



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**MODELO Y HABILIDADES PARA LA TOMA DE
DECISIONES CLÍNICAS DE LOS PASANTES DE
ENFERMERÍA EN SERVICIO SOCIAL**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN ENFERMERÍA
(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

PRESENTA

LIC. ENF. YARISBETH QUEZADA RAMÍREZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA LAURA MÓRAN PEÑA

ENEO

MÉXICO, D.F. ABRIL 2016



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **10 de febrero del 2016**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **YARISBETH QUEZADA RAMÍREZ** con número de cuenta **514025995**, con la tesis titulada:

“MODELO Y HABILIDADES PARA LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS DE LOS PASANTES DE ENFERMERÍA EN SERVICIO SOCIAL.”

bajo la dirección de la Doctora Laura Morán Peña

Presidente : Doctora Silvia Crespo Knopfler
Vocal : Doctora Laura Morán Peña
Secretario : Doctora María de los Ángeles Godínez Rodríguez
Suplente : Doctora Gandhi Ponce Gómez
Suplente : Doctor Juan Pineda Olvera

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cdad. Universitaria Cd. Mx. a 16 de marzo del 2016.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

**COORDINACIÓN DEL POSGRADO
DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

JEG-F6

AGRADECIMIENTOS

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM IN302614 Resolución de problemas y toma de decisiones clínicas en egresados de Enfermería. La perspectiva de la práctica reflexiva. Agradezco a la DGAPA-UNAM la beca recibida.

A la Dra. Laura Morán Peña por sus conocimientos y la orientación continua para la realización del presente trabajo, gracias por permitirme integrarme al grupo de investigación y ser una guía a lo largo de la maestría.

A los integrantes del proyecto, por su disponibilidad para trabajar en equipo compartiéndome su conocimiento y experiencia.

DEDICATORIA

A mis padres y a mi hermana Aracely por su amor y apoyo incondicional.

A mis amigos de San Luis Potosí que me cuidan a la distancia y a las nuevas amistades que he encontrado en esta ciudad y dentro de la maestría.

A Raúl y a Vicente por su cariño y compañía.

RESUMEN

Introducción. La toma de decisiones clínicas (TDC) es un proceso complejo a través del cual los enfermeros seleccionan las intervenciones dirigidas a brindar cuidado de calidad. Le subyacen modelos cognitivos que van de lo analítico (estructurada, lenta, visión parcial de la situación) a lo intuitivo, modelo propio de las enfermeras expertas (reconocimiento de patrones, generación de acciones rápidas para resolver problemas complejos). Los modelos y habilidades cognitivas permean la toma de decisión, por lo tanto son factores esenciales en el cuidado.

Objetivos. Analizar el modelo y habilidades cognitivas que permean la toma de decisiones clínicas de los pasantes de enfermería en la transición que vivencian de estudiantes a profesionales durante el servicio social. Identificar el modelo cognitivo y las habilidades para la toma de decisiones clínicas predominantes, así como su comportamiento según cada una de las etapas de dicho proceso.

Metodología. Se realizó un estudio descriptivo y transversal, con 119 egresados en servicio social en instituciones de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención. Se aplicó el instrumento "Toma de decisiones en enfermería" (Lauri y Salanterä, 2002) con 56 ítems medidos a través de una escala tipo Likert. A través de análisis descriptivo e inferencial se identificó el modelo cognitivo predominante y las habilidades para TDC por etapa: (A) recolección de información, (B) manejo de datos, (C) planeación, (D) implementación y evaluación de la condición del paciente.

Resultados. En general, el modelo predominante fue analítico-intuitivo (67%), lo cual es preocupante debido a que en un modelo más analítico existe una visión corta e inflexible de los problemas sobre los que deberán tomar decisiones. En la etapa "Manejo de datos" el 97% presentó un modelo analítico-intuitivo (lento, sin integralidad, ni simultaneidad), en contraste con "Implementación y evaluación de la condición del paciente" en el que predominó un modelo intuitivo-analítico (69%), lo que es positivo, sin embargo es cuestionable ya que si en la etapa Manejo de datos

predominó el modelo analítico-intuitivo, entonces podría haber la posibilidad de que los pasantes implementen intervenciones sin tener claro los problemas de salud del paciente. En las etapas “Recolección de datos” y “Planeación” no hubo predominio significativo de modelos.

En cuanto a las habilidades para la TDC la media fue de 166 ± 4.765 de 280, el modelo predominante en cada una de las dimensiones se evidenció a través de las habilidades cognitivas que guían cada etapa del proceso de toma de decisiones clínicas.

Conclusiones. El predominio del modelo analítico coincide con ser recién egresado, si las habilidades para la TDC no están plenamente desarrolladas, los problemas clínicos se identifican parcialmente, afectando la calidad del cuidado. Lo anterior es un foco de atención para las instituciones educativas y las instituciones de salud y son imprescindibles estrategias educativas que las promuevan. En cuanto al servicio social, se sugiere el acompañamiento clínico por parte de enfermeras expertas que guíen al pasante de enfermería en su inserción al ámbito asistencial, para continuar su formación en ambientes efectivos de aprendizaje y ello promueva el desarrollo de pensadores críticos que tomen decisiones clínicas competentes en su ejercicio profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. MARCO CONCEPTUAL.....	1
1.1 Toma de decisiones clínicas.....	1
1.1.1 Las etapas del proceso de toma de decisiones clínicas y su relación con el Proceso de atención de Enfermería.....	2
1.2 Modelos para la toma de decisiones clínicas.....	4
1.2.1 Teoría del Cognitivo Continuum.....	4
1.2.2 Modelo de adquisición de habilidades.....	7
1.3 Habilidades para la toma de decisiones clínicas.....	10
1.3.1 El Pensamiento crítico, razonamiento y juicio clínico en la toma de decisiones.	10
1.3.2 Habilidades cognitivas para la toma de decisiones clínicas	12
1.4 La formación de profesionales en enfermería.....	13
1.4.1 La educación de los profesionales de enfermería en México y América Latina	13
1.4.2 La disociación entre la teoría y la práctica en los recién egresados	14
1.4.3 La perspectiva de la práctica reflexiva en la formación de los profesionales de enfermería	16
1.5 El Servicio Social y los programas de residencia como estrategias de culminación de formación del enfermero.....	17
1.6 Estudios Antecedentes.....	20
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
2.1 OBJETIVOS	27
3. MATERIAL Y MÉTODOS	28
3.1 Tipo de estudio.....	28
3.2 Población	28
3.3 Operacionalización de Variables	28
3.4 Procedimientos.....	31
3.4.1 Recolección de datos.....	31
3.4.2 Instrumento de medición.....	31
3.4.3 Confiabilidad y validez del instrumento	33
3.4.4 Diseño estadístico.....	34
3.5 Aspectos éticos y legales	34
4. RESULTADOS.....	35

4.2 Análisis estadístico	37
4.2.1 Análisis descriptivo de los Modelos para la toma de decisiones clínicas	37
4.2.2 Análisis descriptivo de las Habilidades para la toma de decisiones clínicas.....	39
4.3.1 Análisis inferencial de los Modelo de toma de decisiones clínicas.....	48
4.3.2 Análisis inferencial de las Habilidades para la toma de decisiones clínicas.....	49
5. DISCUSIÓN	49
5.2 Habilidades para la toma de decisiones clínicas	53
6. CONCLUSIONES	54
7. CONSIDERACIONES FINALES.....	56
7.1 Limitantes del estudio.....	56
7.2 Implicaciones para la educación de enfermería.....	56
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
9. ANEXO	63

Índice de Figuras

Figura 1. Propiedades de la intuición y el análisis	6
Figura 2. Modos de cognición	7
Figura 3. Modelo de adquisición de habilidades	8

INTRODUCCIÓN

Las universidades en todo el mundo se encuentran en estado de transición permanente para responder a los constantes cambios de la sociedad, evaluando sus planes de estudio y los diferentes elementos involucrados en la formación de profesionales competentes, ello para ajustarse a los requerimientos actuales, presiones sociales y políticas. En el caso de México el recién egresado de enfermería se enfrenta a la realidad de los servicios de salud al ingresar al servicio social. El pasante de enfermería bajo las leyes mexicanas es un estudiante de enfermería de una institución educativa que ha cumplido los créditos académicos exigidos en el plan y programas de estudio, cuya función es fortalecer los conocimientos adquiridos durante su formación profesional y aplicarlos en beneficio de la sociedad a través del servicio social, éste podría verse como un equivalente a los programas de residencia implementados en diferentes países, sin embargo el propósito específico de aquellos programas es facilitar la adaptación al medio hospitalario a través de estrategias que conlleven a desarrollar habilidades clínicas en los recién graduados.

Un aspecto esencial de la práctica profesional de enfermería es la toma de decisiones clínicas (TDC) en la cual influyen aspectos tanto de la persona como del medio que la rodea. Dentro de los factores personales se encuentran los modelos cognitivos a través de los cuales el egresado seleccionará el curso de sus acciones, el cual puede ser desde totalmente analítico a totalmente intuitivo, siendo la aplicación de un modelo intuitivo más ideal para brindar cuidados de calidad a las personas.

Por otra parte, existen las habilidades cognitivas necesarias para que el pasante de enfermería pueda realizar una toma de decisiones competente, las cuales continúan en desarrollo durante el servicio social.

La formación académica de licenciados en enfermería es por lo tanto un proceso complejo, implica el desarrollo de conocimientos tanto teóricos como prácticos que le permitan tomar decisiones competentes en escenarios plenos de incertidumbre, ya que los egresados de enfermería al ingresar al servicio social, se enfrentan a las complejas demandas de los servicios de salud.

En algunas ocasiones los pasantes no son supervisados u orientados, a la vez que se enfrentan a grandes retos al brindar atención, ya sea por la complejidad del estado de salud del paciente, el uso de tecnologías que desconocen o no dominan y otros factores propios del ambiente de trabajo.

En el caso de México, la importancia del análisis de los modelos y habilidades para la toma de decisiones clínicas se hace evidente en tanto que los escenarios a los que se insertan los egresados demandan habilidades cognitivas que conlleven a una toma de decisiones más intuitiva.

Por lo anterior, para las instituciones de educación superior es muy importante analizar los modelos cognitivos predominantes ya que de esta manera podrán conocer cómo es que los recién egresados de enfermería llevan a cabo este proceso en instituciones de los tres niveles de atención a la salud y además observar la percepción del desarrollo de sus habilidades en las diferentes etapas de dicho proceso, con lo que podrán identificar áreas de oportunidad.

Por otra parte, ha sido poco explorado el desarrollo de los modelos y habilidades cognitivas en América Latina, específicamente en México, de ahí la importancia de enfocarse en dichos fenómenos a través de estudios formales.

Por último, es importante mencionar, que la educación como parte vital del cuidado, implica que sea objeto de estudio de la investigación en enfermería, ello es esencial en la constante búsqueda por mejorar los procesos de enseñanza y a la formación de profesionales reflexivos.

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1 Toma de decisiones clínicas

En enfermería la toma de decisiones clínicas (TDC) es considerada como un elemento importante de la práctica clínica ya que de ello depende el curso de las acciones que se implementarán. La palabra decisión proviene del latín *de-cidere*, es un término relacionado a conceptos como: incisión, precisión, preciso, conciso, circuncisión, cisura, cesura, occiso; también se refiere a “un proceso de deliberación e implica directamente la voluntad... involucra la atención y diversas conductas racionales e irracionales”.¹

Existen diversos conceptos sobre la TDC, Lauri y Salanterä² la definen como un proceso muy complejo que consta de una serie de decisiones, incluyendo las observaciones que se hagan en una situación del paciente, la evaluación de los datos observados, y las acciones que deben tomar para lograr los resultados deseados.

Por otra parte Tiffen, Corbridgen y Slimer³ a través de una revisión de la literatura y la retroalimentación por parte de enfermeras clínicas han propuesto que la toma de decisiones clínicas es contextual, es un proceso continuo que evoluciona, en él se recogen datos, se evalúan y se interpretan para seleccionar una acción basada en la evidencia.

Otro de los autores que se han encargado de conceptualizar la TDC es Standing, quien la define como “un proceso complejo, implica el procesamiento de

información, pensamiento crítico, evaluación de evidencia, aplicación de conocimiento relevante, habilidades para resolver problemas, reflexión y juicio clínico para seleccionar el mejor curso de las acciones que optimice la salud del paciente y disminuya cualquier daño potencial”⁴.

Como se puede observar, los primeros conceptos describen parte de la complejidad de la TDC e incluyen las diferentes etapas del proceso, sin embargo, para la presente investigación se ha seleccionado la definición que realiza Standing ya que incluye habilidades cognitivas necesarias y se considera que tiene una visión más integral de dicho proceso.

1.1.1 Las etapas del proceso de toma de decisiones clínicas y su relación con el Proceso de atención de Enfermería

La toma de decisiones clínicas como un proceso comprende diferentes etapas, existen diversas propuestas desde diversas disciplinas como la psicología. En enfermería las autoras Sirka Lauri y Sanna Salanterä² proponen cuatro etapas, las cuales se describen a continuación:

- A. *Recolección de información para la interpretación del estado del paciente*: es la selección, recolección y evaluación de información relevante sobre la situación del paciente.
- B. *Manejo de la información y la definición de los problemas de enfermería*: es la organización y análisis de la información objetiva y subjetiva para la definición del estado de salud de paciente.

