



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**VIVENCIAS DEL EGRESADO DE ENFERMERÍA EN
LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

**MAESTRA EN ENFERMERÍA
(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)**

PRESENTA
MARIBEL AGUILERA RIVERA

TUTORA
DRA. LAURA MORÁN PEÑA
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

CIUDAD DE MÉXICO

MAYO 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.



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 **31 de marzo 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 **MARIBEL AGUILERA RIVERA** con número de cuenta **405042711**, con la tesis titulada:

“VIVENCIAS DEL EGRESADO DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS.”

bajo la dirección de la Doctora Laura Morán Peña

Presidente : Doctor Juan Pineda Olvera
Vocal : Doctora Laura Morán Peña
Secretario : Doctora María Teresa Cuamtazi Peña
Suplente : Doctora Virginia Reyes Audiffred
Suplente : Doctora Diana Cecilia Tapia Pancardo

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 03 de mayo 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

Para comenzar este apartado de agradecimientos quisiera empezar a dar gracias a Dios, por haberme ayudado a mantener la salud, así como la confianza, responsabilidad y paciencia para haber concluido la maestría y este trabajo producto de la misma. Le agradezco por haber conservado en mí el pensamiento de siempre coadyuvar en mejorar mi profesión.

Gracias a mi madre por su apoyo, por haber formado en mí un ser humano con iniciativa y sobre todo por ser un ejemplo de que cuando algo se desea en la vida por más inalcanzable que se vea se puede lograr, ¡te amo mami! A mi hermana por haber sido paciente y comprensible de que muchas veces no pude hablar con ella por estar haciendo la tesis y sobre todo gracias por ser un ejemplo de que aunque no se esté en un lugar de confort para vivir las cosas se pueden lograr. ¡Felicidades futura doctora!

Gracias a mi padre quien por primera vez en toda mi vida escolar decidió en esta etapa de mi formación asistir a la última presentación de este trabajo en la universidad, sé que hubiera querido ir a todos y cada uno de los eventos que he tenido, pero también estoy consciente de lo responsable que es en su trabajo y con su familia.

Agradezco a mi esposo por sus consejos, tiempo, paciencia y dedicación, sabemos lo importante que significa el que hubiera terminado la maestría pese a todas las circunstancias, gracias por acompañarme en este viaje ¡Te amo!. Quisiera agradecer a Cookie, quien en esta etapa de mi vida apareció y también fue un motor en la misma, pero sobre todo por comprender que no siempre podíamos salir a pasear, te la debo Cuquita.

También agradezco a mi directora de tesis la Dra. Laura Morán Peña, quién no solo me guio hasta la culminación de este trabajo, sino también se preocupó porque tuviera escenarios para exponerlo y poder ser escuchada en ámbitos nacionales e internacionales, coadyuvando en mi crecimiento profesional.

Aprovecho para expresarle toda mi admiración y respeto de su trayectoria, me parece digno de ello por la cantidad de proyectos en los cuales tiene intervenciones tan importantes y la forma tan profesional en que los lleva a cabo, considero es un ejemplo a seguir en nuestra maravillosa profesión.

Quisiera agradecer a la Dra. Rosa María Ostiguín Meléndez, por todos sus conocimientos compartidos, por el tiempo dedicado para mejorar mi formación como futura maestra y sobre todo por confiar y creer en mí desde el proceso de selección de este prestigioso programa de maestría. Reconozco que estuve muy nerviosa cuando supe que ella me haría la entrevista dentro del proceso de selección del programa, ya que con anterioridad ya había tenido la oportunidad de escucharla en una conferencia magistral dentro de las Jornadas Técnicas de Planes de Cuidado, organizadas por la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) en el año 2008, viéndola como una importante figura dentro de nuestra disciplina, por lo que el haber sido una de sus alumnas generó en mí mucha satisfacción y orgullo de haber sido parte de las personas a las que transmitió sus conocimientos.

También quisiera agradecer a la Dra. Virginia Reyes Audiffred, quien siempre mostró gran interés en mejorar mi tesis, asesorándome constantemente para mejorar la calidad de la misma. Le agradezco todos sus consejos. ¡gracias doctora por su profesionalismo! Mi admiración y respeto.

Agradezco también de todo corazón a la Mtra. Aurora García Piña, colaboradora en el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), quien me dedicó su valioso tiempo y ayudó a buscar los apoyos para mejorar el contenido del presente trabajo.

Agradezco a todos y cada uno de mis maestros dentro del programa de maestría, que aunque no mencione sus nombres están presentes sus conocimientos compartidos en este trabajo, gracias por ser un ejemplo de vida profesional y por lograr en mí uno de los principales objetivos de las instituciones educativas, que es prepararme para la vida.

También quisiera agradecer al Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa, quien sembró en mí el interés por realizar la maestría y quien me incursiono en el ámbito de la educación en enfermería, generándome aún más el interés por estudiarla. Gracias maestro por todos sus consejos, sabe cuánto lo quiero y respeto.

Gracias a mis compañeros de la 13^a generación porque también de ustedes me llevo aprendizaje, así como lecciones de vida importantes, siempre adelante y todo el éxito en lo que hagan.

Agradezco Dirección General De Asuntos Del Personal Académico (DGAPA), quién a través del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) N. IN302614, que lleva como título: Resolución de problemas y toma de decisiones clínicas en egresados de enfermería. La perspectiva de la práctica reflexiva; colaboro eficazmente para poder lograr el desarrollo y culminación del presente trabajo, así como el haberme dado las facilidades para tener intervenciones del presente trabajo en escenarios nacionales e internacionales

No menos importante agradezco infinitamente al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), quien a través del programa de becas me apoyo hasta el final de mi proceso de formación, permitiéndome la realización de este trabajo y la culminación de mis estudios, esperó ser una digna representante de su prestigioso consejo.

CONTENIDO

RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
CAPÍTULO 2. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	17
2.1 MARCO CONCEPTUAL	
2.1.1 CONCEPTO DE VIVENCIAS.....	17
2.1.2 TOMA DE DECISIONES.....	18
2.1.2.1 El proceso de toma de decisiones clínicas.....	18
2.1.2.1.1 La evidencia científica en el proceso de toma de decisiones.....	20
2.1.2.2 El sustento en la toma de decisiones clínicas.....	22
2.1.2.2.1 Información y conocimiento.....	22
2.1.2.2.2 Las fuentes de información en el sustento de la práctica enfermera.....	24
2.1.2.2.3 Fuentes de información de acuerdo al nivel informativo o de contenido.....	26
2.1.2.2.4 Una nueva fuente de información: Internet.....	29
2.1.2.2.5 Toma de decisiones y pensamiento crítico.....	30
2.1.2.3 Factores que influyen en el proceso de toma de decisiones clínicas.....	31
2.1.2.3.1 Formación de los alumnos de pregrado en enfermería.....	31
2.1.2.3.1.1 La escuela tradicional.....	32
2.1.2.3.1.2 Características de la escuela tradicional.....	32
2.1.2.3.1.3 El idioma inglés cómo facilitador en la toma de decisiones.....	34
2.1.2.3.2 Las relaciones de poder en enfermería cómo limitante en el proceso de toma de decisiones.....	34

2.1.2.3.3 La disociación teoría-práctica en la toma de decisiones.....	35
2.1.3 EL SERVICIO SOCIAL EN ENFERMERÍA.....	37
2.2 ESTADO DEL ARTE	40
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
3.1 Tipo de investigación.....	49
3.2 Contexto del estudio.....	49
3.2.1 Elección de los informantes.....	49
3.2.2 Descripción de los informantes.....	50
3.3 Recogida de datos.....	50
3.4 Análisis de datos.....	52
3.4.1 Métodos y técnicas.....	52
3.4.1.1 Preparación de los datos.....	52
3.4.1.2 Descubriendo temas.....	53
3.4.1.3 Codificando los datos.....	53
3.4.1.4 Interpretación de los resultados.....	53
3.4.1.5 Relativizar interpretaciones.....	53
3.4.2 Rigor metodológico.....	54
3.4.2.1 Credibilidad.....	54
3.4.2.2 Transferibilidad.....	54
3.4.2.3 Consistencia.....	54
3.4.2.4 Confirmabilidad.....	55
3.5 Aspectos éticos.....	55
CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	56
4.1 Factores que influyen en el proceso de toma de decisiones.....	56
4.1.1 La formación tradicional en enfermería como limitante.....	60

4.1.2	Disociación entre teoría y práctica.....	63
4.1.3	El desafío de quedarse solo y tener que tomar decisiones.....	65
4.1.4	La influencia de las relaciones de poder.....	67
4.2	El sustento para la toma de decisiones clínicas.....	69
4.2.1	El saber práctico como experiencia.....	69
4.2.2	Fuentes orales y libros Vs uso de la evidencia científica.....	72
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES.....		75
CAPÍTULO 6. IMPLICACIONES PARA LA EDUCACIÓN.....		77
CAPÍTULO 7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....		78
ANEXOS.....		79
Anexo 1 Consentimiento informado.....		80
Anexo 2 Guía de preguntas detonadoras para la identificación de vivencias del egresado de enfermería en la toma de decisiones clínicas.....		81
BIBLIOGRAFÍA.....		83

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA	NOMBRE	PÁGINA
1	FUENTES DE INFORMACIÓN	29
2	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS SOBRE LAS VIVENCIAS DEL EGRESADO DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS	58

RESUMEN

La complejidad de la práctica clínica en enfermería demanda egresados que tomen decisiones basadas en conocimiento, reflexión y las mejores fuentes de información. Desafortunadamente éstos no siempre son sus principales sustentos, al encontrarse que están basados primordialmente en imitación del personal de salud y el saber práctico. Factores como las relaciones de poder, la disociación teoría-práctica y la propia formación del egresado influyen como limitantes en el proceso de la toma de decisiones clínica de los futuros licenciados en enfermería.

El objetivo fue explorar las vivencias del egresado de licenciatura de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, con relación a los factores que influyen en el proceso de toma de decisiones clínicas durante el servicio social, así como los aspectos en que las sustenta.

Se trató de un estudio cualitativo, fenomenológico. La recolección de los datos fue mediante grupo focal conformado por siete recién egresados de la licenciatura en enfermería de una universidad pública de México. Se utilizó una guía semi-estructurada para la entrevista sobre el proceso y fuentes de información en la toma de decisiones clínicas, de acuerdo a Marshall, en el año 2008. Se transcribió la audiograbación y se realizó el análisis de cada una de los discursos para descubrir categorías y subcategorías, enmarcándolos de una manera global y contextualizada de acuerdo a Minayo, en el año 2009.

Surgieron dos categorías, la primera fue: **En qué sustentan sus decisiones**, emergiendo que se basan más en el saber práctico sin llegar a relacionarlo con el teórico, la información proporcionada por el personal institucional sin cuestionarla, la consulta de libros desactualizados, así como la escasa búsqueda de evidencias científicas actualizadas para la fundamentación de las mismas. La segunda categoría encontrada fueron los **factores que influyen en el proceso de toma de decisiones clínicas**, encontrándose el mantenimiento de la formación en enfermería bajo el paradigma educativo tradicional, donde se excluyen las habilidades y competencias necesarias para la toma de decisiones clínicas en el

profesional de enfermería. Así mismo las relaciones de poder que se dan en el entorno laboral; el quedarse sólo frente a un paciente sin la figura del personal de enfermería como un facilitador en este importante proceso; y la disociación teoría-práctica, lo cual genera grandes limitaciones para tomar las decisiones.

La toma de decisiones del egresado de enfermería estuvo basada en el conocimiento práctico y opinión de otros profesionales, más que en la consulta de evidencia científica actualizada; sin reflexión y criticidad. Se propone la renovación de planes de estudio que permitan el fortalecimiento de herramientas que realmente garanticen el papel del profesional de enfermería como tomador de decisiones, así como el apoyo de tutores en los campos clínicos. También la inclusión transversal de materias en los programas de estudio que promuevan habilidades para la consulta y evaluación de las mejores evidencia científicas como sustento de las decisiones clínicas.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios, tales como los egresados de la licenciatura en enfermería están involucrados en muchas tomas de decisiones, ya que deben optar por una determinada opción diagnóstica, pronóstica y terapéutica que pueda repercutir de manera significativa en el estado de la persona.

