



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**LA AUTOCONFIANZA Y LA ANSIEDAD COMO FACTORES
INTERVINIENTES EN EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES
CLÍNICAS EN EGRESADOS DE ENFERMERÍA.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

ESPINOSA RIVERA BEATRIZ PAULINA

**Becaria del proyecto PAPIIT IN302614 Resolución de problemas
y toma de decisiones clínicas en egresados de enfermería. La
perspectiva de la práctica reflexiva.**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LAURA MORÁN PEÑA

MÉXICO D. F. ABRIL DE 2015





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.

Dedicatoria:

A mi madre Margarita Rivera Hernández por enseñarme que para conseguir lo que se quiere, se tiene que luchar arduamente sin importar lo difícil de la situación y que nunca hay que rendirse, a quien también estaré agradecida toda la vida por inculcarme valores y motivarme para ser una persona productiva para la sociedad. Este logro también es suyo.

A mi hermana Aida Francis Villanueva Rivera por sembrar desde mi infancia el deseo de superación personal y académica, ser mi compañera y ejemplo de vida, quien me enseñó lo que significa la lealtad, la confianza y la esperanza hacia las demás personas a través de su forma de ser hacia conmigo.

A mi hermano Alfredo Neveu Rivera que me enseñó que sin importar la circunstancia, no se deben aceptar conductas ni actos que lastimen o perjudiquen a alguien.

Agradecimientos:

A Dios por colocarme en el camino correcto y por hacerme entender que mi éxito profesional y personal se encuentra en Enfermería.

A la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) por la beca y el apoyo recibido a través del proyecto PAPIIT IN302614 Resolución de problemas y toma de decisiones clínicas en egresados de enfermería. La perspectiva de la práctica reflexiva, quienes me han ayudado a materializar el deseo de involucrarme en la investigación.

A mi modelo profesional, la doctora Laura Morán Peña por aceptarme dentro de su proyecto de investigación, por “gestarme” intelectualmente a través de la transmisión de sus vastos conocimientos y valores, siempre dentro de un marco de paciencia, generosidad y de apoyo incondicional, a quien admiro, respeto y aprecio profundamente por ser una gran profesionista con una enorme calidad humana.

A la maestra Patricia González Ramírez por quien de igual manera siento un gran cariño, admiración y agradecimiento por su disposición para orientarme y apoyarme siempre que lo he necesitado, por mostrarme con el ejemplo lo que es la ética profesional y sobre todo porque en gran medida es responsable de que persistiera en la carrera, hasta titularme orgullosamente como licenciada en enfermería y obstetricia.

A las integrantes del proyecto PAPIIT IN302614 Resolución de problemas y toma de decisiones clínicas en egresados de enfermería. La perspectiva de la práctica reflexiva, por su apoyo y observaciones realizadas para completar este estudio.

A mis compañeros de generación por su disposición a participar en la investigación, ya que sin ellos este trabajo no existiría.

A todas aquellas personas que me apoyaron y motivaron para concluir este trabajo de investigación tolerando mis lapsus de estrés.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	9
1.1.1 Preguntas de investigación	11
1.2 Objetivos	
1.2.1 Generales	11
1.2.2 Específicos	11
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	
2.1 Teorías y Modelos para la Toma de Decisiones Clínicas	12
2.1.1 Teoría y Modelo Hipotético-Deductivo para la TDC	12
2.1.2 Teoría del Procesamiento Dual	15
2.1.3 Modelo de O'Neill para la Toma de Decisiones Clínicas	16
2.1.4 Modelo de Razonamiento Clínico en Novatos	17
2.2 El proceso de Toma de Decisiones Clínicas (TDC) y su importancia en la educación superior de la Enfermería	
2.2.1 Su importancia	18
2.2.2 Algunos problemas relacionados con la formación para la TDC	21
2.2.2.1 Relativos al Profesorado	21
2.2.2.2 Problemas que los Estudiantes y Egresados enfrentan durante la TDC	24
2.2.2.2.1 El desarrollo de la expertez y la generación de habilidades para la TDC.	24
2.2.2.2.2 El proceso de Socialización profesional	26
2.3 Definición de la Toma de Decisiones Clínicas (TDC)	29
2.4 El proceso de Toma de Decisiones Clínicas en Enfermería.	30
2.5 Recursos que apoyan el proceso de Toma de Decisiones Clínicas	35

2.6 Factores que influncian la Toma de Decisiones Clínicas	39
2.6.1 La Autoconfianza en la Toma de Decisiones Clínicas	40
2.6.2 La Ansiedad en la Toma de Decisiones Clínicas	46
2.6.3 Otros Factores	49
III. METODOLOGÍA	
3.1 Diseño del estudio	52
3.2 Población y muestra	52
3.3 Criterios de inclusión	54
3.4 Operacionalización de variables	54
3.5 Procedimiento de recolección de datos	57
3.6 Instrumento	57
3.7 Métodos estadísticos	58
3.8 Aspectos éticos	58
IV. RESULTADOS	
4.1 Caracterización de la muestra	59
4.2 Resultados descriptivos	61
4.3 De las comparaciones	62
V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	67
VI. CONCLUSIONES	70
Implicaciones para la práctica y para la educación de la enfermería.	72
1. Implicaciones para los programas curriculares	72
2. Implicaciones para los docentes	73
Sugerencias para posteriores estudios.	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	
Anexo 1. Instrumento para la recolección de datos Nursing Anxiety and Self-Confidence with Clinical Decision Making scale (NASC-CDM). Escala de Enfermería de Ansiedad y Autoconfianza en la Toma de Decisiones Clínicas (EAA-TDC).	79
Anexo 2. Autorización para la utilización del instrumento	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de razonamiento clínico basado en la Teoría Hipotético-deductiva para la TDC.	13
Figura 2. Modelo de Toma de Decisiones Clínicas de Djulbegovic et. al. (2012).	16
Figura 3. Modelo de Toma de Decisiones Clínicas (O'Neill, Dluhy y Chin, 2005).	17
Figura 4. Modelo de razonamiento clínico en novatos (O'Neill et. al., 2005).	18
Figura 5. Proceso de desarrollo de los estudiantes de enfermería.	25
Figura 6. Elementos para la elaboración de juicios clínicos.	31
Figura 7. Pasos del proceso de toma de decisiones clínicas de White (2011).	32
Figura 8. Fuentes del ambiente del salón de clases que influyen la autoconfianza.	44
Figura 9. Proceso de autorregulación mediado por la autoconfianza.	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de hospitales por nivel de atención.	53
Tabla 2. Características de la muestra.	60
Tabla 3. Niveles del uso de Recursos de Información y Escucha Completa en comparación con los niveles de Autoconfianza.	63
Tabla 4. Niveles de Información para Ver el Panorama General en comparación con los niveles de Autoconfianza.	64
Tabla 5. Niveles de Saber y Actuar en comparación con los niveles de Autoconfianza.	64
Tabla 6. Nivel del uso de Recursos de Información y Escucha Completa en comparación con los niveles de Ansiedad.	65
Tabla 7. Niveles de Información para Ver el Panorama General en comparación con los niveles de Ansiedad.	66
Tabla 8. Niveles de Saber y Actuar en comparación con los niveles de ansiedad.	66

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Niveles de autoconfianza en los egresados de la Licenciatura en Enfermería.	61
Gráfica 2. Niveles de ansiedad en los egresados de enfermería.	61
Gráfica 3. Medias de autoconfianza de los egresados de la Licenciatura en Enfermería de acuerdo a su situación laboral.	62

INTRODUCCIÓN

La Toma de Decisiones Clínicas (TDC) ocupa un lugar privilegiado dentro del ejercicio diario de la enfermería, es en este proceso donde la enfermera concentra su conocimiento y sus habilidades para proporcionar al paciente un cuidado profesional, también este proceso representa la autonomía de la enfermería al poder decidir sobre el espacio, tiempo, persona y forma en la que debe brindar el cuidado (Standing, 2010), al desarrollar un plan de intervenciones que puede valorar, ejecutar y evaluar (NOM 019-SSA3-2013) y contribuye al desarrollo de la identidad profesional (Iacobucci *et. al.*, 2012).

Para desarrollar la TDC es necesario que las enfermeras cursen el nivel superior porque en este grado académico se proporcionan herramientas y contribuye a la generación de valores profesionales para que en su egreso cuenten con las habilidades necesarias para la TDC (AACN, 2008).

Por lo tanto el proceso de TDC distingue la formación profesional de la técnica (White, 2011), puesto que es el medio por el cual se recolecta información, se evalúa, descarta o selecciona las opciones de decisión en base a evidencias científicas y con ello, se eligen las posibles intervenciones para posteriormente ejecutarlas con la finalidad de brindar un cuidado de calidad y dar resolución a los problemas.

El presente proyecto está organizado en capítulos y el primero corresponde al esquema de la investigación que incluye el planteamiento del problema, en este sentido varios autores como González *et. al.* (2011), White (2011) y Wang *et. al.* (2012) observaron que es poco frecuente encontrar en los egresados las competencias profesionales plenamente desarrolladas para llevar a cabo el proceso de TDC que culmine en un cuidado de calidad.

Lo anterior lleva a las siguientes preguntas de investigación: 1) ¿Cuál es nivel de autoconfianza y ansiedad en el proceso de toma de decisiones clínicas de los egresados de enfermería de una universidad pública de México, que realizan su servicio social?, 2) ¿Existen diferencias entre los egresados de enfermería que se encuentran realizando su servicio social en hospitales de segundo nivel y los de tercer nivel? Y 3) ¿Existen diferencias entre los egresados de enfermería que laboran y los que no lo hacen?

Los objetivos generales del estudio fueron: a) Identificar los niveles de ansiedad y de autoconfianza en los pasantes de la licenciatura en enfermería durante el proceso de la Toma de Decisiones Clínicas y b) Detectar si existen diferencias entre los egresados por el nivel de atención en el que realizan su servicio social y por su situación laboral.

En el segundo capítulo se encuentra la revisión de la literatura que describe la importancia que la TDC tiene en la educación superior de enfermería, algunos problemas que surgen tanto en el profesorado como en los estudiantes y egresados durante la enseñanza y el aprendizaje del proceso, se exponen los principales recursos utilizados por las enfermeras para apoyarse en el proceso, así como algunos factores intrínsecos o barreras emocionales, dentro de las cuales se analizan principalmente dos: la autoconfianza y la ansiedad, además de factores extrínsecos como la cultura social, organizacional y el dominio tradicionalista por parte de Medicina que en su conjunto influyen la TDC.

También se revisan teorías y modelos educativos para la TDC como guía profesional para iniciar, desarrollar y completar este proceso al emplear el pensamiento crítico, generar habilidad en el uso de recursos y que al mismo tiempo apoyen la resolución de problemas que deriven en resultados positivos en el cuidado que se le da al paciente (Darbyshire y Fleming, 2008; Cameron, Shaffer y Park, 2001).

En el presente trabajo se exponen la Teoría y el modelo Hipotético-Deductivo que consiste en la adquisición e interpretación de señales, es decir procesar la información recolectada para elaborar hipótesis que guíen una decisión lógica y elaborar posibles intervenciones a implementar que posteriormente se evaluarán de acuerdo a los resultados obtenidos en los pacientes (Jefford, Fahy, & Sundin, 2011).

La siguiente teoría expuesta es la del Procesamiento Dual que postula que la TDC depende de dos sistemas: el Sistema 1 que se basa en la intuición, en la experiencia y en lo afectivo y el Sistema 2 que es basado en el análisis, la derivación y el procesamiento (Djulbegovic *et. al.*, 2012 y Jefford, Fahy y Sundin, 2011).

Como la TDC es una competencia que se desarrolla en la educación superior, el proceso de socialización se hace presente al propiciar la adquisición de valores profesionales, desarrollar el conocimiento, la calidad del cuidado e iniciar la socialización para comunicarse efectivamente con el paciente, con colegas y con pares profesionales (Tadeu *et. al.*, 2006).

Los siguientes modelos que se incluyen fueron desarrollados por O'Neill *et al.* (2005): el primero es el Modelo de Toma de Decisiones Clínicas (MTDC) que se basa en los preceptos de la teoría del procesamiento de la información que incluye: el pre-encuentro de la información, la valoración del riesgo-beneficio, la generación de hipótesis, la selección de hipótesis y la acción de enfermería.

El segundo es el Modelo de Razonamiento Clínico en Novatos (MRCN) que ilustra variables que influyen el desarrollo del lenguaje de trabajo en clínicos novatos. Las variables del MRCN son: la percepción limitada de situaciones clínicas, barreras cognitivas y emocionales, el uso de recursos dentro del escenario clínico y la importancia de experiencias clínicas positivas.

Para enseñar la TDC los docentes de enfermería deben tener una amplia comprensión sobre el tema para desarrollar la materia apropiadamente (Baxter y Boblin, 2008), evitando así que se asuma como un aprendizaje que se obtenga dentro del currículo profesional o durante el aprendizaje del Proceso de Atención de Enfermería y como una habilidad que sea adquirida con el tiempo sin que exista como una materia formal.

También dentro de la enseñanza Beechler *et. al.* (2013) sugieren que el profesor tiene que estar dispuesto a enseñar dentro de un enfoque holístico que contemple la mente, el cuerpo y las emociones de los estudiantes para que cuando sean egresados demuestren autoconfianza y que además puedan controlar y disminuir la ansiedad ya que son consideradas como barreras emocionales que intervienen en la TDC (White, 2011).

Para que los egresados obtengan expertez en la TDC es importante identificar el desarrollo que siguen durante su educación siguiendo las etapas por las que atraviesan según Benner (1984) citada por Roche (2002): novata, principiante avanzada, competente, con dominio y experta, por su parte White (2011) postula cuatro pasos a desarrollar en la TDC: Investigación de la información y

de las señales, Interpretación de resultados y significados, Integración de resultados y visualización de opciones y finalmente la Intervención y reflexión en el proceso de decisión.

Los principales recursos utilizados por las enfermeras para apoyar la TDC son las evidencias científicas en un principio, porque en el campo laboral su acceso se torna difícil y su consulta consume más tiempo del disponible, los recursos humanos incluyendo la información del paciente son de los principales recursos que apoyan la TDC, otros recursos utilizados son la comunicación, la ética y teorías y reglas (Marshall, West y Aitken, 2011).

Dentro de los factores que influyen la TDC se encuentran factores intrínsecos como las barreras emocionales: la autoconfianza y la ansiedad y factores extrínsecos como la cultura social y organizacional, la falta de autonomía, la escasez de recursos y el poderío tradicionalista que Medicina aún mantiene sobre la Enfermería, que deprecian el desarrollo de la TDC por parte de las enfermeras (Chesser y Long, 2012, Wang *et. al.*, 2011, Marshall, West y Aitken, 2011, Baxter y Boblin, 2008 y Iacobucci *et. al.*, 2012).

La autoconfianza es el conjunto de creencias y sentimientos de confianza en sí mismo sobre las capacidades y habilidades poseídas, cuando se encuentra en un nivel alto motiva y alcanza objetivos e inicia y desarrolla la TDC como lo observaron White (2011), Chesser y Long (2012) y Kukulú *et. al.* (2013), mientras que la ansiedad es un estado emocional transitorio caracterizado por incertidumbre y angustia frente a situaciones futuras inciertas, generando aprensión, miedo intenso o pavor por la posibilidad de falla y que en un nivel alto puede repercutir negativamente en el proceso de TDC (White, 2011, Chernomas & Shapiro, 2013).

En el tercer capítulo se describe la metodología empleada para este estudio: el diseño del estudio fue transversal, descriptivo, correlacional y comparativo, se realizó en egresados de la carrera de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia con una población total de 437 y se tomó una muestra de 162 egresados a conveniencia, que al momento de encuestarlos se encontraban realizando su servicio social en hospitales de segundo o de tercer nivel de atención.

Para el presente estudio se aplicó el instrumento cuantitativo titulado NURSING ANXIETY AND SELF-CONFIDENCE WITH CLINICAL DECISION MAKING SCALE (NASC-CDM) (White, 2011), traducido al español y posteriormente se realizó un *back translation*, está compuesto por 54 ítems con seis opciones de respuesta en escala Likert y cuyo objetivo es medir en los participantes los niveles de autoconfianza y de ansiedad durante el proceso de Toma de Decisiones Clínicas en tres dimensiones que lo componen: 1) Uso de Recursos de Información y Escucha Completa, 2) Información para Ver el Panorama General y 3) Saber y Actuar.

El instrumento para este estudio obtuvo una Alfa total de $\alpha=.93$ y para el procesamiento de la información se utilizó la prueba T de Student para la comparación entre los grupos poblacionales empleando el programa estadístico SPSS v.21.

Este estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, especialmente al art. 17 en su punto I que clasifica este estudio como una Investigación sin riesgo.

En el capítulo de resultados se detallan las características, porcentajes y frecuencias de la muestra encuestada, se encuentran las gráficas de los niveles de autoconfianza y de ansiedad encontrados, las tablas que muestran la comparación entre las barreras emocionales y entre: el nivel de atención, la situación laboral y en comparación los niveles que obtuvieron los egresados de enfermería en los tres dominios previamente mencionados.

Los resultados fueron que el 71% de los egresados tuvo una autoconfianza alta y el 29% una autoconfianza media, ningún egresado obtuvo un nivel bajo de autoconfianza y en el caso del nivel de ansiedad 66% fue baja, 23% media y 11% alta. Contrario a lo esperado, 58% de los egresados en segundo nivel de atención reportaron ansiedad baja, 30% media y 12% alta, mientras que los de tercer nivel de atención 68% ansiedad baja, 21% media y 11% alta.

La media de autoconfianza de los egresados del tercer nivel fue mayor (101/135) en comparación con los de segundo (96/135). No hubo diferencias en los niveles de autoconfianza y ansiedad según los niveles de atención en los que realizaban su servicio social ($p>0.05$); pero sí existió una diferencia en la

autoconfianza de los egresados que trabajan y de la de los que no lo hacen ($p=.017$).

Al comparar los niveles de autoconfianza de los egresados con los niveles de cada uno de los tres dominios del instrumento, los resultados fueron en el nivel alto de autoconfianza 68% tuvo un nivel alto en el dominio de uso de recursos de información y escucha completa, 61% tuvo un nivel alto en información para ver el panorama general y 55% tuvo un nivel alto en saber y actuar.

De los egresados que tuvieron un nivel de autoconfianza medio 22% obtuvo un nivel medio en uso de recursos de información y escucha completa, 28% tuvo un nivel medio en información para ver el panorama general y 28% tuvo un nivel medio en saber y actuar.

Respecto a los niveles de ansiedad de los egresados comparados con los niveles de con los niveles de cada uno de los tres dominios del instrumento, los resultados fueron en el nivel alto de ansiedad 10% tuvo un nivel alto en cada uno de los tres dominios del instrumento.

En el nivel medio de ansiedad comparado con el nivel medio de los dominios, los resultados fueron: 19% en el uso de recursos de información y escucha completa, 20% en información para ver el panorama general y 19% en saber y actuar.

Finalmente en el nivel bajo de ansiedad contrastado con el nivel bajo de los dominios, se obtuvo que el 64% de los egresados se situó en el nivel bajo del uso de recursos de información y escucha completa, 58% en información para ver el panorama general y 54% en saber y actuar.

En la Discusión de resultados se plantean las concordancias y desacuerdos con los estudios que fueron citados en esta investigación así como las conclusiones que se observan en base a los resultados encontrados y en el último capítulo se dan a conocer las implicaciones que este estudio tiene para la práctica y para la educación en Enfermería.

Se destaca que los egresados son practicantes novatos y viven un proceso de transición profesional, por lo que se esperaría que tuvieran niveles de autoconfianza bajos y un alto nivel de ansiedad, sobre todo los del tercer nivel

de atención. Sin embargo en este estudio como en el de White (2011), no fue así.

El nivel alto de ansiedad en egresados responde a lo señalado por Bandura (1997) respecto a que mientras exista un alto nivel de autoconfianza, la ansiedad puede ser regulada y disminuida.

Aunque no existieron diferencias significativas entre la ansiedad y la situación laboral de los egresados, el hecho de que los egresados que laboraban tuvieran una media mayor que los que no lo hacían, puede estar asociado con las expectativas que se tienen respecto a que al tener experiencia laboral se reduce la posibilidad de cometer errores aunque los egresados sigan siendo practicantes novatos en proceso de desarrollo.

El uso de recursos de información y de escucha completa están directamente relacionados con la autoconfianza y con el proceso de socialización porque a mayor nivel de autoconfianza, mayor será el uso de recursos de información y de la escucha completa que concuerda con el estudio de White (2011) y de Tadeu *et. al.* (2006).

En este estudio como en el White (2011), los egresados con un nivel alto de autoconfianza utilizan la información para percibir todos los elementos del panorama general para elaborar diferentes opciones de decisión y ejecutar las intervenciones necesarias, es decir, las enfermeras que se auto perciben como profesionales, tienen la capacidad de integrar todos los elementos presentes en el panorama general.