- C. *Planeación*: es el desarrollo de un plan de acción dirigido a las necesidades del paciente.
- D. *Implementación de enfermería, seguimiento y evaluación de la condición del paciente*: es la ejecución de un plan de acción de enfermería y evaluación del impacto de las acciones en el estado de salud del paciente.

Como se puede observar, dicho proceso coincide con las etapas del Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación⁵. La American Nursing Association las describe de la siguiente manera⁶:

- A. *Valoración*: es la recopilación y análisis de datos sobre el paciente, se realiza de manera sistemática y dinámica, incluye datos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, espirituales, económicos, así como factores del estilo de vida.
- B. *Diagnóstico*: es el juicio clínico de la enfermera sobre la respuesta humana del paciente a condiciones o necesidades de salud reales o potenciales.
- C. *Planeación*: se basa en la valoración y el diagnóstico, en ella la enfermera fija a corto y largo alcance metas medibles y alcanzables para este paciente
- D. *Ejecución*: es la implementación del plan de cuidados, asegura la continuidad de la atención para el paciente durante la hospitalización y el alta.
- E. *Evaluación*: en esta última etapa se evaluará el estado del paciente y la eficacia de la atención de enfermería de manera continua, posterior a ello el plan de atención deberá modificarse según sea necesario.

Analizando las definiciones de las etapas de ambos procesos, podemos observar que las descritas por la American Nursing Association, se refieren directamente al proceso de Atención de Enfermería, pero tratándose el presente de un estudio sobre toma de decisiones clínicas, se retomará el modelo de Lauri y Salanterä que analiza los modelos que subyacen a la toma de decisiones clínicas, que incluyen ambos modos cognitivos (analítico e intuitivo) los cuales se explicarán en párrafos posteriores.

1.2 Modelos para la toma de decisiones clínicas

Existen diversas teorías que intentan explicar la toma de decisiones clínicas, algunas de ellas se enfocan principalmente en dos modelos cognitivos. El primero es el modelo analítico que incluye información de lento procesamiento, es secuencial, utiliza reglas lógicas, y la organización de tareas específicas. El segundo modelo es el intuitivo que incluye un rápido procesamiento de la información, simultaneidad, el reconocimiento de patrones, la evaluación de señales a nivel de percepción, y el principio de organizador promedio ponderado.

El planteamiento anterior, realizado por Lauri y Salanterä se ha basado en las aportaciones de la Teoría del Cognitivo Continuum y del Modelo de Adquisición de Habilidades, en los cuales se profundizará a continuación.

1.2.1 Teoría del Cognitivo Continuum

Desde la década de 1980 Hammond ha estudiado el juicio y la toma de decisiones, reconoce que el proceso de toma de decisiones es fluido y no lineal. Esta teoría incluye ambos procesos cognitivos el analítico y el intuitivo reconociendo rivalidad

entre ambos⁷. Dicho autor señala que las características de la tarea harán que el tomador de decisiones pase de un modo a otro y si por ejemplo, el enfoque analítico falla, entonces la persona volverá a utilizar la intuición. La teoría es amplia y se puede aplicar a diferentes características y problemas que los profesionales de enfermería puedan enfrentar⁸.

Para Hammond el juicio es una función conjunta de las propiedades cognitivas del sujeto y las propiedades del problema o tarea y señala que una problemática respecto al estudio del juicio es que los psicólogos se han centrado en el comportamiento de las personas para predecirlo y han ignorado las características del problema al que se enfrenta dicho sujeto.

El autor trata de responder a la problemática planteada a través de cuatro grandes conceptos principales, las metateorías de la correspondencia y la coherencia, así como los conceptos teóricos intuición y análisis.

El objetivo de la metateoría de la correspondencia es describir y explicar el proceso por el cual el juicio de una persona logra precisión empírica, a diferencia de la metateoría de la coherencia que propone describir y explicar el proceso por el cual el juicio de una persona logra racionalidad lógica o matemática⁹.

Hammond define el análisis como un proceso consciente, consistente, lo detalla como de alto control cognitivo, con un procesamiento de datos lento y alto grado de confianza en el método. Por otro lado, la intuición implica el procesamiento de datos rápido e inconsciente, implica la participación de bajo control cognitivo, baja conciencia y poca confianza en el método (Figura 1).

Intuición	Análisis
Control cognitivo: bajo Conocimiento de la actividad cognitiva: bajo Cantidad de cambio a través de los indicadores: alto Velocidad de la actividad cognitiva: alta Memoria: datos brutos o eventos compartidos Utiliza metáforas: pictórico	Control cognitivo: alto Conocimiento de la actividad cognitiva: alto Cantidad de cambio a través de los indicadores: bajo Velocidad de la actividad cognitiva: bajo Memoria: complejo, almacena principios Utiliza metáforas: verbal, cuantitativo

Figura 1. Propiedades de la intuición y el análisis propuestas por Hammond K.R. 2000.

Desde el planteamiento de la teoría del Cognitivo Continuum el volumen y naturaleza de la información se relacionan con el juicio, en cuanto más estructurada es una tarea más analítica será la decisión. Uno de los planteamientos más importantes de esta teoría es que existen diferentes modos o formas de cognición ordenadas en un continuum que en un polo tiene el modo analítico y en el otro polo el modo intuitivo¹⁰.

Los diferentes modos de cognición los define como procesos cuasiracionales que ocupa la región central del cognitivo continuum y por lo tanto incluyen elementos o propiedades tanto de la intuición como del análisis.

Continuando con el planteamiento anterior, Hamm citado por Cader⁸ afirma que existen seis modos de cognición los cuales representan seis formas de estructurar los juicios y las decisiones como se muestra en la siguiente figura (Figura 2).

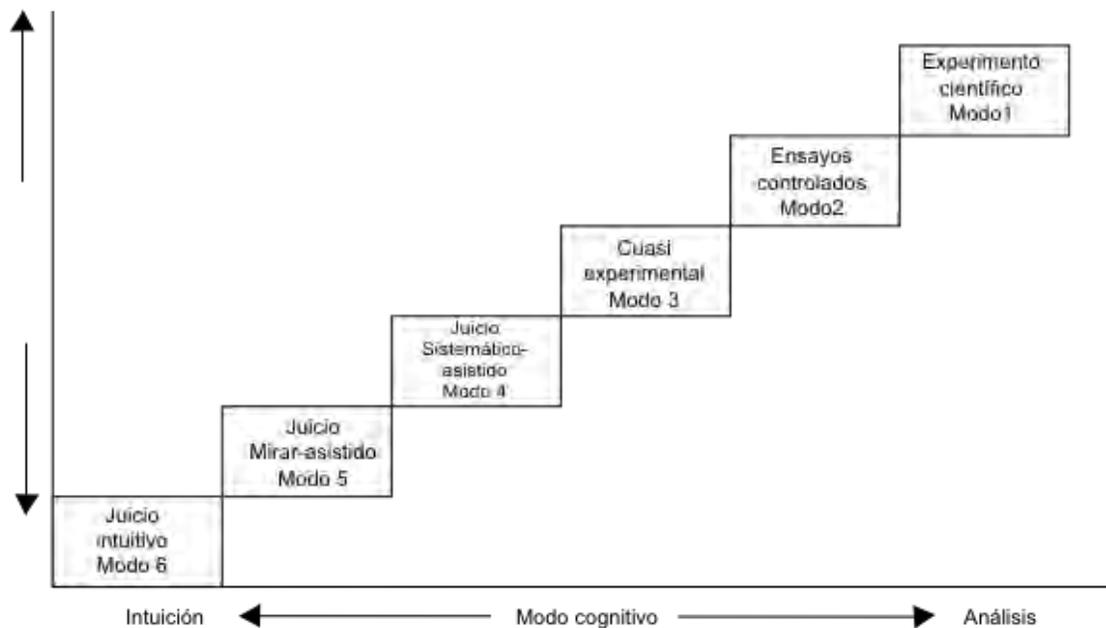


Figura 2. Modos de cognición propuestos por Hamm R.M. 1988.

Por último el autor ha descrito que en circunstancias que requieren más de lo que la experiencia ha proporcionado, se requiere del aprendizaje y este debe ser asistido, ya sea a través de experiencia o la tutela.

1.2.2 Modelo de adquisición de habilidades

En enfermería Patricia Benner es una de las teóricas de enfermería que se ha dedicado a estudiar la práctica clínica de la enfermera, a partir de lo cual plantea que el conocimiento aumenta con el tiempo y la experiencia. Esta autora ha establecido distinción entre el conocimiento teórico y práctico, retomando a Kuhn y Polany describe que “el saber práctico consiste en la adquisición de una habilidad que puede desafiar al saber teórico”¹¹ situación a la que se enfrentan los pasantes de enfermería.

Para describir el desarrollo progresivo de las habilidades, Benner ha retomado las cinco etapas de novato a experto propuestas por Dreyfus y Dreyfus¹²: novato, principiante avanzado, competente, eficiente y experto (Figura 3), en el primero de ellos ubica a las personas que se enfrentan a una situación o área desconocida, sugiriendo que dentro de esta categoría se ubiquen los estudiantes de enfermería pero además aquellas enfermeras expertas que se incluyan a un área nueva.¹³

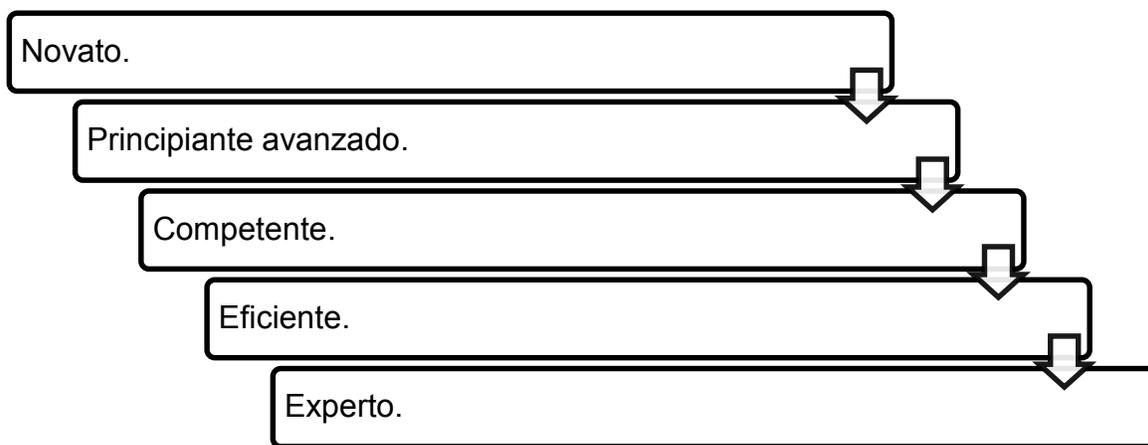


Figura 3. Modelo de adquisición de habilidades propuestos por Benner P. 1987.

Por otra parte la teórica señala que los niveles se diferencian principalmente en dos aspectos generales: a) el primero es el cambio de dependencia a los principios abstractos por el uso del pasado, concreta la experiencia como paradigma; b) el segundo es un cambio en la percepción y la comprensión de la situación, ya que la situación se ve menos como una compilación de pedazos igualmente relevantes y como un todo completo en el que sólo ciertas partes son relevantes.¹⁴

Basados en el planteamiento anterior, es importante considerar que aun cuando el egresado durante su formación académica tuvo experiencias de práctica en la

clínica, su quehacer sigue siendo limitado para adquirir las habilidades y las experiencias por ser un entorno controlado, por lo tanto es de esperarse que al incorporarse al ámbito hospitalario durante el servicio social, se cuestione la aplicabilidad de sus conocimientos teóricos. Esta situación puede ser explicada por Benner cuando afirma que “las situaciones prácticas son mucho más complejas de lo que puede constatarse mediante las descripciones de los modelos formales, de las teorías y de los libros de texto”¹¹.

Por otro lado, trasladando las habilidades requeridas para la toma de decisiones de los pasantes de enfermería al modelo de Benner, ellos estarían en el nivel de principiante, debido a que no cuentan con experiencia previa de la situación a la que deben enfrentarse, ya que la experiencia que tienen durante el servicio social es diferente a la que tuvieron en la práctica durante la etapa de estudiantes; por lo tanto, no se puede esperar que los egresados dominen todas las situaciones reales donde llevan a cabo decisiones clínicas que repercuten en el estado de salud de los pacientes, pero que las irán desarrollando paulatinamente.

En relación a la problemática anteriormente presentada, las instituciones de educación en conjunto con las instituciones de salud deben trabajar en las habilidades con que cuenta el egresado para que se facilite la transición hacia la categoría de competente, en la que la enfermera percibe un entorno más organizado, se presenta una toma de decisiones intuitiva a partir de la cual planifica y coordina múltiples exigencias del cuidado.¹⁵

En cuanto a una toma de decisiones intuitiva, la autora reconoce la connotación negativa que tiene este término, ya que intuición suele ser entendida como comprensión sin una justificación o como la base de actos irracionales basado en la duda. Sin embargo, a partir de sus estudios realizados en los ochenta, Benner propone el juicio intuitivo como la diferencia entre la enfermera experta y los novatos o las máquinas, describiéndolo como el reconocimiento de patrones, similitud de reconocimiento, comprensión del sentido común, conocimiento experto, sentido de relevancia y racionalidad deliberada.¹⁶

Por lo anterior, se desea que la toma de decisiones del egresado sea más intuitiva para que de esta manera, a través de una toma de decisiones experta brinde cuidados dirigidos a las necesidades del paciente.