Debido al incremento en la producción de conocimiento, se puede llegar a generar en el egresado de la licenciatura en enfermería una preocupación, ya que diariamente se enfrentan a la decisión de elegir entre diversas fuentes de información las más adecuadas y con el mayor mérito científico para el fundamento de la decisión, permitiéndole así proporcionar un adecuado cuidado en su práctica profesional basado en la mejor evidencia científica.

Desafortunadamente se ha observado una toma de decisiones de manera cotidiana basada en fuentes de información con una inadecuada evidencia científica, ya que la mayoría de las prácticas son basadas sólo en la experiencia, la tradición y en los mismos colegas, debilitando las decisiones que llega a tomar para el cuidado del paciente.

Es por ello que se consideró relevante llevar a cabo la presente investigación en la cual se profundiza más en el tema a través del marco conceptual, el cual permite comprender teóricamente la temática investigada, con definiciones y bibliografía actual y clásica del tema. Posteriormente se presenta la revisión bibliográfica titulada estado del arte, donde se presentan las investigaciones relacionadas a la temática identificando qué se ha hecho en otros países, poblaciones y escenarios similares, destacándose que del 30 al 40% de los pacientes no reciben un cuidado según las evidencias científicas actuales y entre el 20 y 25% de los cuidados realizados son innecesarios o potencialmente dañinos.

La metodología empleada fue a través del enfoque cualitativo, mediante un grupo focal conformado por siete egresados de la licenciatura en enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Se utilizó un formato

de entrevista semi estructurada basado en la guía de preguntas propuesto y autorizado por Marshall sobre toma de decisiones clínicas.

Cabe destacar que para el desarrollo de la presente investigación se aplicaron los aspectos éticos, tales como: la declaración Helsinki, la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012 sobre los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, así como el informe Belmont.

Para el análisis de los resultados se retomó a la autora Souza Minayo, a través del análisis de fragmentos de la realidad, así como de su construcción significado de la propia persona, enmarcándolos de una manera global y contextualizada. Con base a lo anterior, surgen las siguientes dos categorías: La primera titulada **factores que influyen en el proceso de toma de decisiones**, de la cual se derivan cuatro subcategorías: la formación tradicional en enfermería como limitante, la disociación teoría y práctica, el desafío de quedarse solo y tener que tomar decisiones y la influencia de las relaciones de poder. De la segunda categoría titulada **el sustento para la toma de decisiones clínicas**, se derivaron dos subcategorías: el saber práctico como experiencia y el predominio del uso de las fuentes orales y libros sobre el sustento de la evidencia científica.

Para la presentación de cada uno de los resultados se encuentran los discursos que representan testimonios de las mismas, así como una discusión retomando la información encontrada en el estado del arte, lo cual permitió llevar a cabo una interpretación de los resultados.

Para la parte final del trabajo se presentan las conclusiones, implicaciones para la educación, así como las limitaciones de la presente investigación, destacándose la importancia de renovar planes de estudio que permitan realmente el fortalecimiento de herramientas que garanticen al futuro profesional de enfermería como tomador de decisiones. También se propone el apoyo de tutores en los diversos campos clínicos, así como la inclusión de materias en los programas de

estudio en investigación de forma transversal que permita la consulta de las mismas para el fundamento de la toma de decisiones.

En el apartado final se presenta la bibliografía citada de acuerdo a los criterios de Vancouver, así como un apartado de anexos, donde se podrán encontrar formatos de entrevista utilizados para la recolección de datos.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La práctica clínica en los diversos escenarios de enfermería, demanda que los estudiantes constantemente tomen decisiones, dado que la enfermería es una disciplina profesional, se considera que quienes la ejercen deben tener el conocimiento que les permita justificar y sustentar dichas decisiones que deben tomar cotidianamente, ya que ello refleja qué tan autónoma es la disciplina.¹ Por ello es relevante contar con fuentes de información de calidad, válidas y pertinentes para tomar decisiones clínicas adecuadas en el proceso de atención.

Con lo anterior se evitaría tomar decisiones sin fundamento o por casualidad, con el objeto de un perfeccionamiento continuo en la capacidad para tomarlas, al ser sustentadas por datos validos con gran significancia en la práctica diaria.²

Por lo tanto, el egresado de la licenciatura en enfermería al convertirse en un profesional en el campo de actuación de la práctica clínica tiene un importante papel en la toma de decisiones clínicas, aún más cuando se le presenta la responsabilidad de coadyuvar en el mantenimiento, recuperación y mejora de la salud de las personas, éste debe ser capaz de pensar críticamente para resolver los problemas y hallar la mejor solución a sus necesidades, influyendo significativamente en el estado de salud del mismo.

Desafortunadamente se puede observar de manera cotidiana, una toma de decisiones basada en fuentes de información con una inadecuada evidencia científica, ya que la mayoría de las prácticas son basadas sólo en la experiencia, la tradición y en la opinión de los mismos colegas, debilitando las decisiones que llega a tomar en el cuidado del paciente.

Al respecto, Marshall, ha planteado que existen preferencias por basar la toma de decisiones en los colegas, considerando a las personas que constituyen el equipo de salud como la principal fuente de información por ser los más accesibles en el ámbito clínico a pesar de la variabilidad de información que puedan obtener de acuerdo a los diferentes criterios, contribuyendo a la incertidumbre clínica.³ Además Aguilera, ha señalado que durante el proceso de formación del

profesional de enfermería, éstos no cuestionan la información que se les brinda durante dicho proceso, inclusive aquella que buscan, pues no evalúan críticamente la evidencia científica de los datos proporcionados, lo que influye en la calidad de las decisiones que toma.

Es por ello que cuando éstos deben asumir posiciones críticas, con argumentos sólidos ante situaciones o discursos, priman los puntos de vista dogmáticos, especialmente frente a escenarios controversiales, debido a que no disponen de estrategias argumentativas válidas para defender sus ideas y tomar decisiones.

Como señaló Gómez, con base a las revisiones que llevó a cabo en el 2004, "*del 30 al 40% de los pacientes no reciben un cuidado según las evidencias científicas actuales y entre el 20 y 25% de los cuidados realizados son innecesarios o potencialmente dañinos*".⁴ Por ello el basar su actuación en pruebas científicas inválidas o incorrectas es peor que actuar sin ellas. En el mejor de los casos, la práctica se distorsiona de manera inconsciente y en el peor de ellos la decisión tomada puede causar daño a los pacientes o afectar negativamente la seguridad de la atención a la persona.

Por lo anterior se considera relevante conocer las vivencias del egresado de enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, en relación a los factores que pudieran llegar a influir para la toma de decisiones clínicas, así como a su sustento, ya que como han señalado autores como Fraser y Greenhalg; Rees y Richards, citados por Higgs *et al*, en el año 2008,⁵ el egresado además de poner en práctica un conjunto de conocimientos teóricos aprendidos en el aula, debe aplicar acciones reflexivas basadas en dichas competencias, que le permitan tomar decisiones adecuadas y trascendentales en los diversos escenarios de la práctica, garantizando con ello la organización de ideas y la claridad en las argumentaciones, por lo que su análisis resulta trascendente para la práctica de enfermería.

Es por esto que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las vivencias del egresado de la licenciatura en enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en la toma de decisiones clínicas que realiza durante su servicio social?

1.1 OBJETIVO GENERAL

- Explorar las vivencias del egresado de la licenciatura en enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en relación a la toma de decisiones clínicas que realiza durante su servicio social.

CAPÍTULO 2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 CONCEPTO DE VIVENCIAS

Para comenzar el presente apartado se partirá del concepto de vivencias, el cual se define como el modo en que la persona percibe y comprende sus experiencias, en las más variadas situaciones, atribuyéndole significados que, con mayor o menor intensidad, siempre son acompañadas de algún sentimiento y emociones (conocidas mediante el relato oral y la observación).⁶

De acuerdo a la Real Academia Española, la vivencia se define como el hecho de vivir y experimentar algo. Según Dilthey, la vivencia es la experiencia viva y humana cuyo contenido está formado por la actuación de la totalidad de las fuerzas psíquicas. Las ciencias comprensivas están fundadas en el nexo entre experiencia, vivencia y comprensión.

La vivencia puede distinguirse de la experiencia al constituirse como un criterio individual responsable de la caracterización de lo real. Es accionada por la resistencia ejercida por un mundo exterior sobre los movimientos de nuestro cuerpo y sobre el impulso de nuestra voluntad y nuestras emociones, respondiendo de este modo al surgimiento de los hechos de la conciencia. Estos, a su vez, se encuentran sometidos a las condiciones históricas, lo que hace de las vivencias una experiencia individual cargada de sentido colectivo.

Gadamer, destaca el término vivencia para hablar de aquello que es aprendido y vivido por el individuo y por el grupo y se expresa en el sentido común. Para este autor, la vivencia constituye una objetivación de la experiencia en forma de realidad pensada. O sea, la vivencia se diferencia de la experiencia porque constituye la elaboración del individuo sobre todo lo que experimenta. Esa diferenciación puede ser clarificada con un ejemplo: varios individuos pueden experimentar al mismo tiempo una misma realidad como la muerte de un miembro de la familia, el nacimiento de un niño, una gran catástrofe o un acto

autoritario. La vivencia de cada uno sobre un mismo fenómeno es diferente: es una elaboración que hace la persona, sobre la base de su personalidad, sus experiencias anteriores, su capacidad de reflexión, sus intereses y su lugar en la comunidad y en la sociedad. Heidegger, Gadamer y Schütz resaltan que el lenguaje del sentido común es el instrumento primordial de la narrativa de las experiencias y de las vivencias.⁷

2.1.2 TOMA DE DECISIONES

En la práctica diaria el profesional de enfermería se enfrenta a una serie de escenarios en los que debe tomar decisiones. Por pertenecer a una disciplina profesional se considera que tiene el conocimiento propio para justificarlas y sustentarlas.

Las decisiones que se toman tienen una trascendencia para la disciplina misma, ya que los criterios o bases en que se fundamentan son esenciales para la búsqueda de identidad y la autonomía, es decir, son las que reflejan qué tan autónoma es la disciplina de Enfermería.⁸

La toma de decisiones es un proceso de alcanzar consenso en situaciones de grupo a través de la discusión, debate y análisis. Está considerada como un proceso sistemático para elegir la opción que sea la que ofrezca las mayores probabilidades de mejorar la eficiencia y eficacia ante una situación.

La capacidad de toma de decisiones del profesional de enfermería es un proceso que requiere madurez y capacidad de juicio, que puede ser aprendido a través de la observación, el conocimiento y la experiencia; todo ello debe estar sustentado por la mejor y mayor evidencia clínica y científica con la que se cuente.

2.1.2.1 El proceso en la toma de decisiones clínicas

Decidir es un acto humano de elección entre varias alternativas existentes. Los profesionales sanitarios están involucrados en muchas tomas de decisiones ya

que deben optar por una determinada opción, diagnóstica, pronóstica y terapéutica que pueden repercutir de manera significativa en el estado de la persona.

Una decisión es una elección consciente y racional, orientada a conseguir un objetivo, que se realiza entre diversas posibilidades de actuación (o alternativas).

Antes de tomarla se debe de prever cual será el resultado de escoger una alternativa y con base en ello se tomara una decisión.⁹

Por lo anterior, tomar una decisión implica tener que escoger entre varias alternativas (datos primarios, experiencias personales o profesionales, preferencias de los pacientes, normas externas y evidencia científica).

La frecuencia de la toma de decisiones depende del número y el tipo de decisiones que enfrentan los enfermeros y se encuentra relacionado con el ambiente de trabajo, la percepción de su papel clínico, su autonomía operativa, y el grado en que ven a sí mismos como los que toman las decisiones como activos e influyentes. Existe evidencia de que un profesional de enfermería que trabaja en una unidad de admisión médica, admitió que atiende a 50 pacientes por día, enfrentándose a un conjunto diferente de desafíos de toma de decisiones.¹⁰

El conjunto de todas las fuentes de información hacen que el proceso de toma de decisiones pueda variar. Para ello el profesional de enfermería debe de tomar las mejores fuentes de información, que permitan mejorar dicho proceso.

Potter y Griffin, han planteado que la toma de decisiones lleva a una conclusión informada y que está apoyada por la evidencia y las razones, además, es considerado como un punto final del pensamiento crítico que conduce a la solución de problemas.

