desconocido para la persona que toma decisiones (Rodríguez, 1985:16).
- ❖ Decisiones en situación de riesgo: Cuando dos o más estados de la naturaleza sean relevantes, cuando se puedan identificar todos los estados naturales pertinentes y cuando se puedan asignar probabilidades de ocurrencia a esos estados naturales (Rheault, 1980: 57), existirá así una situación de riesgo.

e) Según el tipo de autoridad que las fundamenta:

- ❖ Decisiones técnicas: Cuando se apoyan en la competencia de un experto. Por ejemplo, cuando un médico decide amputar la pierna derecha del Sr. Gómez.
- ❖ Decisiones ejecutivas: Cuando nacen de un poder social, más que de la competencia de un experto. Por ejemplo, se celebrará un congreso en Madrid, el director de fiscalización de México decide que a dicho evento participen Ramírez y Reséndiz.

f) Según el nivel jerárquico:

- ❖ Decisiones operativas: Las que competen a los obreros y supervisores.

- ❖ Decisiones tácticas: Se manejan en el nivel de jefes de departamento y directores de sección.
- ❖ Decisiones estratégicas: Competen a la dirección general: fijan los objetivos y políticas generales de las instituciones (Rodríguez, 1985:17).

g) Según la participación de los interesados:

- ❖ Decisiones autoritarias: Las que son impuestas por un jefe más o menos dictatorial.
- ❖ Decisiones por votación: Cuando, al no poder llegar a un acuerdo los interesados, se toma el parecer y el deseo de la mayoría, la minoría se resigna y acepta.
- ❖ Decisiones por unanimidad: Cuando de entrada, o como fruto de un intercambio de puntos de vista, todos coinciden en un mismo parecer.

Como se puede observar existen diversos estilos de toma de decisiones, y a continuación se presenta otra clasificación más, lo que tiene como propósito contar con mayores elementos que aporten al análisis de los mismos. Aunque pueden observarse similitudes entre ellos, y en algunos casos elementos que aportan una mayor comprensión de los mismos.

- ❖ Decisión Programada: Son programadas en la medida que son repetitivas y rutinarias, así mismo en la medida que se ha desarrollado un método definitivo para poder manejarlas. Al estar el problema bien estructurado, el mando no tiene necesidad de pasar por el trabajo y gasto de realizar un proceso completo de decisión. Estas decisiones programadas cuentan con unas guías o procedimientos (pasos secuenciales para resolver un problema), unas reglas que garanticen consistencias en las disciplinas y con un alto nivel de justicia, aparte de una política, que son las directrices para canalizar el pensamiento del mando en una dirección concreta, también son llamadas decisiones estructuradas. La persona que toma este tipo de decisión no tiene la necesidad de diseñar ninguna solución, sino que simplemente se rige por la

que se ha seguido anteriormente, se usan para abordar problemas recurrentes. Sean complejos o simples.

- ❖ Decisión no Programada: También denominadas no estructuradas, son decisiones que se toman en problemas o situaciones que se presentan con poca frecuencia, o aquellas que necesitan de un modelo o proceso específico de solución. Las decisiones no programadas abordan problemas poco frecuentes o excepcionales. Si un problema no se ha presentado con la frecuencia suficiente como para que lo cubra una política o si resulta tan importante que merece trato especial, deberá ser manejado como una decisión no programada. (Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos12/decis/decis.shtml>: 2008)

Por otra parte, los estilos de toma de decisión difieren de dos maneras: cómo se utiliza la información y cómo se crean alternativas. Cuando se trata del uso de la información, algunas personas prefieren ponderar grandes cantidades de datos antes de tomar cualquier decisión. En la literatura de gestión, se denomina a estas personas "maximizadores" (Disponible en: <http://www.mujeresdeempresa.com/management/070403-estilos-de-tomás-de-decisiones.asp>:2008), no descansan hasta estar seguros de que han encontrado la mejor respuesta posible, el resultado es una decisión bien informada, pero podría tener un costo en términos de tiempo y eficiencia.

Otros sólo buscan los datos clave, son capaces de formular hipótesis rápidamente, en término del economista del comportamiento Herbert Simon: los "satisfactores" están listos para actuar tan pronto como poseen la información suficiente para satisfacer sus requerimientos (Disponible en: <http://www.mujeresdeempresa.com/management/070403-estilos-de-tomás-de-decisiones.asp>: 2008).

En cuanto a la creación de alternativas, quienes toman decisiones con un "foco único" creen firmemente en seguir un solo curso de acción, mientras que sus contrapartes con un "foco múltiple" generan listas de alternativas posibles. Las personas con un foco único concentran su energía en hacer que las cosas resulten

como ellos creen que deberían ser; las personas con un foco múltiple, concentran su energía en adaptarse a las circunstancias.

Utilizando las dos dimensiones de uso de la información y foco, se creó una matriz que identifica cuatro estilos de toma de decisiones: el decisivo (poca información, un curso de acción), el flexible, el jerárquico y el integrador, las personas no caen tan nítidamente en una casilla u otra, las circunstancias también influyen, de modo que se debe ser capaz de recurrir a cada uno de los cuatro estilos según las necesidades.