1.3 Habilidades para la toma de decisiones clínicas

1.3.1 El Pensamiento crítico, razonamiento y juicio clínico en la toma de decisiones.

La práctica de enfermería demanda del profesional diferentes procesos cognitivos indispensables para poder prestar servicios de calidad a la población, dentro de ellos se encuentra el pensamiento crítico, el razonamiento clínico, el juicio clínico y la toma de decisiones clínicas.

Los procesos mencionados anteriormente, son grandes constructos que han sido estudiados dentro de la disciplina en la búsqueda por mejorar las prácticas de los cuidados y los procesos de enseñanza¹⁷. Algunas veces dichos constructos son utilizados como sinónimos de otros debido a que en la práctica clínica están

interrelacionados, por lo que al hablar de habilidades en el presente análisis se considera relevante diferenciarlas.

El razonamiento clínico es definido por Fonteyn y Ritter¹⁸ como los procesos cognitivos y estrategias utilizadas para entender el significado de los datos sobre el estado de salud del paciente para identificar y diagnosticar problemas reales o potenciales, para tomar decisiones clínicas que colaboren en la solución de problemas y se obtengan resultados positivos.

En cuanto al pensamiento crítico, es definido como un tipo de pensamiento que es: activo, reflexivo, integral, autodirigido y por lo tanto es complejo, está encaminado a decidir qué hacer y qué creer de un tema o situación.¹⁹

Otro de los conceptos indica que es el arte de analizar y evaluar pensando con el fin de mejorar, es autodirigido, autodisciplinado, autocontrolado y lleva a cabo la autocorrección²⁰. Como se puede observar, ambos coinciden en que este tipo de pensamiento es analítico integral y autodirigido, es a través de estas habilidades cognitivas que el enfermero podrá comprender el estado de salud del paciente para identificar sus principales problemas y diseñar e implementar intervenciones que permitan responder a esa necesidad o disminuir cualquier daño potencial.

Por otra parte Thomson y Downding²¹ señalan que la toma de decisiones está estrechamente vinculada al juicio clínico y que no se puede examinar un constructo sin entender el otro. En ese sentido es descrito por Tanner²² como la interpretación o conclusión acerca de las necesidades del paciente (preocupaciones o problemas de salud) y la decisión de tomar medidas, utilizar estándares o improvisar acciones

nuevas que se consideren apropiadas por la respuesta del paciente. Por lo anterior, se entiende el juicio clínico como la identificación y evaluación de diferentes posibilidades para resolver un problema y se diferencia de la TDC a través de la cual se selecciona la mejor acción para responder a las necesidades del paciente.

1.3.2 Habilidades cognitivas para la toma de decisiones clínicas

El proceso de toma de decisiones clínicas implica una serie de habilidades que determinará la competencia de ellas. Algunos autores señalan que la TDC requiere de la negociación interpersonal, sensibilidad, conciencia y consideración del medio y la persona con quien se trabaja, se da bajo el pensamiento hipotético-deductivo e implica el proceso de razonamiento clínico.²³

Para Alfaro- LeFevre²⁴ el pensamiento crítico es una herramienta que lleva al juicio clínico y por lo tanto a una toma de decisiones competente, señala las siguientes habilidades para el pensamiento crítico: identificación de las asunciones, identificación de un enfoque organizado para llegar al descubrimiento, distinguir lo relevante de lo irrelevante, reconocer las inconsistencias, distinguir lo normal de lo anormal e identificar claves, agrupar la información relacionada, identificar los patrones (problemas), identificar la información que falta, extraer conclusiones válidas, considerar varias conclusiones diferentes, identificar la causa subyacente así como las prioridades, determinar objetivos realistas, desarrollar un plan completo, evaluar y corregir nuestro pensamiento.

Por otra parte, las habilidades cognitivas que llevan a una toma de decisiones competente dependerán del modelo cognitivo que empleen las enfermeras durante su práctica por lo que en los siguientes párrafos se profundizará en ello.

1.4 La formación de profesionales en enfermería

Las universidades en todo el mundo se encuentran en estado permanente de transición para responder a los constantes cambios de la sociedad, evaluando sus planes de estudio para ajustarse a los requerimientos actuales, presiones sociales y políticas²⁵, a través de la formación de egresados competentes.

Dentro de este panorama, es importante reconocer la educación en enfermería como un proceso complejo que tiene como objetivo la formación de profesionales que respondan a las necesidades de cuidado de la sociedad, por ello en los siguientes párrafos se profundizará en la problemática que presenta dicho proceso.

1.4.1 La educación de los profesionales de enfermería en México y América Latina

En América Latina uno de los problemas más grandes de la educación es la desigualdad, enfrentándose a la “falta de acceso, altas tasas de deserción prematura, baja calidad de la enseñanza, inadecuada organización de los currículos, contenidos y metodologías y el incorrecto proceso de educación permanente de los docentes”²⁶, por lo que se afecta la experiencia de la enseñanza superior.

Así mismo, Sena señala que uno de los principales desafíos de la educación de enfermería es superar la estratificación social de los alumnos, la tradición y la marca

conservadora que aun predomina en las escuelas y facultades de enfermería evidenciada por las prácticas pedagógicas de sus programas y cursos.

Otra aspecto importante que menciona la autora, es que se debe trabajar en estrategias que transformen dichas prácticas y se deberán aplicar a todos los niveles de enseñanza del personal de enfermería.²⁶ Ello es muy importante ya que otro de los grandes problemas es la desregularización de la formación de profesionales en enfermería.

En ese contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha declarado una serie de orientaciones para la educación de enfermería en 2020, en la que señala el “papel central en la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería, en la calidad y pertinencia de los cuidados y en el desarrollo de capacidad institucional en salud”²⁷ que tiene la educación. Se coincide con el planteamiento anterior y en la búsqueda de contribuir a la calidad de los cuidados desde la educación, se considera de vital importancia el desarrollo de una toma de decisiones competente en los egresados de enfermería.

1.4.2 La disociación entre la teoría y la práctica en los recién egresados

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el egresado es la disociación teórico-práctica, Molina y Jara al hablar de la formación académica han señalado que el saber teórico “sirve para que el individuo asimile un determinado conocimiento y establezca relaciones que le permitan comprender diferentes sucesos” el cual, cuando los estudiantes de enfermería tienen contacto con la

práctica, comienzan a cuestionar, así mismo “una vez que ya se es profesional, la sensación de no tener la habilidad técnica o el conocimiento teórico para resolver determinados problemas permanece”, por lo tanto, es necesario desarrollar herramientas en los estudiantes que faciliten la resolución de problemas en la práctica; “los formadores deben fomentar la toma de decisiones, la creación de estrategias, y la capacidad de resolver problemas de forma independiente”²⁸.

El proceso de enseñanza en enfermería incluye una formación teórica, que usualmente se plantea en las aulas, así como una formación teórico-práctica llevada a cabo en laboratorios y en los diferentes campos clínicos (hospitales, centros de salud, asilos, entre otros), en los cuales se pretende formar sujetos reflexivos que implementen cuidados de calidad. Por otro lado, aun cuando se tiene la intención de formar pensadores críticos, en ocasiones los profesores emplean técnicas didácticas que más que motivar al alumno, parecen buscar la memorización de procesos o datos, que más que apoyar su desarrollo, lo inhiben.

El conocimiento en los laboratorios es fragmentado, no permite al estudiante comprender la realidad de manera holística, se emplean escenarios imaginarios centrados en el estado de salud del paciente ignorando la falta de insumos, las relaciones interpersonales, la sobrecarga de trabajo en las instituciones de salud y las respuestas humanas de las personas sujetas de cuidado.

Aun en los ambientes hospitalarios donde realizan prácticas, los estudiantes tiene la percepción de un entorno más controlado ya que se encuentran bajo la

supervisión de un docente o el personal del hospital, sin embargo, dicha asesoría se pierde al ingresar al servicio social.

Al insertarse a la práctica profesional y como han señalado Molina y Jara,¹⁵ y Bandura en su teoría social del aprendizaje, el aprendizaje por imitación adquiere mayor importancia en los egresados de enfermería, ya que probablemente aprendan a ajustarse a los cuidados rutinarios de un servicio en lugar de aprender a aplicar sus conocimientos para responder a las necesidades de salud de cada individuo. Otros autores en Latinoamérica coinciden en la importancia de profundizar en el estudio de esta problemática.²⁹

1.4.3 La perspectiva de la práctica reflexiva en la formación de los profesionales de enfermería

Desde los ochentas, Donald Schön³⁰ ha cuestionado la formación académica de las universidades, ya que muchas veces no se prepara al egresado para responder a los complejos problemas de la práctica. Por lo anterior, ha propuesto que la formación de profesionales se dirija al *practicum reflexivo*, es decir a una práctica reflexiva.

Es importante señalar que el concepto de práctica reflexiva se refiere a la “reflexión en la acción” y a la “reflexión sobre la acción”, es decir ve al egresado como un profesional que analiza su actuar para responder a zonas indeterminadas de su práctica.

El concepto de práctica reflexiva ha sido retomado por diferentes autores dentro de la disciplina enfermera, uno de ellos es Medina Moya quien ha identificado la necesidad de un cambio en la manera que percibimos la relación teoría-práctica y ve la teoría de Shön como una herramienta para acercar cada vez más la formación académica hacia la realidad³¹.

La complejidad de los servicios de salud, requiere del profesional de enfermería una continua reflexión de su saber práctico, ya que formar a los futuros egresados para un cuestionamiento consciente en la acción y sobre la acción puede ayudar la mejora de las prácticas del cuidado y a la fundamentación de las mismas, por lo tanto, debe existir un constante esfuerzo en la transformación de las prácticas educativas por parte de los diferentes elementos que participan en la formación de los profesionales de enfermería para lograr desarrollar este tipo de pensamiento complejo.

1.5 El Servicio Social y los programas de residencia como estrategias de culminación de formación del enfermero.

En México, uno de los procesos más complejos que enfrentan los estudiantes de enfermería es la transición que realizan al servicio social, ya que durante esta etapa se insertan al contexto profesional sin ser uno ni otro, es decir, no son estudiantes y tampoco son profesionales. Al respecto existen normas oficiales que regulan dicho servicio de las cuales se hablará en los siguientes párrafos.

Una de ellas es la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-010-SSA3-2012, Educación en salud. Utilización de campos clínicos para las prácticas clínicas y el servicio social de enfermería, que señala la realización del servicio social como un requisito para obtener el título de licenciado en enfermería y lo conceptualiza como los servicios que prestan los estudiantes que cursan planes y programas de estudio para la formación de recursos humanos en salud, de forma temporal y obligatoria en interés de la sociedad y del Estado.³²

Por otra parte la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud el pasante de enfermería es quien define al pasante de enfermería en servicio social³³ y lo describe como un estudiante de enfermería que ha cumplido los créditos académicos exigidos en el plan y programas de estudio que debe contar con la constancia de adscripción y aceptación expedida por la Secretaría de Salud, así mismo esta norma ubica a los pasantes de enfermería dentro del personal no profesional de enfermería, por no contar con un título que demuestre que ha concluido su formación.

Otras de las pautas que establece dicha norma, son las actividades a realizar por parte de los pasantes, señalando que su función primordial es de colaboración asistencial directa o indirecta de los profesionistas de la salud y debido a su nivel de capacitación debe ejecutar cuidados de baja complejidad, delegados y supervisados por personal técnico o profesional de enfermería, aunque la realidad es otra, ya que debido a la escasez de personal de Enfermería el pasante es incorporado a la práctica como si fuera un profesionista.

Por otra parte la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) ha definido una serie de lineamientos para el desempeño de sus pasantes, en ellos se señala que el Servicio Social Universitario es la “realización obligatoria de actividades temporales que ejecuten los estudiantes de carreras técnicas y profesionales, tendientes a la aplicación de los conocimientos que hayan obtenido y que impliquen el ejercicio de la práctica profesional en beneficio o en interés de la sociedad, como requisito previo para la obtención del título profesional”³⁴.

Debido a que en otros países los egresados de enfermería no realizan servicio social, algunas instituciones de salud en conjunto con instituciones de educación superior han diseñado programas de residencia para los enfermeros recién graduados que se insertan al área clínica, al respecto Zerwekh y Zerwekh³⁵ hacen énfasis en diferenciar los programas de residencia de las tutorías, ya que a diferencia de las segundas, estos son diseñados para facilitar la transición de los recién egresados pues reconocen el shock que implica la transición de estudiante a profesional por la distancia que puede llegar a estar entre lo teórico y la práctica.

En México el servicio social podría verse como un equivalente a los programas de residencia implementados en diferentes países, sin embargo el propósito específico de aquellos programas es facilitar la adaptación al medio hospitalario a través de estrategias que conlleven a desarrollar habilidades clínicas en los recién graduados. En contraste, el contexto del servicio social de los pasantes de enfermería, tiene, en la realidad, una serie de características muy diferentes, que además pueden variar entre una institución y otra, en donde se puede o no tener asesoría por parte del

personal profesional que acompaña al pasante y que en conjunto con otros factores puede favorecer o dificultar la transición hacia el ejercicio profesional.