Durante su práctica clínica la toma de decisiones del recién egresado en servicio social se puede evidenciar en diferentes áreas clínicas en las que se les exige tomar decisiones con pensamiento crítico y reflexivo. Desde el ámbito de enfermería, Patricia Benner realiza un análisis sobre dicha práctica con el fin de describir los conocimientos que la sustentan, destacando que la adquisición de

estos comienza con los estudios formales, los conocimientos teóricos y cuando ya es profesional al ser responsable del total cuidado de la persona, influyendo el trabajo constante en un lugar específico por un tiempo determinado, permitiendo desarrollar seguridad en la toma de decisiones clínicas.¹¹

Así mismo Rapoport, explica en su teoría de juegos, que las decisiones individuales se ven influidas no solo por la información contextual disponible, sino por las decisiones de otros,¹² es decir, en el saber y quehacer práctico se pueden tomar decisiones adquiridas por imitación de los profesionales que no necesariamente tienen los conocimientos teóricos actuales, formando futuros profesionales con las mismas características, generando que las decisiones estratégicas que toma un pasante dependan de la información que tenga sobre lo que hacen los demás, tal como se presenta en la teoría de juegos.

Por otra parte, desde los postulados de la teoría de la decisión de Bell, Raiffa y Tversky,¹³ se analiza cómo elige una persona aquella acción que, de entre un conjunto de acciones posibles, le conduce al mejor resultado, dicha teoría se caracteriza por un individuo que ha de tomar una decisión cualquiera y de quien se dan por supuestas sus preferencias, debido a que en los diversos escenarios clínicos, ocasionalmente la forma de actuación del pasante no se encuentra basada necesariamente en las técnicas aprendidas durante su proceso de formación, ya que a través de la experiencia obtenida durante su pasantía, adquiere las habilidades necesarias para realizar dichos procedimientos de manera rápida para lograr una mayor eficiencia en la atención, lo que le conlleva a que esto sea su preferencia y desarrolla un repertorio personal de conocimientos prácticos.

2.1.2.1.1 La evidencia científica en el proceso de toma de decisiones

La toma de decisiones basada en la evidencia, tiene como principal objetivo reducir la incertidumbre clínica, es decir, la búsqueda de relevancia aumentará la

propia certeza de que un determinado curso de acción es más probable que conduzca a los resultados deseados. A menudo, las enfermeras informan que las razones para la búsqueda de evidencia de la investigación es apoyar su práctica actual.

La evidencia científica va de la mano con el desarrollo profesional, el cual debe ser ético, eficaz, efectivo y eficiente.

A inicios de los años 90s, la medicina basada en evidencia se convierte en un movimiento científico y profesional, esta práctica fue descrita por primera vez por Sackett como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente¹⁴. Posteriormente Rosenberg y Donald la entienden cómo un enfoque dirigido a la solución de problemas que surgen en la práctica clínica, en el que la toma de decisiones está basado en la mejor evidencia existente.¹⁵

En 1996 aparecieron las primeras publicaciones en bases de datos, con lo que se generó mayor relevancia la EBE, adquiere relevancia en la época actual, ya sea desde el paradigma positivista o cuantitativo o desde el paradigma interpretativo o cualitativo, o como recientemente se plantea, a través de la contemplación de ambos. Esto porque para la profesión es igualmente ineludible, válido y necesario determinar evidencias sobre los aspectos relativos a la enfermedad, tratamiento, diagnóstico, prevención de problemas de salud y complicaciones, tanto como el profundizar en el descubrimiento de los distintos significados que el paciente atribuye a sus experiencias vitales con la salud, con la enfermedad, con la muerte y como receptor de los cuidados de enfermería.

Este proceso reviste cambios en la forma de pensar y de sentir el cuidado que se otorga, tanto por parte de las enfermeras/os asistenciales que deben renovar la forma en que abordan día a día su labor de cuidar a los pacientes, con una preocupación permanente para otorgar cuidados en base a evidencias; como en las enfermeras docentes, porque en ellas recae la responsabilidad de infundir en los estudiantes, a lo largo del proceso formador, la inquietud investigativa a través

del desarrollo y aplicación de la competencia del pensamiento crítico–reflexivo que los lleve a plantearse preguntas y a desarrollar las competencias en la búsqueda de información, relacionadas con el cuidado, como también en desarrollar una cultura de la autoevaluación permanente de su quehacer.¹⁶

Respecto a su importancia, Ochoa plantea que la EBE conduce a la toma de decisiones con base en la evidencia emanada de la investigación, en la experiencia clínica sistematizada y en la preferencia del usuario como persona única y singular.¹⁷

Por su parte Landeros y Amezcua describen la importancia que tiene la evidencia científica generada por y para las enfermeras a partir de sus vivencias en la práctica del cuidado, destacándose que ello les permite: ayudar a crear una cultura del cambio, fomentar el estudio de cuestiones relacionadas con la práctica de enfermería, reunir esfuerzos dispersos en el común objetivo de la mejora de la problemática de enfermería, divulgar los principios e instrumentos de la enfermería y compartir perspectivas y conocimientos con grupos e investigadores de enfermería.¹⁸

La EBE, pretende integrar la mejor evidencia externa obtenida a través de la revisión crítica de las diversas fuentes de información, con la habilidad para la práctica profesional y la elección del propio paciente.¹⁹

2.1.2.2 El sustento en la toma de decisiones clínicas

El conjunto de todas las fuentes de información hacen que el proceso de toma de decisiones pueda variar, para ello el profesional de enfermería debe de tomar las mejores fuentes de información, que permita mejorar y sustentar dicho proceso.

2.1.2.2.1 Información y conocimiento

El uso de la información es un área amplia que está influenciado por muchas disciplinas, dando como resultado la determinación independiente de la terminología por varios grupos y generación de una variedad de términos para expresar conceptos similares. Basada en la investigación, esta es una forma para

describir el uso de la investigación que incluye términos tales como utilización de la investigación, la práctica basada en la evidencia y la utilización del conocimiento.²⁰

Dentro del contexto de la información utilizar el conocimiento y la información también se utilizan indistintamente. Es importante que una distinción clara entre estos dos términos se hace porque se utilizan como sinónimos que cada uno tiene un significado específico.²¹

La información es objetiva, explícita y capaz de ser procesada. El conocimiento, en cambio, es una construcción social y abarca creencias y compromisos y supone la aplicación de significado subjetivo cuando se utiliza la información.

La naturaleza subjetiva del conocimiento se apoya en Kennedy, en un contexto educativo, describió conocimiento práctico como la construcción de forma individual, que abarca las experiencias individuales y las creencias. En el contexto de la subjetividad del conocimiento de enfermería también es reconocido por la inclusión de formas estéticas de saber y lo refiere como conocimiento de una persona.^{22,23}

También se requiere la articulación de conocimientos para que la información sea compartida. Es evidente que tanto esta como el conocimiento es necesario para interpretar y aplicar la información así como para la toma de decisiones clínicas.

Por esta razón, las definiciones propuestas por Stenmark se utilizarán para tipificar información y conocimiento, donde la información se refiere a lo que es " tangible y representado como objetos fuera de la mente humana "y el conocimiento referente a lo que está basado en " experiencias personales y la herencia cultural, y fundamentalmente tácito".²¹ Tanto la información y el conocimiento son fundamentales para una decisión clínica informada. Por simplicidad, en lo sucesivo, el término información debe considerarse abarcar fuentes explícitas y tangibles de la información, así como los conocimientos, tales como la experiencia personal, que es fundamentalmente tácito.

2.1.2.2.2 Las Fuentes de información en el sustento de la práctica enfermera

Es sobradamente conocido que las fuentes de información son un instrumento de transferencia de la información, que tiene su base en la bibliografía y en la evolución que ésta ha experimentado desde sus remotos orígenes en el siglo II a.dC.- hasta que comienza a desarrollarse como método repertorial en el siglo XVI, cuando el libro es el procedimiento de transmisión del saber.

El ámbito del saber se hace cada vez más amplio y especializado, tanto que al hombre le es imposible abarcar todo lo que necesita para su conocimiento y comienza el desarrollo de técnicas y métodos que permitan parcelar el entorno científico en los que se trabaja para poder seleccionar, de forma puntual y precisa, la parcela que se pretende conocer.

Esta necesidad facilita el nacimiento de las ciencias de la documentación que incorporan técnicas que proporcionan el acercamiento de la información a los usuarios en la forma de fuentes de Información, en las que la bibliografía aparece incorporada como factor primordial.

Se denominan fuentes de información a diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento.

La transmisión de la información escrita ha evolucionado con el transcurso del tiempo proporcionando acceso a la cultura con procedimientos cada vez más adaptados y propios de esta evolución. La Información, de un hecho propiamente cultural, se ha transformado en una potente industria, fundamentalmente, debido al avance de las nuevas tecnologías que han influido de forma espectacular en la elaboración, publicación, distribución y consulta de lo que consideramos las fuentes de Información.

Los principales avances tecnológicos en el campo de la información se han desarrollado en varios aspectos principales.

- Los soportes ópticos, por medio de los cuales se consigue un almacenamiento masivo de información.
- Los sistemas automatizados de gestión de bases de datos.
- Las redes de comunicación.

Estos tres avances señalados no serán los únicos pero sí entre ellos han producido una gran transformación tanto en la producción y el mantenimiento de fuentes de información como en los procedimientos de distribución, consulta y acceso al conocimiento.²⁴

Las diferentes fuentes de información se relacionan con su formato: impreso, distribuido electrónicamente, en línea o el CD-ROM.

La bibliografía científica es el conjunto de fuentes escritas o informatizadas que están a nuestra disposición para resolver casi todos los problemas de documentación que se presentan en la vida profesional. Actualmente un científico no puede aspirar a reunir más que una fracción diminuta del conocimiento de toda la información registrada, observaciones, mediciones, etc. De los cientos y miles de personas que trabajan en su área temática. Se ha calculado que la literatura científica se duplica cada 6 a 12 años dependiendo del campo.

De acuerdo al origen de la información de las fuentes, estas pueden clasificarse de las siguientes tres formas:

- Fuentes de información personales:

Ofrecen información sobre personas o grupos que se relacionan profesionalmente. Su transmisión es oral (aunque después puede fijarse en documentos). Cualquier persona puede construir una fuente personal.

- Fuentes de información institucionales:

Proporcionan información sobre una institución, entendida como una organización que realiza funciones o actividades de interés público. Ofrece datos sobre su funcionamiento y organización.

- Fuentes de información documentales:

Proporcionan información a partir o sobre un documento. El documento es el soporte que contiene la información y el que la transmite.

2.1.2.2.3 Fuentes de información de acuerdo al nivel informativo o de contenido

En lo que atañe al nivel informativo, las fuentes se clasifican en primarias, secundarias y terciarias.

- Fuentes de información primarias:

Contienen información nueva u original y cuya disposición no sigue, habitualmente ningún esquema predeterminado. Se accede a ellas directamente o por las fuentes secundarias.

Incluyen principalmente al libro (monografías) y las revistas. Estos documentos registran la información que desarrolla contenidos científico – técnicos, aunque no exclusivamente. Los libros generalmente cubren un tema en particular el cual es abordado por un autor de manera relativamente completa, permitiéndonos estudiar un tema o una parte de él sin tener que esperar una publicación.

Los libros no se caracterizan por presentar información muy reciente pues su proceso de edición es demorado.

En cuanto a las revistas (publicaciones periódicas o seriadas), es el medio de difusión más reconocido de los documentos con finalidades profesionales, académicas o científicas.

Las revistas se caracterizan por la intencionalidad de prolongarse en el tiempo. El tratamiento que le dan a los temas abordados es más breve que el de los libros, pero en cambio su actualidad y novedad son mucho más acentuadas.

Los periódicos son también publicaciones seriadas pero su contenido es de carácter informativo en los campos políticos económico, social, cultural y religioso.

Las tesis de licenciatura y doctorales son trabajos de investigación realizados con la finalidad de obtener un título o grado.