CUATRO ESTILOS DE TOMA DE DECISIONES

		USO DE LA INFORMACIÓN	
		Satisfactor (menos información)	Maximizador (más información)
CANTIDAD DE ALTERNATIVAS	Foco único (única alternativa)	<p>DECISIVO</p> <p>Este estilo de decisión es directo, eficiente, rápido y firme. Se valora la acción. Una vez fijado el plan, se apega a él. Al tratar con las personas valora la honestidad, la claridad, la lealtad y la brevedad.</p> <p>En público, este estilo enfocado a la acción se manifiesta como orientado a la tarea.</p>	<p>JERÁRQUICO</p> <p>Las personas que aplican este estilo altamente analítico y enfocado esperan que sus decisiones, una vez tomadas, sean finales y resistan la prueba del tiempo.</p> <p>En público, este estilo complejo se manifiesta como altamente intelectual.</p>
	Foco múltiple (muchas alternativas)	<p>FLEXIBLE</p> <p>Este estilo se basa en la velocidad y la adaptabilidad. Los ejecutivos toman decisiones rápidamente y cambiar de curso con igual rapidez para mantener el ritmo de situaciones inmediatas y cambiantes.</p> <p>Este estilo valora la información justa.</p> <p>En público, este estilo flexible se manifiesta altamente social y receptivo.</p>	<p>INTEGRADOR</p> <p>En la modalidad integradora, las personas enmarcan los problemas de manera amplia, utilizando los aportes de muchas fuentes, y toman decisiones que involucran múltiples cursos de acción que podrían evolucionar con el tiempo, a medida que cambian las circunstancias.</p> <p>En público, este estilo creativo se manifiesta como altamente participativo.</p>

Tomado de Brousseau, Kenneth. Los estilos de toma de decisiones. Disponible en <http://www.mujeresdeempresa.com/management/070403-estilos-de-tomadas-de-decisiones.asp>. Consultada el 20 de agosto del 2008.

Como se puede observar, es importante tomar buenas decisiones por que mediante el empleo de un buen juicio, la toma de decisiones nos indica que un problema o situación es valorado y considerado profundamente para elegir el mejor camino a seguir según las diferentes alternativas y operaciones.

Es el caso de la Enfermería, ya que como fue señalado en un principio, la complejidad de los fenómenos que aborda en las prácticas del cuidado, requiere de habilidades para la toma de decisiones y de los mejores estilos, según sean las circunstancias en que tome éstas.

6. El pensamiento de alumnos novatos y avanzados

6.1 El modelo Dreyfus de adquisición progresiva de habilidades.

La profundidad y la amplitud del conocimiento de los expertos adquirido en muchas de las oportunidades de aplicar la teoría en situaciones reales, aumenta grandemente la capacidad para el pensamiento crítico, debido a que los novatos todavía no cuentan con la experiencia personal necesaria o están en proceso de formación y su pensamiento crítico comienza a desarrollarse, por lo tanto existen grandes diferencias en el pensamiento de una enfermera novata y una experta, a continuación se muestra un cuadro en el que se pueden observar estas diferencias.

El pensamiento de la enfermera novata comparado con el de la enfermera experta

Enfermeras novatas	Enfermeras expertas
El conocimiento está organizado como hechos separados. Deben apoyarse fundamentalmente en recursos (libros).	El conocimiento está altamente estructurado y organizado, facilitando la recuperación de la información. Tiene un gran bagaje de conocimientos experimentales.
Se centra demasiado en las acciones y tiende a olvidar el valorar antes de actuar.	Valoran y piensan minuciosamente las cosas antes de actuar.
Necesitan reglas claramente establecidas	Saben cuando tiene que saltarse las reglas
Con frecuencia se ven obstaculizadas por su desconocimiento de los recursos.	Son concedoras de los recursos y de cómo usarlos.
Con frecuencia se ven mermadas por la ansiedad y la falta de confianza en si mismas.	Generalmente tiene mayor confianza en si mismas, están menos ansiosas y, por tanto, centran mejor su atención.

<p>Deben poder apoyarse en procedimientos paso a paso. Se centran más en los procedimientos que en la respuesta del paciente a ellos.</p> <p>Se sienten incómodas si las necesidades del paciente excluyen la realización de los procedimientos tal como los han aprendido.</p> <p>Tiene un conocimiento limitado de los problemas cuya exigencia se sospecha, por lo tanto, interrogan y recogen datos más superficialmente.</p> <p>Tienden a seguir al pie de la letra los estándares y procedimientos.</p> <p>Aprenden más rápidamente cuando cuentan con un preceptor o menor entendido que les brinda apoyo.</p>	<p>Saben cuando es más seguro saltarse un paso o hacer dos pasos a la vez. Son capaces de centrarse tanto en las partes como en el todo.</p> <p>Se sienten más cómodas cuando tienen que repensar los procedimientos si las necesidades de los pacientes requieren que se modifiquen.</p> <p>Tiene una mayor idea de los problemas cuya existencia se sospecha, lo que les permite interrogar con mayor minuciosidad y obtener datos más relevantes y de mayor profundidad.</p> <p>Analizan los estándares y procedimientos, buscando la forma de mejorarlos.</p> <p>Soportan el reto de las preguntas de las novatas y clarifican su propio pensamiento cuando las contestan.</p>
---	--

Fuente: Alfaro-Lefevre (1997). El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona, España: Masson. Pág. 45

Las enfermeras no han sido custodios minuciosos de su sapiencia personal. El hecho de no haber registrado nuestras experiencias y observaciones clínicas ha tenido como secuela que la teoría de la ciencia enfermera perdiera su singularidad y el acervo de erudición técnica que conlleva el ejercicio competente de la tarea asistencial (Benner, 1987: 30).

Así podemos decir que la teoría es un instrumento de suma utilidad para explicar conceptos y efectuar previsiones, configura los temas y facilita el análisis sistemático de una sucesión de acontecimientos. Mediante el establecimiento de relaciones

causales y reciprocas ente los hechos, el científico llega a un conocimiento previo, a un “saber que”. Sin embargo filósofos de la ciencia como Kuhn y Polanyi han observado que no es lo mismo anticipar lo que va a ocurrir, que entender cómo se va a producir un fenómeno y señalan que el hombre posee numerosas aptitudes y habilidades adquiridas sin el curso del “saber qué” o conocimiento previo; más aun no siempre podemos explicar en puras teorías muchas de las actividades comunes que ejercitamos en la práctica (Benner, 1987: 30).