El conocimiento poseído fortalece la autoconfianza en los egresados y al sentirse competentes pueden actuar en el proceso de TDC como lo observó Martins *et al.* (2014), el nivel alto de autoconfianza disminuye la posibilidad de cometer errores y de brindar una atención inoportuna e inadecuada.

Por lo tanto se concluye que los niveles de autoconfianza y ansiedad pueden ser barreras emocionales que afecten la TDC de enfermería, el hecho de que incrementen o disminuyan durante la transición que viven los egresados hacia un ejercicio profesional, puede o no derivar en prácticas del cuidado seguras, responsables y de calidad (Benner, 2010).

En la búsqueda por formar profesionales de Enfermería cada vez más competentes para enfrentar problemas y escenarios complejos de la práctica, es importante estudiar factores como la ansiedad y la autoconfianza que intervienen en la TDC, a través de estrategias cognitivas, procedurales y actitudinales deliberadas, con las que el egresado desarrolle destrezas para afrontarlas y/o controlarlas de mejor manera.

Se concluye que la educación a nivel licenciatura, proporciona herramientas necesarias para el desarrollo y el fortalecimiento de la autoconfianza para llevar a cabo el proceso de TDC, además de que la práctica clínica contribuye a que la autoconfianza se desarrolle y se mantenga en un nivel alto, este nivel asegura que la ansiedad disminuya evitando repercusiones en el proceso de TDC.

En las implicaciones para la práctica se reconoce que la autoconfianza y la ansiedad de los egresados de Enfermería pueden ser obstáculos para la formación de los egresados (White, 2011), y para que lleven a cabo un proceso de TDC de calidad es indispensable formar a los estudiantes para este proceso como materia curricular, o con estrategias de aprendizaje deliberadas y progresivas porque ello garantizaría que los profesionales de Enfermería adquieran las herramientas necesarias para desenvolver este proceso libres de ansiedad y con un alto nivel de autoconfianza.

Los niveles de autoconfianza y ansiedad pueden ser barreras emocionales que afecten la TDC de enfermería, e incrementarse o disminuir en la transición que viven los egresados hacia un ejercicio profesional con mayor responsabilidad (Benner, 2010). Ello puede o no derivar en prácticas del cuidado seguras y de calidad.

Se ha establecido que la educación en enfermería debe ser dentro de un enfoque holístico (Tadeu et. al., 2011) por lo cual, si los docentes en enfermería dirigen su atención no sólo en la transmisión de conocimientos sino también en la mente, cuerpo y emociones de los estudiantes, podrían reforzar la autoconfianza y en el caso de detectar que aparece la ansiedad lograr disminuirla, también conllevaría desarrollar actitudes críticas y reflexivas para

poder discriminar información durante la TDC siempre bajo un enfoque holístico que se demuestre a su egreso.

I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El proceso de toma de decisiones clínicas (TDC) es una parte fundamental y pilar de la práctica profesional de la enfermería, porque este proceso marca la pauta para que el cuidado de la salud que otorgan las enfermeras profesionales sea de calidad (White, 2011).

La American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2008) ha señalado que para llevar a cabo este proceso se debe tener la formación universitaria puesto que en este nivel se brinda el conocimiento que posibilita justificar y sustentar las decisiones que se toman cotidianamente.

Sin embargo, González *et. al.* (2011), White (2011) y Wang *et. al.* (2012) observan que no es muy frecuente encontrar en los egresados las competencias profesionales plenamente desarrolladas, que permitan brindar con alta calidad los cuidados que se esperan de ellos, ni para poder tomar decisiones asertivas que coadyuven a proporcionar un cuidado sustentado en razonamiento clínico.

Así mismo, White (2011) señaló que la TDC es una habilidad que marca la diferencia entre el personal profesional y el personal técnico de enfermería debido a la formación académica, debido a que en el nivel superior se proporcionan herramientas para la construcción del pensamiento clínico, mismo que será definitivo para llevar a cabo el proceso de TDC y también marca una diferencia entre los novatos de los expertos que ya han desarrollado y ejercitan de manera cotidiana dicho pensamiento.

Aunque existe la idea de que las enfermeras no necesitan prepararse para tomar decisiones, la práctica clínica en los diversos escenarios demanda que los egresados de enfermería constantemente las tomen, como ha sido señalado por White (2011); sin embargo, en nuestro país, la TDC ha sido analizada mínimamente durante los procesos de enseñanza-aprendizaje y es

por esta razón que tampoco se ha podido determinar el proceso que los egresados siguen a la hora de tomar decisiones clínicas.

Debido a que los resultados positivos del paciente dependen de la habilidad de las enfermeras para ejecutar la TDC, es imperativo que los estudiantes de enfermería comiencen a desarrollar y sentirse seguros con los pasos del proceso durante las experiencias educativas supervisadas y seguras, y también que los egresados reconozcan con precisión el problema del paciente, valoren las señales dentro de una situación, consideren las opciones de decisión plausibles y actúen en beneficio del paciente (O'Neill, Dluhy y Chin, 2005 citados por White, 2011).

Baxter y Boblin (2008) señalaron que la TDC es una habilidad que debe ser enseñada deliberadamente por los docentes de enfermería y evitar que sea asumida como un aprendizaje que se obtiene a través del tiempo.

Lo anterior concuerda con Montero (2009) citado por Jarauta y Medina (2012) y Beechler *et. al.* (2013) quienes consideran que la formación de los docentes es deficiente, puesto que al no existir una preparación formal para profesores universitarios y considerando que para impartir clases en la universidad únicamente es necesario el conocimiento en la materia, propicia que también se ignore el enfoque holístico de la educación al no tomar en cuenta las emociones.

Si los docentes de enfermería son más precavidos en la formación para el proceso de TDC en los estudiantes y detectan estados afectivos que influyen en este proceso, podrán formar estudiantes que posean atributos más adecuados para la TDC (Itano, 1989, Tschikota, 1993 citados por White, 2011).

White (2011) postula que existen dos influencias afectivas, que denomina barreras emocionales que ejercen una fuerte influencia en la TDC e impactan el aprendizaje: la autoconfianza y la ansiedad. La falta de autoconfianza y un alto nivel de ansiedad pueden afectar la competencia para este proceso.

Por todo lo anterior, sería muy importante conocer los niveles de autoconfianza y de ansiedad de los egresados de la carrera de enfermería durante el proceso de la toma de decisiones lo cual sin duda, puede afectar directamente la

calidad de atención a los pacientes, ya que las experiencias de alto riesgo clínico hacen que los estudiantes de enfermería sean alertados en la necesidad de pensar activamente acerca del uso de su conocimiento en una situación concreta lo que ayuda a generar autoconfianza y disminuye la ansiedad durante el proceso de TDC (Benner *et. al.*, 2010).

Por lo anterior, se plantean las siguientes preguntas:

1.1.1 Preguntas de investigación:

- ☞ ¿Cuál es nivel de autoconfianza y ansiedad que tienen, en el proceso de toma de decisiones clínicas, los egresados de enfermería de una universidad pública de México, que realizan su servicio social?
- ☞ ¿Existen diferencias de dichos niveles entre los egresados de enfermería que se encuentran realizando su servicio social en hospitales de segundo nivel y los de tercer nivel?
- ☞ ¿Existen diferencias entre los egresados de enfermería que laboran y los que no lo hacen?

1.2 Objetivos

1.2.1 Generales

- ☞ Identificar los niveles de ansiedad y de autoconfianza en los pasantes de la licenciatura en enfermería durante el proceso de la Toma de Decisiones Clínicas.
- ☞ Detectar si existen diferencias entre los egresados por el nivel de atención en el que realizan su servicio social y por su situación laboral.

1.2.2 Específicos

- ☞ Medir el nivel de ansiedad y de autoconfianza de los egresados de enfermería durante el proceso de toma de decisiones clínicas.
- ☞ Determinar si existen diferencias entre los pasantes que se encuentran realizando el servicio social en hospitales de segundo y tercer nivel de atención.
- ☞ Determinar si existen diferencias entre los pasantes que laboran y los que no.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Teorías y Modelos para la Toma de Decisiones Clínicas (TDC)

A nivel internacional existe una influencia creciente en la educación en enfermería para enseñar y utilizar teorías y modelos educativos para la TDC en donde el principal objetivo es promover una guía profesional que ayude a iniciar, desarrollar y completar este proceso, empleando el pensamiento crítico para obtener resultados exitosos en el cuidado que se otorga a los pacientes (Darbyshire y Fleming, 2008). Esta situación motiva la necesidad de impartir tales conocimientos dentro de las universidades para garantizar que los egresados en verdad sean profesionistas competentes para la TDC.

Al practicar los modelos y las teorías de la TDC durante la educación superior, los estudiantes tienen la oportunidad de aprender a tomar decisiones a través de una metodología que muestre claramente el desarrollo del proceso reduciendo así, el riesgo de no contemplar todos los elementos necesarios para la decisión o simplemente disminuir la posibilidad de confusión.

Por su parte Cameron, Shaffer y Park (2001) en su estudio encontraron que los modelos de Toma de Decisiones además de ser de gran utilidad para desarrollar el proceso de TDC, también apoyan la resolución de problemas efectivamente, puesto que dentro del uso de los modelos se prevé que los estudiantes cuenten con un marco teórico bien informado para que puedan desarrollar soluciones mejores para incentivar su autoconfianza y reducir la ansiedad durante el proceso.

2.1.1 Teoría y Modelo Hipotético-Deductivo para la TDC.

La teoría Hipotético Deductiva se define como el método de investigación estándar que utiliza la ciencia empírica para obtener una vista sistematizada de un fenómeno, ayuda a la formulación y la comprobación de hipótesis, deduciendo predicciones por medio de experimentos controlados, utiliza la interrelación entre conceptos, usa definiciones y proposiciones para conseguir la descripción, explicación y predicción sobre ese fenómeno particular en el mundo y en caso de que las hipótesis resulten falsas, se deben rechazar y

replantear nuevamente Fahy, Sundin y Parratt, 2009; Peterson, 2004 (citados por Jefford, Fahy y Sundin, 2011).

En el área de la salud Jefford, Fahy y Sundin (2011) observaron que la teoría Hipotético Deductiva es un enfoque dominante hacia la toma de decisiones clínicas dentro de las ciencias de la salud. Al aplicar el razonamiento hipotético-deductivo en la práctica del cuidado a la salud, se adapta como método para decidir la mejor alternativa de las que estén disponibles basándose en la racionalidad y en la precisión empírica.

También se coincide con los mismos autores en cuanto a que el razonamiento médico clínico es un ejemplo del razonamiento hipotético-deductivo porque se generan hipótesis y se interpretan señales siguiendo pasos de la teoría Hipotético-Deductiva, por lo cual esta teoría adquiere relevancia durante el desarrollo de los estudiantes, ya que como se mencionará más adelante las teorías ocupan un lugar central para los enfermeros novatos.

En el proceso de TDC Jefford, Fahy y Sundin (2011) propusieron el modelo de razonamiento clínico basado en la teoría hipotética deductiva a través de nueve pasos, el modelo inicia al identificar quién tomará acciones adicionales y concluye con la evaluación del proceso de toma de decisiones y tiene como objetivo asegurar que los pacientes reciban el tratamiento más apropiado de acuerdo con su condición, en un breve periodo de tiempo y con la mínima cantidad de efectos no deseados (Fig. 1):

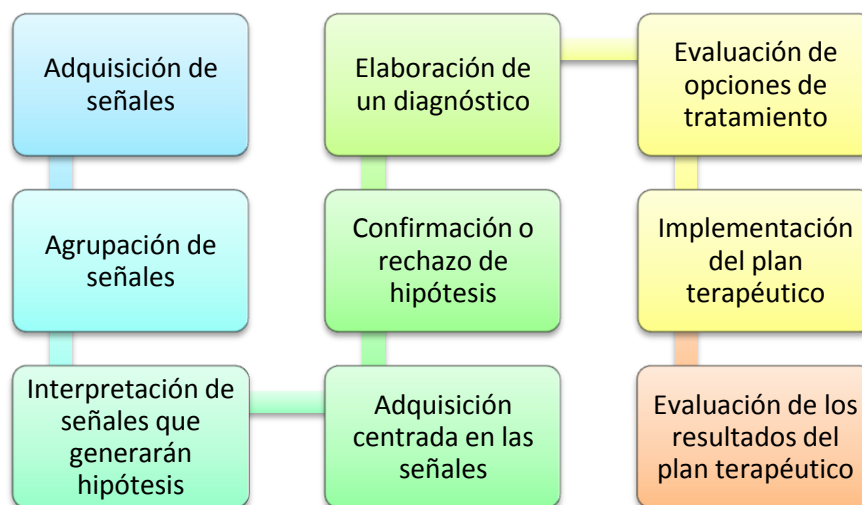


Figura 1. Modelo de razonamiento clínico basado en la Teoría Hipotético-deductiva para la TDC.

La información se obtiene por medio de la adquisición y la agrupación de señales (verbales y no verbales), la interacción de estos pasos genera un estímulo en la memoria a corto plazo que desbloquea información objetiva y almacenada en la memoria a largo plazo. El proceso de desbloqueo implica al proceso hipotético-deductivo, donde las enfermeras reúnen información para generar una hipótesis inicial (la hipótesis es una explicación propuesta de algo observado) (Jefford, Fahy y Sundin, 2011).

Dunkley-Bent y Jones (2010) observaron que las hipótesis tempranas suelen ser tres o cuatro y se relacionan con la información recibida y con las señales retenidas en la memoria a corto plazo. Las enfermeras sufren un proceso de interpretación y de análisis crítico de la información junto con la evidencia reunida, posteriormente se clasifica para confirmar o refutar la hipótesis. La decisión tomada será hecha en base a la hipótesis que ha demostrado poseer mayor evidencia.

La evidencia adicional puede involucrar hechos colectivos y conocimiento, incluyendo el cuestionamiento centrado, la historia y/o la examinación. Como la evidencia adicional es obtenida en la hipótesis inicial, va a ser confirmada o rechazada. Si se aplica como última opción entonces una nueva hipótesis será generada. Las enfermeras podrán eventualmente llegar a una hipótesis final con evidencia de peso para fundamentar un diagnóstico y subsecuentemente accionar (Dunkley-Bent y Jones, 2010).

La TDC en el modelo Hipotético-Deductivo se basa en el procesamiento de la información recolectada y escogida por su enfoque práctico iterativo para guiar al usuario a tomar una decisión lógica, para tomar una decisión acertada que derive en acciones apropiadas, la habilidad individual para asimilar, interpretar y analizar la información y lo aprendido en experiencias pasadas o del aprendizaje provisto por otros serán el punto de partida para que la TDC sea exitosa (Raynor y Marshall, 2005 citados por Dunkley-Bent y Jones, 2010 y Jefford, Fahy y Sundin, 2011).

Por lo tanto, las experiencias clínicas prácticas contribuyen a que las enfermeras empleen la intuición como método de deducción, ya que entre más práctica obtengan mayor será la probabilidad de que al utilizar la teoría y el

modelo Hipotético-Deductivo los resultados sean los deseados utilizando como base las experiencias exitosas vividas.

2.1.2 Teoría del Procesamiento Dual

La siguiente teoría que puede apoyar la TDC es la del Procesamiento Dual de la cognición humana donde se postula que el razonamiento y la toma de decisiones pueden ser descritas como la función de dos sistemas: el primero (Sistema 1) es un sistema intuitivo, experiencial y afectivo y el segundo (Sistema 2) es analítico, deliberativo y de procesamiento, es decir, el Sistema 1 es la intuición y el Sistema 2 es el análisis (Djulgovic *et. al.*, 2012 y Jefford, Fahy y Sundin, 2011).

La teoría del Procesamiento Dual se acepta como la explicación dominante del proceso cognitivo que caracteriza la toma de decisiones humanas como lo enunciaron Kahneman (2003) y Croskerry (2010) citados por Djulgovic *et. al.* (2012), este proceso cognitivo es dirigido ya sea por el denominado Sistema 1 que se caracteriza por ser intuitivo, automático, rápido, narrativo, experiencial y basado en el afecto o por el Sistema 2 que se caracteriza por ser analítico, lento, verbal, deliberativo y lógico (Kahneman, 2003; Slovic, *et. al.*, 2004 citados por Djulgovic *et. al.*, 2012).

La teoría argumenta que los procesos de razonamiento clínico inician cuando la persona adquiere e interpreta señales, si éstas coinciden con los patrones de conocimiento sobre enfermedades clínicas que han sido almacenados, la persona empleará el sistema 1 (intuición) como lo señalaron Jefford, Fahy y Sundin (2011), pero si la adquisición y la interpretación de señales no coinciden con los patrones de la memoria almacenada, entonces la persona tendrá que usar el Sistema 2 (análisis) para la TDC (Fig. 2).

Los autores también observaron que una vez que el Sistema 2 se ha escogido, la persona puede optar por usar varios razonamientos que se le apeguen como por ejemplo el hipotético-deductivo, bayesiano o algorítmico. En suma, el Sistema 1 de toma de decisiones es rápido y espontáneo, pero el Sistema 2 de toma de decisiones es lento y disciplinado.

El sistema 1 al incluir todo lo referente a lo intuitivo, afectuoso y emocional, incluye por lo tanto el arrepentimiento de la opción de decisión escogida, este hecho tiene una marcada relevancia positiva en la TDC porque Djulbegovic *et. al.* (2012) concordaron en que si en una teoría no se contemplan los sentimientos como el sufrimiento y el arrepentimiento, se considera entonces irreal y puede dejar pasar por alto prescripciones que obstaculicen los resultados.

Mukherjee (2010) citado por Djulbegovic *et. al.* (2012) demostró que las personas que toman decisiones dentro de un contexto rico en afecto, son generalmente sensitivos ante la presencia o ausencia de un estímulo y se ven envueltos por el Sistema 1, en un contexto pobre de afecto las personas utilizarán el Sistema 2 para valorar la magnitud del estímulo (y por ende, las probabilidades para la TDC).

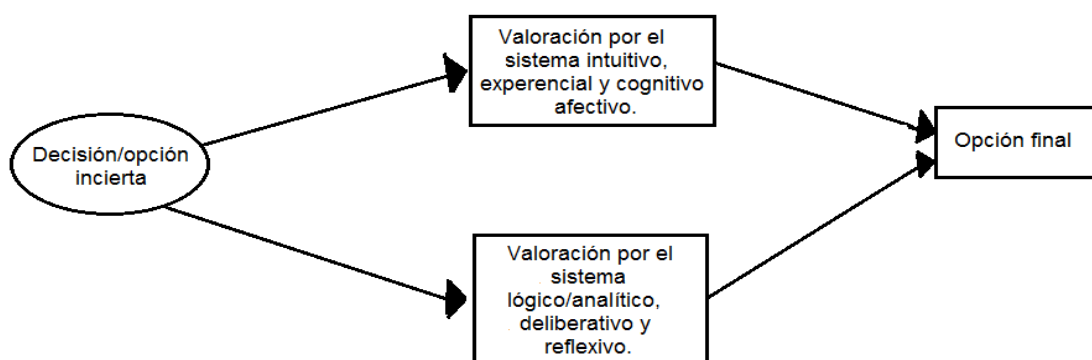


Figura 2. Modelo de Toma de Decisiones Clínicas de Djulbegovic *et. al.* (2012).

Para aplicar esta teoría se deben contemplar las emociones experimentadas durante el proceso de TDC para emplearlas como recurso que aliente el proceso y no como un posible obstáculo que inhiba la toma de decisiones.

2.1.3 Modelo de O’Neill para la Toma de Decisiones Clínicas (TDC)

El Modelo de Toma de Decisiones Clínicas (MTDC) de O’Neill *et al.* (2005) citados por White (2011) se basa en los preceptos de la teoría del procesamiento de la información que incluye: el pre-encuentro de la información, la valoración del riesgo-beneficio, la generación de hipótesis, la selección de hipótesis y la acción de enfermería (Fig. 3).

Lo primordial para el MTDC es el lenguaje de trabajo de la enfermera y éste comprende la información del cuerpo, la perspicacia obtenida por los libros de texto y las experiencias que proporciona el trabajo día a día. Los enfermeros novatos tienen un limitado lenguaje de trabajo.