❖ Literatura gris:

Se le denomina literatura no convencional. Se trata de un conjunto formado por documentos de características difusas y valor informativo no homogéneo. Se denomina así al conjunto de documentos de variada tipología, que no se publican a través de los canales habituales de transmisión de información científica. El adjetivo de gris es debido a que no tienen una clara denominación y normalización y no pueden equipararse al resto de documentos.

En el seminario de York, se estableció la tipología de documentos que abarca la literatura gris:

- Informes
- Tesis
- Comunicación a congresos que no sean publicadas en las actas
- Normas y recomendaciones
- Traducciones (no publicadas comercialmente)

• Fuentes de información secundarias:

Son aquellas que contienen material ya conocido, pero organizado según un esquema determinado. Son el resultado de aplicar las técnicas de análisis documental sobre las fuentes primarias y de la extracción, condensación u otro tipo de reorganización de la información de aquellas que contienen, a fin de hacerla accesible a los usuarios. Tienen como principal característica ser una fuente que informa sobre temas de interés en diferentes contextos o ser un medio para conducir al usuario a la recuperación de información de su preferencia.²⁵

También se les conoce como obras de referencia, pues su intención no es la de ser leídas, sino proporcionar datos puntuales de consulta rápida. Algunas fuentes secundarias son:

- Directorios

Lista de personas u organizaciones ordenada sistemáticamente, usualmente por orden alfabético o clasificado.

- Manuales

Son obras de consulta que proporcionan información factual y concisa acerca de eventos históricos y de actualidad.

- Diccionarios

Estos pueden ser generales y especializados. Los generales son aquellos que tratan universalmente del conocimiento. Los especializados son los que tratan un solo tema: medicina, filosofía, biología, economía, etc.

- Fuentes de información terciarias:

Este tipo de fuente se compone por un repertorio de fuentes primarias y secundarias.

Estos pueden ser impresos, escritos o en edición electrónica, tales como: CD-ROM, en línea, disquetes y la red internet, la cual nos ofrece servicios como: conferencias electrónicas, acceso a revistas electrónicas, páginas web, acceso a bases de datos electrónicas destacándose catálogo de bibliotecas.²⁶ (Figura N.1)

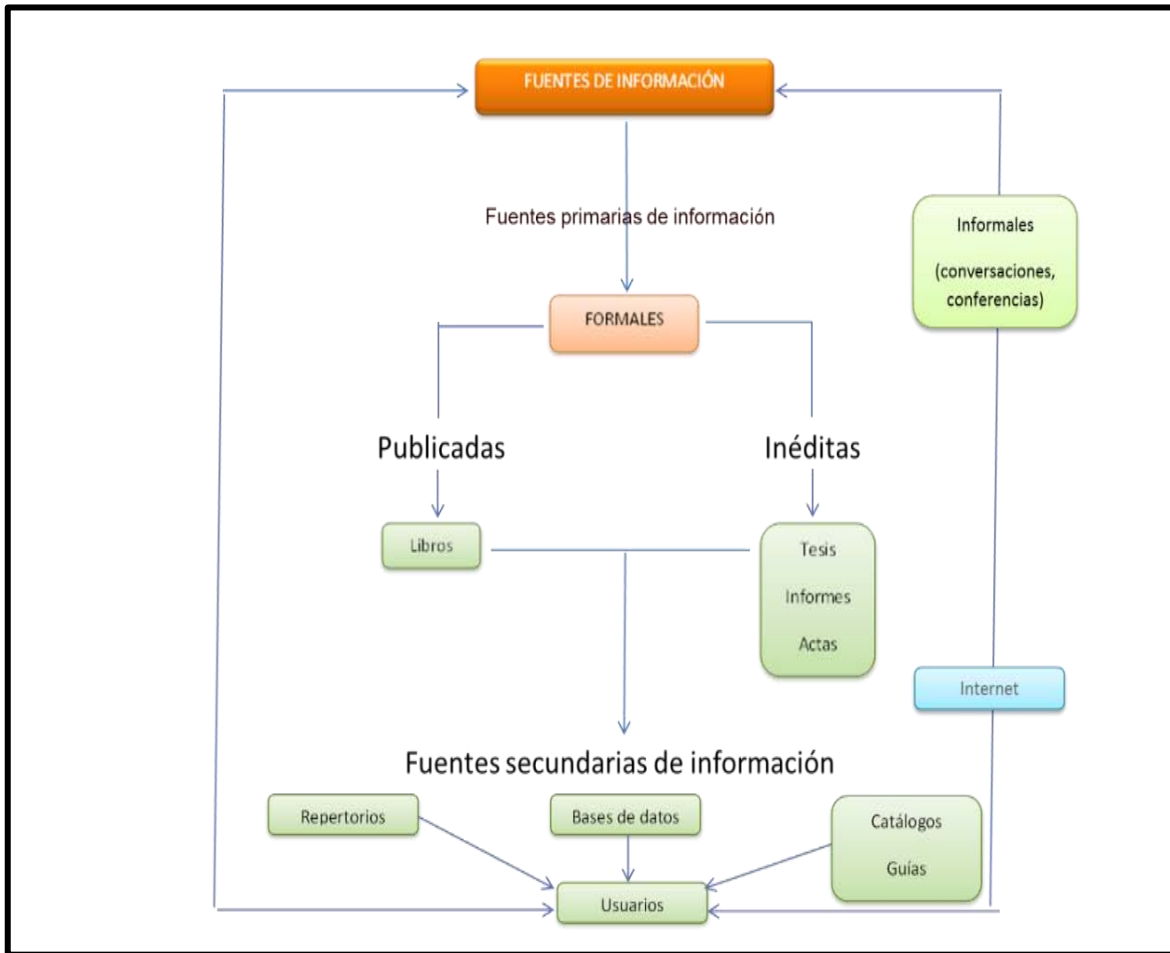


Figura N. 1 Fuentes de Información

2.1.2.2.4 Una nueva fuente de información: Internet

Internet es un medio que permite el acceso a volúmenes de información muy grandes en tiempo real, pero no hace diferencias entre cantidad y calidad de esa información. Algunos recursos que podemos usar a través de internet son: las bases de datos bibliográficas, las revistas electrónicas, la web de instituciones, los foros de discusión especializados en áreas concretas.²

Cabe mencionar que la web puede tener información errónea, por ello hay que adoptar una actitud de lectura crítica.

2.1.2.2.5 Toma de decisiones y pensamiento crítico

De acuerdo a John Dewey, el pensamiento crítico se define como la consideración activa, persistente y cuidadosa de una creencia o forma supuesta de conocimiento a la luz de los fundamentos que la apoyan y de las conclusiones hacia las que tiende. Implicando la autonomía del sujeto.²⁷

Otra propuesta es la definición de Ennis y Norris, quien plantea que pensar críticamente es decidir razonablemente y reflexivamente acerca de qué creer o hacer. El carácter de la reflexión se refiere fundamentalmente a la necesidad de considerar las diferentes perspectivas y variantes, así como las consecuencias de las decisiones que se pretenden tomar. Con ello el pensamiento crítico debe estar orientado a la toma de decisiones en dos ámbitos cruciales: creer y actuar.²⁸

De acuerdo a Rosalinda Alfaro, el pensamiento crítico es un proceso en el que el juicio clínico es el resultado de tal proceso, conllevando a la generación de opiniones o tomar una decisión.⁴

Kozielecki, considera que los factores que influyen en la toma de decisiones son, entre otros, las características personales del sujeto, su personalidad y su sistema cognitivo. La interrelación de estos factores dará lugar a determinados patrones de conducta adoptados por los sujetos en situaciones de decisión.²⁹

Por lo anterior se destaca que en el proceso de toma de decisiones influye el pensamiento crítico, ya que ello interviene en la forma de cómo se ejercen acciones que pueden determinar significativamente el estado de una persona.

El pensamiento crítico es un proceso activo, cognitivo y deliberado, empleado para examinar el propio pensamiento. Implica la utilización de la mente para reflexionar, efectuar deducciones, conclusiones y tomar decisiones.

La Asociación Americana de Filosofía identificó habilidades básicas del pensamiento crítico, las cuales al ser aplicadas en enfermería son útiles para mostrar la naturaleza compleja de la toma de decisiones clínicas, al requerirse además del desarrollo de hábitos personales, la formulación de preguntas, el

permanecer bien informados, el ser honestos al enfrentarse a prejuicios personales y estar siempre dispuestos a considerar las opiniones de los demás. La capacidad para desarrollar y aplicar estas habilidades requiere de la experiencia y la consideración cuidadosa del conocimiento desarrollado en el cuidado clínico de los pacientes.³⁰

Sobre el pensamiento crítico en el área de enfermería Caballero, realizó un estudio para identificar y evaluar las destrezas del pensamiento crítico en alumnos de primero y segundo año de la carrera de enfermería en Santiago de Chile, destacando el fomento de la búsqueda de información, el análisis crítico de situaciones determinadas y de las fuentes de información, la búsqueda, comprensión y confrontación del punto de vista de otros y el desarrollo de una postura inquisitiva para el desarrollo de esta actividad cognitiva y para una mejor aplicabilidad de todo ello.³¹

2.1.2.3 Factores que influyen en el proceso de toma de decisiones clínicas

Existen diversos factores que pueden llegar a limitar el proceso de toma de decisiones clínicas, tales como la formación del alumno de licenciatura, donde sigue prevaleciendo la pedagogía tradicional, el quedarse solo al cuidado de la persona, las relaciones de poder entre el egresado y el empleador o simplemente no encontrar una aplicación de los conocimientos aprendidos durante el proceso de formación.

2.1.2.3.1 Formación de los alumnos de pregrado en enfermería

De acuerdo a Rivas, la formación de los estudiantes de pregrado se ha encontrado inmersa en el ámbito hospitalario, el cual se ha caracterizado por dar un mayor énfasis a poseer conocimientos procedimentales que de aprendizaje reflexivo, convirtiendo al futuro profesional de enfermería como un mero aplicador de técnicas, que ejerce su profesión de forma totalmente subordinada a la figura del

médico con categoría de auxiliar del mismo influyendo en la toma de decisiones.³² Es por ello que se considera que el legado de la escuela tradicional sigue prevaleciendo de manera vigente hasta nuestra actualidad.

2.1.2.3.1.1 La escuela tradicional

La escuela tradicional tuvo sus orígenes de manera más formal en el mundo occidental, a partir del siglo XVIII y comienzos del XIX. Durante esta etapa uno de los aspectos históricos más sobresalientes fue la Guerra de Crimea en Inglaterra, donde la enseñanza se impartía en momentos de coyuntura: epidemias, conflictos militares y campañas sanitarias. Estas escuelas expidieron títulos y diplomas diversos como el de enfermeras visitadoras, enfermeras comadronas, enfermeras parteras y enfermeras hospitalarias.³³

En esta tradición el objetivo de las escuelas de enfermería era preparar estudiantes bajo actividades técnicas y manuales.

La enfermera era formada bajo una práctica moral y religiosa derivada de la tradición del servilismo, caritativa, abnegada, vocacional, y sin capacidad para tener autonomía en sus decisiones, debido a que la enfermería tenía gran influencia cristiana. Se promulgó una obediencia incontestable a las decisiones de otros elementos de rango superior, generalmente el sacerdote o el médico, estaban orientadas al orden y la limpieza, éstas se veían como fuerza laboral de los hospitales, y eran manipuladas en beneficio de otros grupos profesionales, además se les enseñaba a portar un uniforme peculiar, a tratar bien a los pacientes, sin un pensamiento crítico, ya que no podían debatir las indicaciones de los médicos o de sus superiores ni mucho menos tomar una decisión con respecto al cuidado de la persona.³⁴

2.1.2.3.1.2 Características de la escuela tradicional:

El racionalismo durante esta época se caracterizó por presentar un gran elitismo, en la selección de los alumnos ya que los años de estudio se regían por aquellas

personas que pagaban o no un monto (lo cual se observa actualmente en algunas escuelas de enfermería impartidas en institutos). Así mismo se tenía un límite de edad para poder acceder a los conocimientos de enfermería, y las únicas que podían acceder eran mujeres.

El magistrocentrismo, establece una relación enfermera–maestros verdaderamente vertical, de dependencia al docente quien toma las decisiones ya que el conocimiento es de su propiedad.^{35,36,37}

El enciclopedismo, otra característica de la escuela tradicional determinaba que la enseñanza se basaba en actividades totalmente organizadas y programadas, fomentando “cuidados” de enfermería basados en rutinas más que en cuidados individualizados y reflexivos que conllevaran a una decisión.