Expresado de otra manera, determinados saberes escapan a toda formulación científica de carácter teórico, y el individuo puede adquirir habilidades y conocimientos prácticos que cuestionan o amplían los postulados teóricos vigentes, al margen de toda formulación científica, el progreso del saber consiste en ampliar los conocimientos prácticos mediante investigaciones científicas basadas en postulados teóricos y en el análisis de los conocimientos técnicos existentes perfeccionados con la experiencia clínica en el ejercicio o aplicación activa de la ciencia aplicada a la que antes aludíamos (Benner, 1987: 31).

La destreza se desarrolla cuando el clínico verifica y desarrolla proposiciones, hipótesis y expectativas basadas en postulados teóricos, en un contexto de situaciones reales acontecidas en el ámbito profesional, la experiencia se adquiere cuando las ideas preconcebidas y las expectativas son contradichas, matizadas o desmentidas por un contingencia real. Por lo tanto la experiencia es un requisito previo de la pericia o cualificación profesional (Benner, 1987: 31).

La enfermera experta percibe la situación como un todo, utiliza como modelo situaciones concretas anteriores y se sitúa en el justo término del problema sin malgastar el tiempo en considerar un gran número de alternativas no aplicables al caso. Sin embargo la enfermera aventajada que debe de afrontar una situación nueva se apoya en un tipo de solución reflexiva, premeditada y analítica de la naturaleza elemental.

La competencia clínica se adquiere con el paso del tiempo y muchas veces el propio personal clínico no tiene una idea cabal de sus progresos.

Las enfermeras expertas aprender a destacar alteraciones fisiológicas casi imperceptibles, esta facultad son fruto de muchas horas de observación directa y cuidado personal de los pacientes, esta situación depende del contexto, o sea que los sutiles cambios advertidos solo cobran significado a la luz del historial clínico pasado del paciente y de su condición actual. A estas facultades perceptivas y detectoras del clínico experto las denominan “connoisseurship”, es decir una especie de virtuosismo profesional o “arte” de la pericia clínica (Benner, 1987: 33).

Las enfermeras que se ocupan de aspectos comunes en el ámbito de la salud y de la enfermedad, del nacimiento y de la muerte, elaboran significados comunes en cuanto a la asistencia, recuperación y recursos asistenciales en este tipo de contingencias humanas y conforme la enfermera adquiera experiencias, se genera una sabiduría clínica que es una fusión de saberes prácticos elementales de conocimientos teóricos no depurados.

Las experiencias pasadas orientan la percepción y las iniciativas de las profesionales expertas y originan una rápida atención perceptiva de la contingencia actual. Este personal experto transmite intrusiones que solo tienen sentido si el que las recibe posee ya un conocimiento profundo de la situación, a estas instrucciones se les denomina “máximas” (Benner, 1987: 38).

Sin embargo, las percepciones y los criterios clínicos sufren modificaciones en la adquisición de una nueva habilidad, pese a los cuales estos cambios seguirán sin reseñarse ni advertirse a menos que las enfermeras se propongan estudiar dichos cambios y los conocimientos técnicos que llevan consigo el ejercicio de su actividad profesional (Benner, 1987: 39).

Stuart Dreyfus matemático y analista de sistemas, y Hubert Dreyfus, filósofo, elaboraron un modelo de adiestramiento o capacitación técnica (adquisición de aptitudes y habilidades) basado en el estudio de los jugadores de ajedrez y de los pilotos aéreos (Benner, 1987. 41). Este modelo Dreyfus se basa en que todo estudiante o aprendiz adquiere los conocimientos precisos a través de cinco estadios o categorías de eficiencia: principiante, principiante avanzado, competente, aventajado y experto, los cuales se irán desarrollando más adelante.

Cada uno de los grados de este modelo es indicativo de cambios de tres facetas generales de ejecución profesional experta. El primero consiste en pasar de la supeditación en los enunciados abstractos a la utilización como modelo de experiencias concretas del pasado. El segundo cambio es una alteración de la forma en que el principiante percibe una situación dada, de la cual ésta se ve cada vez menos como un agregado de partes igualmente destacables y más como un todo único del que solo descuellan algunos aspectos. Así se pasa al tercer cambio que es el paso de una posición de observador imparcial a la de ejecutor comprometido en la acción: el sujeto deja de estar al margen de la situación y participa plenamente en ella (Benner, 1987: 41).

En la realización de este modelo se recurrió al sistema de entrevistas por parejas de enfermeras principiantes y profesionales de reconocida solvencia, estas enfermeras fueron agrupadas en 21 parejas, cada miembro de la pareja estaba integrada por un tutor o tutora y una estudiante recién diplomada y fueron entrevistados por separado, preguntándoseles por situaciones asistenciales vividas en común y que merecían destacarse por algún concepto, también se les preguntó en qué aspectos clínicos hallaron más dificultades en la enseñanza o en el aprendizaje. La investigación pretendía descubrir si existían diferentes características apreciables en el relato de la enfermera novata y de la profesional experta en torno a un mismo episodio clínico.

Las entrevistas (en grupos reducidos o individuales) y las observaciones de las participantes en el estudio se llevaron a cabo en seis establecimientos sanitarios. Dos hospitales privados locales, dos hospitales docentes regionales, un centro médico universitario y un hospital general urbano. (Benner, 1987: 43), de los cuales las 51 enfermeras experimentadas fueron seleccionadas por los directores de los servicios de formación del personal, se indicó que se seleccionaran a enfermeras con más de 5 años de experiencia práctica, que estuvieran en ejercicio activo y que gozaran de reputación como clínicos sumamente capacitados, para poder observar en ellas la experiencia.

Mediante el análisis de cada una de las entrevistas y siguiendo el modelo Dreyfus fue posible definir los rasgos o características de la ejecución en cada estadio de

cualificación, y concretar, en términos generales los requisitos de enseñanza y aprendizaje que comporta cada nivel de comportamiento, definiendo cada una de ellas.