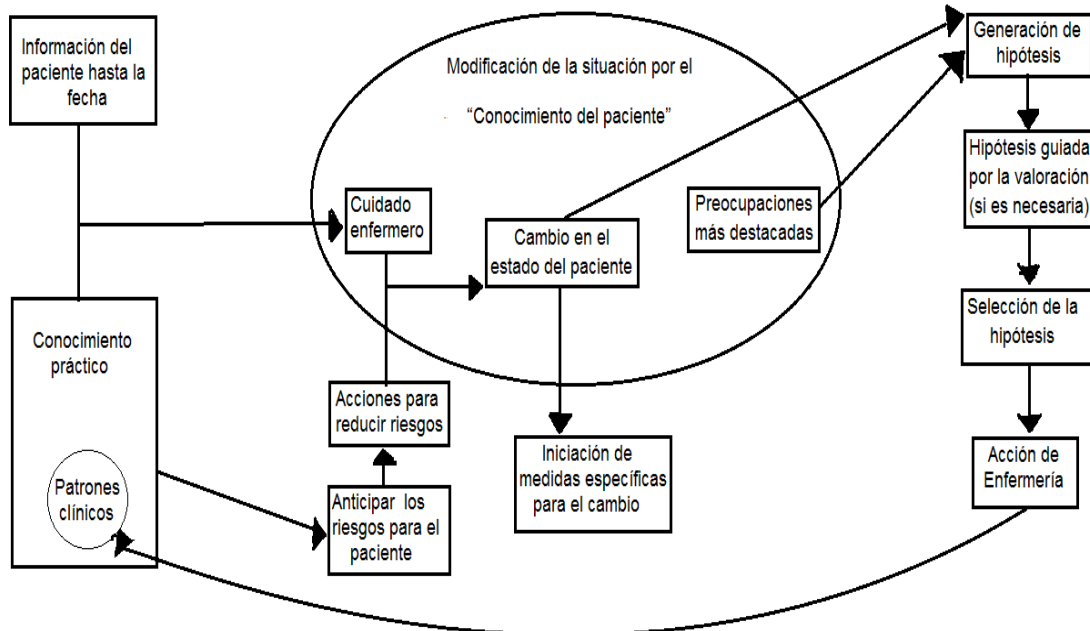


Figura 3. Modelo de Toma de Decisiones Clínicas (O'Neill, Dluhy, y Chin, 2005).

2.1.4 Modelo de Razonamiento Clínico en Novatos.

El Modelo de Razonamiento Clínico en Novatos (MRCN) ilustra variables que influyen el desarrollo del lenguaje de trabajo en clínicos novatos. Las variables del MRCN son: la percepción limitada de situaciones clínicas, barreras cognitivas y emocionales, el uso de recursos dentro del escenario clínico y la importancia de experiencias clínicas positivas como lo observaron O'Neill et al. (2005), también se detectó que las barreras emocionales que afectan la TDC en clínicos novatos son una alta ansiedad y la falta de autoconfianza.

El MRCN identifica influencias que los clínicos novatos experimentan durante la TDC, entre ellas se encuentran las barreras emocionales antes mencionadas y White (2011) demostró que entre más experiencias se obtengan con resultados exitosos, mayor será la confianza que se adquiera y una alta confianza motiva un mayor rendimiento propiciando la disminución de la ansiedad (Fig. 4).

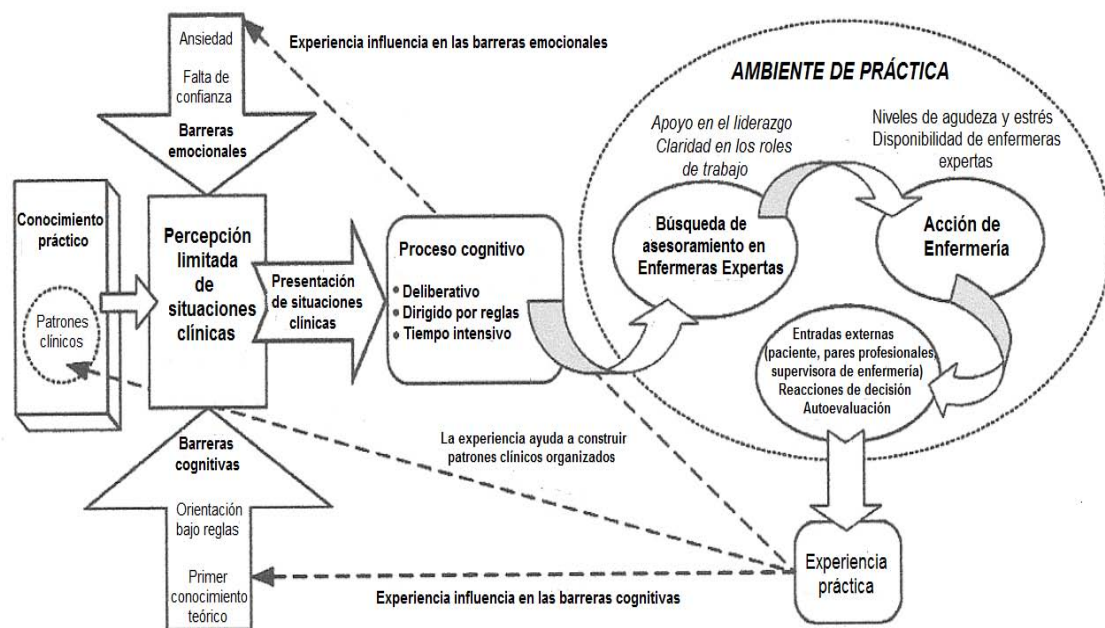


Figura 4. Modelo de Razonamiento Clínico en Novatos (O'Neill et. al., 2005).

La práctica clínica continua desarrolla y fortalece la autoconfianza, uno de los beneficios que se observa en los estudiantes es la capacidad de desenvolverse libremente a la hora de comunicarse y de buscar apoyo en los recursos humanos (enfermeras expertas, miembros del equipo de salud, paciente, etc.) para la TDC. La ansiedad no controlada o disminuida representa un obstáculo porque puede llegar a ocasionar la falta de concentración y la predisposición a resultados negativos.

2.2 El proceso de Toma de Decisiones Clínicas (TDC) y su importancia en la educación superior de la Enfermería.

2.2.1 Su importancia.

El proceso de toma de decisiones clínicas (TDC) contribuye a desarrollar la identidad profesional a través de la reconciliación con el personal y con la profesionalización propia al desarrollar la identidad profesional como lo señalaron Iacobucci et. al. (2012), esto se logra a través del desempeño de los roles esperados en determinados contextos y por la reflexión de la ética propia para obtener confianza en la resolución de problemas.

La TDC es una parte integral y fundamental de la enfermería y varios autores Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM (2003),

Wang *et. al.* (2011) y White (2011) indicaron que se desarrolla conforme a la trayectoria escolar, porque al considerar a la Enfermería como disciplina de enseñanza superior, se establecen estructuras de pensamiento y de acción que la obligan a cuestionar y a argumentar su objeto de estudio que es el cuidado y que en su conjunto son la base para impulsar el proceso de TDC.

Nagel (1981) y Wang *et. al.* (2011) manifestaron que “la práctica del método científico nos obliga a la persistente crítica de argumentaciones, basándonos en cánones probados que juzguen la fiabilidad de los procedimientos de obtención de los datos que sirven como elementos de juicio y evalúen la fuerza probatoria de esos elementos de juicio sobre los que se basan las conclusiones” y es a través de este juicio que las enfermeras pueden brindar un cuidado profesional porque requieren tomar decisiones clínicas efectivas a través del reconocimiento y manejo de las condiciones y necesidades de salud del paciente para lograr un cuidado adecuado.

La TDC es un proceso que para ser ejecutado necesita un marco teórico previo que se componga de un amplio conocimiento, habilidades en el pensamiento crítico y reflexivo y de la interrelación con materias complementarias, es por ello que la educación superior es necesaria para completar este proceso puesto que la universidad cumple con estas exigencias.

Organismos internacionales como la Joint Commission (2002) y la American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2008), indican que el nivel superior propicia la formación de las enfermeras a nivel de posgrado lo que contribuye a que dentro y fuera de la disciplina se generen investigaciones sobre los fenómenos que ocurren cotidianamente en la práctica del cuidado, permiten el análisis reflexivo, proporcionan la fundamentación científica y humanística de la profesión con la finalidad de dar respuesta a las constantes interrogantes que surgen al brindar cuidado lo que refuerza que la educación y la práctica de enfermería puedan crear mejores ambientes de práctica.

La preparación que las enfermeras adquieren durante la licenciatura se refleja tanto en el cuidado que imparten, como en su participación con otras disciplinas garantizando de esta forma el desarrollo de la profesión y de la

investigación lo que deriva en un mayor conocimiento y sustento para la toma de decisiones (Kimball y O'Neill, 2002 citados por White, 2011).

Si la licenciatura proporciona los conocimientos necesarios para afrontar problemas, prepara a las enfermeras para los numerosos dilemas que surgen en la práctica y las capacita profesionalmente para llevar a cabo el proceso de toma de decisiones tanto a nivel individual como colectivo basado en la ética profesional como lo enunció la AACN (2008), es importante destacar que esta preparación es la base que impulsará el crecimiento académico de las enfermeras para estudiar el posgrado y contribuir con el desarrollo de la disciplina y generar conocimiento a través del impulso a la investigación.

Incluso Tadeu *et. al.* (2006), encontraron que el tiempo que el estudiante transcurre en la facultad, marca una diferencia significativa de los valores asumidos, reforzando la hipótesis de que la permanencia en la facultad y la propia facultad tiene relación con los cambios de valores, influenciando en la orientación del estatus, los valores de la carrera y los valores profesionales (vocación), el desarrollo de conocimiento y la calidad del cuidado.

No obstante algunos autores como Tanner (2006), Thompson y Dowding (2002) citados por White (2011) y Wang *et. al.* (2011) sugieren la necesidad de realizar más estudios cuyo énfasis sea la TDC, desde la perspectiva del cómo una enfermera individualmente aplica el pensamiento diagnóstico y cómo incorpora conceptos y estrategias dentro de sus decisiones clínicas.

En México existe la Norma Oficial Mexicana (NOM) 019-SSA3-2013 para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud que clasifica e indica las funciones, aptitudes y capacidades del personal de enfermería conforme a su escolaridad y considera como personal profesional de enfermería a la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería y le ha sido expedida una cédula de ejercicio profesional.

Aparte esta norma postula que la prestación de los servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los ámbitos hospitalario o comunitario, corresponde al licenciado en enfermería, debido a que su formación de nivel

superior lo faculta para desarrollar un plan de intervenciones que puede valorar, ejecutar y evaluar.

Según la norma NOM 019-SSA3-2013, al cursar el nivel superior, el licenciado es capaz de interactuar de manera interdependiente y desarrollar acciones derivadas del plan terapéutico, es competente para otorgar cuidados de complejidad media de predominio independientes, está facultado para colaborar en la formación de recursos humanos para la salud y para la realización de investigaciones de predominio operativo. Su función sustantiva es asistencial y las complementarias son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

El hecho de que el personal universitario de enfermería se encuentre en contacto con los pacientes constantemente, propicia que sean los primeros en observar cualquier cambio o deterioro en la salud del paciente a diferencia de otros miembros del equipo multidisciplinario de salud, por ende las enfermeras se ven motivadas a ejercer el proceso de TDC (White, 2011), contemplando los elementos que rodean la decisión, los riesgos y beneficios que cualquier intervención representa en el cuidado al paciente.

La misma autora propuso que los resultados exitosos de la atención a los pacientes dependen en parte de este proceso, por esta razón los estudiantes de enfermería deben desarrollar y sentir confianza al seguir los pasos del proceso de TDC, para conseguirlo es necesario que los estudiantes adquieran experiencias educativas realizadas en un entorno seguro y supervisado, en donde se simulen situaciones reales todo con la finalidad de que una vez que los estudiantes de enfermería egresen, puedan reconocer con precisión el problema del paciente, valoren las señales dentro de una situación, consideren las opciones de decisión plausibles y actúen en beneficio del paciente.

2.2.2 Algunos problemas relacionados con la formación para la TDC.

2.2.2.1 Relativos al Profesorado.

La situación de la educación en enfermería es compleja debido a la forma en que se enseña; el primer obstáculo que se encuentra es en la formación de los docentes a nivel superior debido a que no existe una preparación formal para

profesores universitarios y se considera que para impartir clases en la universidad únicamente es necesario el conocimiento en la materia. (Montero, 2009 citado por Jarauta y Medina, 2012).

Una vez que se concluye la licenciatura se da por hecho que ya se es adepto para transmitir el conocimiento adquirido, sin embargo esta idea puede llegar a generar fallas al enfrentarse con los estudiantes y pretender que su aprendizaje sea efectivo ya que la inexperiencia del docente propicia la aparición de errores que los estudiantes pudieran llegar a replicar.

Así mismo, Montero (2009) y Eraut (2004) citados por Jarauta & Medina (2012) establecieron que el impartir clases en la universidad es una actividad que se realiza solitariamente (*lonely task*) y el resultado de la misma es propiedad privada del docente (*privately owned*) y la exposición constante a dilemas y acertijos en entornos de aprendizaje informal (en el lugar de trabajo), producirán un aprendizaje mediante la participación las actividades que se realiza en ese entorno “sin que exista un apoyo intencional, sistemático y organizado”.

En ese mismo sentido, la TDC es una habilidad que debe ser enseñada por los docentes de enfermería y para ello necesitan tener una amplia comprensión sobre el tema para desarrollar la materia apropiadamente tal como Baxter y Boblin (2008) plantearon, ya que desafortunadamente la TDC es asumida como un aprendizaje que se obtiene dentro del currículo profesional o durante el aprendizaje del Proceso de Atención de Enfermería y como una habilidad que será adquirida con el tiempo sin que exista como una materia formal.

Por ello, si los profesores de enfermería obtuvieran más conocimiento acerca de la TDC adquirirán las herramientas necesarias para enseñar este proceso además de que sea una materia incluida en el currículo profesional con la finalidad de que los estudiantes mejoren sus habilidades y capacidades cognitivas para otorgar un cuidado de calidad, porque de lo contrario si los docentes fallan al promover y apoyar la independencia en dicho proceso, se estaría estableciendo por ende el fallo de los estudiantes al entrar en el campo laboral (Baxter y Boblin, 2008).

Otro problema para la TDC radica en el modelo tradicional que presenta al profesor como un experto que imparte y transmite su conocimiento sobre las teorías más recientes como señalaron Beechler *et. al.* (2013), es decir el docente es la fuente directa de información sin que se tenga la oportunidad de refutar o cuestionar el conocimiento que se está adquiriendo, sin conocer diferentes postulados y más importante aún, el enfoque holístico es decir, conforme el profesor centra su atención en la transmisión de sus conocimientos es en la misma medida que va descentralizando su compromiso hacia la mente, el cuerpo, las emociones y el espíritu de los estudiantes.

Aunque las universidades enfatizan en que la educación en enfermería debe estar orientada hacia una atención basada en el holismo cuando los estudiantes aceptan al docente como el experto y “modelo a seguir”, existe el riesgo de que si el docente ignora sus emociones, repitan el mismo patrón pero con los pacientes.

Acorde a lo anterior, Martínez y Esteban (2005) citados por Jarauta y Medina (2012) expusieron que es por esta razón que los profesores deben de estar preparados para reforzar a los estudiantes en su dimensión personal, en la autonomía de su aprendizaje y en el desarrollo de actitudes críticas y reflexivas para poder decidir qué información y conocimientos existentes son los más asertivos a la hora de tomar decisiones clínicas bajo un enfoque holístico.

Dentro de ese enfoque se deben considerar como barreras emocionales la autoconfianza y la ansiedad porque la falta de autoconfianza y un alto nivel de ansiedad influyen negativamente en la enseñanza y en el aprendizaje del proceso de TDC como ha sido señalado por Baxter y Rideout (2006). A su vez White (2011), sugirió que si los profesores son alertados acerca de cómo los estados emocionales y de cómo los niveles de autoconfianza y de ansiedad de los estudiantes interfieren en el proceso de TDC, pueden intervenir efectivamente para facilitar el aprendizaje de esta habilidad, y establecer estrategias que eleven la autoconfianza y disminuya la ansiedad y con ello se podría garantizar la TDC dentro de una atención holística.

En este sentido Beechler *et. al.* (2013), instaron a que los docentes guíen el trabajo en conjunto para facilitar el proceso de TDC y para lograrlo, es

necesario que impartan clases en un grupo donde se propicie una experiencia de alto aprendizaje para cada uno de los estudiantes que se encuentren en el salón, permitiendo que compartan experiencias pasadas, que identifiquen los objetivos en común y los compromisos con valores y conductas.

Lamentablemente existe poca información acerca de la percepción de las enfermeras acerca de la TDC en diferentes escenarios de práctica, acerca de la observación y de la asociación de factores relacionados con el poderío de enfermería y las políticas institucionales (Wang *et. al.* 2011).

2.2.2.2 Problemas que los Estudiantes y Egresados enfrentan durante la TDC.

2.2.2.2.1 El desarrollo de la expertez y la generación de habilidades para la TDC.

Como observan Benner (1984) citada por Roche (2002) el desarrollo de una experta TDC toma un considerable periodo de tiempo, más de lo que la educación de enfermería estándar pueda proveer y destacan cinco etapas a seguir: novata, principiante avanzada, competente, con dominio y experta.

Benner (1984) citada por Roche (2002) postulan que en etapas tempranas, los estudiantes dependen mucho de teorías y de reglas pero a través de la exposición a situaciones reales de práctica, llegan a depender menos de éstas para hacerlo más de en el desarrollo de su intuición. Esto se explica en el punto uno y dos del proceso de desarrollo que postulan Benner, Tanner y Chelsea (1992) citados por Roche (2002) (Fig. 5):

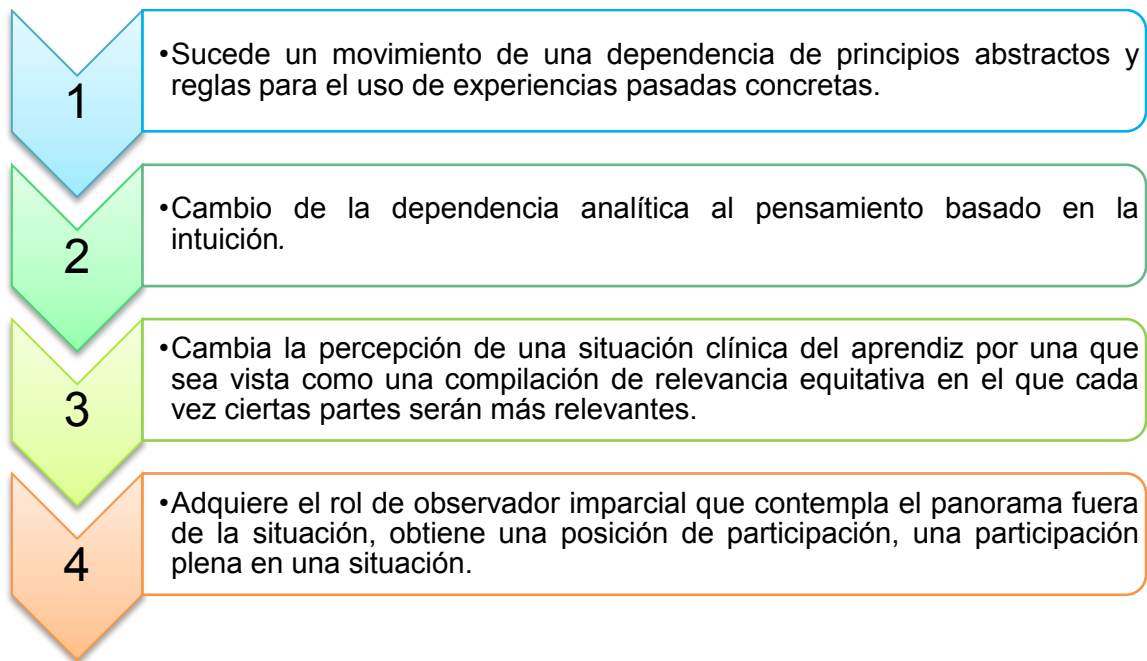


Figura 5. Proceso de desarrollo de los estudiantes de Enfermería.

Benner (1982) propuso que los enfermeros novatos aprenden mejor en ambientes de aprendizaje estructurado y los estudiantes de enfermería con poca experiencia también se benefician con reglas establecidas y estructuradas desde el principio de la entrada a la facultad. Por lo tanto la adquisición de habilidades se debe propiciar en una experiencia de aprendizaje positiva y estructurada que intensifique el desarrollo personal y profesional a la par que construye la confianza (Ganzer y Zauderer, 2013).

Dentro del desarrollo de los estudiantes es importante destacar el rol que desempeñan las facultades de enfermería que normalmente son evaluadas por la calidad del conocimiento y la capacitación técnica que ofrecen a los alumnos, sin que se preste la atención adecuada a la adquisición de valores, conductas y actitudes esenciales para desempeñar su rol profesional (Tadeu *et. al.*, 2006).

Sin embargo la experiencia profesional comprende más que un cuerpo de conocimientos científicos y la adquisición de habilidades para la TDC con la finalidad de cuidar a los pacientes como lo enunciaron Tadeu *et. al.* (2006), puesto que se incluyen conductas, normas y valores que serán influenciados durante el tiempo de permanencia en la facultad.

Los mismos autores hicieron referencia a la socialización profesional como elemento clave en el desarrollo de los estudiantes y de los egresados de

enfermería porque es un proceso por el cual las personas aprenden durante su educación y capacitación, las habilidades, conocimientos, valores, comportamientos y actitudes necesarias para asumir su rol profesional e iniciar la TDC.

Debido a que la TDC es una capacidad que se aprende por lo general en el escenario clínico como lo indican Benner (1984), Benner, Tanner y Chesla (1996) citados por Roche (2002) y Baxter y Boblin (2008), señalan que las enfermeras desarrollan un lenguaje clínico intuitivo para realizar un proceso de TDC experto y dicha habilidad proviene de las experiencias en los escenarios clínicos lo que se manifiesta en los puntos tres y cuatro del proceso de desarrollo.