1.6 Estudios Antecedentes

Existen múltiples estudios sobre la toma de decisiones clínicas de enfermería en el mundo. Se ha realizado una búsqueda sistemática en bases de datos: Medline, Cumulated Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scielo, Lilacs, Cochrane, Cuiden, revistas electrónicas del área de la salud como Redalyc y revistas electrónicas de educación en enfermería como: *International Journal of Nursing Education Scholarship* y *The Journal of nursing education*, utilizando términos DeCS, MeSH y palabras clave: toma de decisiones clínicas, modelos para la toma de decisiones clínicas, habilidades para la toma de decisiones clínicas, pasantes de enfermería, recién egresados de enfermería, *clinical decision making*, *clinical decision making skills*, *clinical decision making models*, *new graduates of nursing*, *newly nursing graduates*, *tomada de decisão clínica*, *recém-licenciados*, identificando estudios cualitativos y cuantitativos sobre la problemática de la TDC.

Se consultó una revisión sistemática titulada “The impact of residency programs on new nurse graduates' clinical decision-making and leadership skills: A systematic review”³⁶, los autores realizaron una revisión sobre programas de residencia para enfermeras recién graduadas dirigidos a desarrollar habilidades para la TDC y liderazgo, resaltando que al egresar los estudiantes pasan por un periodo de

transición en el que se enfrentan a un choque por múltiples factores ambientales y de la formación académica.

En dicha revisión sistemática, citan a diferentes autores que han resaltado la importancia de programas de residencia eficaces para favorecer la transición de estudiantes de enfermería a profesionales independientes y adaptarse al complejo sistema de salud.

La revisión abarcó del año 1980 a 2013 analizando 13 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. Se identificaron diversos instrumentos para evaluar la toma de decisiones clínicas y habilidades de liderazgo de los enfermeros recién graduados: *Student Leadership Practice Inventory scores, Six-Dimension Scale of Nursing Performance, Casey-Fink Graduate Nurse Experience Survey, the Gerber Control Over Nursing Practice Scale, the McCloskey Mueller Registered Nurse Job Satisfaction Scale, and a Program Evaluation Scale y Six-Dimensional Scale Leadership Performance Competence Profile.*

Los autores señalan la necesidad de estudios que evalúen la toma de decisiones clínicas ya que para la evaluación de los programas de residencia, la mayoría se enfoca a las habilidades de liderazgo, satisfacción y retención de enfermeros.

Por otra parte, Gillespie y Paerson en 2009³⁷ realizaron un artículo de revisión orientado a describir un marco de entorno a la toma de decisiones clínicas de enfermeros novatos, señalando que comprende: el contexto, los conocimientos básicos, los procesos de toma de decisiones y los procesos de pensamiento.

El contexto lo describen en tres niveles: micro (la enfermera y el paciente en relación), meso (unidad de enfermería o departamento, agencia de cuidado de la salud o de la institución) y macro (la sociedad, el gobierno y niveles profesionales). Los conocimientos básicos implican diferentes dimensiones: la profesión de enfermería, autoconocimiento y los aspectos específicos de la situación del paciente. Destacan que las distintas fases que componen el proceso de toma de decisiones clínicas no son lineales.

El entorno de la atención de salud actual que incluye el aumento de la gravedad y la complejidad del paciente, las cargas de trabajo, cambios en la prestación de los cuidados de enfermería y la disminución de los recursos, constituyen un aumento de desafíos para la toma de decisiones por parte de las enfermeras, el cual aumenta en los enfermeros novatos.

Por otra parte, otro aspecto de la TDC en la que se centran muchos estudios, es en análisis de las teorías para describir y entender el proceso de toma de decisiones clínicas, se observa homogeneidad en el uso de teorías como la de procesamiento de la información y cognitivo continuo^{38,39,40}. Uno de estos estudios que tenía como propósito desarrollar una definición y un marco sobre la toma de decisiones clínicas que se pueda utilizar para guiar la educación y la práctica de los profesionales de enfermería, concluye que la teoría Cognitivo Continuum es la que más se acerca para describir la toma de decisiones clínicas ya que incluye tanto el proceso de análisis como la intuición.

Otro autor que ha retomado la teoría del Cognitivo Continuum es Standing en un artículo cuyo propósito era la evaluación de dicha teoría y la identificación de las revisiones necesarias para su aplicación en el juicio clínico y la toma de decisiones en enfermería, concluye que la teoría de Hammond promueve el conocimiento de la naturaleza, la variedad de tareas y decisiones, así como la selección de la intervención más adecuada entre las opciones disponibles, y el conocimiento de las formas de juicio humano desde intuitiva/experiencial hasta la analítica/racional⁴¹.

Dentro de los autores enfocados al fenómeno de la TDC se encuentra Lauri y Salanterä, quienes en estudios anteriores han trabajado en la identificación de los modelos que utilizan las enfermeras para la TDC⁴².

En otro artículo publicado en el 2002², se dedicaron al desarrollo y aprobación de un instrumento de 56 ítems que refleje las cuatro etapas del proceso de toma de decisiones anteriores sobre la toma de decisiones de enfermería. El instrumento se evaluó mediante el uso de varias muestras por conveniencia de las enfermeras de siete diferentes países (N= 1460). De acuerdo con los resultados, el 60 por ciento de las enfermeras utilizan los modelos de toma de decisiones intuitivas-analíticas y analítica-intuitivas, el 14 por ciento utiliza el modelo analítico y el 26 por ciento utilizó el modelo intuitivo. Sin embargo, estos modelos varían entre y dentro de los diferentes campos de la enfermería.

Es importante mencionar que Lauri y Salanterä, han retomado la perspectiva de Benner, en un artículo del 2002, encontrando resultados similares a los estudios en los que Benner basó sus proposiciones, dentro de los resultados señalan que tanto

la educación profesional y experiencia práctica se asocian principalmente con la toma de decisiones intuitiva que a su vez utilizan durante la implementación y evaluación de los cuidados de enfermería, este modelo de toma de decisiones también es conocido como intuitivo-humanista.⁴³

Continuando con resultados que apoyan esta teoría, en 2011 Turunn y Hamilton⁴⁴ utilizando una versión más corta del instrumento de la investigación mencionada anteriormente encontraron resultados similares al concluir que los años de experiencia se relaciona significativamente con la toma de decisiones intuitiva, la cual Benner asocia al nivel de experto.

Por otra parte, algunas de las investigaciones coinciden en la importancia de incluir programas para el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones clínicas en los planes de estudios de la licenciatura y algunos señalan que ello podría facilitar la transición de estudiante a profesional.^{45,46}

En ese tenor, Dowding y colaboradores, publicaron en 2012⁴⁷ un artículo de revisión centrado en cómo los planes de estudios pueden permitir a los estudiantes de enfermería desarrollar habilidades de pensamiento crítico y comprender la importancia de la toma de decisiones en la práctica clínica.

Señalan que el pensamiento crítico requiere de habilidades cognitivas como el análisis, la evaluación, la inferencia, el razonamiento deductivo, el razonamiento inductivo, interpretación, explicación y autorregulación necesarias para llevar a cabo el razonamiento clínico, a través del cual se realizan buenos juicios y toma de decisiones clínicas.

De la misma manera expone que el desafío para los educadores de enfermería es asegurar que las enfermeras no sean sólo competentes para tomar decisiones, sino que también deben desarrollar las habilidades de pensamiento crítico y comprender la complejidad de su entorno para que puedan entender y demostrar toma de decisiones acertadas en el futuro.

En México se encontró un estudio de González y colaboradores ⁴⁸, sobre el estilo de toma de decisiones en estudiantes novatos y avanzados de enfermería, compararon los estilos de toma de decisión que los estudiantes emplean, encontrando que la diferencia entre estos dos grupos de alumnos radicó en seis estilos de toma de decisión con diferencias significativas entre novatos y avanzados, tales como: vigilancia/impulsividad, soluciones fáciles, asumir riesgo y responsabilidad, autojustificación, y no consejo. Además de que tanto en alumnos novatos como avanzados predominan los estilos de toma de decisión: autojustificación, evitación/pánico y soluciones fáciles, que no son estilos positivos para la asertividad en las prácticas del cuidado de Enfermería, por lo que se sugieren la promoción de estrategias pedagógico-didácticas que les permitan incorporar en su bagaje cultural los conocimientos y las experiencias necesarios para desarrollar estilos de toma de decisión clínicas adecuadas y oportunas para solucionar problemas de la práctica profesional.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La toma de decisiones clínicas (TDC) es un proceso complejo a través del cual los enfermeros seleccionan sus intervenciones, por lo tanto la competencia con la que cuente el egresado en este sentido repercute directamente en el estado de salud de la persona.

En este proceso se ven involucrados factores de diferente índole, los de la persona, la formación académica y el ambiente. Así mismo estos elementos se evidencian y se agudizan en la transición que realizan los estudiantes de enfermería para convertirse en profesionales debido al estado de shock causado por la disociación entre la teoría y la práctica.

Especial énfasis se debe poner al estudio del modelo cognitivo que permea la toma de decisiones y las habilidades con las que cuentan los pasantes de enfermería ya que determinarán el análisis a través del cual se generarán estas decisiones para responder a las zonas indeterminadas de la práctica; a su vez, dichas habilidades pueden emplearse bajo diferentes modelos cognitivos como lo son el proceso analítico y el proceso intuitivo de los cuales el último caracteriza al enfermero experto.

Por lo tanto, hacer dicho análisis, generará conocimiento que puede ser útil para proponer las estrategias que podrían ser útiles para apoyar el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones más acordes a las demandas actuales de formación de recursos de Enfermería.

Además, en Latinoamérica existen pocos estudios enfocados a la toma de decisiones de los egresados de enfermería que focalicen la transición que vivencian al pasar de estudiantes a profesionales. Por lo anterior se identifica la necesidad de analizar la toma de decisiones clínicas de los egresados de enfermería, por lo cual surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el modelo de toma de decisiones clínicas que predomina en los pasantes de enfermería en servicio social?

¿Con qué habilidades cognitivas para la toma de decisiones clínicas cuenta el pasante de enfermería en servicio social?

2.1 OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar el modelo y habilidades cognitivas que permean la toma de decisiones clínicas de los pasantes de enfermería en la transición que vivencian de estudiantes a profesionales durante el servicio social.

Objetivos específicos

- Identificar el modelo predominante de toma de decisiones clínicas que llevan a cabo los egresados de enfermería en el servicio social.
- Identificar las habilidades para la toma de decisiones clínicas con las que cuentan los pasantes de enfermería en servicio social.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio

El presente estudio se llevó a cabo bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo y transversal.

3.2 Población

La presente investigación se realizó con una muestra por conveniencia de 119 egresados de enfermería de una universidad pública que realizan su servicio social en instituciones de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención.

Criterios de inclusión: Egresados de enfermería en servicio social que se desempeñen en áreas clínicas de instituciones de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención.

3.3 Operacionalización de Variables

Constructo: Habilidades Toma de decisiones clínicas

- Dimensión: *Recolección de información para la interpretación del estado del paciente.*

Definición: Recolección y evaluación de información relevante sobre la situación del paciente

Indicadores: 1-14.

Nivel de Medición: Ordinal.

- Dimensión: *Manejo de la información y la definición de los problemas de enfermería*

Definición: Organización y análisis de la información objetiva y subjetiva para la definición del estado de salud de paciente

Indicadores: 15-28.

Nivel de Medición: Ordinal.

- Dimensión: Planeación

Definición: Desarrollo de un plan de acción dirigido a las necesidades del paciente.

Indicadores: 29-42.

Nivel de Medición: Ordinal.

- Dimensión: Implementación de enfermería, seguimiento y evaluación de la condición del paciente.

Definición: Ejecución de un plan de acción de enfermería y evaluación del impacto de las acciones en el estado de salud del paciente.

Indicadores: 43-56.

Nivel de Medición: Ordinal.

Constructo: Modelo de toma de decisiones clínicas

- Variable: *Modelo analítico de toma de decisiones clínicas*

Definición: El estilo analítico incluye información de lento procesamiento, es secuencial, utiliza reglas lógicas, y la organización de tareas específicas.

Indicadores: 1,2,5,6,7,8,15,16,18,19,20,21,25,26,27,29,30,34,37,38,39,43,44,49,52,55,56.

Nivel de Medición: Ordinal.

- Variable: *Modelo intuitivo de toma de decisiones clínicas*

Definición: El proceso intuitivo incluye un rápido procesamiento de la información, simultaneidad, el reconocimiento de patrones, la evaluación de señales a nivel de percepción, y el principio de organizador promedio ponderado.

Indicadores: 3,4,9,10,11,12,13,14,17,22,23,24,28,31,32,33,35,36,40,41,42,45,46,47,48,50,51,53,54.

Nivel de Medición: Ordinal.

Características de la población

– Variable: *Edad*

Definición: Años cumplidos del pasante de enfermería

Nivel de Medición: Intervalar

– Variable: *Sexo*

Definición: Género al que pertenece el pasante de enfermería

Indicadores: 1.Mujer 2.Hombre.

Nivel de Medición: Nominal.

– Variable: *Experiencia laboral previa*

Definición: Es el tiempo total en el que ha laborado desempeñando actividades propias de enfermería.

Nivel de Medición: Intervalar

– Variable: *Promedio de la licenciatura*

Definición: Es el promedio final del pasante de enfermería al concluir su formación académica.

Nivel de Medición: Intervalar.

– Variable: *Nivel de atención en el que realiza el servicio social*

Definición: Es el nivel de atención en salud de la institución donde el pasante de enfermería realiza su servicio social.