El verbalismo y pasividad promovía un método de enseñanza igual para todas las enfermeras, sin tomar en cuenta que cada persona posee diferentes formas de aprendizaje, generando “conocimientos” y por lo tanto cuidados memorizados, característica que aún sigue vigente hasta nuestros tiempos, sin tomar en cuenta la teoría de Ausubel y Vigostky, para fortalecer el aprendizaje significativo por medio del constructivismo y el control del entorno.

Bajo la corriente pedagógica de Comenius y el paradigma de Categorización, se tiene que el estudiante de enfermería es asignado a una unidad de cuidados según las necesidades del trabajo o a hacer lo que a los médicos no les gustaba, por lo que la enseñanza formal de esta disciplina se centra en un contenido orientado hacia los conocimientos médicos, lo cual las lleva a identificarse como un modelo científico–médico y se enfoca en el conocimiento memorizado de signos y síntomas de las enfermedades y en³⁸ la aplicación de técnicas médicas delegadas.⁷

2.1.3.1.3 El idioma inglés como facilitador en la toma de decisiones

El nuevo perfil competencial de los profesionales de enfermería exige que las enfermeras posean competencias específicas en inglés hablado y escrito.

En el terreno científico y académico, el inglés es la lengua vehicular y su aplicación es esencial para el análisis de los resultados más relevantes en materia de investigación, y por tanto, la incorporación de la evidencia científica en la práctica que pudieran llegar a generar y fundamentar una decisión de la práctica diaria.³⁹

El dominio del idioma inglés es indispensable tanto a nivel académico, como a nivel clínico e investigador. Sin embargo, este reconocimiento recogido en los programas de enfermería para la obtención del grado de las distintas universidades no corresponde al peso académico otorgado dentro del currículum universitario.

Existen por tanto discrepancias entre el énfasis manifiesto sobre la importancia de la formación en inglés para los profesionales de enfermería y los contenidos propuestos. A pesar del reconocimiento del inglés como materia transversal, no todos los programas de enfermería incluyen asignaturas específicas, y los que la incluyen lo hacen de manera opcional en un alto porcentaje, lo que se traduce en una enorme amalgama formativa, que no garantiza un nivel adecuado para una búsqueda eficiente de las mejores evidencias científicas.

2.1.2.3.2 Las relaciones de poder en enfermería como limitante en el proceso de toma de decisiones

El poder constituye un medio de interacción social en el que la mayoría de las veces se han generado desigualdades de diversas índoles.

El ser humano ha llegado a ver el poder como una posibilidad de imponer el control sobre otros (as) y sobre las emociones. Significa controlar los recursos

materiales a nuestro alrededor. El poder se obtiene si se puede tomar ventaja de las diferencias existentes entre la gente y se siente que se logra acceder a mayores recursos que los demás. Es asumido como dominancia sobre algo o sobre alguien más.

Puede materializarse de varias maneras, de las cuales destacan dos: una libre o constructivista que busca ejercer el poder como mecanismo de desarrollo colectivo, y otro que gira sobre el control y la dominación, siendo este último la creencia y concepción prevaleciente en la mayoría de las sociedades como la verdadera manera de tenerlo.

Dicho ejercicio del poder puede influir significativamente en que se tenga iniciativa para poder llegar a tomar una decisión al sentirse desvalorizados e inferiores con el personal de mayor preparación y experiencia.⁴⁰

2.1.2.3.3 La disociación teoría-práctica en la toma de decisiones

La relación entre teoría y práctica es una de las preocupaciones principales que se analiza en la actualidad en los ambientes académicos de la enfermería. Medina realiza una revisión donde se abordan facetas de esta preocupación: la dicotomía teoría y práctica, la prescripción unidireccional desde la teoría hacia la práctica o la visión dialéctica que establece una visión mutuamente constitutiva entre teoría y práctica.⁴¹

Medina apunta que el cisma entre el lenguaje de la academia y el de la práctica se ha hecho cada vez más evidente y las alumnas, antes de finalizar su graduación, ya se convencen de la poca utilidad de esos conceptos y teorías para su posterior práctica profesional.

Los programas de enseñanza en Enfermería se han caracterizado por dar prioridad al producto sobre el proceso, es decir, se ha dado prioridad a los contenidos, las teorías y los modelos. Por este motivo, han prevalecido métodos de enseñanza expositivos, en general poco participativos, que han originado un

aprendizaje pasivo basado en la memorización. Sin embargo, el aprendizaje es un proceso dinámico en el que el comportamiento y las experiencias del alumno desempeñan un papel fundamental. El estudiante debe aportar su contribución y no limitarse a recibir y asimilar todo lo que se le transmite, sino más bien escuchar, dudar, analizar, interpretar, investigar y crear su propio conocimiento.⁴²

La relación teoría-práctica ha sido un tema central en los debates que se han venido desarrollando en la formación de profesores y enfermeras. Los trabajos publicados de Schön y Benner han marcado una inquebrantable comprensión de la relación teoría-práctica tanto en la formación de profesores como en el de las enfermeras, demostrando que los enfoques tecnológicos tradicionales estaban equivocados.

De lo anterior se distinguen tres paradigmas: el racional tecnológico, el hermenéutico y el crítico.⁴³ El baluarte fundamental del primer paradigma es la objetividad, la cuantificación y la verificación-falsación-replicabilidad. El paradigma hermenéutico concibe el proceso educativo mediante la interacción y la interpretación que de la misma realicen los sujetos implicados en dicho proceso y el conocimiento teórico es fruto de la interacción que tiene efecto en la práctica de la disciplina dada.

El tercer paradigma se caracteriza por explicitar la naturaleza dialéctico-crítica del proceso del conocimiento y tener en cuenta el papel preponderante de la ideología en todo proceso científico.

La adopción inapropiada de estos paradigmas y la indefinición epistemológica son la causa última de uno de los problemas omnipresentes en el desarrollo de la enfermería, que es la disociación teoría-práctica.

Las asignaturas y contenidos (teóricos y prácticos) del plan de estudios del diploma universitario en enfermería han sido concebidos para formar una enfermera capacitada para prestar cuidados integrales, tanto en el ámbito individual como grupal, y en las diferentes situaciones de salud.

2.1.3 EL SERVICIO SOCIAL EN ENFERMERÍA

El Servicio Social es la realización de actividades temporales que llevan a cabo 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 y el país, como requisito previo para la obtención del título profesional. Dicho servicio le permite al estudiante:

En el ámbito formativo (entendido como el proceso de construcción de saberes científicos, sociales, artísticos y humanísticos que facilitan el desarrollo de la estructura ética/moral de la persona y dan sentido a la integración del perfil profesional):

- Consolidar la formación académica.
- Poner en práctica los conocimientos adquiridos en las aulas.
- Adquirir nuevos conocimientos y habilidades profesionales.
- Aprender a actuar con solidaridad, reciprocidad y a trabajar en equipo.
- Conocer y tener la posibilidad de incorporarse al mercado de trabajo.

En el ámbito social (participando en los diferentes campos de la actividad humana como son salud, educación, cultura, equidad de género, medio ambiente, producción de bienes y servicios, derechos humanos, ciencia y tecnología; incentivando la fructificación de talentos y capacidades de creación, en la atención/gestión de sus condiciones y problemas, que serán asumidas con autorresponsabilidad):

- Tomar conciencia de la problemática nacional, en particular la de los sectores más desprotegidos del país.
- Extender a la sociedad los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura.
- Poner al servicio de la comunidad los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos.

En el ámbito retributivo (contribuir a la mejora de la calidad de vida, a través de la participación en el diseño, intervención, planificación, asesoría, capacitación, etc., al otorgar a la comunidad los beneficios de las competencias adquiridas – saberes, habilidades y actitudes):

- Reconocer el costo de la educación recibida y retribuir a la sociedad con acciones responsables.
- Privilegiar el compromiso adquirido con la sociedad, atendiendo las necesidades y problemas de los grupos vulnerables.
- Retribuir a la sociedad los recursos destinados a la educación pública.
- Poner en práctica las competencias adquiridas para realizar trabajo comunitario⁴⁴

El Servicio Social de Enfermería es el período académico de proyección social que se desarrolla en unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención, así como en unidades de investigación; en el que el pasante aplica los conocimientos, destrezas y aptitudes adquiridas en los ciclos escolarizados, de igual manera favorece a que el pasante adquiera habilidades y destrezas y por ende seguridad profesional en cada una de sus intervenciones en el ámbito asistencial docente administrativo y de investigación.

De acuerdo a los lineamientos para la prestación de servicio social en pasantes de la ENEO – UNAM, establece en su artículo cuarto, las implicaciones que tiene en los egresados de la carrera el llevar a cabo un servicio social, siendo estas:

- I. La retribución a la sociedad, parte de los beneficios recibidos durante su formación académica, a través de la prestación de servicios profesionales.
- II. El fortalecimiento de los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante su formación profesional, en beneficio de la sociedad.
- III. La aplicación del proceso de Enfermería a fin de fomentar la salud, prevenir y tratar las enfermedades, así como la rehabilitación cuando así se

requiere, coadyuvando en la satisfacción de las necesidades humanas, favoreciendo estilos de vida saludables.

En relación a la planeación, operatividad, control y evaluación del Servicio Social es responsabilidad del Jefe de la División de Estudios Profesionales quién se apoya en los funcionarios que colaboran en la División, así como en la Secretaría de Asuntos Escolares. La Secretaría General y la División de Estudios Profesionales serán responsables de promover los programas de Servicio Social que correspondan con el perfil de egreso.

Los pasantes de la ENEO, podrán prestar Servicio Social en forma interdisciplinaria y multidisciplinaria en instituciones de salud o educativas, en los programas internos (dependencias de la UNAM) o externos (dependencias del sector público y de asistencia social), ya sea en el área metropolitana o en el interior del país.

El tiempo mínimo para realizar el Servicio Social en los programas internos y externos será de un año. El número de horas será determinado por las características del programa al que se encuentre adscrito el pasante, pero en ningún caso será menor de 480 horas.⁴⁵

2.2 ESTADO DEL ARTE

Después de una revisión exhaustiva en las diversas bases de datos científicas, se han logrado identificar cuatro artículos nacionales y siete internacionales relacionados con la temática abordada en la presente investigación, de los cuales se puede resaltar el artículo de Carrillo en el año 2007, titulado “Evidencias que utilizan las enfermeras que participan en comités de infecciones para la toma de decisiones”, el cual se trata de un estudio exploratorio descriptivo de corte transversal, se utilizó un muestreo intencional constituido por 41 profesionales, se aplicó un instrumento que permitió evaluar los principales criterios que utilizan para tomar decisiones. Como resultado dicho autor menciona que todo dato al que tiene acceso es sinónimo de evidencia científica, por ello esta información que recopilan es la que utilizan para sus decisiones. Además consideran que la enfermería basada en evidencias es un término complejo y poco entendible. Los profesionales referían que es información únicamente para catedráticos o profesionales que se desempeñan en el área de investigación.

El artículo concluye que durante el proceso de formación de los alumnos, estos deben ser alentados para utilizar enfermería basada en evidencia, ya que todo ello ayuda a garantizar que el cuidado de enfermería sea efectuado de manera más eficaz y oportuna tanto en la parte científica como en la parte humana de cada uno de las personas, destacándose que la enfermería basada en evidencia, permite tomar decisiones con base científica, entregando cuidados óptimos a personas que lo necesitan.¹

Con relación al proceso de toma de decisiones clínicas se revisó un estudio cualitativo publicado en el año 2008 por Wey y et al. sobre la percepción de los recién graduados de enfermería en este proceso, utilizando una entrevista semiestructurada dirigida a saber que tanta autonomía consideraban los recién egresados tenían con respecto al proceso de toma de decisiones en la atención de los pacientes. Los resultados obtenidos reflejaron la inseguridad de los alumnos ya que estos que tienen habilidades poco desarrolladas, sintiéndose observados y

comparados con otros profesionales con mayor experiencia, resaltándose sentimientos de impotencia para hacer valer la autonomía del paciente⁴⁶.