2.2.2.2.2 El proceso de Socialización profesional.

El proceso de socialización profesional es el proceso por el cual las personas selectivamente adquieren valores y actitudes, intereses, habilidades y conocimientos en los grupos en los cuales se está o se busca transformarse en miembros, es decir, es el aprendizaje de roles sociales. También involucra la identidad ocupacional e internalización de normas ocupacionales típicas de una profesión completamente calificada a través del abandono los roles antiguos y auto conceptos para adquirir unos nuevos (Tadeu *et. al.*, 2006).

Para que este proceso se inicie es necesario que previamente los estudiantes de enfermería aprendan a relacionarse con el paciente, con los pares profesionales y consigo mismos como enfermeros como lo señalaron Nesler, Hanner, Melburg *et. al.*, (2001) citados por Tadeu *et. al.* (2006), es decir, construir su identidad como profesionales.

La socialización profesional es un aspecto crítico del desarrollo del estudiante de enfermería que coadyuva a la asunción del rol y que ocurrirá principalmente durante el curso de la formación académica, tanto en el contexto educacional como en el clínico (Taylor, Westcott, Bartlett, 2001 citados por Tadeu *et. al.*, 2006).

Para que los estudiantes puedan asumir el rol de enfermero, aparte de asimilar nuevos conocimientos y aprender nuevas habilidades, deben involucrarse en

una nueva cultura que a su vez, genera expectativas de normas y valores que de manera simultánea dimana en el desarrollo de una identidad, otorga autoconfianza, favorece la interacción con modelos de roles y propicia el pensamiento crítico ante las reacciones de los otros frente al rol.

Por lo tanto la socialización profesional involucra el cambio de actitudes, valores, creencias y auto percepción, así como la adquisición de habilidades y conocimientos. Para ello se debe seguir una secuencia de fases, siendo la primera el cambio de objetivos amplios y sociales que motivaron al estudiante a escoger la profesión y para adquirir el conocimiento y dominio necesarios para ejercer las tareas específicas del trabajo, posteriormente el ambiente de trabajo favorecerá el desarrollo de significados por medio de un grupo de referencia y finalmente, los valores del grupo ocupacional son internalizados consiguiendo que el estudiante asuma actitudes, valores y comportamientos del grupo (Simpson, 1967 citado por Tadeu *et. al.*, 2006).

Los valores y normas que los estudiantes poseen originalmente pueden cambiar durante el proceso de socialización para dar pauta a los valores de la profesión como señaló du Toit (1995) citado por Tadeu *et. al.* (2006) y cuando los valores cambian, el comportamiento se altera coherentemente influenciando el nivel socio-psicológico del individuo, cambiando su autoconcepto para que la identidad de la profesión se desarrolle.

En los egresados el proceso de socialización ocurre en el momento en que se integran en una organización, pues es en donde se someterán a evaluación los valores, actitudes y comportamientos socializados en la facultad, a través de la selección e integración de los mismos dentro de la organización. Esto conlleva como resultado la estabilidad y el compromiso organizacional, la satisfacción, el sentimiento de aceptación mutua, la autoconfianza, el compromiso con el trabajo y la motivación interna (Wanous, 1992 y Chatman, 1991 citados por Tadeu *et. al.*, 2006).

La socialización profesional en graduados se da en dos etapas como lo identificaron Tadeu *et. al.*, 2006, la primera etapa del proceso de socialización ocurrirá durante la educación y la capacitación clínica que son base para el rol

enfermero y necesarios para el actuar profesional, la segunda etapa se iniciará en el ambiente del trabajo y en la interacción con sus agentes.

La socialización de enfermeros egresados concluye en el establecimiento de enfermería como profesión y es determinado por la forma en que los enfermeros son socializados. Un descuido en las primeras experiencias profesionales pueden llevar a la baja motivación, baja productividad, baja autoconfianza, desmoralización y disminución del cuidado con el paciente.

Para los estudiantes y egresados la toma de decisiones es un proceso consciente de la aplicación de teorías y reglas que es influenciado por diferentes factores internos y externos donde la mejor TDC se realiza en diferentes escenarios clínicos pero principalmente en áreas críticas puesto que en este ambiente las decisiones tienen que ser rápidas y efectivas fomentando la autonomía de las enfermeras.

Tanto estudiantes como egresados de enfermería coinciden en su interés acerca de cómo se debe llevar a cabo el proceso de TDC como lo han demostrado Cioffi (1997,1998), Raynor *et. al.* (2005), Kensaku *et. al.* (2005) citados por Dunkley-Bent y Jones (2010); sin embargo existe escasa evidencia de impacto acerca de qué programas o teorías y modelos pueden generar practicantes calificados en este proceso, que no sólo utilicen el pensamiento intuitivo generado por la práctica y la experiencia.

Puesto que los resultados positivos del paciente son la finalidad del proceso de TDC, es imperativo que los estudiantes de enfermería comiencen a desarrollar y sentirse seguros con los pasos del proceso antes mencionado a través de experiencias educativas supervisadas y seguras ya que “el proceso de aprendizaje de la TDC no debería de comenzar cuando la enfermera se gradúa, más bien debe ser introducido y practicado durante los programas educativos de la licenciatura” (O’Neill, Dluhy y Chin, 2005 citados por White, 2011 y White, 2011).

En este contexto la AACN (2008), propuso que los egresados de enfermería deben contar con habilidades para desarrollar una práctica de cuidado dentro de un marco holístico, basado en evidencias científicas, donde se aplique el razonamiento clínico crítico desde situaciones sencillas hasta situaciones

complejas y donde se asuma la responsabilidad propia y la delegada por otra enfermera, habilidades que en definitiva se necesitan para llevar a cabo el proceso de TDC.

El perfil del egresado incluye la competencia para enfrentarse a dilemas que surgen en la práctica para la TDC y ayudar a otros en el proceso, dentro de un marco ético profesional. Este marco debe ser holístico e integral centrándose en la mente, el cuerpo y el espíritu, tomando en cuenta las emociones como ya se ha mencionado, este reconocimiento incluye la distinción importante entre la enfermedad y la experiencia de cómo la persona vive la enfermedad para ayudar a los pacientes a entender esta diferencia, lo cual es un aspecto importante de la enfermería para la TDC.

2.3 Definición de la Toma de Decisiones Clínicas (TDC)

La toma de decisiones clínicas es un proceso complejo que implica un juicio clínico y cognitivo, es dinámico y comprensivo que depende del acto volitivo para su ejecución, teniendo en cuenta las razones que se presentan para elegir algo correcto o incorrecto e involucra el lenguaje teórico junto con la experiencia práctica para realizar juicios para el cuidado del paciente y a su vez, es un proceso de resolución de problemas (González *et. al.*, 2011, Tanner, 2006 citado por Wang *et. al.*, 2011 y Roche, 2002).

Standing (2010) y Baxter (2008) definen este proceso como la forma en que se debe elegir sobre el tiempo, espacio, persona; analizar la manera y los motivos que se tienen para ejecutar esa decisión, si las decisiones se necesitan planear o si son imprevistas ante una reacción urgente derivada por una situación de emergencia, basando siempre estas decisiones en evidencias científicas.

Es un proceso complejo y consciente donde se aplican las teorías y reglas en diferentes situaciones de práctica que coadyuvan a la importancia de adquirir un entendimiento comprensivo acerca de las condiciones de salud de los pacientes y de sus necesidades actuales de salud en la TDC, (Standing, 2010 y Baxter, 2008).

Standing (2007) citado por White (2011) explican que el proceso de TDC incluye el procesamiento de la información, el pensamiento crítico, la

evaluación de la evidencia, la aplicación del conocimiento, las habilidades de resolución de problemas, la reflexión y el juicio clínico para implementar la mejor opción de intervención.

La TDC es un proceso interactivo mediante el cual los clínicos evalúan las señales, obtienen e interpretan el significado de esa información, determinan la relevancia de esa información, consideran las opciones plausibles de decisión, escogen una opción de decisión que sea siempre en beneficio del paciente y finalmente la ejecutan (White, 2011).

Por su parte Dunkley-Bent y Jones (2010) declararon que la evidencia científica, las interacciones entre el lenguaje teórico y el tácito, la interacción entre normas y valores sociales y las motivaciones personales sustentan este proceso que culmina en el pensamiento crítico al brindar solución a los problemas.

2.4 El proceso de TDC en Enfermería

White (2011) argumenta que la TDC es una habilidad de suma importancia que las enfermeras deben poseer aunque algunas personas pueden argumentar que las enfermeras profesionales, así como los estudiantes, no toman muchas decisiones importantes diariamente. De hecho, esta habilidad marca la principal diferencia entre las enfermeras profesionales de las auxiliares o del personal técnico y diferencia a un novato de un experto.

La misma autora observó que las enfermeras al encontrarse más tiempo al lado del paciente, pueden identificar las primeras señales de cambio y evaluarlas, posteriormente se procede a la interpretación y a la elección de la intervención apropiada.

Debido a que el proceso de TDC es la base fundamental y propia de la práctica profesional de enfermería, es una habilidad que comprende negociaciones interpersonales y sensibilidad para prevenir y considerar el entorno que incluye a la población que se encuentra dentro de él, lo que asegura que el cuidado que se brinda a los pacientes sea apropiado y efectivo (Wang *et. al.*, 2011).

Bakalis y Watson (2005), Thompson (2002) y White (2003) citados por White (2011) demostraron que las enfermeras que toman decisiones clínicas

efectivas, proveen seguridad y un cuidado más competente. Este cuidado depende directamente de las decisiones clínicas asertivas que tomen las enfermeras y la efectividad del proceso de TDC va a ejercer una influencia en los resultados de los pacientes.

Roche (2002) y Wang *et. al.* (2011) manifestaron que el proceso de TDC implica la elaboración de juicios clínicos al combinar conocimiento teórico con la experiencia práctica teniendo como base las manifestaciones y expresiones clínicas de los pacientes. Los juicios se realizan en el momento en que la enfermera y el paciente interactúan utilizando tres elementos (Fig. 6).

Existen diferentes tipos de observación que dependiendo de la situación del paciente, se realizan con la finalidad de obtener información. En la evaluación se procede a realizar el análisis y la identificación de los problemas actuales de salud en base a la información observada holísticamente con la finalidad de obtener un significado (diagnóstico). Finalmente, las intervenciones que se tomen junto o a nombre del paciente, se potencializan y efectivizan al averiguar y controlar posibles intervenciones alternativas con la finalidad de resolver apropiadamente los problemas del paciente (gestión) (Tanner, 1987 citado por Roche, 2002).

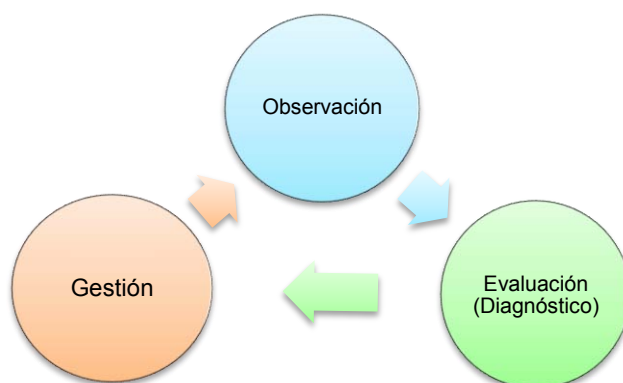


Figura 6. Elementos para la elaboración de juicios clínicos.

La enfermedad actual del paciente es un paso importante de la TDC porque al comprenderla se podrán valorar las necesidades y condiciones del paciente, que son información fundamental y esencial para las enfermeras para llevar a cabo el proceso de TDC (Campbell, 2008 y Wang *et. al.*, 2011).

Por su parte White (2011) indicó que en el proceso de TDC existen cuatro dominios a seguir para los profesionales de enfermería y estos dominios se consideran los pasos del proceso de TDC (Fig. 7):

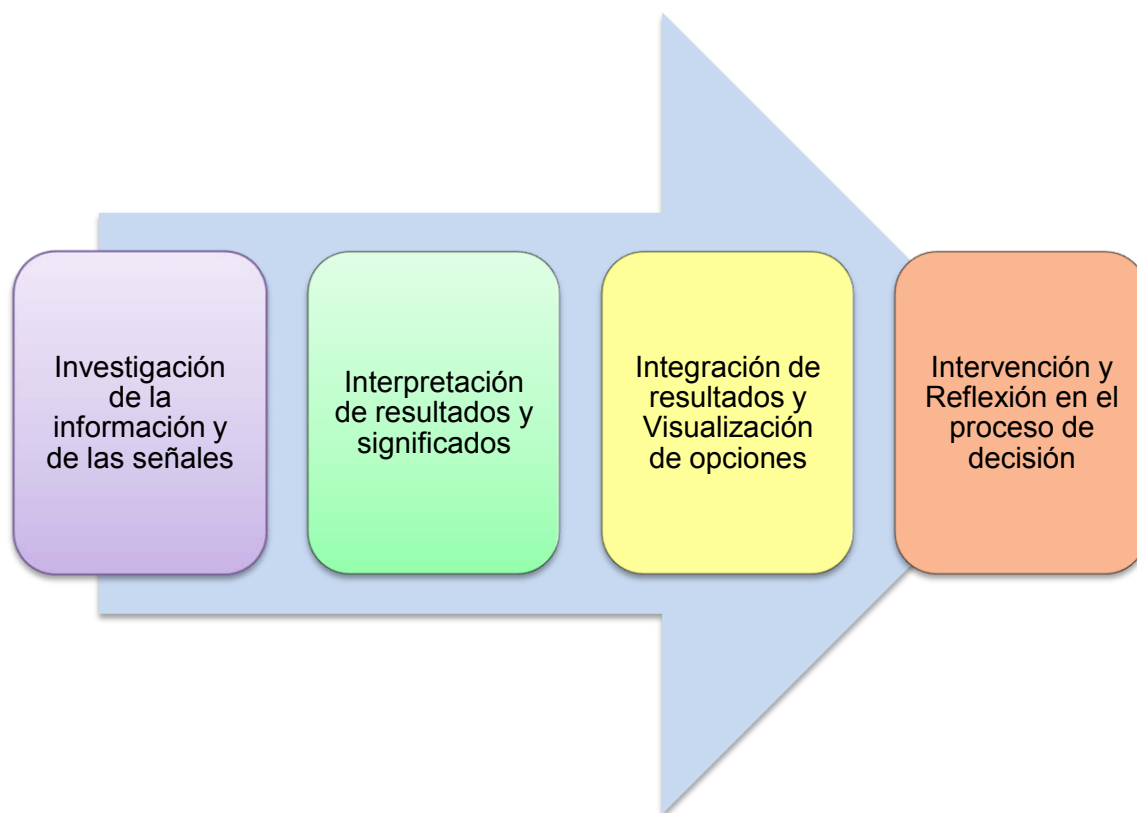


Figura 7. Pasos del proceso de Toma de Decisiones Clínicas de White (2011).

El dominio de **Investigar información y señales** de acuerdo con White (2011) comprende tres áreas de razonamiento clínico: la activación de la hipótesis, adquisición de información y diagnóstico preciso. La adquisición de la información ocurre normalmente durante la conducción de la hipótesis y en la evaluación de señales. Para las enfermeras el reunir información y detectar las señales de los pacientes, son la base para iniciar el proceso de TDC.

Así mismo, la valoración que las enfermeras realicen con la finalidad de obtener información será crucial, porque una omisión o error usualmente se derivan en una intervención incorrecta. Se considera el primer paso de la TDC (Tanner, 1986 citado por White, 2011).

White (2011) detectó que los estudiantes recurren a realizar varias preguntas con la finalidad de conseguir toda la información necesaria para generar

posteriormente distintas hipótesis acerca de los problemas de salud de los pacientes.

Es por ese motivo que la información que impulsa la TDC proviene en gran medida de los pacientes como lo manifiestan Wang *et. al.* (2011) y Campbell (2008), puesto que al dar a conocer sus problemas de salud y sus preocupaciones se puede obtener un panorama completo para identificar los riesgos y problemas de salud a los que se enfrentan, otra fuente de información son las señales conductuales de los pacientes, que incluyen tanto las verbales como las no verbales.

La obtención de información y el reconocimiento de señales es vital para iniciar el proceso de TDC en enfermería para identificar adecuadamente los problemas actuales del paciente, este conocimiento es imperativo para tomar decisiones clínicas de calidad (White, 2011). Un fenómeno a destacar en este dominio es el desarrollo de la escucha activa y del vínculo de la comunicación que serán recursos que ayudarán a la formación de la identidad profesional y son punto clave para la TDC (White, 2011 y Campbell, 2008).

La información debe evaluarse para conocer la situación actual de salud del paciente de forma comprensible y precisa que incluya el contexto de los valores del paciente, posteriormente se puede hacer un juicio clínico basado en la planificación, en la implementación y en los resultados de la evaluación (Wang *et. al.*, 2011 y AACN, 2008).

En la **Interpretación de resultados y significados** White (2011) observó que los novatos suelen recolectar demasiada información, pero debido a que esta información es compleja y cambiante durante la TDC, les es difícil interpretar y definir si son relevantes o irrelevantes, en este dominio ocurrirá la adquisición de la intuición como habilidad para apoyar el proceso de TDC. Una vez que las señales preliminares son evaluadas, se deben interpretar.

En este paso es común que los estudiantes cometan errores derivados de la omisión o de una mala interpretación de la información a diferencia de los egresados de enfermería (White, 2011).

Wang *et. al.* (2011) detectaron que otro factor que puede desencadenar errores es una evaluación incompleta e inexacta porque existe el riesgo de subestimar la comprensión del estado de salud del paciente, por ende sus necesidades y problemas lo que finalizará con una intervención inadecuada e ineficiente para recuperar la salud o salvar la vida del paciente.

Para generar significados se deben relacionar las señales obtenidas con el estado actual de salud de los pacientes, para ello es importante contar con experiencias clínicas previas para reforzar esta relación y tomar decisiones clínicas adecuadamente (White, 2011). Al detectar la falta de experiencia los estudiantes generarán ansiedad, sin embargo la práctica clínica constante les irá otorgando autoconfianza, destreza y fortaleza para la TDC.

En la **Integración de resultados y Visualización de opciones** ocurre el análisis de los componentes del panorama general, se consideran las opciones de decisión evaluando el riesgo-beneficio y la utilización de recursos para la TDC. La misma autora postuló que los novatos presentan problemas para integrar todos los elementos del panorama general porque como ya se ha mencionado, tienden a basarse en reglas establecidas lo que dificulta la comprensión e interpretación de patrones de señales y hasta que no obtengan confianza en la TDC y se visualicen como profesionales de enfermería, su integración del panorama general será limitada.

En la **Intervención y Reflexión en el proceso de decisión** se formulan las opciones de decisión y la evaluación del riesgo-beneficio de las intervenciones que se harán a los pacientes, marcan la diferencia entre estudiantes y egresados porque estos últimos tienen la habilidad de desarrollar más hipótesis e intervenciones que impacten positivamente en los resultados de los pacientes, que sin duda es la finalidad del proceso de TDC e incluso la valoración del riesgo-beneficio decidirá si deben actuar o no (White, 2011).

Una vez que la opción de decisión ha sido tomada y se ha implementado la intervención, se dice que la reflexión crítica ocurrirá; y White (2011) expresó que la reflexión es necesaria para la obtención de conocimiento y para la implementación de habilidades para el razonamiento clínico, también generará confianza en las habilidades de toma de decisiones.

Por ende, se espera que las enfermeras sean capaces de comprender las necesidades complejas de salud y las preocupaciones de los pacientes como lo indican Chien & Lee (2011), Eddins *et. al.* (2011) citados por Wang (2011), realizando juicios en base a su condición de salud, resolviendo sus problemas de salud a través de intervenciones precisas para la resolución de problemas específicos realizando el proceso de TDC y ayudándolos a obtener una salud óptima.

2.5 Recursos que apoyan el proceso de TDC

White (2011) ha identificado que los estudiantes y egresados utilizan diferentes recursos para ayudarse a fundamentar y justificar un proceso de TDC de manera efectiva.

La consulta de evidencias científicas es útil como recurso para los novatos pero como ya se mencionó anteriormente, en la práctica clínica es común que conforme los estudiantes y egresados vayan adquiriendo expertez, ya no se perciba frecuentemente como un recurso, lo que puede establecer una posible falla al intentar fundamentar la información en el proceso de TDC (Roche, 2002; Thompson y Dowding, 2001 citados por Marshall, West y Aitken, 2011).

Baxter y Boblin (2008) observaron que en etapas tempranas los estudiantes utilizan herramientas provistas por profesores para ayudarse a determinar qué información se debe reunir durante la valoración del paciente, se apoya en recursos impresos y en la observación; mientras que en niveles avanzados, los estudiantes van incluyendo recursos humanos (profesionales de la salud y psicólogos), incluyen políticas y guías de práctica clínica para desarrollar el plan de cuidado y para fundamentar su proceso de TDC a través de la selección de los recursos más valiosos.