6.1.1 Primera categoría: Principiante.

Los principiantes no tienen experiencia alguna de las circunstancias en que habrán de desenvolverse. Para facilitarles el acceso a las situaciones clínicas y la adquisición de la experiencia indispensable para aquilatar sus conocimientos y aptitudes, se les habla de estas situaciones atendiendo a los atributos objetivos, como el peso, la ingesta, la temperatura, tensión arterial y eliminación y otros parámetros análogos objetivables y cuantificables relativos al estado de un paciente; particularidades de la relación de tareas que pueden ser identificadas sin tener experiencia situacional.

La conducta del principiante es típica, ya que es regida por las reglas, en extremo limitada e inflexible, no tiene experiencia de la coyuntura o situación que afronta, es preciso darle unas directrices que encaucen su actuación. Pero el apego a las normas es antagónico de la ejecución exitosa, por que las pautas no indican al principiante cuales son las iniciativas más pertinentes que requiere una situación real (Benner, 1987: 49).

Los estudiantes de enfermería acceden a una nueva área clínica en calidad de principiantes; apenas tiene idea del sentido contextual de los términos recién aprendidos en los libros de texto. Pero los estudiantes no sólo son los únicos principiantes, toda enfermera que pasa a ejecutar funciones en un servicio clínico del que no tiene experiencia asistencial, se ve obligada a retroceder a la categoría de principiante (Benner, 1987: 49) si no está familiarizada con los objetivos y los instrumentos de atención del enfermo.

Los principiantes no sólo carecen de la experiencia de cada materia, sino que necesitan recurrir a pautas de actuación compartimentadas y técnicas analíticas (Benner, 1987: 71), se rigen por guías mediante libros, materias o de la experiencia de otras enfermeras, ya que ellos no cuentan con ella .

6.1.2 Segunda categoría: Principiante avanzado

Los principiantes avanzados son los que pueden garantizar una ejecución aceptable. Se trata de profesionales que han afrontado suficiente número de situaciones prácticas para observar los componentes situacionales significativos y recurrentes que en el modelo Dreyfus se denominan “aspectos de la situación” (Benner, 1987: 49).

Contrariamente a los atributos fuera de contexto y a la relación de tareas y estudios de procedimientos que el principiante tiene que asimilar y aplicar, los aspectos requieren de experiencia previa en situaciones reales para poder ser reconocidos y clasificados como tales. Los aspectos comprenderán rasgos globales, de índole general, que solo pueden detectarse si el sujeto tiene experiencia, como lo es el caso del principiante avanzado.

En esta categoría el principiante avanzado o su tutor están ya en condiciones de formular principios que orientan las iniciativas en función tanto de los atributos como de los aspectos, estos principios que presuponen elementos dotados de significado y basados en la experiencia, se denominan pautas o guías (Benner, 1987: 51).

Los principiantes y los principiantes avanzados apenas logran hacerse cargo de situaciones; todo es demasiado novedoso, poco familiar, y además tiene que esforzarse en recordar las pautas que se les han enseñado, pero los principiantes avanzados ya cuentan con una experiencia mínima.

Los cuidados generales que dispensan al enfermo requieren el consejo de enfermeras que hayan alcanzado como mínimo la categoría de competentes en el desempeño de la función clínica, para tener la seguridad de que se atienden las necesidades más perentorias del paciente, habida cuenta de que el principiante avanzado aun no está en condiciones de discernir cuales son las más importantes. (Benner, 1987: 52).

Por tanto, podemos decir que los principiantes avanzados necesitan un respaldo en el ámbito clínico, requieren que les ayuden a establecer un orden de prioridades,

dado que actúan basándose en pautas generales y que tan solo empiezan a percibir rasgos significantes y repetitivos en su experiencia clínica.

6.1.3 Tercera categoría: Competente

La condición de competente, es aquella enfermera que lleva de dos a tres años desempeñando una labor en las mismas circunstancias, se pone de manifiesto cuando la profesional empieza a valorar sus iniciativas en función de objetivos o planes de largo alcance perfectamente asumidos. El plan determina que atributos y que aspectos de la situación presente y de la prevista en futuro deben conceptuarse como más importantes y cuales pueden omitirse. En el caso de la enfermera competente un plan elabora una perspectiva y se asienta en una visión notablemente consciente, abstracta y analítica de la cuestión (Benner, 1987: 53).

Sin embargo a la enfermera competente le falta la agilidad y flexibilidad de la enfermera aventajada, pero tiene la sensación de que conoce el oficio y de que está preparada para afrontar y salir de las numerosas eventualidades de la enfermera clínica, saca partido de ejercicios y simulaciones referidas a la toma de decisiones que le enseña a planificar y a coordinar múltiples y complejas exigencias del cuidado al enfermo. Esta categoría ya tiene ciertos toques de madurez, tras muchos años el entorno clínico se muestra organizado.

La enfermera simplemente competente aún no tiene la experiencia suficiente para identificar una situación basándose en una apreciación de conjunto o en función de los aspectos más descolantes y trascendentes (Benner, 1987: 55), que aunque cuenta con la experiencia, esta no es suficiente.

6.1.4 Cuarta categoría: Aventajado

El personal de enfermería aventajado es aquel que ha trabajado con una población análoga por un tiempo de tres a cinco años, ellas perciben las situaciones como un todo y no en función de los aspectos. Su ejecución se inspira en las consignas. En este plano, la percepción es un término determinante. La percepción no es fruto de la reflexión, si no que se presenta espontáneamente asentada en la experiencia y en

sucesos acaecidos en fechas recientes (Benner, 1987: 54), que en otra categoría podría ser fruto de errores.

La enfermera aventajada percibe las situaciones como un todo porque entiende su significado en términos de sus objetivos a largo plazo, éstas aprenden de la experiencia de episodios típicos en situaciones dadas y cómo hay que modificar los planes en función de estos sucesos.