Sobre el desarrollo de habilidades cognitivas complejas se han realizado algunos trabajos de investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el área docente, en su mayoría con la finalidad de evaluar el grado de aptitud clínica del personal o estudiantes de enfermería, entendiendo a la aptitud clínica como “el conjunto de habilidades complejas involucradas en la detección y resolución de problemas clínicos suscitados en la práctica cotidiana de la enfermera”.⁴⁷

De los estudios revisados también se puede señalar el publicado por Gómez y colaboradores, titulado: Evaluación de la aptitud clínica a través de la metodología del proceso de enfermería y el de García sobre: Aptitud clínica en estudiantes de enfermería ante situaciones clínicas complejas, encontrándose con resultados semejantes, en donde el personal de enfermería y estudiantes son clasificadas en un nivel muy bajo de aptitud clínica, lo que sugiere una práctica profesional basada en rutinas más que en acciones reflexivas y críticas.⁴⁸

Se revisó el estudio de Aguilera y colaboradores, en el año 2006, de tipo cualitativo, con el objetivo de constatar las habilidades del pensamiento crítico que poseen los estudiantes de tercer año de Licenciatura en Enfermería del curso regular diurno de Ciudad de La Habana, según las descritas por Cesar Coll. El universo y la muestra estuvieron constituidos por 41 estudiantes, a los que se les aplicó un cuestionario validado por la autora Erika Caballero en Chile.

Los resultados revelan que más del 50% de los alumnos plantearon que cuando tienen dudas con respecto a una situación clínica de algún paciente, realizan búsquedas bibliográficas en las bibliotecas y entrevistan a profesionales que ellos consideran expertos en el tema a investigar. El 26% planteó que buscan información en revistas o se documentan de las notas de clases, revisan tesis, conferencias o en el caso de alumnos que cuentan con algún tutor, acuden a él para que les oriente cómo deben hacer la búsqueda y el 20% se refirieron a la

búsqueda en Internet. Con respecto a cuestionar la información que les proporcionan, el 54 % de los estudiantes plantearon que no cuestionan la información porque creen que no es necesario, 39 % de los estudiantes refirieron que sí la cuestionan y el 7 % explicó que a veces porque depende del tipo de información y de la persona que se las haga llegar. Se concluye que el pensamiento crítico posibilita seleccionar aquella estrategia que se ajusta y es más útil a los fines planteados e implica la capacidad para planificar y organizar el tiempo, por tanto, el establecimiento de prioridades es un aspecto fundamental en la realización de una tarea, del proceso de atención de enfermería, solución de un problema o en la vida cotidiana porque lo hace más seguro de las decisiones a tomar.⁴⁹

Se revisó el estudio de Lundgrén y Salanterä sobre la técnica de pensar en voz alta aplicada en el análisis de la toma de decisiones clínicas, el objetivo fue describir los aspectos prácticos de las acciones de investigación que se deben tomar en cuenta cuando son aplicados dos métodos - la técnica de pensar en voz alta para la recolección de datos y el análisis de protocolo. La técnica de pensar en voz alta consiste en poner a un sujeto a responder varias preguntas y a la vez grabarlo para que en cuanto se esté dando respuesta, en voz alta mencione lo que esté pensando en relación a lo que se le esté pidiendo que conteste. En el presente estudio se encuentra que la combinación del análisis de pensamiento en voz alta y el protocolo es aplicable al investigar los procesos de toma de decisiones complejas y superpuestas y decisiones rápidas realizadas por expertos en cuidados críticos.⁵⁰

Otro estudio revisado fue el de Montesinos publicado en el año 2011 relacionados con el conocimiento y aplicabilidad de las nuevas tecnologías en el profesional de enfermería. Se estudiaron 50 enfermeras del ámbito hospitalario tanto público como privado en los servicios de medicina interna y cirugía general. El objetivo del presente estudio fue conocer la opinión de los profesionales sobre la utilización de las nuevas tecnologías en enfermería y su aplicabilidad en el área clínica durante la toma de decisiones, tales como: manejo de internet (programas informáticos de

enfermería) y que tan constantemente lo consulta (a diario, una vez por semana, una vez al mes o no lo consulta), razones por la que utiliza internet (ahorrar tiempo, actualización, aportación de conocimientos, facilitar la comunicación interpersonal, evitar errores clínicos), razones por las cuales no utiliza el internet (reduce el contacto humano, eleva la carga de trabajo, falta de tiempo, información insegura, negarse a utilizar tecnología) conocimiento de búsquedas bibliográficas, consulta de recursos enfermeros, foros, etc.

Los resultados en relación al método más habitual que utilizan para solucionar dudas clínicas y poder tomar una decisión: en primer lugar fueron acudir a la consulta a otra persona (médico o un compañero), posteriormente utilizan la herramienta de internet (más en el ámbito privado que en el público), consecutivamente refirieron libros como un método más habitual para consultar una duda clínica y al final las revistas. Se concluye que las nuevas generaciones muestran más interés para el uso y manejo de las tecnologías, observándose en la empresa privada una plantilla más joven que en la pública. La rapidez es una de las ventajas que refieren del internet. A pesar de conocer las tecnologías, el profesional de enfermería no dispone del tiempo suficiente para una formación continuada.⁵¹

Se revisó el estudio de Estabrooks y colaboradores sobre las fuentes de conocimiento en la práctica de enfermería publicado en el año 2005. El objetivo de la presente investigación fue reportar lo que se encontró en dos estudios etnográficos para identificar y examinar las fuentes que utilizan las enfermeras. En total se analizaron 213 notas de campo.

Los resultados encontrados fueron clasificados en cuatro grandes grupos referidos por las enfermeras: interacciones sociales, el conocimiento experiencial, fuentes documentales, y el conocimiento *a priori*. En relación a las interacciones sociales estas se refieren a los procesos mediante los cuales las enfermeras se comunican, establecen información con otros profesionales de salud y los

pacientes. Incluyen procesos formales e informales. En esta clasificación se encontró que las enfermeras buscan el conocimiento cuando tienen problemas específicos, es decir, solo cuando necesitan saber algo en la práctica inmediata, siendo menos inclinadas a buscar en términos generales a su práctica de enfermería, esto explica porque las enfermeras utilizan fuentes documentales académicas con poca frecuencia. Además las enfermeras se basan más en las interacciones sociales con sus compañeros debido a que están más disponibles, y consideran que estos tienen la experiencia adecuada. Un dato importante encontrado es que los médicos refirieron que existe una opinión de desigualdad entre el personal médico y de enfermería, creando una sensación de inaccesibilidad.

En relación a las fuentes de información formales como: cursos, seminarios, conferencias y talleres, el profesional de enfermería refirió estar demasiado ocupado para asistir a eventos profesionales, además de que el medio ambiente en su unidad de trabajo no es favorable para que en enfermería se promueva el conocimiento basado en evidencia.

Con respecto al conocimiento experiencial, considerado en esta investigación como el conocimiento que se obtiene a través de observaciones regulares durante la práctica de enfermería, normalmente producto de las observaciones de las enfermeras con sus colegas.

Con relación a las fuentes documentales considerados los expedientes de los pacientes, manuales de políticas y procedimientos, videos, libros, revistas y otros medios de comunicación como el internet, se encuentra que las enfermeras refieren no tener tiempo para buscar y leer libros y revistas, además de que consideran que el nivel de conocimientos de investigaciones encontradas en revistas es bajo.

Con respecto al conocimiento a priori, se refiere al conocimiento que una enfermera trae con ella a la unidad, incluye el conocimiento que la enfermera adquiere durante su formación académica, su sentido común y sus creencias

personales. El resultado encontrado es que las enfermeras basan sus decisiones de práctica clínica más en los conocimientos adquiridos en el trabajo, experiencias e interacciones sociales con sus compañeros que en los conocimientos adquiridos en la escuela de enfermería. Se concluye que relación a las interacciones sociales y la experiencia utilizada para tomar decisiones en la práctica clínica se preste más atención y mucho más cuidadoso escrutinio. Así como mayor atención a otras fuentes o menos reconocidas que enriquecerán la comprensión de la complejidad del conocimiento necesario para la práctica.⁵²

Otro estudio revisado fue el de Gómez y colaboradores sobre las fuentes utilizadas por el personal de enfermería del IMSS, publicado en el año 2010. El objetivo era determinar las fuentes de consulta bibliográfica para la actualización en temas pediátricos. Para ello se aplicó una encuesta descriptiva, con un cuestionario autoaplicado en cuatro hospitales de atención pediátrica, se exploraron la frecuencia y tipo de documentos consultados para actualizarse, los temas o tópicos más buscados en cada fuente, información sobre revistas nacionales e internacionales de pediatría, capacidad en lectura crítica de revistas y dominio de la lectura en inglés.

En relación a los resultados se encuentra que de una muestra de 142 enfermeras la actualización por medio de la fuente de internet fue la más consultada para temas como enfermedades, medicamentos, nuevas técnicas de enfermería y temas educativos; para temas administrativos y psicosociales la fuente más utilizada fueron los libros y para los cuidados de enfermería los manuales de procedimientos. El 90% conocía algunas revistas nacionales, mientras que un 95% desconocían títulos de revistas internacionales. El 75.2% reconocieron deficiencia en la búsqueda y capacidad crítica de artículos científicos de enfermería y el 95% manifestó conflictos para leer en inglés. Se concluye que la actualización de enfermería se realiza principalmente por internet en páginas generales y que es necesario fomentar capacitaciones para búsqueda, lectura crítica, revistas científicas y consultas de documentos en inglés.⁵³

Se revisó el estudio de Thompson y colaboradores sobre el uso de la información y la toma de decisiones clínicas en enfermería, el verdadero potencial mundial para las decisiones basadas en la evidencia, publicado en el año 2004, esta temática se considera de relevancia ya que cada vez el profesional de enfermería está siendo considerado en el papel los tomadores de decisiones en la asistencia sanitaria. Además, se espera que las enfermeras evalúen e incorporen los datos de investigación en su juicio profesional y la toma de decisiones clínicas.

Por último, se realiza una aportación sobre la importancia de alentar a las enfermeras en la toma de decisiones clínicas, resaltando la relación entre las decisiones que las enfermeras hacen y el conocimiento que les informa. Para la elaboración de este trabajo se basó en los resultados de dos grandes estudios realizados en la Universidad de York entre 1997 y el 2002. La recolección de datos estuvo compuesta por 200 entrevistas con enfermeras, utilizando el enfoque de la metodología Q, la entrevista se encontraba basada en fuentes de información al respecto de accesibilidad, utilidad y sus barreras.

Los resultados encontrados fueron los siguientes: primeramente refirieron que su toma de decisiones era limitada por el tiempo. A pesar de esta limitación algunas enfermeras consideraron que, dado a su experiencia desarrollada, se las arreglaron para reducir el tiempo de contacto con los pacientes, en virtud de tener que gastar menos tiempo buscando información para reducir la incertidumbre en la toma de decisiones.

Para el personal de enfermería con poca antigüedad, su fuente de información cambió, ya que referían que realizaban un proceso de búsqueda para tomar la decisión. Otro aspecto fue que la decisión que tomaban tenía múltiples y diversas metas, tales como el fomento en el paciente para que percibiera confianza y credibilidad en la enfermera, todo ello significó que las decisiones a menudo tenían múltiples y conflictivas metas de decisiones.

Cabe destacar que múltiples enfermeras tienen preferencia por sus colegas como fuentes de información. Por otra parte, existe una necesidad para el desarrollo de

alta calidad y evaluación de las intervenciones que el suministro de información basada en la evidencia de destino en las personas con más probabilidades de influir en las elecciones profesionales.¹⁰

Se revisó el estudio de Marshall, publicado en el año 2011 sobre la preferencia de las fuentes de información en la toma de decisiones clínicas en enfermeras de cuidados críticos, el objetivo de dicho trabajo fue explorar las fuentes de información preferidas por el personal de enfermería de cuidados intensivos y su percepción en cuanto a la accesibilidad y la utilidad de esta información para la toma de decisiones en la clínica, específicamente en los cuidados del paciente con nutrición enteral. La metodología utilizada fue de tipo cualitativa, a través del análisis de grupos focales conformado por un total de 29 personas, utilizando una metodología Q.