Indicadores:

1. Primer nivel de atención. 2. Segundo nivel de atención. 3. Tercer nivel de atención.

Nivel de Medición: Nominal.

- Variable: *Institución de salud en la que se desempeña*

Definición: Es el nombre de la institución de salud en la que el pasante de enfermería realiza su servicio social.

Nivel de Medición: Nominal.

3.4 Procedimientos

3.4.1 Recolección de datos

Se aplicó el instrumento “Toma de decisiones de enfermería” en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, el día 23 de enero del año 2015 en el auditorio Marina Guzmán Vanmeeter.

La aplicación se realizó posterior a una “Sesión informativa de opciones de titulación” para los Pasantes de Enfermería en Servicio Social, a las 11:00 AM con un tiempo mínimo de llenado de 8 minutos y 13 minutos máximo. Fue aplicada por tres miembros del “Proyecto PAPIIT IN302614 Resolución de problemas y toma de decisiones clínicas en egresados de Enfermería. La perspectiva de la práctica reflexiva” que tenían dominio del instrumento.

3.4.2 Instrumento de medición

Se utilizó el instrumento “Toma de decisiones de enfermería” diseñado por las autoras Sirka Lauri y Sanna Salanterä en 2002, cuenta con 56 ítems y se divide en cuatro dimensiones que coinciden con las etapas del proceso de toma de decisiones clínicas:

- A) Recolección de información para la interpretación del estado del paciente.
- B) Manejo de la información y la definición de los problemas de enfermería.
- C) Planeación.
- D) Implementación de enfermería y seguimiento y evaluación de la condición del paciente.

Cada dimensión cuenta con 14 ítems enfocados al análisis de las habilidades para la toma de decisiones clínicas de acuerdo a cada etapa. Los 14 ítems de cada dimensión a su vez evalúan el modelo cognitivo para la toma de decisiones ya que son afirmaciones de cómo las enfermeras llevan a cabo este proceso.

Del total de los 56 ítems, 27 enunciados están redactados de manera que denotan un modelo analítico y 29 que denotan un modelo intuitivo. Cada ítem del modelo analítico es medido con una escala tipo Likert que va de “Casi nunca”= 5 a “Casi siempre”=1 y se invierten los valores en los ítems del modelo intuitivo. Por ejemplo: uno de los ítems con orientación intuitiva afirmaba “es fácil para mí distinguir entre la información importante y no importante al definir la condición de salud del paciente”, la puntuación para evaluarlo era la siguiente “Casi siempre”= 5, “Frecuentemente”= 4, “Algunas veces”= 3, “Raramente”= 2 y “Casi nunca”= 1.

Se anexó un apartado antes del instrumento para conocer las características de la población que incluía: sexo, edad, experiencia laboral previa, promedio final de la licenciatura, institución de salud donde realizaba su servicio social y el servicio donde se había desempeñado mayor tiempo. (Anexo 1)

3.4.3 Confiabilidad y validez del instrumento

El instrumento empleado fue creado por las autoras Sirka Lauri y Sanna Salanterä evaluando las propiedades psicométricas en un estudio piloto con una muestra por conveniencia (n= 200) que constaba de 100 enfermeras de un hospital universitario central de Finlandia y 100 enfermeras que trabajaban en la atención sanitaria preventiva en tres centros de salud comunitarios finlandeses.

Calcularon el análisis factorial para los 56 elementos y llevaron a cabo una solución de máxima verosimilitud, utilizaron rotación ortogonal Varimax.

Respecto a la construcción y validez de contenido, encontraron que los ítems que describen la toma de decisiones con una orientación analítica tenían una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0,01$) así como una correlación positiva entre sí ($p= 0,001$). Así mismo los ítems del modelo intuitivo mostraron una asociación estadísticamente muy significativa.

Posteriormente, el instrumento fue traducido al inglés, alemán, noruego y sueco para la recolección de datos internacionales. Los coeficientes de fiabilidad de los factores en los cuatro diferentes campos de enfermería (asistencia sanitaria, terapia intensiva, cuidados de larga y corta estancia, psiquiatría) también fueron altos y consistentes, el Alfa de Cronbach varió entre 0,73 y 0,93.

Para la utilización del instrumento “Toma de decisiones de enfermería” en este estudio, se contactó a la autora Sanna Salanterä por correo electrónico quien autorizó su uso y envió el instrumento completo en el idioma inglés. Posteriormente se tradujo al español haciendo algunas adaptaciones culturales y se realizó la

retrotraducción, después se aplicó una prueba piloto con 11 pasantes de enfermería en servicio social y se obtuvo un Alfa de Cronbach de .655, sin embargo, para este estudio se obtuvo un Alfa de Cronbach de .502.

3.4.4 Diseño estadístico

El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS versión 22, a través de estadística descriptiva y estadística inferencial utilizando las pruebas de comparación Kruskal-Wallis para el análisis de variables ordinales y χ^2 para variables nominales.

3.5 Aspectos éticos y legales

La presente investigación no representa riesgo para la salud e integridad de las personas. Se desarrolló bajo los principios éticos establecidos en el Informe Belmontes: respeto por las personas, beneficencia y justicia⁴⁹. Así mismo se han tomado como guía las disposiciones del Título Quinto Investigación para la salud estipuladas en la Ley General de Salud⁵⁰.

Se solicitó el consentimiento de los participantes y se les explicó el propósito de la investigación previo a la aplicación del instrumento.

4. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en el presente estudio relativo al modelo de toma de decisiones clínicas que predomina en los egresados de enfermería de una universidad pública, así como las habilidades con las que cuentan para ello. Se iniciará con la caracterización de la muestra, con la descripción de las variables involucradas y posteriormente con los resultados de la estadística inferencial.

4.1 Caracterización de la muestra

La muestra se conformó por 119 pasantes de enfermería que representa el 23.1% de un universo de 515, provenientes de las carreras Licenciatura en Enfermería y Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; a su vez los pasantes se dividen en instituciones de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención.

De un total de 515 pasantes de enfermería, 142 se encuentran realizando su servicio social en instituciones de salud de primer nivel de atención del cual se tomó una muestra de 16 pasantes que representa un total del 11.26% del total de la muestra. En instituciones de segundo nivel de atención realizan su servicio social 112 pasantes de enfermería de los cuales se tomó una muestra de 21 sujetos que representan el 18% del total. Por último, de un universo de 261 pasantes de enfermería que realizan su servicio social en instituciones de salud de 3 nivel de atención, se tomó como muestra 82 que representan el 31.41%.

Del total de la muestra el 11% eran del sexo masculino y 89% del femenino. El rango de edad fue de 22 a 34 años con una media de 23.4 ± 2.8 . El promedio de calificaciones mínimo encontrado fue 7.8 y el máximo 9.6 de un máximo posible de 10. Del total de los egresados el 13.4% se encontraba realizando su servicio social en una institución de salud de primer nivel de atención, 17.6% en segundo nivel de atención y el 67.2% en una institución de tercer nivel de atención. Por otro lado, del total de la muestra, el 12.6% contaba con experiencia laboral en el área de enfermería y el 87.4 % refirió no contar con experiencia previa. (Tabla 1)

Tabla 1. Caracterización de la muestra

n= 119

Variable de estudio	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	13	10.9
Femenino	105	88.2
Sin respuesta	1	0.8
Nivel de atención en el que realiza servicio social		
Primer nivel	16	13.4
Segundo nivel	21	17.6
Tercer nivel	82	68.9
Experiencia laboral en enfermería		
Si	15	12.6
No	104	87.4
Edad		
	Media y DS	
	23.4 ± 2.08	
Mínimo	22	
Máximo	34	
Promedio de calificaciones de la licenciatura en enfermería		
	8.58 ± 0.89	
Mínimo	7.8	
Máximo	9.6	

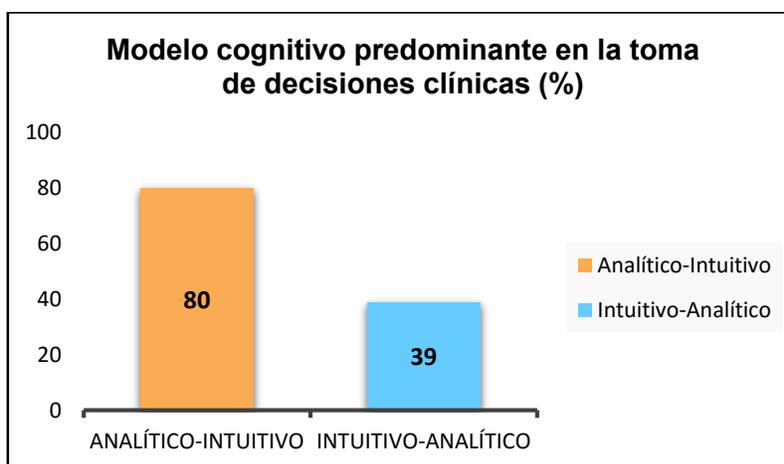
4.2 Análisis estadístico

Se realizó análisis descriptivo para conocer los modelos y las habilidades para la toma de decisiones clínicas que predominan en los egresados de enfermería, el cual se realizó a su vez según las cuatro etapas del proceso de TDC las cuales incluyen: recolección de información para la interpretación del estado del paciente; manejo de la información y la definición de los problemas de enfermería; planeación; e implementación de enfermería, seguimiento y evaluación de la condición del paciente.

4.2.1 Análisis descriptivo de los Modelos para la toma de decisiones clínicas

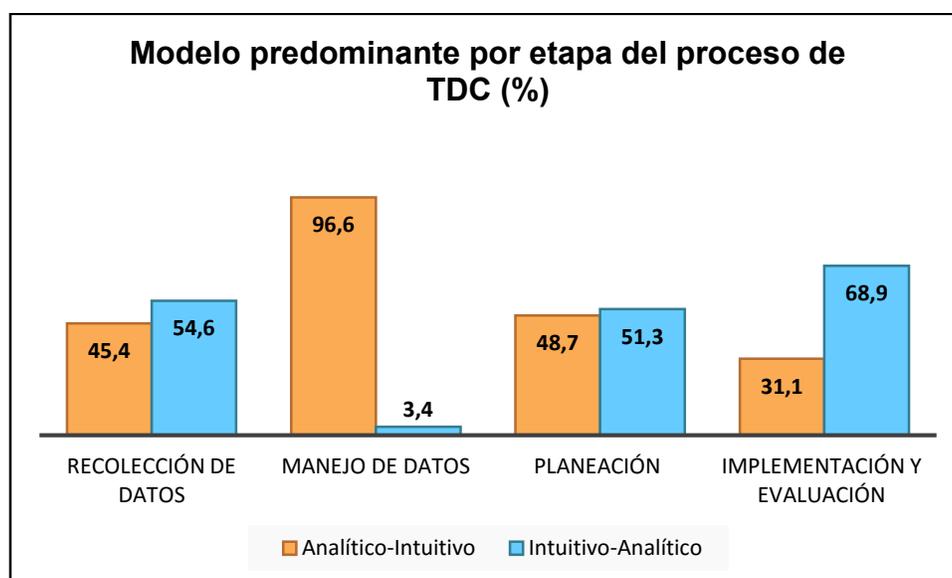
En el resultado global sobre el modelo de TDC que predomina en los egresados no se encontró en ningún sujeto un modelo totalmente analítico, ni totalmente intuitivo. Los modelos que predominaron fueron analítico-intuitivo (67%) e intuitivo-analítico (33%). (Gráfica 1)

Grafica 1. Modelo cognitivo predominante en la toma de decisiones clínicas



Así mismo, en el análisis por cada una de las etapas del proceso de TDC, tampoco se encontró la presencia de un modelo totalmente analítico o totalmente intuitivo en la muestra. Dentro de la primera etapa denominada “Recolección de información para la interpretación del estado del paciente” predominó el modelo intuitivo-analítico con 54.6% sobre el analítico-intuitivo con 45.4%, en la etapa “Manejo de la información y la definición de los problemas de enfermería” el 96.6% presentó un modelo analítico-intuitivo y el 3.4% intuitivo-analítico. Sobre la etapa de “Planeación” se encontró el predominio de un modelo intuitivo-analítico con 51.3% sobre el analítico-intuitivo que presentó 48.7%. En la última etapa “Implementación de enfermería, seguimiento y evaluación de la condición del paciente” se observó un predominio mayor del modelo intuitivo-analítico con 68.9% y sólo el 31.1% mostró un modelo analítico-intuitivo. (Gráfica 2).

Gráfica 2. Modelo predominante por etapa del proceso de toma de decisiones clínicas.



4.2.2 Análisis descriptivo de las Habilidades para la toma de decisiones clínicas.

En el resultado general de habilidades para la toma de decisiones clínicas la puntuación mínima que se podía obtener era 56 y la máxima 280, y la media general de los participantes en este estudio fue de 166 ± 4.765 , la mínima obtenida fue de 152 y la máxima de 178.

Por otro lado, al analizar las habilidades por etapa la puntuación a obtener podría ser de 14 a 70, encontrando sobre el “Manejo de la información” una puntuación mínima de 31 y una máxima de 45 con una media de 37.70 ± 2.812 . (Tabla 2)

Tabla 2. Puntuación de habilidades para la TDC por etapa.

n=19

Dimensión	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Recolección de datos	119	36	54	42.69	3.154
Manejo de la información	119	31	45	37.70	2.812
Planeación	119	37	48	42.24	2.544
Implementación de enfermería, seguimiento y evaluación de la condición del paciente	119	37	50	43.27	2.560
Puntuación total dimensiones	119	152	178	165.89	4.765

Por otra parte, se analizaron los porcentajes por ítems que denotan un modelo analítico y uno intuitivo de acuerdo a las etapas del proceso. En cuanto a la primera dimensión “Recolección de información para la interpretación del estado del paciente” en las habilidades **intuitivas** más desarrolladas destacan de manera positiva los ítems 10 y 13 que se refieren a mantener en la mente la información y la búsqueda de información adicional para la confirmación de suposiciones del estado del paciente (Tabla 3).