La enfermera aventajada tiene una comprensión global que ayuda para mejorar las decisiones que toma, decisiones que son menos trabajadas, el personal aventajado a comparación del competente toma un menor número de alternativas y se centra en una área precisa del problema.

La enfermera que se encuentra en esta categoría, presta atención a los aspectos según su mayor o menor importancia con respecto a las circunstancias del momento. Utiliza las consignas como pautas, pero antes de aplicarlas se precisa un profundo conocimiento de las circunstancias del caso (Benner, 1987: 56).

El método de enseñanza que más les conviene a los profesionales aventajados es el estudio de caso, que ponen a prueba y evalúan sus facultades para hacerse cargo de una situación, ya que el grado de eficacia del profesional aventajado se refuerza cuando se pide al estudiante que mencione casos y ejemplares para adquirir perspectivas.

Enseñarles a los profesionales aventajados principios y reglas no hace más que frustrarlos, ya que pueden tener la sensación de que las enseñanzas teóricas en que inicialmente basaban sus aptitudes y experiencias son un lastre inútil, o tal vez puedan concebir que el complejo análisis de decisiones que realiza el docente, es una fórmula difícil e innecesariamente complicada de resolver un episodio clínico que en la actualidad son capaces de captar rápidamente en virtud de la experiencia adquirida (Benner, 1987: 57).

Al profesional aventajado se le enseña mejor siguiendo el método inductivo, a partir de una coyuntura clínica, de modo que demuestre su aptitud para interpretarla

(Benner, 1987: 57). Cuando se presentan situaciones que agotan los recursos del profesional aventajado, en lo tocante a la forma de interpretar y enfocar la contingencia, se despierta entonces un obligado estudio.

El clínico aventajado es el que con más frecuencia está en condiciones de reconocer el menoscabo en el estado del paciente, antes de que se produzcan cambios ostensibles en las constantes vitales, es decir, que posee aquella facultad que denominamos señal de “alerta precoz” (Benner, 1987: 58). Las decisiones de las aventajadas tienen un carácter global.

Sin embargo, el desempeño de la profesional aventajada, retrocede a una categoría analítica y competente cuando se plantean innovaciones o se requiere una descripción analítica y de procedimiento.

6.1.5 Quinta categoría: Experto

La profesional o el profesional experto ya no necesita de un principio analítico (reglas, pautas), para que la comprensión de la situación se traduzca en una iniciativa idónea, la enfermera experta capta intuitivamente todas las situaciones y se centra en el núcleo correcto del problema, sin perder el tiempo en diagnósticos erróneos y soluciones inadecuados.

Aprender los matices de una ejecución experta es difícil ya que los profesionales actúan partiendo de un profundo conocimiento de la situación global, teniendo dificultad para expresar todo lo que saben.

Se necesita una capacidad analítica notable para hacer frente a situaciones de las que la enfermera no tiene experiencia. El factor analítico es así mismo necesario, para cuando el profesional experto no capta correctamente la coyuntura y se encuentra luego con que los sucesos y comportamientos no discurren por los cauces previstos. Cuando el clínico no dispone de otras perspectivas, el único modo de salir del obstáculo que supone una captación errónea de la cuestión, es aplicar el análisis lógico (Benner, 1987: 61).

Los clínicos expertos realizan estimaciones o gestionan situaciones clínicas complejas de forma sobresaliente, estos sirven de consultores de otras enfermeras, su ayuda resulta esencialmente eficaz para facilitar la evaluación médica del paciente, al haber detectado alteraciones clínicas en una fase temprana.

Cuando el personal experto es capaz de describir situaciones clínicas en las que ha tenido una participación destacable, se manifiesta parte del saber inherente a su labor profesional, y el hecho de que salga a relucir su actividad realza y facilita la determinación de la destreza en la función (Benner, 1987: 62).

La experiencia no se refiere al mero discurrir del tiempo o a la longevidad, sino que se concibe como la valoración de nociones y postulados teóricos mediante la confrontación con muchos casos prácticos reales, que añaden matices o leves precisiones a la teoría. La teoría engloba lo que puede hacerse patente y formalizarse, pero la práctica clínica es siempre más compleja y presenta muchas más contingencias de las que puede plasmar la teoría por sí sola. (Benner, 1987: 63). Las nociones teóricas orientan al personal clínico y les permite formular preguntas pertinentes, lo cual puede ejemplificarse con las transformaciones que produce el influjo de los planteamientos teóricos en la actividad práctica, es en este momento en el que hay una confrontación teoría y práctica, lo que permite a la enfermera experimentada, tener acceso a una valoración de sus conocimientos y funciones.

La enfermera experta no se refiere a la duración o periodo de permanencia en puesto determinado, sino que alude a un proceso muy activo de depuración y modificación de teorías, conceptos y nociones preconcebidas en el momento de cotejarlas con lo que ocurre en la práctica cotidiana (Benner, 1987:198).

La ejecución de una profesional experta denota una rápida comprensión de los aspectos más sobresalientes de un problema. Puede que se intente explicar todos los elementos que intervienen en una decisión en el ámbito de la enfermería, pero, en la práctica, los profesionales expertos no toman decisiones elementales y particulares. No derivan sus conclusiones elemento por elemento, sino que captan el todo.

Una de las características descolantes de las enfermeras experimentadas, es que emplean gran parte del tiempo dedicado a su función especulando y reflexionando sobre el posible curso evolutivo del paciente, previniendo que dificultades pueden surgir y que posibilidades tienen de afrontarlas. Después de haber visto el cuadro clínico de innumerables enfermos, cuentan con un bagaje de expectativas reales y de preocupaciones vividas aplicables a los enfermos encomendados en la actualidad.

Las enfermeras expertas han observado que una experiencia muy dilatada del enfermo con una dolencia determinada, le lleva a vislumbrarla y definirla de un modo particular, a través de una óptica sumamente personal (Benner, 1987:128).