Se concluye que se observan preferencias por la información con los colegas para basar sus decisiones clínicas, ya que los consideran más accesibles en comparación con las fuentes de texto y electrónicos sobre todo por el tiempo que se necesita emplear para acceder a la información que se encuentra en estas fuentes. Se concluye que el intercambio de información con los colegas puede cumplir con las necesidades de las enfermeras que trabajan en un entorno complejo, en tiempo presionado, pero el alcance de la base de pruebas para la información que pasa a través de la comunicación verbal no es claro. La percepción de la utilidad y accesibilidad de la información se basa en la facilidad de uso y el acceso, por lo tanto la variabilidad de la información puede contribuir a la incertidumbre clínica.⁵⁴

Por otro lado, Baxter y colaboradores estudiaron la toma de decisiones en estudiantes de enfermería, para comprender los tipos y factores que influyen en dicho proceso.

Los resultados obtenidos fueron clasificados en cinco tipos de toma de decisiones. El primero fue con respecto a la valoración, encontrándose que los alumnos

deciden de acuerdo al acercamiento que tengan con el paciente. El segundo, fue la intervención, en el que refirieron sentirse frustrados por la poca oportunidad que tenían para tomar decisiones.

El tercero fue relativo a los recursos que los apoyaron en su proceso de toma de decisiones, ya que los alumnos de los primeros grados recurrían a los recursos impresos y a la observación y los del último adicionalmente recurrían a prácticas clínicas y profesionales del área de la salud. El cuarto, relativo a la comunicación, incluía el cómo acercarse al paciente y al personal de enfermería o tutor. Los de primer nivel hacían participar al tutor en su decisión observándolo como una fuente de información y de retroalimentación, los de segundo incorporaron al personal de enfermería, los de tercero y cuarto demostraron un incremento en el nivel de confianza en su habilidad para comunicarse con el personal de enfermería y en cómo se introducían en la toma de decisiones.

El quinto tipo de decisión, relativo a la acción, determina si un estudiante llevará a cabo el proceso de decisión, si se implementará una intervención y si la información será comunicada a otro personal de salud.

Se concluye que para el proceso de toma de decisiones es relevante estar en un ambiente cómodo y motivador y que esto genera graduados con fuerza, independencia y capacidades para la toma de decisiones clínica. Además que el currículo debe comprender su desarrollo.⁵⁵

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación:

Se trata de un estudio de tipo cualitativo, el cual se caracteriza por tratar de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica y aquellas que dan razón plena de su comportamiento así como sus manifestaciones.⁵⁶

3.2 Contexto del estudio

La investigación se llevó a cabo en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, con egresados de la generación 2011–2014 que se encuentran realizando servicio social.

Como antecedente de esta escuela podemos mencionar que con la Ley Orgánica de la UNAM promulgada en 1945, nació la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), apareciendo con ese nombre en el Artículo 8° del Estatuto General. Su misión es formar profesionales de enfermería con alto desempeño académico, conocimientos metodológicos y prácticos así como las aptitudes y actitudes humanas necesarias para que sean responsables y precursores del desarrollo de la cultura y práctica del cuidado de la vida de individuos, familias y comunidades sanas o enfermas en los diversos escenarios que se requiera para contribuir al progreso social de nuestro país.⁵⁷

- 3.2.1 ELECCIÓN DE LOS INFORMANTES:

Para la composición del presente grupo se hizo garantizando una heterogeneidad relativa (la invitación de pasantes que se encontraban en diferentes campos clínicos realizando servicio social), que permitiera garantizar la mayor cantidad posible de visiones diferentes. Para su localización se solicitó el apoyo de la Coordinadora del Servicio Social la Mtra. Reyna Hurtado quien proporcionó la información necesaria para hacer el contacto con los pasantes.

Después de realizar diversas llamadas para la invitación de los egresados a formar parte del grupo focal, se eligió aquellos participantes que no hubieran participado con anterioridad en este tipo de técnicas para la recolección de datos.

3.2.2 DESCRIPCIÓN DE LOS INFORMANTES: Siete personas que conformaron un grupo focal, de los cuales seis correspondían al sexo femenino y uno al masculino entre los 22 y 29 años de edad, con un promedio final de calificaciones que fluctuaba en el intervalo de 8.00 a 9.27, todos ellos con formación de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia con el 100% de créditos cubiertos, los cuales se encontraban realizando servicio social en hospitales de segundo nivel, tales como: el hospital Dr. Manuel Gea González; hospitales de tercer nivel como: el Instituto Nacional de Cancerología y el hospital materno infantil Miguel Hidalgo y Costilla, así como la Unidad de Investigación de la ENEO.

3.3 Recogida de datos:

La recolección de los datos fue a través de la técnica de grupo focal, técnica de investigación que se caracteriza por una entrevista grupal en el habla de cada miembro del grupo se manifiestan sus emociones, sentimientos, y en general, todos aquellos condicionantes que están influyendo en el proceso cuestión de estudio.

El grupo fue creado por un agente externo (en este caso, por una enfermera), con un propósito determinado y siguiendo un plan diseñado. A nivel docente es una herramienta muy eficaz que adopta la forma de sesiones enfermeras, tanto a nivel de pregrado (estudiantes de enfermería con prácticas clínicas), como de posgrado y en educación para la salud de la comunidad. Además de facilitar el aumento de conocimientos sobre temas concretos, permite expresar y liberar sentimientos, muchas veces compartidos, lo que tiene un efecto terapéutico, además de permitir encontrar soluciones o campos de actuación consensuados.⁵⁸

El grupo focal debe ser montado en función del objetivo que se pretende lograr y el perfil del mismo reunidos en un escenario formal, en este caso, la sala de videoconferencias de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Se utilizó una grabadora (audio y video), un cuaderno de campo, así como a siete informantes.

La conformación del comité organizador para poder llevar a cabo el grupo focal fue por seis integrantes: un líder quién tenía la función de realizar preguntas, dar la palabra a los egresados, así como toda la organización y secuencia de la entrevista de acuerdo a los objetivos. Un colíder, quien complementaba las preguntas hechas por el líder con el objetivo de que éstas fueran más claras y acorde a los objetivos; dos integrantes que se encargaron de la grabación de audio y video y otros dos integrantes más quienes tuvieron la función de realizar anotaciones sobre el lenguaje no verbal de los egresados.

Al inicio de la reunión se les agradeció su asistencia, se explicaron los objetivos, la dinámica de la reunión, la manera de tomar la palabra, tratando de mantener una relación simétrica en el mismo. También se les hizo entrega de un consentimiento informado por escrito solicitando su permiso para ser audio grabados y video grabados, además se resaltó que el uso de los datos sería únicamente con fines de la investigación y que se mantendría en anonimato a los informantes (ver siguiente apartado sobre los aspectos éticos).

Se retomó un formato de entrevista grupal semi-estructurada que incluye aspectos relacionados con el proceso de toma de decisiones clínicas y otros con las fuentes de información en las que sustenta las decisiones. Para ello, se empleó una guía propuesta por Marshall en el año 2008, autorizada para su utilización en la presente investigación.

Marshall, ha trabajado como enfermera con sólida formación en la práctica intensiva de enfermería. Calificada como educadora e investigadora en la enfermería de cuidados críticos, tanto en Australia como en el extranjero, cuenta con sólida experiencia en el área de investigación, ámbito en el que ha

desarrollado temas relacionados a la toma de decisiones en el ámbito clínico, actualmente se encuentra laborando en la Universidad de Sidney, Australia.

La guía original incluye 19 preguntas relacionadas con la toma de decisiones, la cual se encontraba en idioma inglés por lo que se realizó una traducción al español y posteriormente el *backtranslation* por un maestro experto en el idioma.

Cabe señalar que algunas de las preguntas fueron agregadas al instrumento con base en la revisión bibliográfica y a solicitud de la Secretaria General de la ENEO, con el objetivo de identificar necesidades en los egresados con respecto a la temática que permitiera establecer estrategias de mejora en las mismas. (Ver el anexo 2. Guía de preguntas detonadoras para la identificación de vivencias del egresado de enfermería en la toma de decisiones clínicas).

3.4 Análisis de los datos:

Este permitió reinterpretar la situación en estudio a la luz de las evidencias provenientes de todas las fuentes empleadas en la investigación. Es por ello que el análisis de los datos constituye una técnica de validación en el que se “cruza”, cualitativamente hablando, la información recabada.

El análisis de los datos cualitativos textuales, resultado de la transcripción del discurso oral producido en los grupos focales se hizo tomando como referencia las propuestas de Souza Minayo, ya que se trata de entender fragmentos de la realidad tal y como lo construye y da significación la propia persona, enmarcándolos de una manera global y contextualizada.

3.4.1 Métodos y técnicas

3.4.1.1 Preparación de los datos: En esta primera etapa del análisis se trató de poner los datos en condiciones de trabajar con ellos, transformándolos, identificándolos, organizándolos y protegiéndolos. En los grupos focales se parte de una o varias entrevistas grupales que requieren ser transcritas con método, para posteriormente reducir el texto seleccionando aquel que está en consonancia con el objetivo del estudio, en esta etapa se recomienda asignar un código de

identificación a cada grupo focal. En el presente estudio se llevó a cabo un grupo focal, del cual de acuerdo a la información obtenida se realizó la transcripción textual del audio de la entrevista, posteriormente se redujo el texto seleccionando el que estaba en consonancia con el objetivo del estudio, señalando entre corchetes lo que fue agregado por el investigador para permitir una mayor comprensión de los discursos, manteniendo la esencia de los mismos. Además cabe destacar que se asignaron códigos de identificación a cada integrante del grupo para poder identificar de donde fue extraída la información, además de mantener el anonimato de los mismos.

3.4.1.2 Descubriendo temas: En esta fase se pretende extraer de los datos una estructura temática que nos ayude a adoptar una perspectiva de análisis. Para esta investigación primero se leyó repetidamente la entrevista para familiarizarse con la misma. Posteriormente se elaboraron las etiquetas que permitieran identificar con un lenguaje sencillo de qué nos estaba hablando cada informante. Consecutivamente se elaboraron las categorías y se desarrollaron los conceptos basándose en la teoría.

3.4.1.3 Codificando los datos: La codificación pretende reunir los datos en función de las categorías de análisis para determinar su consistencia. Esto supone ordenarlos de una manera diferente a como fueron recolectados, y aceptar que una parte de ellos serán desestimados por carecer de capacidad ilustrativa. Para esta investigación, se reunieron los datos en función de las categorías de análisis independientemente del orden de como los fue mencionando cada informante.

3.4.1.4 Interpretación de los resultados: Para esta etapa se debe iniciar la explicación del autor sobre lo que se ha encontrado. Retomando los discursos de cada informante y en la teoría revisada en esta investigación se trató de entender y justificar con base en ella lo expresado por cada informante.

3.4.1.5 Relativizar interpretaciones: Desde una posición honesta y clara en esta etapa se debe reconocer, aportando detalles suficientes para que el lector pueda determinar cuál es nuestra verdadera aportación a este estudio. Se debe

considerar si los datos fueron o no solicitados, la influencia del investigador, quien formó parte de la investigación, se deben hacer distinción de perspectivas, así como la clarificación de supuestos teóricos. En esta investigación con base en las categorías establecidas se complementaron con otras referencias o estudios, aportando información muy precisa sobre el contexto donde se realizó la investigación.

3.4.2 Rigor metodológico:

3.4.2.1 Credibilidad: Se refiere a que los datos de la investigación sean creíbles. En este estudio se garantizó la credibilidad a través de la observación persistente del fenómeno de estudio, así como la elaboración de notas de campo derivadas de las mismas, llevadas a cabo del 01 de Septiembre de 2014 al 31 de Julio de 2015.

Con relación a las entrevistas se hizo la transcripción textual de las mismas, permitiendo mantener la situación natural de los sujetos de estudio y respaldar los significados e interpretaciones presentadas en los resultados, mismos que fueron discutidos con otros investigadores y lectores permitiendo identificar más hallazgos significativos y que estos fueran aplicables en el propio contexto de desarrollo de los informantes.

3.4.2.2 Transferibilidad: También conocida como aplicabilidad en la cual a través de la descripción exhaustiva de los sujetos y las situaciones se puedan interpretar posteriormente los datos. En este estudio para poder garantizarla se llevó a cabo la elaboración de unidades temáticas, subcategorías y categorías de cada una de las entrevistas confrontándolos con la teoría, estableciendo la frecuencia de aparición de datos similares entre los informantes y promoviendo la extensión de los resultados a otras poblaciones.