La información a la que recurren los profesionales de la salud usualmente la obtienen de fuentes de información como Internet, servicios bibliotecarios y bases de datos indexadas. Pero dentro de la literatura se ha demostrado que la investigación es el principal recurso de enfermería para informar en la práctica clínica aunque existe la especulación de que la TDC sea en verdad basada en la mejor evidencia disponible debido al difícil acceso a estas fuentes en los

servicios hospitalarios (Baxter y Boblin, 2008; Marshall, West y Aitken, 2011; White, 2011).

Baxter y Boblin (2008) describen que los recursos efectivos empleados en la TDC se relacionan directamente con la persona o con el objeto que los estudiantes utilizan para apoyarse en el proceso de TDC.

Sin embargo dentro de la rutina de la práctica clínica de enfermería la información a la que se recurre para la TDC es la proveniente del equipo de monitoreo, de las notas del paciente y del mismo paciente. Aquí la capacidad de comunicación y la comprensión de la enfermedad actual del paciente son la base para la TDC tal como Wang *et. al.* (2011), Campbell (2008) y Marshall, West y Aitken (2011) lo han señalado, porque las necesidades y condiciones del paciente son información fundamental y esencial para las enfermeras.

La comunicación es un vínculo indispensable y un recurso crucial en enfermería porque es la base para conseguir la información deseada para realizar la TDC. Incluye decidir las personas con las que debe existir un acercamiento, las estrategias a usar no sólo con el paciente sino también con la colaboración del personal de enfermería y en el caso de los estudiantes, con el tutor, para comunicarse con otros y hacerlos partícipes en el proceso de TDC (Baxter y Boblin, 2008).

La comunicación como recurso para la TDC permite que las enfermeras identifiquen y prioricen las necesidades de los pacientes a través de la información que éstos proporcionan acerca de sus problemas de salud y de sus preocupaciones, así como de sus síntomas y signos. La comunicación es de suma importancia durante el proceso porque si las enfermeras logran desarrollar este vínculo con los pacientes, podrán interpretar la conducta y obtener el “conocimiento” de los pacientes para identificar sus problemas y necesidades (Wang *et. al.*, 2011 y Campbell, 2008).

Baxter y Boblin (2008) detectaron que el vínculo de la comunicación entre estudiantes y tutor permite la inmersión del tutor en el proceso de TDC de los estudiantes quienes lo observan como una fuente de información y de retroalimentación. Posteriormente este recurso incorpora al personal de

enfermería como herramienta clínica lo que incrementa el nivel de confianza debido al constante intercambio de información con el personal de enfermería y también con los demás miembros del personal de salud.

La ética profesional es percibida como un recurso en la TDC puesto que las enfermeras tienden a actuar con base en su marco ético, lo que marca un aspecto emotivo al realizar evaluaciones de sus intervenciones en base a si son dignas de confianza al brindar cuidados a los pacientes, es decir, evalúan si la decisión seleccionada es la mejor para el paciente guiadas por el principio de la beneficencia (White, 2011 y Campbell, 2008).

En este sentido Campbell (2008) detectó que los estudiantes recurren al “heroísmo”, al que define como estímulo emocional al sentir que son los únicos capaces de comprender al paciente y sus necesidades, por ello son los que pueden tomar decisiones éticas alejadas de los vicios que se pudieran suscitar en los ambientes de práctica reales y posteriormente “se convierte en un mecanismo de retroalimentación para los estudiantes al ser parte de la relación armónica, recíproca y compartida entre los estudiantes y los pacientes”.

En la TDC, la ética vista como recurso como lo señalaron Iacobucci *et. al.* (2012) influencia el desarrollo de la identidad profesional y los sentimientos subjetivos que se deben tener tales como la competencia y la confianza para ser un proveedor de cuidado. Los estudiantes utilizan este recurso para sentirse capaces para resolver conflictos basándose en la percepción ética de hacer lo correcto.

No obstante, los valores en enfermería difieren dependiendo del nivel académico, cultura, valores personales, estado civil, experiencias aprendidas y la experiencia laboral. Pero en su conjunto estos valores formarán el marco para la TDC y para llevar a cabo una práctica ética, que en su conjunto generan también un compromiso profesional individual (Iacobucci *et. al.*, 2012).

Los recursos humanos son asumidos como los principales para obtener información puesto que son más accesibles. Sin embargo la experiencia de la persona consultada es fundamental para discriminar si es confiable o no y va acompañada de una relación indispensable de comunicación efectiva (Marshall, West y Aitken, 2011 y Iacobucci *et. al.*, 2012).

No obstante Marshall, West y Aitken (2011) destacaron que al recurrir a recursos humanos podría ocurrir que la información propia se desvalorice y se le dé preferencia a la que provenga de enfermeras con un nivel más alto de experiencia y de expertez específica y en caso de no obtener la información deseada por parte de colegas de enfermería, se proceda a buscarla en médicos, lo que genera un obstáculo para desarrollar la TDC individualmente.

Como se ha revisado anteriormente, es común que en etapas tempranas del desarrollo (Benner, 1984 citada por Roche, 2002) los estudiantes recurran más a la teoría y a los textos, sin embargo en el área clínica no son percibidos como recursos para fundamentar la TDC aunque se encuentren disponibles en el área, a excepción de textos que contengan información de los medicamentos para el tratamiento (Marshall, West y Aitken, 2011).

Aunque anteriormente se haya planteado que la investigación debe ser un recurso primordial como lo proclamaron Baxter y Boblin (2008), en la práctica clínica este recurso representa un problema debido al escaso tiempo con el que cuentan las enfermeras para consultar el vasto número de investigaciones existentes puesto que la TDC debe realizarse a la brevedad (Marshall, West y Aitken, 2011).

En la práctica de enfermería existen diversas formas de ejecutar una intervención y esto puede ser resultado de la consulta de múltiples o de diversas fuentes de información, que han sido seleccionadas para dar una solución de una práctica en particular (Marshall, West y Aitken, 2011).

Pero West y Aitken (2011), también indican que esta variedad de enfoques sobre una problemática en específico puede repercutir ya que vuelve complicada la elaboración de un criterio, por ende se considera la evidencia científica como fuente de recomendaciones pero inútil para la TDC porque que “en la mayoría de los casos no indica cómo se deben aplicar los resultados hallados”.

Los recursos electrónicos no son una opción para la TDC de acuerdo a la perspectiva de las enfermeras por la carencia que existe de equipos de cómputo dentro de los servicios y en los espacios donde llegan a tener acceso, se presenta un problema derivado de que las enfermeras recurren a

buscadores comerciales (Google) como primera opción para obtener información rápidamente, lo que implica que los resultados que obtengan sean poco confiables al no consultar bases de datos especializadas (Marshall, West y Aitken, 2011).

El hecho de que las enfermeras no recurran frecuentemente a los recursos electrónicos está basado en que desconocen la forma para hallar la información requerida pues ignoran la forma indicada de dónde y cómo encontrar información; y en el intento de encontrar la información requerida, consumen tiempo innecesario (Marshall, West y Aitken, 2011).

Aunque los recursos electrónicos se consideren poco útiles en comparación con los recursos impresos, Marshall, West y Aitken (2011) encontraron que en caso de que los documentos se encuentren en versión impresa y en versión electrónica, paradójicamente, las enfermeras prefieren la versión electrónica al ser más práctico su almacenaje.

2.6 Factores que influyen la Toma de Decisiones Clínicas

Existen factores intrínsecos y extrínsecos que intervienen en la TDC y afectan el resultado de los cuidados a los pacientes. En este trabajo se hará énfasis en dos influencias afectivas: la falta de autoconfianza y un alto nivel de ansiedad, porque como lo señala White (2011) es de suma importancia que las enfermeras puedan controlar estas barreras emocionales para llevar a cabo un proceso de TDC exitoso.

Debido a que en enfermería el tema central es mejorar los resultados en la salud de los pacientes, es indispensable que exista un proceso de aprendizaje que culmine con un óptimo rendimiento derivado de la reflexión y la autoevaluación para generar autoconfianza (Chesser y Long, 2012).

Así mismo White (2011) y Chesser y Long (2012) sugirieron que un nivel alto de ansiedad inhibe el desarrollo y por ende el logro de metas académicas, que en la práctica clínica reflejarán problemas para llevar a cabo el proceso de TDC. Incluso en la práctica clínica cuando llega a ocurrir un error por parte de enfermería, éste se relaciona directamente con altos niveles de ansiedad y baja autoconfianza (Strzyzewski, 2006 citado por Amado-Martins *et. al.*, 2014).

En el ambiente clínico de enfermería existen factores como la cultura social y organizacional, la falta de autonomía, la escasez de recursos y el poderío tradicionalista que Medicina aún mantiene sobre la Enfermería, que menguan el desarrollo de la TDC por parte de las enfermeras (Chesser y Long, 2012, Wang *et. al.*, 2011, Marshall, West y Aitken, 2011, Baxter y Boblin, 2008 y Iacobucci *et. al.*, 2012).

2.6.1 La Autoconfianza en la Toma de Decisiones Clínicas

La autoconfianza se define como la creencia y el sentimiento de confianza en sí mismo sobre las capacidades y habilidades poseídas para organizar y ejecutar las fuentes de acción requeridas para alcanzar objetivos, involucra la estima propia y el ser precavido en las emociones (Bandura, 2003 citado por White, 2011, Chesser y Long, 2012 y Kukulú *et. al.*, 2013).

La autoconfianza como señalaron Kukulú *et. al.* (2013) comprende los sentimientos de bienestar que son originados por el acuerdo que se realiza con uno mismo y con las personas circundantes, la base que lo motiva son las emociones positivas profundas que serán también la clave para actuar valerosamente e iniciar una autoevaluación.

Amado-Martis *et. al.*, (2014) indicaron que la autoconfianza es en parte una actitud que se adquiere conforme se repiten experiencias y que se fortalece con la percepción sobre la realidad acerca de fortalezas y debilidades individuales, por lo tanto a la autoconfianza también se le denomina autoeficacia.

En enfermería la autoconfianza es una competencia imprescindible para brindar cuidado efectivamente, Chesser-Smyth y Long (2012) indicaron que la autoconfianza es un atributo que se fomenta durante el nivel superior aunque postularon que también se puede desarrollar independiente y espontáneamente.

Kukulú *et. al.* (2013) clasificaron la autoconfianza en confianza interior y en confianza exterior, la primera se caracteriza por el amor propio, el conocimiento de sí mismo, el pensamiento positivo y propicia las herramientas para formular y conseguir objetivos específicos. La confianza interior es un indicador de las

ideas individuales y de las emociones para demostrar la complacencia y la autoestima de la persona. La confianza exterior es referente a la confianza que se tiene en la comunicación y en la capacidad que se tiene para controlar las emociones.

No obstante los mismos autores señalaron que la autoconfianza no garantiza que el estudiante será feliz en condiciones desafiantes, pero sí le proporcionará herramientas cognitivas y emocionales para enfrentar situaciones complejas. Puesto que la autoconfianza es un constructo psicológico, puede afectar el rendimiento académico debido a la influencia que la práctica del cuidado y de las estrategias de enseñanza ejercen en el desarrollo de la autoconfianza de los estudiantes (Jordan y Farley, 2008 citados por Kukulú *et. al.*, 2013).

Los programas educativos clínicos para el cuidado a la salud ejercen una fuerte influencia en las creencias y valores del estudiante. Kukulú *et al.* (2013) establecieron que es durante la práctica clínica donde se establece el compromiso hacia el cuidado y se hace énfasis en la importancia de realizar una práctica profesional donde estén presentes la compasión, competencia, un comportamiento adecuado y la autoconfianza.

Bandura (1997) define la autoeficacia como el ejercicio de mantener el control sobre eventos que afectan la vida de las personas para conseguir el logro de objetivos. La autoeficacia regula el funcionamiento humano en varios ámbitos, en el cognitivo consigue que las personas tengan y mantengan aspiraciones elevadas, tengan visión a futuro, acepten retos y guíen sus acciones visualizando resultados positivos al enfocar su atención en sus capacidades en vez de sus deficiencias o en lo que podría resultar mal.

En el ámbito emocional la autoeficacia determina cuánto esfuerzo realizan las personas para el logro de objetivos, cuánto necesitan perseverar y qué actitud deben asumir frente a un obstáculo o fracaso, ayuda a que exista una automotivación en las personas para saber lo que pueden hacer, anticipando los resultados deseados y planeando estrategias para conseguir los objetivos establecidos (Bandura, 1997).

Así mismo la autoeficacia regula estados emocionales, por ejemplo la gente que tiene confianza para poder manejar problemas, siente menos angustia

como menciona Bandura (1997), aquellos que tienen falta de autoconfianza son propensos a acrecentar un riesgo, y por el contrario, los que poseen una alta autoconfianza en sus habilidades pueden mantener el control en situaciones adversas al punto de relajarse a sí mismos y usualmente son su propio apoyo al igual que para los demás.

Como ya se ha explicado, para desarrollar el proceso de TDC adecuadamente se necesita cursar la educación superior de enfermería que incluye el conocimiento y la habilidad para el análisis crítico, la toma de decisiones, la resolución de problemas y habilidades para la reflexión, y en donde la autoconfianza es un factor primordial para obtener resultados exitosos (AACN, 2008, White, 2011 y Chesser y Long, 2012).

Kukulu *et. al.* (2013) indicaron al respecto que la autoconfianza es imprescindible durante la formación de los licenciados en enfermería ya que es necesaria para el desarrollo de habilidades de liderazgo, para lograr una trascendencia hacia la conducta profesional, para tener un óptimo rendimiento académico, para obtener y acrecentar la competencia clínica y sobre todo, poder auto regular las emociones generadas en diversas circunstancias.

Los sentimientos de competencia y de autoconfianza mediarán valores personales y profesionales durante la TDC para resolver problemas y dar un cuidado efectivo a los pacientes (Iacobucci *et. al.*, 2012).

Un alto nivel de autoconfianza facilita que las enfermeras sean y se sientan competentes para tomar decisiones inmediatas e independientes, con la finalidad de seleccionar la intervención adecuada y otorgar un cuidado óptimo para prevenir problemas de salud, restablecer la salud del paciente e incluso para salvar la vida a pacientes críticos o a pacientes agonizantes, pero para conseguirlo es necesario que utilicen un juicio clínico eficiente y preciso que han ido desarrollando durante su formación profesional (Wang *et. al.*, 2011 y White, 2011).

Las enfermeras que poseen autoconfianza tienen menos riesgo de cometer errores y de lograr la TDC exitosamente, y para conseguir ese nivel Amado-Martis *et. al.*, (2014) señalan que las enfermeras necesitan probar sus conocimientos y capacidades constantemente para seleccionar asertivamente

la intervención que ejecutarán en los pacientes. Cuando las enfermeras responden adecuadamente al afrontar una situación de emergencia, indudablemente el nivel de autoconfianza incrementará reforzando cada vez más la seguridad para desenvolverse en la clínica y decreciendo las posibilidades de falla.

Aunque se reconoce la importancia de la autoconfianza en los profesionales de enfermería Chesser y Long (2012) encontraron que a lo largo de la trayectoria académica la autoconfianza puede disminuir. Esta deficiencia de autoconfianza se traduce en que las enfermeras realicen sus intervenciones inoportunamente, incrementen sus niveles de ansiedad y exista un número mayor de errores (Amado-Martis *et. al.*, 2014).

Estos autores también encontraron que en las escuelas no es común que se utilicen estrategias pedagógicas innovadoras, lo que dificulta que los estudiantes puedan desarrollar competencias para actuar en situaciones inciertas y que logren un proceso de TDC basado en evidencia científica, empleando su juicio clínico y con alto nivel de autoconfianza.

Es por eso que el desarrollo de la autoconfianza es complejo y multifactorial, porque necesita desarrollarse simultáneamente con la motivación y con el logro de objetivos académicos, por ende se ve afectada por la falta de comunicación y por sentimientos de baja autoestima personal. Se establece que es multifactorial porque involucra la interacción cognitiva, conductual y las influencias que el ambiente ejerce (Chesser y Long, 2012).

Por otra parte, al hacer referencia al ambiente Offredy *et. al.*, (2008), citados por Wang *et. al.* (2011), plantean que una atmósfera motivadora en donde los otros miembros del equipo multidisciplinario animen a las enfermeras a la TDC fortalece la autoconfianza de las enfermeras durante este proceso.

El desarrollo del conocimiento y habilidades se dará a través de actividades cognitivas, afectivas y psicomotoras como lo observaron Chesser y Long (2012), al realizar estas actividades, el estudiante adquiere experiencia lo que le genera competencia y autoconfianza. Existen tres fuentes predominantes que impulsan este desarrollo en el entorno del salón de clases (Figura 8).

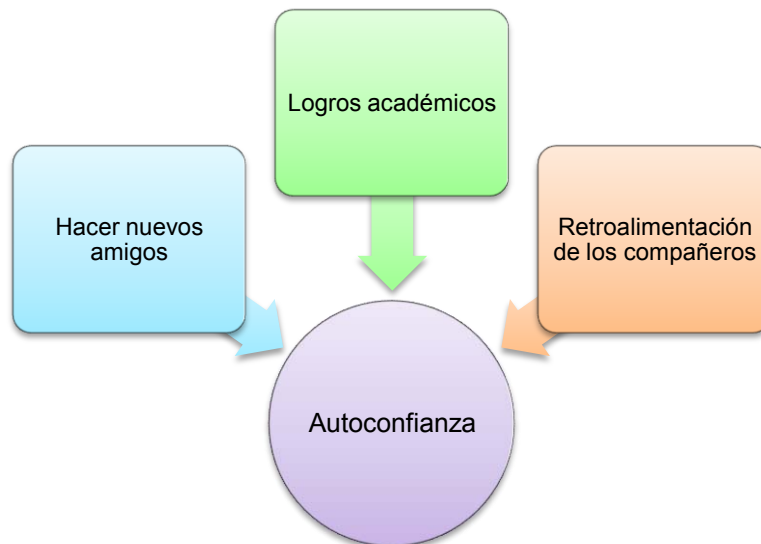


Figura 8. Fuentes del ambiente del salón de clases que influyen la autoconfianza.

Para un estudiante el sentimiento de pertenencia a un grupo donde pueda hacer amigos es fundamental, el hecho de que exista un vínculo de confianza genera la posibilidad de generar experiencias clínicas positivas que incrementen la autoconfianza (Chesser y Long, 2012).

También la autoconfianza se refuerza al saber que sus conocimientos han sido adquiridos recientemente y en caso de contar con experiencia laboral previa, potencializa su autoconfianza al saber que son competentes para tratar a las personas como lo mencionan Chesser y Long (2012). El poder desarrollar la comunicación crea un apoyo para fortalecer la autoconfianza puesto que la comunicación dará la pauta para la retroalimentación entre compañeros reforzando los conocimientos adquiridos.

Las personas con un buen nivel de autoconfianza propician ambientes de bienestar donde ellos mantienen el control, proporcionan un modelo de ejemplo a seguir y demuestran lo que es la perseverancia (Bandura, 1997). Cuando existe un bajo nivel de autoconfianza las relaciones sociales se ven afectadas porque al incumplir las expectativas sociales, la persona generará depresión.

El hecho de que la capacitación de los estudiantes ocurra normalmente en el escenario clínico impide que la autoconfianza se desarrolle inadecuadamente porque usualmente las acciones tomadas por los estudiantes van acompañadas de un alto nivel de ansiedad (Sergeev *et. al.*, 2012).

La simulación puede ser una herramienta útil para incrementar la autoconfianza en los estudiantes porque al recrear un ambiente real en donde tienen que emplear los conocimientos y habilidades adquiridas, brinda la oportunidad al estudiante y al docente a enfrentarse a situaciones imprevistas y/o complejas (Sergeev *et. al.*, 2012 y Amado-Martis *et. al.*, 2014).

La exposición a prácticas simuladas permite el ensayo constante reduciendo riesgos para el paciente y para los estudiantes lo que coincide con Sergeev *et. al.* (2012) y Bandura (1997), la autoconfianza incrementará y se mantendrá en un nivel alto consiguiendo tolerar la ansiedad y con ello reducir sus niveles. Es importante que las prácticas inicien siendo supervisadas para brindar seguridad, posteriormente deben ser sin supervisión para permitir a los estudiantes que actúen independientemente y estimular de esta forma la autocrítica constructiva.