Las enfermeras experimentadas entienden su labor en función de los objetivos. Pero con el fin de lograr ciertas metas en un mundo que no es perfecto, acaban adoptando una postura flexible que les permite aceptar las peculiaridades de los pacientes, hallar material o equipo sustituto en caso de urgencia y soslayar la intransigencia de otras personas (Benner, 1987:179).

Las enfermeras experimentadas abandonan los tratamientos que juzgan irrelevantes o perjudiciales para el paciente, como resultado de los cambios en su estado o por haber surgido imperativos antagónicos que afectan al enfermo.

Sin embargo, el sujeto que posea una formación básica limitada, no dispondrá de las herramientas necesarias para aprender de la experiencia, no es económicamente viable preparar a la enfermera recién diplomada para actuar como un experta en más de un área clínica, ya que es preciso haber vivido múltiples situaciones en un periodo dilatado de tiempo para adquirir madurez suficiente y emitir un juicio clínico complejo (Benner, 1987: 206).

Para tener claro este modelo de adquisición de habilidades, basta pensar en un caso que haya supuesto el aprendizaje de una técnica, al principio la acción es indecisa, el sujeto precede con rigidez y está pendiente de las instrucciones, esta regido por las reglas, por tanto una importante deducción del modelo Dreyfus es que la experiencia y la destreza originan un cambio en la técnica.

Entre la categoría de competente, aventajada o experta, existe un salto, una discontinuidad. Con el tiempo las enfermeras adquieren más conocimiento clínico y se olvidan de lo que han aprendido. El experto siempre sabe más de lo que es capaz de explicar, la sabiduría está contenida en las percepciones y no en las reglas.

Las enfermeras expertas han aprendido a comunicar y a enseñar en situaciones extremas, y en el transcurso de esta enseñanza, se ven obligadas a poder en juego sus condiciones personales, actitudes, tono de voz, humor, conocimientos y una gran variedad de fórmulas de acercamiento al paciente (Benner, 1987:104).

Las enfermeras con un largo aprendizaje a sus espaldas, en el cuidado de pacientes similares, adquieren unos conocimientos especializados y se valen de un lenguaje particular. Si estudiamos este lenguaje de los expertos y llegamos a un acuerdo general sobre su empleo, aumentaremos nuestro saber clínico y podremos abrir el camino a otros profesionales para que adquieran las mismas cualidades perceptivas.

Tal y como se ha puesto de relieve, el modelo Dreyfus de adquisición de habilidades aplicado a la profesión de enfermería, demuestra el aumento de la pericia y profesionalidad que acarrea consigo la experiencia. Este modelo proporciona una pauta lógica de cara al establecimiento de una escala de promoción profesional, ya que predice que clase de pericia y de conocimientos prácticos depara la experiencia (Benner, 1987:194).

En el modelo Dreyfus, la ejecución experta se define más en función de las coyunturas concretas, que como una cualidad o un rasgo que trasciende todas las situaciones, de lo dicho se deduce que el modelo en cuestión, sirve para anticipar que una enfermera será capaz de actuar a nivel de experta (habida cuenta de la aptitud congénita y de la adecuada formación teórica) frente a una eventualidad clínica cuando: a) cuenta con una larga experiencia, b) está motivada para efectuar una buena labor, c) se encuentra con los recursos y limitaciones habituales que hay en la eventualidad clínica en cuestión. Pero la misma profesional puede actuar según distintos grados de pericia en caso de que las condiciones sean otras (Benner, 1987:199).

En la actualidad, las enfermeras se licencian sin apenas tener conocimiento sobre la manera de adquirir experiencia clínica más allá de la categoría de principiante o competente. De ello se infiere que ignoran un segundo aspecto: desconocen qué es lo que saben y tienen una idea confusa de cómo obrar para lograr este conocimiento. La adquisición de un grado de adiestramiento avanzado en una especialidad mostraría al estudiante qué presupone la obtención de niveles de competencia superiores en general (Benner, 1987:206).

Los docentes en el campo de la enfermería, han tratado de resolver el dilema de conservar su solvencia clínica, didáctica y científica sin establecer ningún tipo de estructura sistemática que conjugue su tarea como pedagogos y su labor como clínicos. Las conclusiones de este estudio demuestran la necesidad de que el profesorado que imparta clases al estudiante de los cursos superiores se encuentre en la categoría de adquisición de habilidades en la fase de experto. Lo más seguro es que tratándose de principiantes, no sea necesario que los preceptores sean capaces de desempeñarse en la práctica a niveles de otro orden superior. No obstante, deben ser lo suficientemente expertos para hacer patentes las pautas y principios explícitos que habrán de llevar a los principiantes a encarar una situación clínica sin riesgo y con eficacia. Pero a medida que el estudiante avanza en la especialización clínica, se requiere un profesorado capaz de exhibir en la práctica unos criterios o juicios clínicos de altura.

El modelo Dreyfus indica una forma nueva de interpretar o concebir la tensión entre la teoría y la práctica, y propone fórmulas para sacar el máximo provecho de este antagonismo, que suelen identificarse como la tensión entre los saberes teóricos y los conocimientos prácticos. Los principiantes deben actuar basándose en principios abstractos, modelos convencionales y teorías para involucrarse en la situación de modo que puedan aprender sin riesgo y de forma eficaz (Benner, 1987:208).

El principiante se inspira en principios abstractos y en teorías y modelos convencionales, sirven como poderosos instrumentos para adentrarse en la situación, con objeto de lograr un aprendizaje de manera eficaz (Benner, 1987: 215). Las enfermeras que se engloban en la categoría de aventajadas y expertas, pueden beneficiarse de intercambios de opiniones, estudios de casos clínicos y de

una serie de oportunidades para dirigir y participar en la investigación de asuntos clínicos.