Tabla 3. Comportamiento de las habilidades para la TDC en la Dimensión: “Recolección de información para la interpretación del estado del paciente” que denotan un modelo intuitivo.

No. de ítem	Ítems	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	SR
3	Evalúo toda la información previa contra mi propio conocimiento.	0	3	18	51	28	-
4	Complemento mi primera impresión buscando información sobre el paciente que se desvía de la información previa.	0	3	31	45	21	-
9	Recolecto una gran cantidad de información acerca de las percepciones del paciente sobre su condición de salud.	1	5	21	52	20	1
10	Trato de mantener toda la información previa en mi mente.	1	3	13	54	30	-
11	Siempre me baso en mis propias interpretaciones cuando se trata de definir la condición del paciente.	1	7	39	39	14	1
12	Realizo suposiciones sobre problemas de enfermería próximos durante el primer contacto con el paciente.	1	8	24	48	19	-
13	Adquiero información adicional para confirmar mis suposiciones de la situación del paciente.	6	3	17	60	20	-
14	Es fácil para mí distinguir entre la información importante y no importante al definir la condición de salud del paciente.	0	0	30	52	19	-

*SR Sin Respuesta

Por otro lado, en las habilidades **analíticas** sobresalen los ítems 2 y 5 que denotan una recolección de datos más estructurada ya que se especifican los elementos a monitorear y se buscan síntomas claros sobre el estado de salud del paciente (Tabla 4).

Tabla 4. Comportamiento de las habilidades para la TDC en la Dimensión: “Recolección de información para la interpretación del estado del paciente” que denotan un modelo analítico.

No. de ítem	Ítems	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	SR
1	Recolecto toda la información previa posible en los registros del paciente.	1	2	12	53	33	-
2	Con base en mi información anticipada, especifico todos los elementos que intento monitorear y pregunto al paciente sobre ellos.	1	2	7	60	31	-
5	Confirmando mis primeras impresiones mediante la búsqueda de síntomas claros que apoyan esas impresiones.	1	1	5	63	30	-
6	Le pregunto al paciente si he hecho las interpretaciones correctas acerca de la información anticipada de él.	3	9	24	36	28	-
7	Recolecto la misma información para todos los pacientes al ingreso.	1	6	25	45	23	-
8	Recolecto una gran cantidad de información acerca de los síntomas y quejas del paciente.	0	2	13	57	27	2

*SR Sin Respuesta

En la etapa de “Manejo de la información y la definición de los problemas de enfermería” las habilidades intuitivas con mayor puntuación son los ítems 3 y 10 que evidencian experiencia en la evaluación de la información y la organización de la información en bloques (Tabla 5).

Tabla 5. Comportamiento de las habilidades para la TDC en la Dimensión: “Manejo de la información y la definición de los problemas de enfermería” que denotan un modelo intuitivo.

No. de ítem	Ítems	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
3	Comparo la información que he recibido con el plan de cuidados que he creado sobre la base de mi propia experiencia.	0	1	20	65	14
8	Para mí es fácil reconocer, aun sin un análisis detallado, que partes de la información son relevantes en la definición de los problemas de enfermería para el paciente.	0	8	34	48	10
9	Para mí es fácil reconocer la importancia de las experiencias subjetivas del paciente en la definición de sus problemas de enfermería.	0	3	37	45	14
10	Organizo la información que he recibido en bloques para definir fácilmente los problemas de enfermería.	1	9	25	56	15
13	Es fácil para mí para formar una imagen global de la situación del paciente y de los principales problemas de enfermería.	0	3	30	50	17

Por otro lado, en las habilidades que denotan un modelo analítico los ítems 4 y 7 hablan de una definición más lenta de los problemas del paciente y la necesidad de comparar la información recibida con los registros médicos (Tabla 6).

Tabla 6. Comportamiento de las habilidades para la TDC en la Dimensión: “Manejo de la información y la definición de los problemas de enfermería” que denotan un modelo analítico

No. de ítem	Ítems	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	SR
1	Comparo la información que he recibido con mi conocimiento anterior de pacientes similares.	0	2	29	52	17	-
2	Comparo la información que he recibido con mi conocimiento anterior de la conducta del paciente en diferentes situaciones de vida.	0	5	25	53	17	-
4	Comparo la información que he recibido con los conocimientos médicos sobre la enfermedad del paciente y sus síntomas.	0	1	17	54	28	-
5	Comparo la información que he recibido con los modelos de enfermería que he aprendido.	1	7	38	44	11	-
6	Comparo la información que he recibido con mi propio conocimiento acerca de la salud y el bienestar	0	2	17	67	14	-
7	Analizo detenidamente la información que he recibido antes de definir los problemas de enfermería para el paciente.	0	0	15	64	21	-
11	Defino los problemas de enfermería para el paciente objetivamente con base en los síntomas y quejas observadas.	0	2	20	56	23	-
12	Compruebo con mis colegas que he realizado conclusiones correctas sobre el estado de salud del paciente.	3	7	20	47	23	1
14	Pienso con base en el proceso de enfermería para definir problemas del paciente.	2	4	19	56	19	-

*SR Sin Respuesta

En cuanto a la etapa “Planeación” los ítems redactados de forma intuitiva con mayor puntuación son los 13 y 14 en los que se prevé el impacto de las actividades de enfermería en el paciente así como su sustentación en el estado de salud (Tabla 7).

Tabla 7. Comportamiento de las habilidades para la TDC en la Dimensión: “Planeación” que denotan un modelo intuitivo.

No. de ítem	Ítems	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
3	Es fácil para mí lograr que el paciente participe en la planificación.	0	3	26	48	23
4	Me enfoco más en el futuro y en las posibilidades del paciente para salir adelante y no en las necesidades actuales de enfermería.	3	13	30	40	15
5	Utilizo los puntos de vista del paciente sobre su cuidado y tratamiento como marco de referencia para mi planeación.	1	7	24	50	19
7	Baso mis planes de enfermería en mis propias experiencias del tratamiento para pacientes similares. 1	0	5	26	50	19
8	No tengo ninguna dificultad para delinear las direcciones generales de enfermería en el expediente clínico del paciente.	0	5	5	40	14
12	No tengo dificultad en la preparación de planes individualizados de enfermería a largo plazo.	1	4	38	41	16
13	Preveo el impacto de las diferentes medidas de enfermería en el paciente.	1	3	25	54	17
14	Me baso en información sobre la salud en mayor medida que en la información sobre la enfermedad.	0	5	21	55	19

Los ítems 2 y 10 de las habilidades analíticas indican que la planeación se centra solamente en los problemas inmediatos (Tabla 8).

Tabla 8. Comportamiento de las habilidades para la TDC en la Dimensión: “Planeación” que denotan un modelo analítico.

No. de ítem	Ítems	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	SR
1	Utilizo el plan de tratamiento médico del paciente como marco de referencia.	1	2	30	38	29	-
2	Dirijo mi planificación para resolver la situación actual.	0	0	13	51	35	-
6	Baso mis planes de enfermería sobre los regímenes prescritos para la enfermedad del paciente.	1	6	21	50	22	-
9	Propongo metas de enfermería que son fáciles de medir.	0	2	29	53	16	1
10	Tiendo a enfatizar las medidas de tratamiento inmediato.	0	3	21	54	21	2
11	Normalmente registro el plan de enfermería del paciente de acuerdo con el proceso de enfermería.	1	3	23	52	21	-

*SR Sin Respuesta

Por último, en la cuarta etapa “Implementación de enfermería, seguimiento y evaluación de la condición del paciente” los ítems 3 y 9 son los de mayor puntuación y evalúan la previsión del impacto de las acciones sobre el estado de salud del paciente y la flexibilidad para cambiar el plan con base en la retroalimentación de su condición (Tabla 9).

Tabla 9. Comportamiento de las habilidades para la TDC en la Dimensión: “Implementación de enfermería, seguimiento y evaluación de la condición del paciente” que denotan un modelo intuitivo.

No. de ítem	Ítems	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
3	Es fácil para mí para evaluar el impacto de mis acciones sobre el estado de salud del paciente	0	3	17	64	19
4	Preveo cambios en la situación del paciente con base en señales individuales, incluso antes de que haya cualquier síntoma claro.	0	2	25	60	13
5	Sé cómo motivar al paciente para cuidar de él mismo y asumir la responsabilidad de su autocuidado.	0	1	17	50	32
6	Sé cómo motivar a la familia del paciente a participar en su tratamiento.	0	5	18	48	29
9	Soy flexible a cambiar mi línea de acción con base en la retroalimentación sobre la situación del paciente.	0	0	17	58	25
11	Puedo ver cambios en la condición del paciente, pero no siempre soy capaz de explicar cómo es que lo sé.	1	13	34	38	14
12	No tengo dificultad en clasificar las prioridades en las diferentes situaciones de enfermería.	0	3	22	56	20

En el caso de los ítems analíticos que destacaron fueron el 7 y el 13 que hablan del apego único al plan diseñado y el proporcionar orientación al paciente solamente acerca de su enfermedad y tratamiento. (Tabla 10).

Tabla 10. Comportamiento de las habilidades para la TDC en la Dimensión: “Implementación de enfermería, seguimiento y evaluación de la condición del paciente” que denotan un modelo analítico.

No. de ítem	Ítems	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	SR
1	Actúo de manera racional y consistente incluso en situaciones inesperadas.	1	1	19	56	24	-
2	Sigo tan de cerca cómo son posible los planes de enfermería existentes para diferentes enfermedades o situaciones.	1	0	20	64	15	-
7	Sigo el plan de tratamiento individual del paciente lo más cerca posible.	0	2	10	59	29	1
10	A menudo trato de explicar mis propias observaciones de los cambios en la condición del paciente.	0	3	16	56	24	-
13	Proporciono orientación al paciente principalmente informándole acerca de su enfermedad y tratamiento.	0	2	13	55	31	-
14	Al proporcionar una orientación al paciente me baso principalmente en lineamientos establecidos que se adaptan a la resolución de problemas de enfermería de este paciente.	0	1	17	57	25	-

*SR Sin Respuesta

4.3 Análisis inferencial

Se realizó análisis inferencial para identificar diferencias entre el modelo y habilidades para la toma de decisiones clínicas de acuerdo a las variables: nivel de atención de la institución de salud en la que realizan los pasantes su servicio social, promedio final de la licenciatura y experiencia laboral previa en el área de enfermería. Se utilizaron las pruebas de comparación Kruskal-Wallis para el análisis de variables ordinales y χ^2 para variables nominales, cuyos resultados se describen a continuación.

4.3.1 Análisis inferencial de los Modelo de toma de decisiones clínicas.

Respecto a si existían diferencias en el modelo para la toma de decisiones clínicas según el nivel de atención de la institución de salud en donde realizan el servicio social los pasantes de enfermería, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=3.094$, $gl= 2$, $p=0.213$). Es decir, aun cuando los alumnos que realizan su servicio social en instituciones de tercer nivel de atención se enfrentan a resolución de problemas y a toma de decisiones más complejos a diferencia de los de primer y segundo nivel, no se observaron diferencias en cuanto a que predomine más en ellos el modelo intuitivo.

Por otro lado, en cuanto si existían diferencias en el modelo para la toma de decisiones clínicas según el promedio final (bajo, medio y alto de la licenciatura de los pasantes de enfermería en servicio social) tampoco no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=2.918$, $gl=2$, $p=0.233$), contrario a lo que se esperaba, es decir que los egresados con promedio alto presentarán un modelo más intuitivo.

Por último, se analizaron diferencias en el predominio del modelo de toma de decisiones clínicas entro los pasantes de enfermería que contaban con experiencia previa en el área de enfermería y los que no, para lo cual no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($X^2= 0.0$, $gl=1$, $p=1$), aun cuando se esperaba que los pasantes con experiencia presentaran un modo intuitivo como lo señala la teoría.

4.3.2 Análisis inferencial de las Habilidades para la toma de decisiones clínicas.

En relación a si existían diferencias en las habilidades para la toma de decisiones clínicas según el nivel de atención de la institución de salud en donde realizan el servicio social los pasantes de enfermería, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.36$), es decir que no se encontró un mayor desarrollo de habilidades para la toma de decisiones clínicas en los pasantes que se desempeñaban en una institución de tercer nivel de atención como se esperaba.

Sobre si existían diferencias en las habilidades para la toma de decisiones clínicas según el promedio de calificaciones obtenidos en la licenciatura, se encontró que no había diferencias estadísticamente significativas ($p=5.98$), contrario a lo que se esperaba, es decir un mayor desarrollo en los pasantes con promedio alto.

5. DISCUSIÓN

5.1 Modelo de toma de decisiones clínicas

Una de las variables estudiadas fue el modelo cognitivo predominante en la toma de decisiones clínicas, el cual podía ser desde totalmente analítico, seguido de un modo cognitivo analítico-intuitivo, después intuitivo-analítico hasta uno totalmente intuitivo.