Para tomar el control sobre sucesos que se presentan en la vida cotidiana Bandura (1997) plantea el proceso de autorregulación mediado por la autoconfianza (Fig. 9):

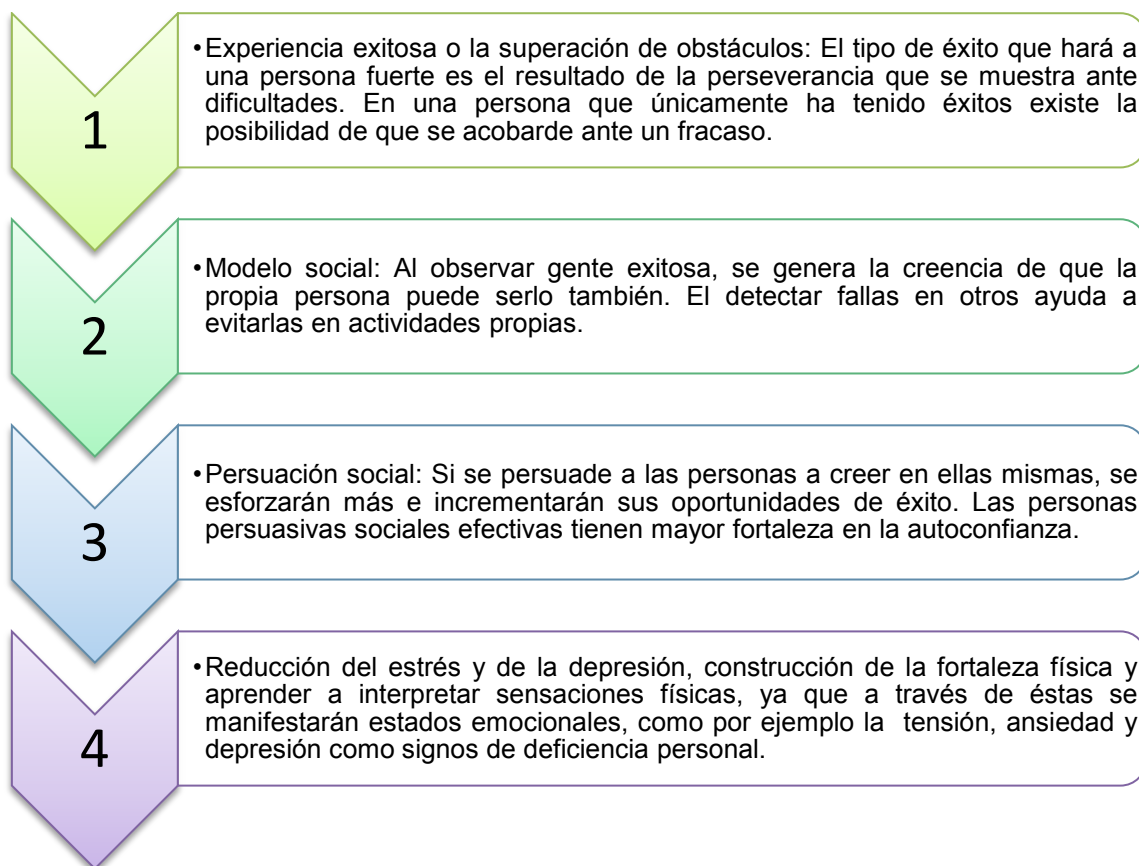


Figura 9. Proceso de autorregulación mediado por la autoconfianza.

2.6.2 La Ansiedad en la Toma de Decisiones Clínicas

La ansiedad es el estado de incertidumbre y de angustia acerca de situaciones futuras de incertidumbre, aprensión, miedo intenso o pavor; también se define como un estado de aprensión anticipada y una asociación de sentimientos en las situaciones que originan miedo y pavor ante la posibilidad de que pueda ocurrir un evento negativo, tomando en cuenta la percepción propia sobre las habilidades que se poseen. Además, la ansiedad o excitación emocional es una respuesta fisiológica y un estado emocional puesto que propicia sentimientos subjetivos de agitación (White, 2011, Chernomas & Shapiro, 2013).

El estado de ansiedad es una condición emocional transitoria que es caracterizada como subjetiva, es una percepción consciente de sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo y preocupación que activan el sistema nervioso autónomo (Spielberger, citado por Prato y Yucha, 2013).

Flores-Villavicencio *et. al.* (2010) consideraron que la ansiedad y el estrés emociones muy similares al provocar una alta activación fisiológica, aunque la ansiedad es una reacción emocional de alerta ante una amenaza mientras que el estrés es un proceso amplio de adaptación al medio desencadenado por el desequilibrio que existe entre las demandas de la situación y los recursos de la persona, este proceso se identifica particularmente en personas cuya profesión consiste en ofrecer servicios humanos directos y relevantes para el usuario como lo es enfermería.

Las reacciones de la ansiedad son caracterizadas por cambios psíquicos y autónomos derivados de un estado psicológico, donde existe una estrecha relación entre la respiración y las emociones (Shinba *et. al.*, 2008; Homma y Masaoka, 2008 citados por Prato y Yucha, 2013).

Webb *et. al.* (2008) citados por Prato y Yucha (2013), observaron que cuando un factor estresante es introducido, la respiración y el pulso incrementan mientras que la temperatura de la piel disminuye. El estrés mental provoca la liberación de hormonas como la epinefrina y la noradrenalina que preparan al cuerpo para la lucha o para la huida.

Cuando un individuo se encuentra ansioso, existe un incremento en la presión de los niveles de dióxido de carbono que detonan la alarma de sofocación que a su vez estimulará la respiración (Conrad *et. al.*, 2007 citados por Prato y Yucha, 2013). Como primera respuesta ante la ansiedad, la respiración es rápida y superficial pero una vez que se estimula la médula nerviosa, la respiración incrementa en frecuencia y profundidad para eliminar el exceso de dióxido de carbono.

La baja actividad de los músculos respiratorios producirán la sensación de disnea en el individuo ansioso como lo detectaron Ritz, Leupold y Dahme (2006), Wardell y Engebreston (2001) citados por Prato y Yucha (2013) porque los músculos inspiratorios reducen su actividad y la eficacia de los pulmones, lo que produce que la respiración sea forzada; como el sistema nervioso autónomo es estimulado, el pulso también incrementa y dirige el volumen de sangre hacia los órganos digestivos y a los músculos esqueléticos largos ocasionando que la periferia quede sin irrigación suficiente y por ende, la temperatura de la piel disminuye.

En el caso del personal de Enfermería, Blanco (2004), Menzani (2005) y Mesa (2005) citados por Troyo-Sanromán, Valle y Vega-López (2010) plantearon que la ansiedad se torna un proceso de perturbación que puede afectarlo, en el momento en que el personal moviliza excesivamente sus energías de adaptación a las demandas de una situación de trabajo y el grado de libertad en la toma de decisiones disponibles, para enfrentar situaciones que requieren de rapidez y decisión.

La carrera de enfermería se ve sujeta a un estrés constante tanto en la formación académica como en la práctica profesional, puesto que se es más vulnerable para desarrollar ansiedad y estrés durante la práctica profesional diaria, al requerir de la integración de grandes cantidades de conocimiento, de habilidades técnicas, del desarrollo de actitudes apropiadas y de respuestas emocionales ante los escenarios clínicos (Flores-Villavicencio *et. al.*, 2010 y Prato y Yucha, 2013).

La profesión de enfermería como lo señalaron Flores-Villavicencio *et. al.* (2010) se caracteriza por el manejo responsable de situaciones críticas y por un

desempeño eficiente y efectivo que se ve sujeto a presiones, conflictos y a cambios continuos en sus intervenciones por lo que esta combinación produce alta tensión que se traduce en mayor ansiedad.

La presencia de ansiedad deteriora la calidad de atención a la salud porque cuando se producen niveles elevados de ansiedad es común que aumenten el ausentismo, el antagonismo y la insatisfacción laboral. Los conflictos interpersonales, el poco apoyo social por parte de compañeros de trabajo, la falta de recompensas y reconocimientos, provocan que esta combinación de reacciones generen un mayor riesgo en la salud física o mental y a la vez, son causa de sufrimientos y de baja motivación en el personal de enfermería.

En el ámbito académico las facultades de Enfermería se rigen bajo programas que exigen altos estándares, se espera que los estudiantes obtengan porcentajes asertivos en cada uno de los exámenes practicados, por ende los estudiantes se encuentran sujetos al estrés al ser probados bajo esos estándares (Prato y Yucha, 2013). La consecuencia de esta situación será la aparición de ansiedad y de debilidad al sentirse incapaces de demostrar su conocimiento y su potencial que pudiera traducirse en un rendimiento académico pobre.

Ante esta situación Prato y Yucha (2013) señalaron la importancia de identificar a los estudiantes que son propensos o que generan alta ansiedad en los periodos de prueba para que los docentes puedan implementar intervenciones con el objetivo de disminuir la ansiedad y evitar de esa forma las consecuencias negativas de ésta, sin que se disminuyan los requerimientos para el progreso de los programas y de la graduación de las escuelas de enfermería.

Por su parte Shikai, Shono y Kitamura (2009) plantearon que durante la práctica clínica de enfermería los estudiantes se enfrentan a situaciones estresantes donde se hacen presentes tanto la angustia como la satisfacción, generadas por situaciones multifacéticas como la muerte y la agonía de los pacientes, conflictos con miembros del equipo multidisciplinario, una inadecuada preparación de acuerdo a la demanda clínica actual, la falta de apoyo por parte de sus mentores y una fuerte carga laboral.

Los mismos autores detectaron también que factores personales como relaciones interpersonales complicadas, capacitación académica, escenarios clínicos, ambientes competitivos y la limitación del tiempo por actividades ociosas, representan particularmente un riesgo para desarrollar ansiedad y depresión.

Los factores que se encuentran relacionados con la aparición de la depresión y de la ansiedad, son los estilos de afrontamiento y los eventos estresantes en la vida donde los estudiantes de enfermería son particularmente más vulnerables, sin embargo estas emociones son también fenómenos independientes que se modificarán conforme transcurra el tiempo (Shikai, Shono y Kitamura, 2009).

Por este motivo es de suma importancia que los docentes conozcan y difundan estilos de afrontamiento a través de programas psicoeducacionales, con la finalidad de que los estudiantes que sean vulnerables de generar ansiedad puedan disminuir la frecuencia o el desarrollo de habilidades de afrontamiento que conlleven un impacto negativo (Shikai, Shono y Kitamura, 2009). Pero en el caso específico de estudiantes que se encuentren medianamente deprimidos o ansiosos, es preferible que cuenten con apoyo psicológico para poder enfrentarse a las dificultades que se presentan en la práctica clínica.

2.6.3 Otros factores intervinientes en la TDC.

Benner *et. al.*, (2009) citados por Wang *et. al.*, (2011) señalaron que dentro de la percepción de las enfermeras se contemplan consideraciones apropiadas para tomar decisiones comprensivas, holísticas, precisas y sus niveles de autonomía a la hora de tomar cada una de esas decisiones, que se pueden ver afectadas en gran medida por el entorno social, institucional y por la cultura de trabajo.

Dentro del sistema de salud aún se conserva un dominio convencional del cuidado biomédico y una fuerte dependencia por parte de los enfermeros novatos hacia los enfermeros experimentados para la toma de decisiones y para brindar cuidado Turner 2005, Eddins *et. al.* 2011, (citados por Wang *et. al.*, 2012).

Al mantener un cuidado de dominio tradicionalista por parte de Medicina, así como una fuerte dependencia por parte de las enfermeras al personal médico generada por la búsqueda constante de su aprobación, aunado al hecho de que las enfermeras novatas dependan de las enfermeras con mayor experiencia en la TDC, que como ya se ha mencionado, desvaloriza la habilidad propia, dificulta el proceso individual de TDC (Wang *et. al.*, 2011, Marshall, West y Aitken, 2011 y Baxter y Boblin, 2008).

Wang *et. al.* (2011), detectaron en las enfermeras creencias tradicionalistas sobre el dominio médico que se reflejan al ser más propensas a preguntar por las opiniones de los médicos. Cuando los pacientes requieren tratamiento es común que se inclinen a solicitar instrucciones u órdenes a los médicos al detectar cambios o un deterioro en su condición.

Cuando las enfermeras hacen juicios imprecisos acerca de la condición del paciente, genera hipoactividad y confusión cuando se asume que la conducta de dependencia es “normal” dentro de un contexto social que en definitiva afecta la autonomía en la TDC (Wang *et. al.*, 2011).

También, dentro del contexto social surgen dilemas referentes a la insuficiencia de recursos, falta de ética o desacuerdos en cuanto a la conducta que deberían de mantener las enfermeras u otros profesionales del equipo de salud, la violación a los derechos de los pacientes y las políticas nacionales e internacionales que generan un conflictos en la TDC y en la calidad al cuidado del paciente Aroskar, Moldow y Good, 2001, Varcoe *et. al.*, 2004 (citados por Iacobucci *et. al.*, 2012).

A su vez Adib-Hagbaghery *et. al.*, (2004) citados por Wang *et. al.* (2011) recalcan que el entorno organizacional enfatiza la atmósfera psíquica en donde usualmente no se respetan las decisiones de enfermería, lo que limita la participación activa de las enfermeras y su independencia en la TDC.

Los dilemas a los que se ven expuestas las enfermeras se acrecientan junto con el rápido desarrollo de la tecnología que repercuten al mismo tiempo en conflictos entre el personal, la profesión y los valores organizacionales (Iacobucci *et. al.*, 2012).

Este mismo autor ha identificado que uno de los factores intrínsecos que influyen en la TDC es la autoestima porque contribuye a la estimación propia y a valorarse como profesional y a desempeñar un rol de transformación en el desarrollo de los valores e identidad profesionales; la TDC es un proceso fuertemente integrado por valores personales y profesionales que necesariamente es mediado por sentimientos generados por la percepción de la confianza y competencia en el manejo efectivo de conflictos.

La autoestima se percibe como una actitud sobre la significancia de la persona relacionada con el valor social que posee, es un proceso de mediación personal de aceptación o rechazo de un valor basado en la percepción del nivel de importancia (Rosenberg, 1989 citado por Iacobucci *et. al.*, 2012).

Y es por ello que Randle (2003) citado por Iacobucci *et. al.* (2012) indica que en situaciones adversas donde el valor resulte incongruente, la percepción sobre la eficacia y la autoestima general, se disminuyen lo que debilita el sentido del individuo de pertenencia al grupo y su identidad profesional.

III. METODOLOGÍA

En este capítulo se detallan los métodos utilizados para el desarrollo de ésta investigación como son: diseño del estudio, población, muestra, procedimientos de recolección y análisis de datos, así como los aspectos éticos involucrados.

3.1 Diseño del estudio

El estudio fue descriptivo, comparativo y correlacional ya que se midieron los niveles de las variables autoconfianza y ansiedad en egresados de enfermería, describiendo sus características sin manipular las variables, la información fue recopilada en un solo momento por lo que es transversal.

Es comparativo porque se contrastaron grupos poblacionales, la primera se realizó entre el primer grupo conformado por egresados que se encontraban realizando su servicio social en hospitales de segundo nivel de atención y el segundo grupo conformado por egresados que se encontraban en hospitales de tercer nivel de atención. También entre el grupo poblacional de egresados que laboran y los que no lo hacen, con las variables de interés.

3.2 Población y muestra

La población total de egresados de la carrera de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia fue de 437 de la generación 2010-2013 y al utilizar la fórmula de poblaciones finitas, el tamaño de la muestra quedó representada por 162 egresados, con un tipo de muestreo por conveniencia es decir, se eligieron a los egresados que cumpliera con los requisitos de inclusión y que llenaran el cuestionario en su totalidad.

Se eligieron aleatoriamente 16 hospitales, cuatro hospitales pertenecientes al segundo nivel de atención y doce que pertenecen al tercer nivel de atención (tabla 1).

Hospitales de tercer nivel de atención	Hospitales de segundo nivel de Atención
1. CMN 20 de Noviembre	1. Hospital General Darío Fernández
2. Hospital Infantil de México (HIM)	2. Hospital General Manuel Gea González
3. Instituto Nacional de Cardiología (INC)	3. Hospital General José Ma. Morelos y Pavón
4. Instituto Nacional de Cancerología (INCAN)	4. Hospital General Milpa Alta
5. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)	
6. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN)	
7. Instituto Nacional de Pediatría (INP)	
8. Instituto Nacional de Perinatología (INPer)	
9. Instituto Nacional de Psiquiatría (INPsiquiatría)	
10. Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)	
11. Hospital Materno Infantil Inguarán	
12. Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos	

Tabla 1. Clasificación de hospitales por nivel de atención.

3.3 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión de este estudio fueron:

1. Los egresados de la ENEO, deberían estar realizando su servicio social por primera vez.
2. Deberían tener como mínimo seis meses de avance en su servicio social.
3. Al momento de la aplicación del instrumento, deberían estar realizando actividades en un servicio clínico del hospital.
4. Aceptar participar en el estudio.

3.4 Operacionalización de variables

Datos sociodemográficos					
Variable	Conceptualización operativa	Tipo	Escala de medición	Indicadores	Ítem
Género	Sexo biológico de la persona.	Cuantitativa	Dicotómica	1=Femenino 2=Masculino	1
Edad	Número de años que ha vivido la persona, contados al momento de realizar el estudio.	Cuantitativa	Continua	Dato crudo	2
Turno en el que estudió la licenciatura	Horario en que la persona cursó la licenciatura en enfermería.	Cuantitativa		1=Matutino 2=Vespertino 3=Mixto	3
Trabajo actual	Actividad que desempeña una persona a cambio de una remuneración económica.	Cuantitativa	Dicotómica	1=No 2=Si	4

Trabajo relacionado con enfermería	Actividad que desempeña una persona a cambio de una remuneración económica que esté relacionado con un área de enfermería.	Cuantitativa	Dicotómica	1=No 2=Si	5
Trabajo como auxiliar de enfermería o enfermera general	Actividades de auxiliar de enfermería o de enfermera general que desempeña una persona a cambio de una remuneración económica.	Mixta	Dicotómica y abierta	1=No 2=Si, especifique	6
Experiencia universitaria	Número de semestres en que la persona ha cursado la educación superior, ya sea en alguna licenciatura anterior o en la licenciatura en enfermería.	Cuantitativa	Politómica	1=Comencé mi programa de enfermería al salir del bachillerato 2=Tenía de 1-2 semestres 3=Tenía de 3-4 semestres 4=Tenía de > 4 semestres 5=Completé un título universitario antes de comenzar mi programa de enfermería	7

Instrumento para la recolección de datos						
Dimensiones del proceso TDC	Conceptualización	Tipo	Escala de medición	Indicadores	Ítems Auto confianza	Ítems Ansiedad
Recursos de información y escucha completa	Uso de recursos para reunir información y escuchar completamente de acuerdo a su percepción de Ansiedad y de autoconfianza.	Cualitativa	Ordinal	Escala de Likert 0=Nada 1=Sólo un poco 2= Algo 3=Mucho 4=Casi totalmente 5=Totalmente	15, 17, 19, 21, 23, 31, 35, 37, 43, 45, 47, 49, 51.	16, 18, 20, 22, 24, 32, 36, 38, 44, 46, 48, 50, 52.
Información para ver el panorama general	Uso de la información para ver el panorama general en cuanto a su percepción de Ansiedad y de autoconfianza.	Cualitativa	Ordinal	Escala de Likert 0=Nada 1=Sólo un poco 2= Algo 3=Muy 4=Casi totalmente 5=Totalmente	1, 3, 5, 7, 11, 13, 25.	2, 4, 6, 8, 12, 14, 26.
Saber y actuar	Demostrar conocimiento a la hora de poner en práctica lo aprendido conforme a su percepción de Ansiedad y de autoconfianza.	Cualitativa	Ordinal	Escala de Likert 0=Nada 1=Sólo un poco 2= Algo 3=Muy 4=Casi totalmente 5=Totalmente	9, 27, 29, 33, 39, 41, 53.	10, 28, 30, 34, 40, 42, 54.

3.5 Procedimientos de recolección de datos.

Para llevar a cabo este estudio la responsable del proyecto solicitó autorización a los directivos de los hospitales en los que los egresados realizaban su servicio social, por medio de oficios y para contar con un lugar adecuado para que se pudiera aplicar el instrumento.

Los hospitales proporcionaron un aula donde los egresados se encontrarán cómodos y tranquilos para resolver el instrumento. Se les entregaron lápices con borrador y sacapuntas, y para ello dispusieron de 20 minutos como máximo.

3.6 Instrumento

Para el presente estudio se solicitó la autorización de la autora por escrito para utilizar el instrumento. Una vez que se obtuvo el permiso, se procedió a realizar la traducción al español y para fines de comprensión se dividieron los ítems de las subescalas obteniendo un total de 54 ítems.

Se aplicó el instrumento titulado NURSING ANXIETY AND SELF-CONFIDENCE WITH CLINICAL DECISION MAKING SCALE (NASC-CDM) elaborado por la Dra. Krista A. White para la obtención de su grado de doctorado.

El objetivo de este instrumento cuantitativo es medir en los participantes los niveles de autoconfianza y de ansiedad durante el proceso de Toma de Decisiones Clínicas a través de dos subescalas, por lo cual se le considera una escala híbrida o mixta.

El instrumento se basa en los cuatro pasos del proceso de TDC (White, 2011):

Investigación de la información y de las señales, Interpretación de resultados y significados, Integración de resultados y Visualización de opciones y por último, Intervención y reflexión en el proceso de decisión, son los pasos que derivaron de las tres dimensiones presentes en el instrumento para identificar la habilidad de quien lo responde en el proceso de TDC: 1) Uso de Recursos de Información y Escucha Completa, 2) Información para Ver el Panorama General y 3) Saber y Actuar.