Este modelo ofrece a las enfermeras principiantes una base para captar los procedimientos de enfermeras experimentadas, que tal vez antes habrían sido interpretados como iniciativas negligentes o idealistas. Aprender el hecho de no seguir al pie de la letra una técnica o una fase del tratamiento, depende a veces de un buen discernimiento clínico y no de considerar este suceso como un desvío de las pautas de competencia prefijadas de antemano (Benner, 1987: 304).

CONCLUSIONES

Como se mencionó en la introducción pocos estudios se han desarrollado sobre los temas que se tratan en esta tesina, pero si se lee detalladamente se puede observar la trascendencia que tiene, ya que para todo enfermero profesional su principal quehacer es el cuidado enfermero, una constante que surge desde el principio de la humanidad y que como se observó es un proceso interactivo por el que la enfermera y el paciente se ayudan mutuamente, el estudiante se va acercando al cuidado a través del uso de juicios y del pensamiento crítico. Por lo tanto el Proceso de Atención de Enfermería es el instrumento o el método específico de enfermería que ayudará a desarrollar hábitos que promuevan habilidades, destrezas, juicio y pensamiento crítico para la aplicación del cuidado, obteniendo resultados favorables para la salud del paciente.

Se puede observar también que el Proceso de Atención de Enfermería es un método que consta de 5 etapas que conducen a la enfermera (o) al logro de los objetivos establecidos, por medio de la valoración, el diagnóstico, la planificación de los cuidados y la ejecución de los mismos, por lo que por medio del razonamiento y el juicio clínico, la enfermera evaluará los resultados obtenidos.

Para el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería se necesita la formación de habilidades cognitivas que contribuyan a la formación de profesionales altamente calificados y capacitados, para la ejecución de acciones tendientes a resolver los problemas de salud que se presentan en nuestra actual sociedad. Para lo cual se requieren, entre muchas otras habilidades cognitivas aquellas tales como: la identificación de las asunciones, identificación de un enfoque organizado y comprensivo para el descubrimiento (valoración), comprobación exacta de la fiabilidad de los datos, distinción de lo normal y lo anormal e identificación de signos y síntomas, extracción de conclusiones validas, agrupación de datos relacionados, distinción de lo relevante, reconocimiento de las inconsistencias, identificación de problemas, identificación de información faltante, identificación de los patrones reales y de riesgo, establecimiento de prioridades, determinación de objetivos específicos y reales, determinación de intervenciones específicas, evaluación y

corrección de pensamiento y el desarrollo de un plan comprensivo con su reevaluación y actualización.

Durante su ejercicio profesional, en el que el PAE juega un papel relevante, la enfermera se enfrenta a la situación de tomar decisiones para resolver problemas utilizando un pensamiento crítico, este último ayuda a los enfermeros a comprender la relación entre los conceptos aprendidos en el aula y los aprendidos en el actuar clínico. Conforme adquiere conocimientos y experiencia nuevos que le ayudan a madurar profesionalmente, aumentará su capacidad para pensar críticamente.

Por lo anterior, y a sabiendas de que existen tres rangos de pensamiento crítico: el básico, complejo y responsable, en los que éste va siendo cada vez más razonado, reflexivo, deliberado, cognitivo y basado en la evidencia científica, se debe tomar en cuenta que existen factores personales y situacionales que influyen en el pensamiento crítico, por lo que resulta imprescindible su desarrollo en los estudiantes de Enfermería. Por lo tanto, las instituciones educativas y los profesores deberán implementar las estrategias necesarias para que los estudiantes de Enfermería se conviertan en pensadores críticos.

Cabe resaltar que cada persona afronta la resolución de problemas y la toma de decisiones de diferente manera, basada en su experiencia y razonamiento, por lo tanto, el proceso para tomar decisiones en cada persona, toma diferentes caminos, pero al final todos siguen algunas estrategias que se muestran en el modelo que describe D'Zurilla y Goldfried, el que propone la Sociedad Española de Enfermería de Urgencia y el método de los cinco pasos, todos ya expuestos en este trabajo.

En tanto que la toma de decisiones está determinada por diferentes características personales del sujeto, la personalidad y su sistema cognitivo, existen diferentes estilos de toma de decisión tales como los maximizadores, los satisfactores, los decisivos, jerárquico, flexible y el integrador. Aspectos que se deben considerar cuando se forman profesionalmente a los enfermeros.

Es claro que las personas que toman decisiones no caen en específico ni únicamente en un estilo, ya que las circunstancias influyen de manera determinante,

en la toma de estilo apropiado, por lo que en la formación de estudiantes de Enfermería, se debe reconocer los distintos estilos de toma de decisión y promover, aquellos más pertinentes, que posibiliten mayor asertividad y calidad en el cuidado de las personas.

Por último, es necesario considerar de acuerdo a lo planteado por el modelo Dreyfus de adquisición progresiva de habilidades, que existen grandes diferencias entre el pensamiento de una alumna novata y una experta, lo que posibilita la definición de cada uno de los rasgos y características de los niveles de comportamiento entre los que encontramos: el Principiante, Principiante avanzado, Competente, Aventajado, Experto; pero que a la vez ofrece elementos para que en las escuelas de Enfermería, los profesores consideren la necesidad de instrumentar estrategias didácticas diferenciadas y progresivas, que permitan que las estudiantes de Enfermería puedan transitar y desarrollarse de la mejor manera posible de principiantes a expertas.

Las diferencias básicas encontradas entre novatos y expertos consisten en: a) las distintas bases de conocimiento específico que tienen ambos, más que procesos cognitivos básicos o de procesamiento de la información diferente, b) la diferencia de conocimiento es tanto cuantitativa como cualitativa, ya que los expertos no solo saben más, sino que organizan sus conocimientos de una forma distinta, c) la pericia es un efecto de la práctica acumulada y no de factores innatos o diferencias individuales, d) la pericia está circunscrita a áreas específicas de conocimiento de forma que se es experto o no con respecto a algo.