En la presente investigación, del total de pasantes que realizan su servicio social, dos terceras partes presentaron un modelo analítico-intuitivo con un 67%, ello coincide con lo planteado en el modelo de adquisición de habilidades de Benner¹³

en donde una toma de decisiones analítica es propia de los sujetos que se enfrentan a nuevas experiencias, es decir de los enfermeros novatos, ya que llevan a cabo un proceso de toma de decisiones clínicas siguiendo una estructura de paso a paso, por lo tanto es más lenta y además no incluye la totalidad de la situación a la que se enfrentan. Tal es el caso de los pasantes de enfermería en servicio social ya que aunque realizaron periodos de práctica durante sus estudios de licenciatura, tenían la percepción de un entorno más controlado y se encontraban bajo la supervisión de un docente o el personal del hospital, sin embargo dicha asesoría se pierde al ingresar al servicio social. Por lo anterior los pasantes de enfermería se encuentran en una transición hacia un ámbito profesional complejo, donde además de cuestionarse aspectos teóricos también deben resolver problemas enfrentándose a la sobrecarga de trabajo en las instituciones de salud y a la falta de insumos, entre otros.

Lauri y Salanterä (2002)² reportaron un predominio del 60% de los modelos analítico-intuitivo e intuitivo-analítico en conjunto y asociaron el modelo intuitivo con las enfermeras que tenían de 3 a 4.5 años de experiencia en comparación con las que tenían de 2.5 a 3 años.

En el caso de este estudio no se encontraron diferencias en el predominio del modelo cognitivo entre los pasantes que contaban con experiencia laboral y los que no. Aunque cabe señalar que el 87% de los pasantes de enfermería solo contaban con 6 meses de experiencia en las instituciones de salud y además habían rotado por diferentes servicios. Como ha referido Benner²⁴, lo anterior se puede deber a que las enfermeras aun con experiencia previa, entran en la categoría de novato

cuando cambian de área, ya que en el nuevo servicio las demandas serán diferentes.

Es preocupante el encontrar una toma de decisiones más analítica que intuitiva en los pasantes, debido a que en dicho modelo cognitivo existe una visión corta e inflexible de los problemas sobre los que deberán tomar decisiones⁸, y ello puede ser un ejemplo de la disociación teórico-práctica a la que se enfrentan durante la transición a ser profesionales.

El predominio de un modelo más analítico también puede deberse a que en su mayoría los pasantes de enfermería se encontraban insertos en instituciones de salud de tercer nivel de atención, aun cuando su formación no es para brindar cuidados especializados, es decir que no tienen experiencia de las circunstancias donde se desenvuelven, por lo tanto su conducta será regida por reglas y aún necesitan de directrices que guíen su actuación.

En los resultados por etapa, la prevalencia del modelo intuitivo en “Recolección de información para la interpretación del estado del paciente” coincide con los resultados de las muestras de cuatro países donde se aplicó el mismo instrumento⁴¹, ello es un aspecto positivo ya que evidencia cierta experiencia al seleccionar la información necesaria para entender el estado de salud del paciente.

En contraste, el modelo analítico predominó en la etapa de “Manejo de la información y la definición de los problemas de enfermería” (97%) lo cual llama la atención, ya que aquí es donde se realiza el procesamiento de datos y se

identifican los problemas, por lo tanto, es un área a reforzar en los procesos de enseñanza.

Por otra parte en la etapa “Planeación” hubo una prevalencia baja del modelo intuitivo-analítico, lo que concuerda con los resultados de Torunn-Bjørk⁴³ quien encontró que las enfermeras usan aproximadamente en misma proporción el modelo analítico e intuitivo durante esta fase, en el caso de este estudio se utilizó una versión más corta del instrumento de Lauri y Salanterä. Desde la perspectiva de Hammond este es un resultado positivo ya que dependiendo de la naturaleza de la situación o problema al que se enfrente se podrá seguir un modo cognitivo u otro.

En contraste con la etapa de Planeación, en la de “Implementación de enfermería, seguimiento y evaluación de la condición del paciente” el modelo intuitivo-analítico se presentó en dos terceras partes, ello es un aspecto positivo ya que hay mayor flexibilidad y una visión más completa al implementar y evaluar los cuidados de enfermería.

Aun cuando en esta etapa los resultados han sido positivos, ello es cuestionable ya que si en la etapa “Manejo de datos” que es fundamental para el desarrollo de las etapas subsecuentes predominó el modelo analítico-intuitivo, entonces podría haber la posibilidad de que los pasantes implementen intervenciones sin tener claro el o los problemas de salud del paciente.

5.2 Habilidades para la toma de decisiones clínicas

Otra de las variables analizadas fueron las habilidades cognitivas para la TDC, por lo que a continuación se discutirán los resultados por dimensión o etapas del proceso de TDC. En la dimensión “Recolección de información para la interpretación del estado del paciente”, en tanto que predominó un modelo más intuitivo, las habilidades como: mantener la información en la mente, evaluarla y considerar la percepción del paciente sobre su estado de salud, fueron las que prevalecieron. De acuerdo con Hammond¹⁰ estas habilidades permiten tomar decisiones en situaciones menos estructuradas y que requieren de una respuesta rápida.

Continuando con las etapas del proceso de TDC, en “Manejo de la información y la definición de los problemas de enfermería” las habilidades que sobresalieron fueron: análisis detallado de la información, la comparación de la misma con los conocimientos médicos y con su propio conocimiento, así como la definición objetiva de los problemas de enfermería propias de un modelo más analítico, lo que habla de un proceso más estructurado para definir los problemas de enfermería que en situaciones que impliquen una acción rápida podrán dificultar el proceso de diagnóstico hasta que los pasantes desarrollen otras habilidades a través de nuevos conocimientos y la experiencia.

Lo anterior es preocupante ya que la atención de calidad requiere de una identificación oportuna de los problemas reales y potenciales del paciente, de acuerdo con Benner¹³ para ello se requiere de habilidades como el reconocimiento de patrones y pistas propias de un modelo más intuitivo.

Por otra parte en la etapa “Planeación” las habilidades que destacaron son la precisión del impacto de las intervenciones de enfermería en el paciente, lograr que él participe en su autocuidado, utilizar sus puntos de vista y diseñar dicho plan con base en las propias experiencias de la enfermera en el tratamiento de pacientes similares. De acuerdo con Thomson citado por Torunn-Björk⁴³ en la intuición no se necesita de los principios del modelo analítico para conectar su comprensión de la situación a la acción apropiada.

Por último, sobre la etapa de “Implementación de enfermería, seguimiento y evaluación de la condición del paciente” dentro de las habilidades predominantes se encuentra que evidencian experiencia en la evaluación de la información, flexibilidad a cambiar la línea de acción y saber motivar al paciente para participar en su autocuidado, así como involucrar a la familia en el cuidado del mismo. Algunas de ellas coinciden con las habilidades de pensamiento crítico propuestas por Alfaro-Lefevbre²⁴ ya que considera que evaluar y corregir nuestro pensamiento conlleva a una toma de decisiones competente.

6. CONCLUSIONES

Los pasantes de enfermería en servicio social toman decisiones siguiendo predominantemente un modo cognitivo analítico-intuitivo, lo que les permite resolver problemas en la práctica clínica que son de naturaleza más estructurada, sin embargo, la complejidad de los escenarios clínicos demanda resolver de manera

rápida y eficiente las necesidades de cuidados de la población, resolver situaciones en casos de incertidumbre, es decir desarrollar un modelo más intuitivo.

El modelo predominante en cada una de las dimensiones se evidenció a través de las habilidades cognitivas que guían cada etapa del proceso de toma de decisiones clínicas en los pasantes de enfermería.

Es imprescindible diseñar estrategias de enseñanza y aprendizaje que conlleven al desarrollo de las habilidades necesarias para llevar a cabo el manejo de la información y la definición de los problemas de enfermería y así sustentar los cuidados que se implementan.

Por el contrario, los resultados en cuanto a las habilidades en las etapas “Recolección de información para la interpretación del estado del paciente” y “Planeación” fueron más positivos, por lo que se deberán implementar estrategias para mantener y reforzar dichas habilidades.

En la etapa “Implementación de enfermería, seguimiento y evaluación de la condición del paciente” que se lleva a cabo a través de habilidades propias de un modelo más intuitivo, también se debe poner especial atención, ya que aunque los resultados son positivos, ello es cuestionable debido a que en la etapa Manejo de datos predominó un modelo más analítico y podría haber la posibilidad de que los pasantes implementen intervenciones sin tener claro el o los problemas de salud del paciente, por lo cual se deben implementar estrategias que refuercen la fundamentación de los cuidados.

7. CONSIDERACIONES FINALES

7.1 Limitantes del estudio

Dentro de las limitantes se encuentra que en la institución educativa donde se llevó a cabo el presente estudio no existía una distribución homogénea de los pasantes de enfermería en las instituciones de salud por niveles de atención ya que dos terceras partes se inserta en instituciones de tercer nivel, es decir de cuidados especializados demandan al recién egresado otras habilidades aun cuando su formación académica no corresponde a un generalista.

Otra limitante fue que el instrumento utilizado fue adaptado por primera vez al español y aunque se hizo una adaptación cultural en cuanto al lenguaje utilizado en México no se hizo validación de constructo. Además el índice de confiabilidad del instrumento fue regular (Alfa de Cronbach de .502), por lo que se sugiere hacer más pruebas del instrumento e incrementar la muestra.

7.2 Implicaciones para la educación de enfermería

Es necesario que tanto las instituciones educativas como las instituciones de salud entiendan el servicio social que prestan los pasantes de enfermería, como una etapa de transición crucial para el continuo desarrollo de habilidades para la toma de decisiones clínicas y que a partir de ello, desarrollen programas y estrategias que los promuevan.

Para el desarrollo de habilidades cognitivas que faciliten una toma de decisiones competente se sugiere la adopción de un diseño curricular integral, es decir un sistema modular en el que el alumno construya realidades más complejas y globales a través de los saberes de diferentes disciplinas aplicados a su realidad y que dichos saberes no se aíslen en asignaturas.

En cuanto a la formación durante la etapa de estudiantes, son imprescindibles estrategias educativas por parte de los docentes que promuevan el aprendizaje activo en el estudiante de enfermería, para el desarrollo de habilidades cognitivas que le permitan reflexionar en su actuar profesional y tomar decisiones clínicas dirigidas a mejorar la calidad de los cuidados. Metodologías de aprendizaje situado, como el aprendizaje basado en problemas y estudios de caso pueden contribuir a un conocimiento más integral, es decir a la vinculación del conocimiento teórico-práctico de enfermería a los complejos contextos de cuidado en los que se inserta el recién egresado.

Otra de las estrategias a implementar es la enseñanza reflexiva del Proceso de Atención de Enfermería, es decir que se debe entender como un proceso dinámico que estructura el pensamiento de los estudiantes para identificar los problemas reales o potenciales y a partir de ello ofrecer cuidados individualizados y de calidad.

Dentro de los programas de servicio social se sugiere el acompañamiento clínico por parte de enfermeras expertas que guíen al pasante de enfermería en su inserción al ámbito asistencial, para continuar la formación del recién egresado en ambientes de aprendizaje efectivos y ello promueva el desarrollo de pensadores

críticos que tomen decisiones clínicas competentes en su desempeño profesional, además, se sugiere exista un reconocimiento para los enfermeros que participen en el acompañamiento clínico de los pasantes en servicio social.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez M. Manejo de problemas y toma de decisiones. 2da ed. México: El Manual Moderno; 1998.
2. Lauri S, Salanterä S. Developing an Instrument to Measure and Describe Clinical Decision Making in Different Nursing Fields. *Journal of Professional Nursing* 2002; 18(2): 93-100.
3. Tiffen J, Corbridgen SJ, Slimer L. Enhancing Clinical Decision Making: Development of a Contiguous Definition and Conceptual Framework. *Journal Professional Nursing* 2014. Disponible en: 10.1016/j.profnurs.2014.01.006. Consultado el 15 de Abril de 2014.
4. Standing M. Clinical decision-making skills on the developmental journey from student to Registered Nurse: a longitudinal inquiry. *Journal of Advanced Nursing* 2007 60(3): 257–269.
5. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. España: Elsevier; 2003.
6. American Nursing Association. The Nursing Process. (Sitio en internet). Disponible en: <http://www.nursingworld.org/EspeciallyforYou/StudentNurses/Thenursingprocess.aspx>. Acceso el 15 Mayo del 2015.
7. Hammond KR. Coping with Uncertainty. The Rivalry Between Intuition and Analysis. En: Hammond KR. *Human Judgment and Social Policy. Irreducible Uncertainty, Inevitable Error, Unavoidable injustice*. New York: Oxford University Press; 1996. p. 60-93.
8. Cader R, Campbell S, Watson D. Cognitive Continuum Theory in nursing decision-making. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 49(4): 397–405.
9. Hammond KR. Coherence and Correspondence. Theories in Judgment and decision making. En: Connolly T, Arkes HR, Hammond KR. *Judgment and Decision*

Making. An Interdisciplinary Reader. 2da ed. Cambridge University Press; 1986. p. 53-66.

10. Hammond KR. The Cognitive Continuum. Theory of judgment. En: Hammond KR. Judgment under stress. New York: Oxford University Press; 2000. p.83-109.

11. Brykczynski KA. Patricia Benner. Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería. En: Marriner A. Modelos y teorías. 7ª ed. España: Elsevier; 2011.