El instrumento se compone de 27 ítems donde las respuestas se encuentran en escala Likert con seis opciones de respuesta:

0=Nada 1=Sólo un poco 2= Algo 3=Mucho 4=Casi totalmente 5=Totalmente

No existen respuestas correctas o incorrectas, puesto que la finalidad de la opción elegida es reflejar las emociones que usualmente experimentan los participantes ante una situación específica.

Los usuarios que utilicen la escala deben de examinar las puntuaciones totales que obtuvieron los participantes. Las puntuaciones más altas en la subescala de autoconfianza, indican altos niveles de la misma, mientras que puntuaciones bajas indican bajos niveles de autoconfianza.

Puntuaciones altas en la subescala de ansiedad indican altos niveles de ansiedad en tanto que puntuaciones bajas indican bajos niveles de ansiedad.

En la subescala de autoconfianza, el instrumento obtuvo una Alfa de Cronbach de $\alpha=.97$ y en la subescala de ansiedad $\alpha=.96$.

Posteriormente se procedió a realizar el *back translation* para comprobar que se mantuviera el propósito original del instrumento y el título se tradujo como Escala de Ansiedad y Autoconfianza en Enfermería en la Toma de Decisiones Clínicas (EAAE-TDC).

El instrumento para este estudio obtuvo una Alfa total de $\alpha=.93$.

3.7 Métodos estadísticos

Para los datos descriptivos se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión y para la comparación entre los grupos poblacionales se utilizó la prueba T de Student para muestras independientes, para lo cual se empleó el programa estadístico SPSS v.21.

3.8 Aspectos éticos

Este estudio se apega al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en donde se incluye el Artículo 4° constitucional en donde el Derecho a la Protección de la Salud, es una garantía social.

En el Art. 17 en su punto I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título Segundo De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, clasifica este estudio como una Investigación sin riesgo puesto que no se realizó ninguna intervención ni modificación en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio y también porque se empleó únicamente un cuestionario para medir las variables de interés.

El Artículo 20 del Reglamento antes mencionado, define el consentimiento informado como el acuerdo por escrito donde el individuo o su representante legal, autoriza su participación en la investigación donde previamente se le han explicado los procedimientos y los riesgos a los que será sometido, de tal forma que el individuo decida libremente su participación sin que exista alguna consecuencia negativa derivada de su decisión.

Finalmente en el Artículo 23 menciona que en investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado, sin embargo en este estudio se les explicó a los participantes el objetivo y se les resolvió verbalmente cualquier duda que tuvieran sobre el mismo.

IV. RESULTADOS

4.1 Caracterización de la muestra

La muestra se integró por 162 egresados de la Licenciatura en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, 128 participantes pertenecen al sexo femenino y 34 al masculino. El 91% de los participantes tenía de 21-27 años, 7% de 28-33 años y 2% de 34-39 años.

Del total de la muestra el 59% cursó la Licenciatura en el turno matutino, el 34% en el vespertino y el 7% en ambos turnos. El 69% no laboraba mientras que el 31% sí lo hacía, de los egresados que laboran el 50% indicaron que su trabajo se relacionaba con enfermería.

El 84% respondió que iniciaron la carrera al salir del bachillerato, 3% contestó que habían cursado de uno a dos semestres de una carrera diferente, 1% cursó de tres a cuatro semestres, 7% tenía más de cuatro semestres, 4%

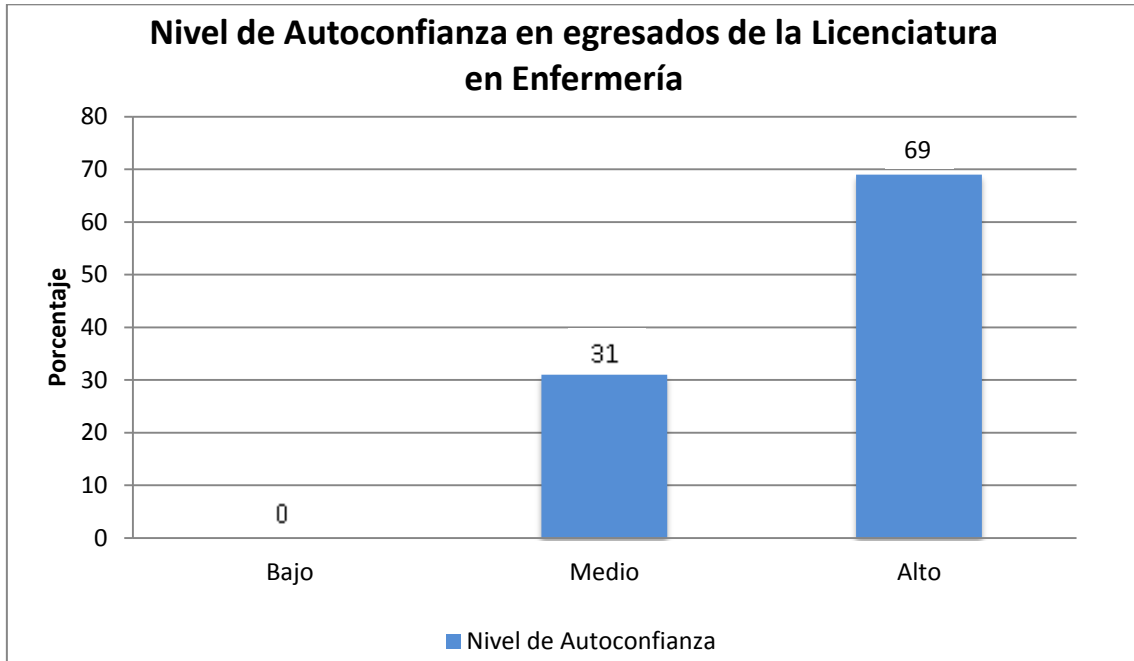
completó un título universitario antes de iniciar la licenciatura en enfermería y 1% no respondió.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Femenino	128	79%
Masculino	34	21%
Edad		
21-27 años	148	91%
28-33 años	11	7%
34-39 años	3	2%
Turno en el que cursó la Licenciatura en Enfermería		
Matutino	96	59%
Vespertino	55	34%
En ambos	11	7%
Situación laboral		
No labora	112	69%
Sí labora	50	31%
El trabajo está relacionado con Enfermería		
Sí		
No	25	50%
	25	50%
Experiencia universitaria antes de iniciar la Licenciatura en Enfermería		
Inició la Licenciatura al concluir el bachillerato	136	84%
Tenía de 1-2 semestres		
Tenía de 3-4 semestres	4	3%
Tenía de >4 semestres	1	1%
Completó un título universitario antes de la Licenciatura en Enfermería	11	7%
Sin respuesta	6	4%
	4	1%

Tabla 2. Características de la muestra.

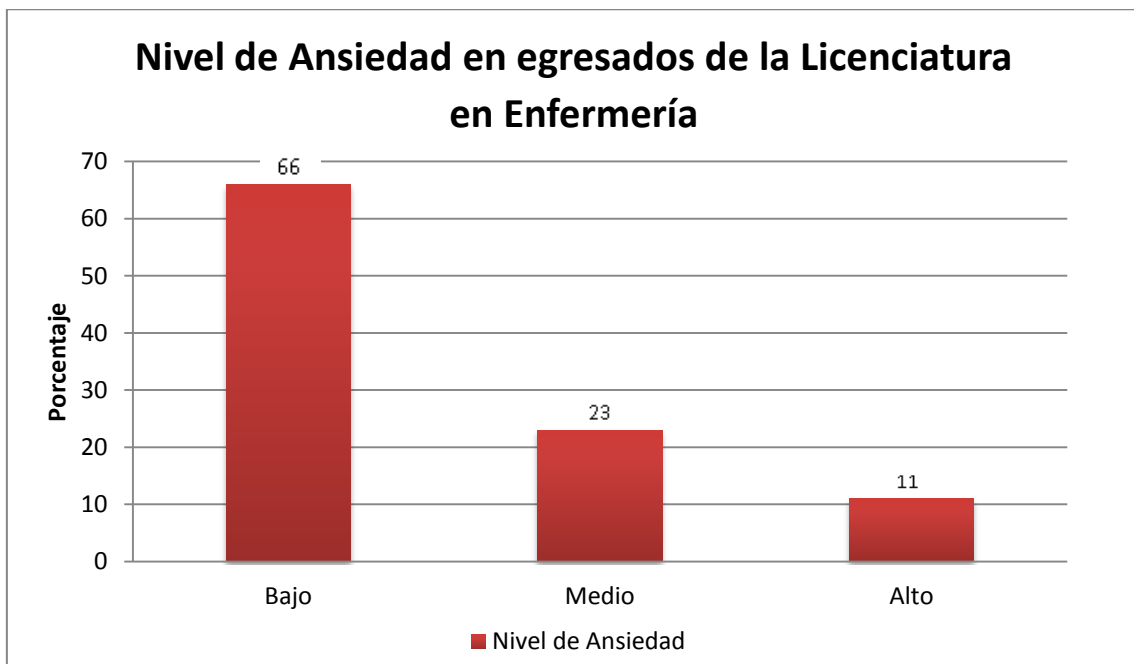
4.2 Resultados descriptivos

En lo que respecta al nivel de autoconfianza de los egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO, en general se encontró que el 69% tiene un nivel alto y 31% un nivel medio (Gráfica 1).



Gráfica 1. Niveles de autoconfianza en los egresados de la Licenciatura en Enfermería.

En cuanto al nivel de ansiedad de los egresados, en general se encontró que el 66% tiene nivel bajo, 23% nivel medio y sólo 11% un nivel alto (Gráfica 2).

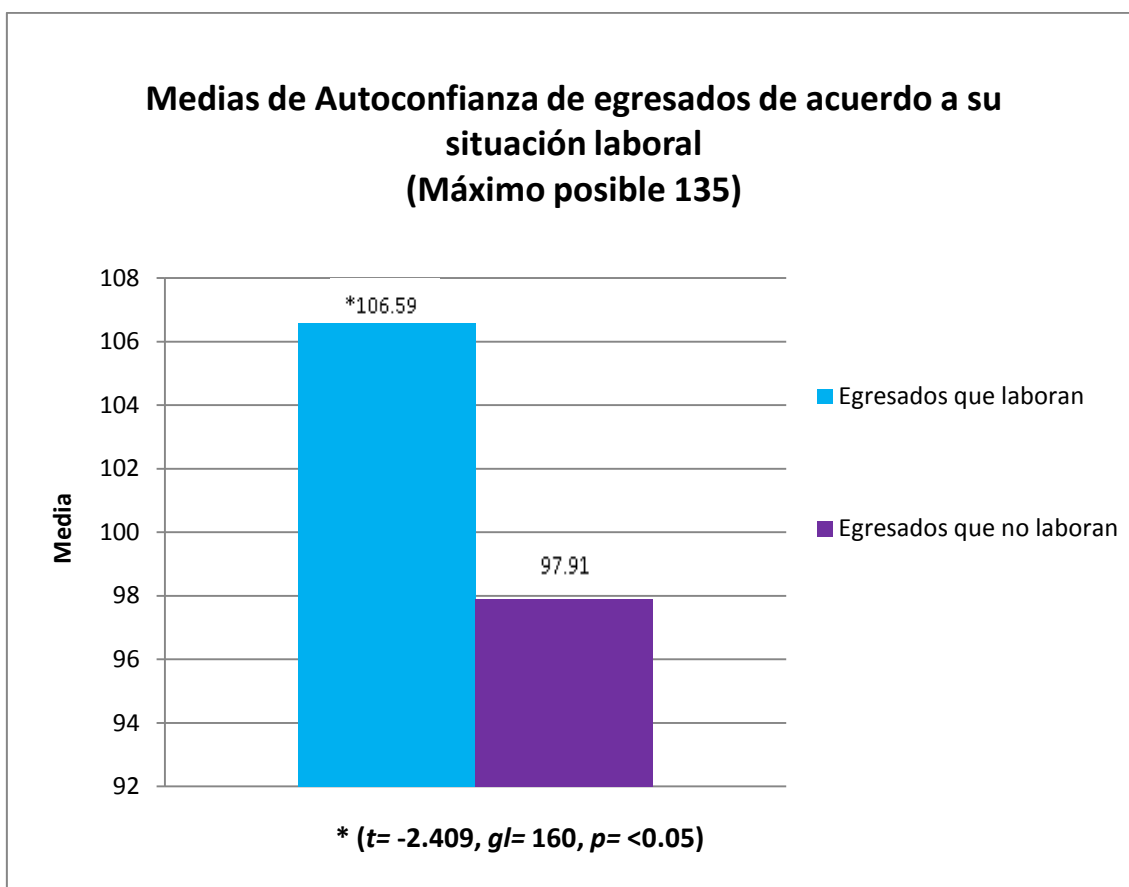


Gráfica 2. Niveles de ansiedad de los egresados de la Licenciatura en Enfermería.

4.3 De las comparaciones.

En lo que respecta a la autoconfianza y a la ansiedad de los egresados de la Licenciatura en Enfermería de la ENEO, según en el nivel de atención en donde se encontraban realizando su servicio social, no se encontraron diferencias estadísticas entre los egresados que lo realizaron en segundo nivel de atención y los de tercer nivel ($t = -1.323$, $gl = 160$, $p = .188$) y ($t = .702$, $gl = 160$, $p = .484$), respectivamente.

En lo que respecta a la autoconfianza de los egresados de la Licenciatura en Enfermería de la ENEO según a su situación laboral, se encontraron diferencias entre los egresados que laboran y los que no lo hacen ($t = -2.409$, $gl = 160$, $p = .017$). El grupo de egresados que laboran obtuvo un promedio mayor (106.59) comparado con el grupo de egresados que no lo hacen (97.91) (Gráfica 3).



Gráfica 3. Medias de autoconfianza de los egresados de la Licenciatura en Enfermería de acuerdo a su situación laboral.

En cuanto a la ansiedad de los egresados de la Licenciatura en Enfermería de la ENEO según a su situación laboral, no se encontraron diferencias entre los egresados que laboran y los que no lo hacen ($t = -.588$, $gl = 160$, $p = .557$). El grupo de egresados que laboran obtuvo un promedio mayor (43) comparado con el grupo de egresados que no lo hacen (39.75).

El 68% de los egresados que tuvieron un nivel alto en la dimensión del proceso de TDC: Uso de Recursos de Información y Escucha Completa, también obtuvieron un nivel alto de autoconfianza y 8% un nivel medio de autoconfianza. Los que tuvieron un nivel medio del uso de Recursos de Información y Escucha Completa, el 22% tuvieron un nivel medio y 1% un nivel alto de autoconfianza. Por último, los egresados que mostraron un nivel bajo del uso de Recursos de Información y Escucha Completa no mostraron niveles medios ni altos de autoconfianza (Tabla 3).

Nivel del uso de Recursos de Información y Escucha Completa	Nivel de Autoconfianza de los egresados	
	Medio	Alto
Bajo	1% 2	0% 0
Medio	22% 36	1% 2
Alto	8% 13	68% 109

Tabla 3. Niveles del uso de Recursos de Información y Escucha Completa en comparación con los niveles de Autoconfianza.

De los egresados que obtuvieron un nivel alto de “Información para Ver el Panorama General”, 61% tuvieron también un nivel alto y 2% un nivel medio de autoconfianza. De los que poseían un nivel medio de Información para “Ver el Panorama General”, sólo 22% tenían un nivel medio y 8% un nivel alto de autoconfianza. Los egresados que mostraron un nivel bajo de “Información para Ver el Panorama General” no mostraron niveles medios ni altos de autoconfianza (Tabla 4).

Nivel de Información para Ver el Panorama General	Nivel de Autoconfianza de los egresados	
	Medio	Alto
Bajo	1% 2	0% 0
Medio	28% 46	8% 13
Alto	2% 3	61% 98

Tabla 4. Niveles de Información para Ver el Panorama General en comparación con los niveles de Autoconfianza.

En el nivel alto de Saber y Actuar 55% de los egresados tuvieron un nivel alto y 2% un nivel medio de autoconfianza, en el nivel medio de Saber y Actuar 14% tenía un nivel alto y 28% un nivel medio de autoconfianza y finalmente los egresados que mostraron un nivel bajo de Saber y actuar no obtuvieron niveles medios ni altos de autoconfianza (Tabla 5).

Nivel de Saber y Actuar	Nivel de Autoconfianza de los egresados	
	Medio	Alto
Bajo	1% 2	0% 0
Medio	28% 46	14% 23
Alto	2% 3	55% 88

Tabla 5. Niveles de Saber y Actuar en comparación con los niveles de Autoconfianza.

En el caso de la ansiedad, los niveles del uso de Recursos de Información y Escucha Completa contrastados con los niveles de ansiedad, sólo 10% de los egresados que tuvieron un nivel alto de esta dimensión tuvieron un nivel alto de ansiedad y ningún egresado tuvo un nivel medio o bajo de ansiedad. Los egresados que mostraron un nivel medio de Recursos de Información y Escucha Completa 2% poseían un nivel bajo de ansiedad, 19% un nivel medio

y 1% un nivel alto. Por último, los egresados que mostraron un nivel bajo del uso de Recursos de Información y Escucha Completa 64% obtuvieron un nivel bajo de ansiedad, 4% un nivel medio y ningún egresado tuvo un nivel alto de ansiedad (Tabla 6).

Nivel del uso de Recursos de Información y Escucha Completa	Nivel de Ansiedad de los egresados		
	Bajo	Medio	Alto
Bajo	64%	4%	0%
	104	7	0
Medio	2%	19%	1%
	3	30	1
Alto	0%	0%	10%
	0	0	17

Tabla 6. Nivel del uso de Recursos de Información y Escucha Completa en comparación con los niveles de Ansiedad.

En el nivel alto de Información para Ver el Panorama General 10% de los egresados tuvieron un nivel alto y 2% un nivel medio, ningún egresado tuvo un nivel bajo de ansiedad. Los egresados que mostraron un nivel medio de Información para Ver el Panorama General, 1% tenía un nivel alto, 20% un nivel medio y 8% un nivel bajo de ansiedad. Por último, los egresados que tuvieron un nivel bajo de Información para Ver el Panorama General, 58% tenían un nivel bajo y 1% un nivel medio y ningún egresado mostró un nivel de ansiedad alto (Tabla 7).

Nivel de Información para Ver el Panorama General	Nivel de Ansiedad de los egresados		
	Bajo	Medio	Alto
Bajo	58% 94	1% 2	0% 0
Medio	8% 13	20% 32	1% 2
Alto	0% 0	2% 3	10% 16

Tabla 7. Niveles de Información para Ver el Panorama General en comparación con los niveles de Ansiedad.

En lo referente al nivel alto de Saber y Actuar, 10% de los egresados poseían un nivel alto y 1% un nivel alto de ansiedad, ningún egresado mostró un nivel bajo de ansiedad contrastado con esta dimensión. En el nivel medio de Saber y Actuar 12% tuvo un nivel bajo, 19% un nivel medio y 1% un nivel alto de ansiedad. Por último, de los egresados que tuvieron un nivel bajo de Saber y Actuar, 54% obtuvo un nivel bajo y 3% un nivel medio, ningún egresado tuvo un nivel alto de ansiedad (Tabla 8).

Nivel de Saber y Actuar	Nivel de Ansiedad de los egresados		
	Bajo	Medio	Alto
Bajo	54% 88	3% 4	0% 0
Medio	12% 19	19% 31	1% 2
Alto	0% 0	1% 2	10% 16

Tabla 8. Niveles de Saber y Actuar en comparación con los niveles de ansiedad.

V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los egresados son practicantes novatos y viven un proceso de transición profesional, por lo que se esperaría que tuvieran niveles de autoconfianza bajos y un alto nivel de ansiedad, sobre todo los del tercer nivel de atención. Sin embargo en este estudio como en el de White (2011), no fue así.

El conocimiento que es ofertado a los egresados durante la formación académica a nivel licenciatura proporciona herramientas necesarias para el desarrollo y el fortalecimiento de la autoconfianza para llevar a cabo el proceso de TDC, de tal forma que en este estudio no existieron egresados que tuvieran un nivel bajo de autoconfianza lo que coincide con lo declarado por la AACN (2008), por Bandura (1997) y con el estudio de White (2011).

El nivel alto de ansiedad en egresados responde a lo señalado por Bandura (1997) respecto a que mientras exista un alto nivel de autoconfianza, la ansiedad puede ser regulada y disminuida.

La autoconfianza aumenta cuando los egresados además laboran, lo que coincide con un estudio de Sergeev et al. (2012), aunque ellos midieron el nivel de autoconfianza en prácticas simuladas con maniquís, pudiera ser equivalente, en nuestros egresados al reforzamiento que experimentan cuando además de realizar su servicio social, laboran.

Aunque no existieron diferencias significativas entre la ansiedad y la situación laboral de los egresados, el hecho de que los egresados que laboraban tuvieran una media mayor que los que no lo hacían, puede estar asociado con las expectativas que se tienen respecto a que al tener experiencia laboral se reduce la posibilidad de cometer errores aunque los egresados sigan siendo practicantes novatos en proceso de desarrollo.