En el contexto de este estudio, el novato utiliza para la resolución de las situaciones de salud, los elementos teóricos adquiridos más que la percepción de la situación de salud. El experto produce un plan de atención dirigido a resolver situaciones de salud en las que se percibe la totalidad de la situación.

Se espera que esta revisión que se ha hecho de conceptos trascendentales para la formación de profesionales de Enfermería reflexivos, puedan contribuir para el análisis de dichos fenómenos en estudios posteriores, lo que contribuirá sin duda a

formar profesionales de Enfermería que implementen cuidados de calidad a las personas que requieran de sus servicios.

Las instituciones que forman recursos humanos de Enfermería no pueden soslayar el compromiso que tienen en la formación de profesionales reflexivos, ya que de ello dependerá la aportación que hagan a los sistemas de salud y por lo tanto al beneficio de la salud de los grupos de población, a los cuales nos debemos.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro-Lefevre, R. Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración 5ta ed. España-Barcelona: Másson, 2005.

Alfaro-Lefevre, R. Critical thinking and clinical judgment: A practical approach to outcome-Focused thinking. 4th ed. Missouri: Saunders Elsevier, 2009.

Alfaro-Lefevre, R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. España-Barcelona: Másson., 1997.

Barbero, I. et al. Adaptación española del cuestionario DMQ II de Leon Mann. Revista de psicología general y aplicada. España-Madrid: Pirámide, 1993; 46 (3): 333-338.

Barbero, I. et al. Estilos de decisión y edad. Comunicación presentada en el Symposium Nacional de Metodología de las Ciencias humanas. Sociales y de Salud. Salamanca. 7-10 Noviembre, 1989.

Benner, P. Práctica progresiva en enfermería. España-Barcelona: Grijalbo, 1987.

Campos, A. La problemática del aprendizaje cognoscitivo en el aula, en M. Rueda y M. Escobar, La investigación educativa sobre el salón de clase universitario, México: CISE, UNAM, 1989: 6-21.

Carrillo, G. et al. Restos en la utilización del proceso enfermero. Colombia, 2007: 137-143.

Du Gas, W. Tratado de enfermería práctica. 4ta ed. México: Mc Graw Hill Interamericana. 2000.

Gadino, A. La construcción del pensamiento reflexivo: Procedimientos para aprender a razonar en el nivel inicial y 1er ciclo de la E.G.B. Argentina: Homo Sapiens, 2001.

Gutiérrez de Reales, E. El abordaje del proceso de enfermería a través del cuidado: dimensiones del cuidado. La educación y el cuidado en enfermería. Universidad Nacional de Colombia: UNIBLOS, 1998.

Kérouac, S. et al. El pensamiento enfermero. España-Barcelona: Másson, 1996.

Ledesma, M. Fundamentos de enfermería. México: Limusa, 2004.

Maciá, A. et al. Estudio interno de una escala de toma de decisión: E.T. D. 93. Revista de psicología general y aplicada, España-Madrid: Pirámide, 1996; 49 (2): 267-278.

Rodríguez E.M, Marquez A.M. Capacitación integral. Manejo de problemas y toma de decisiones. México: Manual Moderno, 1985: 6-71.

Morán, L. La formación de profesionales reflexivos y la práctica de enfermería. Enfermería Universitaria. México, 2007; 4 (1): 39-43.

Paul, R. Critical thinking: How to prepare students for a rapidly changing World. Santa Rosa, CA: Foundation for Critical Thinking, 1993.

Pinto, N. El cuidado como objetivo del conocimiento de enfermería. Avances de enfermería, 2002; 20 (1): 43-51.

Pinto, N. La filosofía del cuidado para transformar la investigación y la práctica. Avances en enfermería, 2006; 24 (1): 81-89.

Potter, A.P, Perry, G.A. Fundamentos de enfermería. 5ta ed. España: Harcourt/Océano, 2003.

Prado, R. Evaluación del razonamiento clínico diagnóstico. Uso de atractores dinámicos como alternativa, México, 2002; 138 (1).

Rheault, J.P. Introducción a la teoría de las decisiones con aplicaciones a la administración. México: Limusa, 1980.

BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA

Arratia, A. Bioética y toma de decisiones en Enfermería, consultada el 2008- Julio, disponible en http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=28.

Anónimo. De la sociedad española de enfermería de urgencias: resolución de dilemas éticos en enfermería de urgencias por aplicación del método Doer, consultada el 2008-Agosto, disponible en <http://www.bioeticadebat.org/modules/news/article.php?storyid=29>, Consultada el 4 de agosto del 2008.

Borges, A. Análisis de contenido del constructo "Madurez", consultada el 2008-septiembre, disponible en http://www.lberPsicologia,2_2_2_Garcia_Hernandez.htm

Brousseau, K. Los estilos de toma de decisiones, consultada el 2008-agosto, disponible en <http://www.mujeresdeempresa.com/management/070403-estilos-de-tomás-de-decisiones.asp>

Dueñas, J. El Proceso de Atención de Enfermería, consultada el 2008-mayo, disponible en <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>.

Emily, M. Toma de decisiones, consultada e 2008- Agosto, disponible en <http://www.monografias.com/trabajos12/decis/decis.shtml>

Garcia, J. El proceso de toma de decisiones y de resolución de problemas, consultada el 2008-Abril, disponible en: <http://www.Psicoterapeutas.com>.

Marcuello, Á. La toma de decisiones: Un método para resolver problemás de forma autónoma y responsable, consultada el 2008-Marzo, disponible en: http://www.psicologia-online.com/autoayuda/asertividad/toma_de_decisiones.shtml

Peter Drucker. The quotations page. Consultada el 2008-Diciembre, Disponible en http://www.quotationspage.com/quotes/peter_drucker.

Wikipedia, Toma de decisiones. Consultada el 2008- septiembre, disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Toma_de_decisiones.