12 Dreyfus HL, Dreyfus SL. Mind over machine: the power of human intuition and the expertise in the era of the computer. New York: Free Press; 1986.

13. Benner P. From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley Publishing Company; 1984.

14. Benner P. From Novice to Expert. American Journal of Nursing 1982; 82(3): 402-407.

15. Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. Grijalbo; 1987.

16. Benner P, Tanner C. Clinical Judgment: How Expert Nurses Use Intuition. American Journal of Nursing 1987; 87(1): 23-31.

17. Benner P, Hughes RG, Sutphen M. Chapter 6. Clinical Reasoning, Decision making, and Action: Thinking Critically and Clinically. En: Hughes RG. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.

18. Fonteyn ME, Ritter BJ. Clinical reasoning in nursing. En: Higgs J, Jones MA, Loftus S, Christensen N. Clinical reasoning in the professions. 3ed. Elsevier Health Science; 2008. p. 235-243.

19. Gordón de Isaacs L. Patrones de pensamiento crítico en alumnos post exposición a un modelo de enseñanza integrado a enfermería. Investigación y Educación en Enfermería 2010; 28(3): 363-369.

20. Indiana State Nurses Association. Developing a Nursing IQ - Part 1 Characteristics of Critical Thinking: What Critical Thinkers Do, What Critical Thinkers Do Not Do. November, December 2014; 6-14.

21. Thompson C, Dowding D. Decision making and judgement in nursing: an introduction. En: Clinical Decision Making and Judgment in Nursing. Churchill Livingstone; 2002. p. 2-19.

22. Tanner CA. Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. J Nurs Educ 2006; 45(6):204-11.

-
23. Higgs J, Jones MA, Loftus S, Christensen N. Clinical reasoning and clinical decision making – nature and context. En: Higgs J, Jones MA, Loftus S, Christensen N. Clinical reasoning in the health professions. 3ed. Elsevier Health Science; 2008. p.3-18.
24. Alfaro- LeFevre R. Visión general: que es el pensamiento crítico y porque es importante. En: Alfaro- LeFevre R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Masson; 1997. p. 2-17.
25. Latapí P. Conferencia magistral al recibir el doctorado Honoris Causa de la Universidad Autónoma Metropolitana. Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación. Perfiles Educativos 2007; 29 (115): 113-122.
- 26 Sena R; Coelho S. Educación en enfermería en América Latina: necesidades, tendencias y desafíos. Investigación y Educación en Enfermería 2004. 22(2): 120-127.
27. Castrillón-Agudelo MC. Orientaciones para la Educación Inicial de Enfermería en las Américas: hacia el 2020. Organización Panamericana de la Salud. Documento en Proceso de Elaboración; 2007.
28. Molina P, Jara P. El saber practico en enfermería. Rev Cubana Enfermer 2010; 26(2).
29. Valenzuela S, Vera R. Formando docentes. La toma de decisiones clínicas. Universidad de La Sabana. Aquichan 2008; 8(2) pp. 144-145.
30. Schön D. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Paidós Ibérica; 1992.
31. Medina JL, Castillo S. La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. Texto & Contexto Enfermagem 2006; 15(2): 303-311.
32. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-010-SSA3-2012, Educación en salud. Utilización de campos clínicos para las prácticas clínicas y el servicio social de enfermería. Diario Oficial de la federación. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5262831&fecha=08/08/2012. Consultado el 9 de mayo de 2015.
33. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013. Consultado el 2 de marzo de 2014.

-
34. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Servicio social. (Sitio en internet) Disponible en: http://www.eneo.unam.mx/alumnos/servicio_social.php Acceso el 9 de mayo de 2015.
35. Zerwekh J, Zerwekh Garneau A. Professional growth and transition. En: Zerwekh J, Zerwekh Garneau A. *Nursing today. Transition and Trends*. Elsevier. 8 ed. 2-66.
36. AL-Dossary R, Panagiota K, Maddox PJ. The impact of residency programs on new nurse graduates' clinical decision-making and leadership skills: A systematic review. *Nurse Educ Today* 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.10.006>. Consultado el 20 de Febrero de 2014
37. Gillespie M, Paterson BL. Helping Novice Nurses Make Effective Clinical Decisions: The Situated Clinical Decision-Making Framework. *Nursing Education Perspectives* 2009; 30(3):164-170.
38. Wang Y, Chien W, Twinn S. An exploratory study on baccalaureate-prepared nurses' perceptions regarding clinical decision-making in mainland China. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 21: 1706–1715.
39. Lauri S, Salanterä S. Decision-making models of Finnish nurses and public health nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21: 520-527.
40. Jefford E, Fahy K, Sundin D. 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* 2011; 17: 246–253.
41. Standing M. Clinical judgement and decision-making in nursing – nine modes of practice in a revised cognitive continuum. *Journal of Advanced Nursing* 2008 62(1), 124–134.
42. Lauri S, Salanterä S. Decision-Making Models in Different Fields of Nursing. *Research in Nursing & Health* 1998; 21: 443–452.
43. Banning M. A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17: 187–195.
44. Torunn-Bjørk I, Hamilton GA. Clinical Decision Making of Nurses Working in Hospital Settings. *Nursing Research and Practice* 2011.
45. Wiles LL, Simko LC, Schoessler M. What do I do now?: clinical decision making by new graduates. *J Nurses Prof Dev*. 2013; 29(4):167-72.
46. Perkins C, Kisiei M. Developing the recognition and response skills of student nurses. *British Journal of Nursing* 2013; 22(12).

47. Dowding D, Gurbutt R, Murphy M, Lascelles M, Pearman, Summers B. Conceptualizing decision making in nursing education *Journal of Research in Nursing* 2012; 17: 348.

48. González MS, Morán L, Sotomayor S, León Z, Espinosa A, Paredes L. Un estudio comparativo de estilos de toma de decisión en estudiantes novatos y avanzados de enfermería de la UNAM. *Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación Perfiles Educativos* 2011; 13(33): 134-143.

49. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Washington, DC: Government Printing. Office, 1983. Disponible en: http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_appendix_belmont_report_vol_2.pdf Consultado el 20 de noviembre de 2014

50. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf Consultada el 20 de noviembre de 2014.

9. Anexo



Folio: _____

El objetivo del presente estudio es analizar la toma de decisiones clínicas de los pasantes de enfermería en la transición que vivencian de estudiantes a profesionales. Es importante remarcar que la información que proporcione para esta investigación se mantendrá en anonimato y solo será analizada de manera grupal, nunca individual.

1. Edad: _____
2. Sexo M _____ H _____
3. ¿Cuenta con experiencia laboral previa en el área de enfermería? Sí _____ No _____
4. ¿Cuánto tiempo ha estado trabajando? No. de meses _____ No. de años _____
5. Institución en la que realiza su servicio social: _____
6. Área en la que se ha desempeñado durante mayor tiempo durante el servicio social: _____
7. Promedio de calificaciones de la licenciatura: _____

INSTRUMENTO TOMA DE DECISIONES DE ENFERMERÍA

Sirkka Lauri and Sanna Salanterä 2002.

A continuación se encuentran algunas afirmaciones que describen como las enfermeras toman decisiones en diferentes situaciones del cuidado del paciente. Por favor lea cada afirmación cuidadosamente y marque el cuadro que mejor describa su propia acción.

RECOLECCION DE INFORMACIÓN PARA LA INTERPRETACION DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE

Quando estoy recogiendo información del paciente y definiendo su condición de salud:

	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Recolecto toda la información previa posible en los registros del paciente.					
2. Con base en mi información anticipada, especifico todos los elementos que intento monitorear y pregunto al paciente sobre ellos.					
3. Evalúo toda la información previa contra mi propio conocimiento.					
4. Complemento mi primera impresión buscando información sobre el paciente que se desvía de la información previa.					

	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
5. Confirmando mis primeras impresiones mediante la búsqueda de síntomas claros que apoyan esas impresiones.					
6. Le pregunto al paciente si he hecho las interpretaciones correctas acerca de la información anticipada de él.					
7. Recolecto la misma información para todos los pacientes al ingreso.					
8. Recolecto una gran cantidad de información acerca de los síntomas y quejas del paciente.					
9. Recolecto una gran cantidad de información acerca de las percepciones del paciente sobre su condición de salud.					
10. Trato de mantener toda la información previa en mi mente.					
11. Siempre me baso en mis propias interpretaciones cuando se trata de definir la condición del paciente.					
12. Realizo suposiciones sobre problemas de enfermería próximos durante el primer contacto con el paciente.					
13. Adquiero información adicional para confirmar mis suposiciones de la situación del paciente.					
14. Es fácil para mí distinguir entre la información importante y no importante al definir la condición de salud del paciente.					

MANEJO DE LA INFORMACIÓN Y LA DEFINICIÓN DE LOS PROBLEMAS DE ENFERMERÍA

Cuando estoy manejando la información que he obtenido sobre el paciente y estoy definiendo los problemas esperados de enfermería:

	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Comparo la información que he recibido con mi conocimiento anterior de pacientes similares.					
2. Comparo la información que he recibido con mi conocimiento anterior de la conducta del paciente en diferentes situaciones de vida.					
3. Comparo la información que he recibido con el plan de cuidados que he creado sobre la base de mi propia experiencia.					
4. Comparo la información que he recibido con los conocimientos médicos sobre la enfermedad del paciente y sus síntomas.					

	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
5. Comparo la información que he recibido con los modelos de enfermería que he aprendido.					
6. Comparo la información que he recibido con mi propio conocimiento acerca de la salud y el bienestar					
7. Analizo detenidamente la información que he recibido antes de definir los problemas de enfermería para el paciente.					
8. Para mí es fácil reconocer, aun sin un análisis detallado, que partes de la información son relevantes en la definición de los problemas de enfermería para el paciente.					
9. Para mí es fácil reconocer la importancia de las experiencias subjetivas del paciente en la definición de sus problemas de enfermería.					
10. Organizo la información que he recibido en bloques para definir fácilmente los problemas de enfermería.					
11. Defino los problemas de enfermería para el paciente objetivamente con base en los síntomas y quejas observadas.					
12. Compruebo con mis colegas que he realizado conclusiones correctas sobre el estado de salud del paciente.					
13. Es fácil para mí para formar una imagen global de la situación del paciente y de los principales problemas de enfermería.					
14. Pienso con base en el proceso de enfermería para definir problemas del paciente.					

PLANEACIÓN

Cuando estoy planeando los cuidados de enfermería para el paciente:

	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Utilizo el plan de tratamiento médico del paciente como marco de referencia.					
2. Dirijo mi planificación para resolver la situación actual.					
3. Es fácil para mí lograr que el paciente participe en la planificación.					
4. Me enfoco más en el futuro y en las posibilidades del paciente para salir adelante y no en las necesidades actuales de enfermería.					

	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
5. Utilizo los puntos de vista del paciente sobre su cuidado y tratamiento como marco de referencia para mi planeación.					
6. Baso mis planes de enfermería sobre los regímenes prescritos para la enfermedad del paciente.					
7. Baso mis planes de enfermería en mis propias experiencias del tratamiento para pacientes similares					
8. No tengo ninguna dificultad para delinear las direcciones generales de enfermería en el expediente clínico del paciente.					
9. Propongo metas de enfermería que son fáciles de medir.					
10. Tiendo a enfatizar las medidas de tratamiento inmediato.					
11. Normalmente registro el plan de enfermería del paciente de acuerdo con el proceso de enfermería.					
12. No tengo dificultad en la preparación de planes individualizados de enfermería a largo plazo.					
13. Preveo el impacto de las diferentes medidas de enfermería en el paciente.					
14. Me baso en información sobre la salud en mayor medida que en la información sobre la enfermedad.					

IMPLEMENTACION DE ENFERMERÍA Y SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN DEL PACIENTE

Cuando estoy implementando los cuidados de enfermería:

	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Actúo de manera racional y consistente incluso en situaciones inesperadas.					
2. Sigo tan de cerca cómo es posible los planes de enfermería existentes para diferentes enfermedades o situaciones.					
3. Es fácil para mí para evaluar el impacto de mis acciones sobre el estado de salud del paciente.					
4. Preveo cambios en la situación del paciente con base en señales individuales, incluso antes de que haya cualquier síntoma claro.					

	Casi nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
5. Sé cómo motivar al paciente para cuidar de él mismo y asumir la responsabilidad de su autocuidado.					
6. Sé cómo motivar a la familia del paciente a participar en su tratamiento.					
7. Sigo el plan de tratamiento individual del paciente lo más cerca posible.					
8. Utilizo información específica sobre el tratamiento de la enfermedad del paciente cuando se toman decisiones de enfermería.					
9. Soy flexible a cambiar mi línea de acción con base en la retroalimentación sobre la situación del paciente.					
10. A menudo trato de explicar mis propias observaciones de los cambios en la condición del paciente.					
11. Puedo ver cambios en la condición del paciente, pero no siempre soy capaz de explicar cómo es que lo sé.					
12. No tengo dificultad en clasificar las prioridades en las diferentes situaciones de enfermería.					
13. Proporciono orientación al paciente principalmente informándole acerca de su enfermedad y tratamiento.					
14. Al proporcionar una orientación al paciente me baso principalmente en lineamientos establecidos que se adaptan a la resolución de problemas de enfermería de este paciente.					

Por favor verifique que todas las preguntas tengan respuesta. Agradecemos su participación y el tiempo empleado para el llenado de este cuestionario.