Los recursos de información y de una escucha completa son fundamentales en los egresados porque en su conjunto logran fortalecer y mantener la autoconfianza que es necesaria para iniciar y desarrollar el proceso de TDC que concuerda con el estudio de Campbell (2008) donde uno de los recursos de información primordiales fue la comunicación para desarrollar confianza en el proceso de TDC.

El uso de recursos de información y de escucha completa están directamente relacionados con la autoconfianza y con el proceso de socialización porque a mayor nivel de autoconfianza, mayor será el uso de recursos de información y de la escucha completa que concuerda con el estudio de White (2011) y de Tadeu *et. al.* (2006).

En este estudio como en el White (2011), los egresados con un nivel alto de autoconfianza utilizan la información para percibir todos los elementos del panorama general para elaborar diferentes opciones de decisión y ejecutar las intervenciones necesarias, es decir, las enfermeras que se auto perciben como profesionales, tienen la capacidad de integrar todos los elementos presentes en el panorama general.

El conocimiento poseído fortalece la autoconfianza en los egresados y al sentirse competentes pueden actuar en el proceso de TDC como lo observó Martins *et al.* (2014), el nivel alto de autoconfianza disminuye la posibilidad de cometer errores y de brindar una atención inoportuna e inadecuada.

En esta investigación se concuerda con White (2011) porque ningún egresado que tuviera un nivel alto de autoconfianza tenía un nivel bajo en cualquiera de las tres dimensiones de la TDC estudiadas, reforzando la importancia de la ansiedad como factor interviniente en la TDC.

Los egresados al ser practicantes novatos poseen mayor autoconfianza en el uso de recursos de información y escucha completa coincidiendo con lo postulado por Roche (2002) acerca de que los estudiantes novatos se apegan más a teorías y a reglas para iniciar el proceso de TDC.

En este estudio los egresados que tuvieron un nivel bajo en el uso de recursos de información y de escucha completa demostraron sentirse poco ansiosos ante esta situación, mientras que los egresados que tuvieron un nivel alto en esta dimensión, se sentían más ansiosos. Esto contradice lo mencionado por White (2011) respecto a que si los egresados tienen un alto nivel en el uso de recursos de información y escucha completa, tendrán un nivel bajo de ansiedad.

El nivel de ansiedad decrece conforme aumenta el nivel en la dimensión de información para ver el panorama general, los egresados que obtuvieron un nivel alto de ansiedad y de información para ver el panorama general, refuerzan lo observado por Flores-Villavicencio *et. al.* (2010) porque en su estudio las enfermeras novatas constantemente necesitan integrar conocimiento, habilidades técnicas, desarrollar e incrementar habilidades para la TDC y durante este trayecto generan altos niveles de ansiedad.

Los niveles altos de cada una de las dimensiones estudiadas no aseguran que la ansiedad sea inhibida o disminuida, pero tal como lo señaló White (2011) los niveles de autoconfianza mostrados por los egresados pueden ser los mecanismos de autorregulación de la ansiedad.

VI. CONCLUSIONES

Los niveles de autoconfianza y ansiedad pueden ser barreras emocionales que afecten la TDC de enfermería, el hecho de que incrementen o disminuyan durante la transición que viven los egresados hacia un ejercicio profesional, puede o no derivar en prácticas del cuidado seguras, responsables y de calidad (Benner, 2010).

En la búsqueda por formar profesionales de Enfermería cada vez más competentes para enfrentar problemas y escenarios complejos de la práctica, es importante estudiar factores como la ansiedad y la autoconfianza que intervienen en la TDC, a través de estrategias cognitivas, procedurales y actitudinales deliberadas, con las que el egresado desarrolle destrezas para afrontarlas y/o controlarlas de mejor manera.

La observación de los estudiantes por parte del docente, permite que se puedan detectar la aparición y/o el desarrollo de la autoconfianza y de la ansiedad para intervenir oportunamente y evitar consecuencias negativas de estas barreras emocionales, garantizando de esta forma el cuidado efectivo tanto para los estudiantes como para los pacientes, al tomar decisiones clínicas adecuadas.

La autoconfianza es un factor que interviene en gran medida en la TDC porque su presencia o ausencia marcan la diferencia entre tomar decisiones asertivas y éticas teniendo como finalidad el mantenimiento o la restauración de la salud del paciente, por tal motivo es necesaria la formación de profesionales independientes y analíticos, seguros de sí mismos.

Un alto nivel de autoconfianza garantiza que los egresados de enfermería puedan desenvolverse adecuadamente al utilizar recursos de información y mantener una escucha activa, porque al ser necesaria en el proceso de socialización, propicia una buena comunicación con el paciente y con el equipo de salud, quienes suelen ser el primer recurso de información utilizado.

Los egresados de enfermería al ser considerados como novatos, se encuentran en el desarrollo de sus habilidades para poder incorporar todos los elementos del panorama en general, un alto nivel de autoconfianza les proporciona

confianza en sus capacidades para tomar decisiones clínicas al introducir todos los elementos existentes, evitando o minimizando riesgos para el paciente y los estimula a continuar con su desarrollo para brindar un cuidado de calidad.

La autoconfianza es el conjunto de creencias en las propias capacidades y habilidades, por ende determina la seguridad con que los egresados aplican los conocimientos poseídos, el nivel de autoconfianza que poseen puede ser equiparable al nivel de conocimientos y de la misma forma, la seguridad con que los apliquen en el proceso de TDC.

El nivel de ansiedad de los egresados es proporcional al nivel del uso de recursos de información y escucha activa, en este estudio poco más de la mitad de egresados tuvieron un bajo nivel en el uso de recursos de información y de escucha completa y un bajo nivel de ansiedad al respecto, lo que supone desinterés por parte de ellos para suplir esa carencia por conocimiento y aprender a utilizar fuentes de información y/o mantener una escucha activa para apoyar el proceso de TDC.

Los enfermeros novatos están en proceso de desarrollo lo que les hace presentar dificultades para integrar todos los elementos del panorama general, por lo tanto la expectativa es que al detectar una carencia de esta habilidad apareciera la ansiedad y que en conjunto con un nivel alto de autoconfianza los motivara a adquirir destreza para iniciar y completar el proceso de TDC en esta etapa, sin embargo en este estudio el resultado fue contrario a lo esperado.

Los dos últimos pasos del proceso de TDC se relacionan directamente con poseer conocimiento y la habilidad de saber cómo, en dónde y cuándo aplicarlo, por ende es una competencia que se espera encontrar desarrollada al egreso de la licenciatura, pero poco más de la mitad de egresados obtuvieron un nivel bajo en esa dimensión y de ansiedad lo que lleva a pensar que los egresados probablemente consideran que el saber y actuar es una competencia que se adquirirá con el tiempo y que por esa razón no se debe generar ansiedad por su desconocimiento o incapacidad de aplicarla.

Implicaciones para la práctica y la educación en enfermería

1. Implicaciones para los programas curriculares

Debido a la influencia que existe a nivel internacional en la educación en enfermería para enseñar y utilizar teorías y modelos educativos para la TDC (Darbyshire y Fleming, 2008), es necesario implementarlos como estrategia de enseñanza del proceso dentro de una materia curricular, ya que los egresados serían guiados profesionalmente en el proceso estimulando el pensamiento crítico a través de un marco teórico fundamentado que a su vez apoye la resolución de problemas, mantenga su autoconfianza y en donde controlen la ansiedad durante el proceso.

Reconociendo que la autoconfianza y la ansiedad de los egresados de Enfermería pueden ser obstáculos para la formación de los egresados (White, 2011), y para que lleven a cabo un proceso de TDC de calidad es indispensable implementar el proceso de TDC como materia curricular, o como una serie de estrategias explícitas deliberadas y progresivas en todos los programas de Enfermería, porque se garantizaría que los profesionales adquieran las herramientas necesarias para desenvolver este proceso libres de ansiedad y con un alto nivel de autoconfianza.

Como ha sido señalado por White (2011) en la búsqueda por formar profesionales de Enfermería cada vez más competentes para enfrentar problemas y escenarios complejos de la práctica, es importante estudiar factores como la ansiedad y la autoconfianza que intervienen en la TDC, a través de estrategias cognitivas, procedurales y actitudinales deliberadas, con las que el egresado desarrolle destrezas para afrontarlas y/o controlarlas de mejor manera. Con ello, se conseguirá avanzar hacia una formación de profesionales independientes y analíticos, seguros de sí mismos.

La enfermería al ser considerada como disciplina de enseñanza superior necesita desarrollar una identidad profesional, el proceso de profesionalización y la TDC contribuyen en este desarrollo al propiciar la autoconfianza y el control de la ansiedad (Tadeu *et. al.*, 2006), es por ello que los docentes deben continuar desarrollando el proceso de socialización con los estudiantes, para que una vez que sean egresados demuestren estabilidad, generen compromiso

organizacional, estén satisfechos, demuestren autoconfianza que a su vez los motivará internamente y les permitirá iniciar, desarrollar y concluir la TDC conscientes del rol que desempeñan acorde a su profesión para otorgar un cuidado de calidad.

Se ha establecido que la educación en enfermería debe ser dentro de un enfoque holístico (Tadeu et. al., 2011) por lo cual, si los docentes en enfermería dirigen su atención no sólo en la transmisión de conocimientos sino también en la mente, cuerpo y emociones de los estudiantes, podrían reforzar su autoconfianza, y en el caso de la ansiedad, lograr disminuirla. La ausencia de una visión holística de los alumnos por parte de los docentes podrían reforzar que ellos lo retomen como modelo para la atención al paciente. También conllevaría desarrollar actitudes críticas y reflexivas para poder discriminar información durante la TDC siempre bajo un enfoque holístico que se demuestre a su egreso.

2. Implicaciones para los docentes.

Dentro de las responsabilidades de los profesores de enfermería está el desarrollar habilidades y capacidades cognitivas en los estudiantes para que puedan brindar un cuidado de calidad a su egreso en base a una TDC efectiva (Baxter y Boblin, 2008), es importante que los profesores reciban capacitación en el tema para que posteriormente desarrollen esas habilidades en los estudiantes y evitar fallas una vez que egresen y se inserten en el campo laboral.

La práctica clínica constante contribuye al desarrollo de habilidades, competencias, incrementa la autoconfianza y ayuda a disminuir y controlar la ansiedad, por esta razón durante las prácticas de laboratorio clínico convendría que los docentes realicen prácticas simulando situaciones reales dentro de un entorno seguro y supervisado, donde el estudiante tenga la oportunidad de desenvolverse, planteándose objetivos a conseguir mientras adquiere confianza en sí mismo y aprende a reducir y controlar la ansiedad; para que una vez que sean egresados, estas habilidades se plasmen en el ejercicio profesional.

La exposición constante a escenarios con problemáticas reales por parte de los profesores con experiencia clínica, propicia que los estudiantes generen experiencia para incluir todos los elementos presentes en el panorama general, por ello, si el docente de enfermería propicia un entorno simulado asegura el desarrollo de sus habilidades para generar hipótesis e intervenciones asertivas para obtener resultados positivos en los pacientes que es la finalidad de la TDC y dará la pauta para que la reflexión crítica ocurra.

El marco para la TDC incluye valores personales, emociones, experiencias aprendidas y la experiencia laboral por lo que es necesario que los profesores propicien un ambiente de práctica que comprenda estos elementos, para que el aprendizaje sea efectivo al compartir experiencias e identifiquen errores para evitar cometerlos cuando se enfrenten a escenarios reales.

El proceso de TDC inicia al obtener y utilizar recursos de información junto con la escucha activa, por lo que en caso de tener un bajo nivel de habilidad al utilizarlos deriva en una mala interpretación de la información u omisión que ocasiona errores en las intervenciones enfermeras hacia el paciente. De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio los profesores podrían continuar fortaleciendo la autoconfianza de los estudiantes y hacer énfasis en la importancia que representa el tener un bajo nivel de dominio, con la finalidad de que la ansiedad que llegara a presentarse se controle, pero que a su vez sea lo que los motive a adquirir expertez para evitar subestimar la comprensión del estado de salud del paciente.

Ya que el primer paso de la TDC es el uso de recursos de información es importante capacitar a los estudiantes en cuanto a la forma indicada de buscar información, proporcionar y explicar la forma de encontrar información en bases de datos especializadas en enfermería para garantizar que la TDC sea fundamentada en evidencia científica actual para brindar cuidado de vanguardia.

Sugerencias para posteriores estudios.

La ansiedad es un estado de aprensión anticipada, también se define como miedo y preocupación ante la posibilidad de que ocurra un evento negativo, si los egresados no manifiestan dicho estado emocional ante un bajo nivel en el Uso de recursos de información y escucha activa, al no percibir el Panorama general y en cuanto a el conocimiento adquirido y aplicarlo, se necesita realizar un estudio para conocer las razones que tienen para despreocuparse ante la posibilidad de una falla en la atención al paciente.

La TDC es una habilidad de suma importancia para la enfermería, incluso en el perfil de egreso de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia se destaca como una competencia que los graduados poseen, por este motivo es necesario realizar una investigación para identificar las materias curriculares en donde se puede insertar su enseñanza para fortalecer dicha habilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amado-Martins, J.C., Negrão-Baptista, R.C., Dias-Coutinho, V.R., Mazzo, A., Alves-Rodrigues, M. et al. (2014). Autoconfianza para intervención en emergencia: adaptación y validación cultural de la *Self-confidence Scale* en estudiantes de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 1-8. doi:10.1590/0104-1169.3128.2451

American Association of Colleges of Nursing. (2008). The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice (sitio en internet).

Bambini, D., Washburn, J. y Perkins, R. (2009). Outcomes of Clinical Simulation for Novice Nursing Students: Communication, Confidence, Clinical Judgment. *Nursing Education Perspectives*, 30(2), 79-82.

Baxter, P. y Boblin, S. (2008). Decision Making by Baccalaureate Nursing Students in the Clinical Setting. *Journal of Nursing Education*, 47(8), 345-350.

Beechler, S., Ciporen, R. y Yorks, L. (2013). Intersecting journeys in creating learning communities in executive education. *Action Research*, 11(3), 253-278. doi: 10.1177/1476750313485608

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., y Day, L. (2010). *Educating nurses A Call for Radical Transformation*. 51 Vista Lane, Stanford, CA 94305-8703: JOSSEY-BASS. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. p42.

Standing, M. (2010). Clinical judgement and clinical decision making in students of nursing. SAGE.

Cameron, M. E., Schaffer, M. M., & Park, H. A. (2001). Nursing Students' Experience of Ethical Problems and Use of Ethical Decision-Making Models. *Nursing Ethics*, 8(5), 432-447.

Campbell, E. T. (2008). Gaining Insight into Student Nurses' Clinical Decision-making Process. *Aquichan*, 8(1), 19-32.

Chernomas, W. M., y Shapiro, C. (2013). Stress, Depression, and Anxiety among Undergraduate Nursing Students. *International Journal Of Nursing Education Scholarship*, 10(1), 255-266. doi:10.1515/ijnes-2012-0032

Chesser, P. A., y Long, T. (2012). Understanding the influences on self-confidence among first-year undergraduate nursing students in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 145-157. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06001.x

Djulgovic, B., Hozo, I., Beckstead, J., Tsalatsanis, A., y Pauker, S. G. (2012). Dual processing model of medical decision-making. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 12(1), 94-106. doi:10.1186/1472-6947-12-94

Dunkley-Bent, J., & Jones, D. (2010). An evaluation of clinical decision making study days. *British Journal Of Midwifery*, 18(5), 302-306.

Flores-Villavicencio, M.E., Troyo-Sanromán, R., Valle-Barbosa, M.A. y Vega-López, M.G. (2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 13(1), 1-17.

Ganzer, C.A. y Zauderer, C. (2013). Structured Learning and Self-Reflection: Strategies to Decrease Anxiety in the Psychiatric Mental Health Clinical Nursing Experience. *Nursing Education Perspectives*, 34(4), 244-247.

González, S., Moran, L., Sotomayor, S., León, Z. et al. (2011). Un estudio comparativo de estilos de toma de decisión en estudiantes novatos y avanzados de enfermería de la UNAM. *Perfiles educativos*, 33(133), 134-143.

Iacobucci, T.A., Daly, B., Lindell, D. y Griffin, M.Q. (2012). Professional values, self-esteem, and ethical confidence of baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics*, 20(4), 479-490.

Jahanpour, F., Farkhondeh, S., Mahvash, S., Mohammad, H.K. et al. (2010). Clinical decision-making in senior nursing students in Iran. *International Journal of Nursing Practice* 16, 595-602. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01886.x

Jarauta, B. y Medina, J. (2012). Fuentes y procesos de aprendizaje docente en el contexto universitario. *Revista Española de Pedagogía*. 337-353.

Jefford, E., Fahy, K. y Sundin, D. (2011). Decision-Making Theories and their usefulness to the midwifery profession both in terms of midwifery practice and the education of midwives. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 246-253. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01900.x

Kukulu, K., Korukcu, O., Ozdemir, Y. et al. (2013). Self-confidence, gender and academic achievement of undergraduate nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 330-335.

Marshall, A.P., West, S.H., y Aitken, L.M. (2011). Preferred Information Sources for Clinical Decision Making: Critical Care Nurses' Perceptions of Information Accessibility and Usefulness. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 224-235. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00221.x

Mohr, C. y Schneider, S. (2013). Anxiety disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22(1), S17-S22.

Pearson, H. (2013). Science and intuition: do both have a place in clinical decision making?. *British Journal Of Nursing*, 22(4), 212-215.

Perry, P. (2011). Concept Analysis: Confidence/Self-confidence. *Nursing Forum*, 46(4), 218-230.

Prato, C.A. y Yucha, C.B. (2013). Biofeedback-Assisted Relaxation Training to Decrease Test Anxiety in Nursing Students. *Nursing Education Perspectives*, 34(2), 76-81.

Roche, J. (2002). A Pilot Study of Teaching Clinical Decision Making With the Clinical Educator Model. *The Journal of Nursing Education*, 41(8), 365-367.

Sergeev, I., Lipsky, A.M., Ganor, C., Lending, G., Abebe-Campino, M.G. et al. (2012). Training Modalities and Self-Confidence Building in Performance of Life-Saving Procedures. *Military Medicine*, 177(8), 901-906.

Shikai, N., Shono, M. y Kitamura, T. (2009). Effects of coping style and stressful life events on depression and anxiety in Japanese nursing students: A Longitudinal study. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 198–204. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01745.x

Secretaría de Salud. (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. *Diario Oficial de la Nación*.

Standing, M. (2010). Clinical Judgement and Decision-Making in Nursing and Interprofessional Healthcare. *McGraw-Hill Education*, 42.

Tadeu, G., Costa, I.A., Trevizan, M.A. y Day, R. (2006). Socialización profesional: estudiantes volviéndose enfermeros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 1-10.

Universidad Nacional Autónoma de México. (2003). Material Bibliográfico para la asignatura “Historia de la Enfermería”. *Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia*, 248-278.

Wang, Y., Chien, W., y Twinn, S. (2012). An exploratory study on baccalaureate-prepared nurses' perceptions regarding clinical decision-making in mainland China. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(11/12), 1706-1715. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03925.x

White KA. The Development and Validation of a Tool to Measure Self-Confidence and Anxiety in Nursing Students While Making Clinical Decisions [tesis doctoral]. Las Vegas, Nevada: University of Nevada, Las Vegas; 2011.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento para la recolección de datos Nursing Anxiety and Self-Confidence with Clinical Decision Making scale (NASC-CDM). Escala de Enfermería de Ansiedad y Autoconfianza en la Toma de Decisiones Clínicas (EAA-TDC).

La Dra. Krista A. White autorizó el uso del instrumento titulado Nursing Anxiety and Self-Confidence with Clinical Decision Making scale (NASC-CDM) desarrollado por ella para obtener su grado de Doctorado, bajo la siguiente condición: “La escala no puede ser impresa en ningún documento relacionado con su estudio o en ninguna publicación subsecuente derivada de la conclusión de su estudio de investigación”.

Cumpliendo con lo señalado por la Dra. White no es posible mostrar el instrumento aplicado.

Anexo 2. Autorización para la utilización del instrumento.



April 6, 2014

Dear Ms. Espinosa Rivera,

Thank you for your interest in the *Nursing Anxiety and Self-Confidence with Clinical Decision Making* (NASC-CDM) scale. This letter is written to acknowledge your request to utilize the NASC-CDM scale in your dissertation research study. You are granted permission to use the scale and modify the demographic questions to best accommodate the intent of your study.

One condition does exist in relation to the permission to use the NASC-CDM scale. The scale may not be printed in its entirety in any documents related to your study or in any subsequent publications which may commence upon the completion of this research study.

Please use the following notation when writing a sample of items:

Used with permission, Krista A. White PhD, RN, CCRN.

Best wishes with your upcoming research.

Sincerely,

Dr. Krista A. White Ph.D.

Krista A. White, Ph.D., R.N., CCRN
Instrument developer
Lancaster, PA
kawhite4288@gmail.com