3.4.2.3 Consistencia: Se refiere a la descripción en forma detallada de la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como a la revisión de un experto en la temática. La presente investigación toma como referencia

la metodología propuesta por Marshall y col, en la que se analiza la toma de decisiones apoyada de las fuentes de información a través de grupos focales, por lo que se podría garantizar su dependencia. El contenido del trabajo de investigación ha sido sometido constantemente a la revisión con un tutor/experto en la temática abordada, lo que permite garantizar el análisis presente.

3.4.2.4 Confirmabilidad: Para garantizar la auditabilidad del presente estudio, se describieron las características de cada uno de los egresados en servicio social que participaron como informantes, ofreciendo algunos datos generales de los mismos sin poner en riesgo su identidad. También fueron utilizadas cintas de grabación aprobadas previamente por los informantes, las cuales permitieron tener disponible en cualquier momento la información proporcionada. Además, se llevó a cabo el análisis de la transcripción de las entrevistas, lo que permitió garantizar que no existiera la omisión de ningún dato y esta mantuviera su esencia.

3.5 Aspectos éticos

Para el desarrollo de un trabajo de investigación es necesario considerar los principios éticos en la interacción con los colaboradores, su autorización y la garantía del anonimato como parte de la protección de sus derechos. Se debe considerar que los colaboradores son seres humanos con sentimientos e intereses que muchas veces, están temerosos ante el trabajo de campo, por lo que es importante considerar siempre sus problemas e inquietudes para así proteger su bienestar físico, mental y social, en resguardo de sus derechos.

De acuerdo al informe de Belmont, en el que se establecen los principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación, el presente estudio aplica los dos principios éticos básicos, siendo éstos el respeto por las personas, ya que los individuos serán tratados como autónomos y el principio de beneficencia, ya que a los investigados no se les hará daño, al ser considerada como una investigación sin riesgo.⁵⁹

De acuerdo a los lineamientos en la declaración de Helsinki y la Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012, sobre los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, la presente investigación retoma sus principios de toda investigación, de los cuales se destaca que es voluntaria y que la información que se proporcionará será de carácter confidencial,^{60, 61} ya que a cada egresado se le informó que los datos obtenidos serán utilizados únicamente con los fines de la presente y serán resguardados por las personas que forman parte del grupo de investigación.

La Ley General de Salud ha establecido lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica destinada a la salud y con ello poder orientar su desarrollo, estableciendo que el desarrollo de cualquier investigación deberá atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y bienestar de la persona sujeta a la investigación.

Por lo anterior la presente investigación promueve la aplicación del artículo 13°, el cual establece que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. El artículo 14° en su quinta base, que establece el otorgar un consentimiento informado por escrito (Ver el anexo 1), así como el establecer la libertad de participar en el estudio y sin coacción alguna, como lo establece en su artículo 20°, también se especifican los objetivos y justificación del mismo, además de darle la seguridad de que se mantendrá la confidencialidad de la información, tal como lo establece el artículo 21°.

De acuerdo al artículo 17°, la presente investigación se considera sin riesgo, debido a que no se realiza ninguna intervención o modificación de variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.⁶²

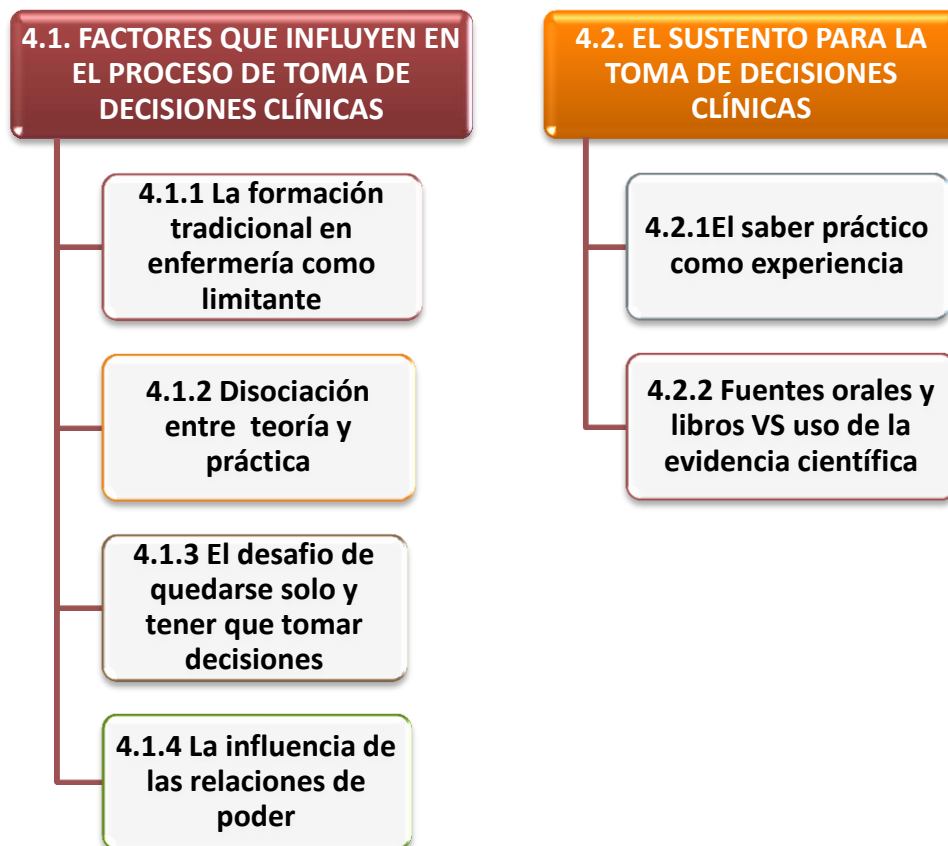
CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos en la investigación, encontrándose dos categorías: la primera sobre los factores que influyen en el proceso de toma de decisiones clínicas y la segunda sobre el sustento en dicho proceso.

De la primera categoría se derivan cuatro subcategorías: la formación tradicional en enfermería como limitante, la disociación teoría y práctica, el desafío de quedarse solo para el cuidado de la persona y tener que tomar decisiones y la influencia de las relaciones de poder. De la segunda categoría, sobre el sustento de la toma de decisiones se derivaron dos subcategorías: el saber práctico como experiencia y el predominio del uso de las fuentes orales y libros sobre el sustento de la evidencia científica. (Ver figura 2).

Para la presentación de los resultados primeramente se encuentra la conceptualización de cada categoría así como de sus respectivas subcategorías, con los discursos que permitieron fundamentar las mismas. Por cada subcategoría se presenta una discusión retomando la información encontrada en el estado del arte, lo cual permitió llevar a cabo un análisis de los resultados presentados.

FIGURA 2. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS SOBRE LAS VIVENCIAS DEL EGRESADO DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS



4.1. CATEGORÍA 1: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

El proceso de toma de decisiones implica encontrar una conducta adecuada para una situación en la que hay una serie de sucesos inciertos.

El proceso de toma de decisiones en la práctica clínica de enfermería es entendido como una serie de decisiones tomadas por los enfermeros, en interacción con el paciente, tomando en cuenta el tipo de observaciones referentes a su condición, la evaluación de esos datos observados, consecuente derivación de significados (diagnóstico) y del conjunto de acciones de enfermería que deben ser tomadas con o en nombre del paciente. Es por ello que la decisión clínica puede comprender desde la valoración, el diagnóstico, la deliberación de aquello que será ejecutado, así como la evaluación clínica.^{63,64}

Dicho proceso incluye la definición del problema determinado que acontece, el establecer criterios de resultado y estrategias para evitar nuevos errores, considerar todas las posibles alternativas que puedan contribuir a los resultados, identificar la mejor elección basada en la intuición y experiencia, desarrollar e implementar un plan de acción y evaluar.⁶⁵

Es por ello que el presente proceso implica la formulación de preguntas, estar informado, ser honesto al enfrentarse a prejuicios personales y estar siempre dispuesto a considerar las opiniones de los demás.⁶⁶

Durante el proceso de toma de decisiones pueden llegar a influir diversos factores, tales como: la prevalencia de la formación tradicional del alumno de licenciatura, el desafío de quedarse solo y tener que tomar decisiones, las relaciones de poder entre el egresado y el empleador o simplemente no encontrar una aplicación de los conocimientos aprendidos durante el proceso de formación.

De acuerdo a lo anterior se muestran las siguientes subcategorías:

4.1.1 SUBCATEGORÍA: La formación tradicional en enfermería como limitante

Un factor limitante es algo que se interpone en el camino del cumplimiento de un objetivo deseado. La percepción de los factores limitantes en una situación dada que permite restringir la búsqueda de alternativas a sólo aquellas que superan los factores limitantes.

Uno de los factores que puede llegar a limitar el proceso de toma de decisiones es la manera de como se le forma al profesional de enfermería, ya que aún sigue prevaleciendo la corriente pedagógica tradicional que se caracteriza por la formación de estudiantes bajo actividades técnicas, manuales, de servilismo y ayudante del médico, generando incapacidad para tener autonomía en sus decisiones. Según Fawcet, la visión de enfermería bajo esta corriente es totalmente determinística bajo esta corriente, donde se enseña a la enfermería para el hacer, sumergiendo la formación del estudiante en una burbuja hospitalaria, en el cual debe de tener más conocimientos procedimentales que aprendizaje reflexivo.³²

Lo anterior también puede llegar a derivar otro factor de relevancia en el terreno científico y académico como lo es la formación del alumno de pregrado en el idioma inglés, considerado como la lengua vehicular esencial para el análisis de los resultados más relevantes en materia de investigación, y por tanto, la incorporación de esta evidencia científica en las decisiones de la práctica diaria.⁶⁷ Cabe destacar que el nuevo perfil competencial de los profesionales de enfermería exige que las enfermeras posean competencias específicas en inglés hablado, escrito y de comprensión de textos.

En relación a dichas limitantes se presentan los siguientes discursos:

La toma de decisiones ha sido difícil porque no se nos prepara para ello, solo se prepara para técnicas aplicables en un segundo nivel de atención, forzándonos a estudiar diario para tomar decisiones adecuadas y no cometer una iatrogenia (G2).

La escuela nos enseña muchos cuidados de la enfermedad, pero cuando llegamos al hospital me doy cuenta de que no se nos prepara para la parte

humanística y en ese sentido no tomo decisiones. En verdad me ha costado mucho trabajo (G1).

[...] Coincido con la compañera, no tenemos las herramientas suficientes para llegar al campo clínico y enfrentar todas las decisiones que tenemos que tomar (G4).

Muchas veces las decisiones que tomamos como pasantes en los campos clínicos se basan más en rutinas que en la propia reflexión. (G5).

Una de las limitantes en mis decisiones es que no consulto artículos científicos en inglés, porque me cuesta trabajo el idioma y el ser pasante te limita para acceder a estos cursos, ya que la escuela no nos admite, por ello no los ocupo para fundamentar mis decisiones (G7).

Cuando busco información para fundamentar una decisión si busco textos en inglés pero no con mucha constancia por el desconocimiento del idioma (A1).

El tipo de formación que se lleva a cabo en el profesional de enfermería durante el pregrado puede llegar a convertirse en una limitante para el proceso de toma de decisiones.

En los diversos planes de estudio dentro del perfil de egreso se señala la formación de profesionales con una perspectiva crítica, de análisis, con capacidad de plantear y resolver problemas, búsqueda y manejo de información científica a través de diferentes medios, destacándose la toma de decisiones como fundamental en el cuidado a la salud basada en la criticidad y reflexión, lo cual queda omitido al seguir fortaleciéndose la corriente pedagógica tradicional y se hacen presentes conceptos marxistas como la alienación, en el que se devalúa lo trascendente tales como la inteligencia, razón, crítica, reflexión y se da valor a la producción material, en el sentido que la enfermería se vislumbra solo como “mano de obra”. Es decir, a mayor número de pacientes que atiendan, mayor será la plusvalía que produce,⁶⁸ tal como lo vemos en nuestros informantes, al referir ellos que se les forma más para el desempeño de técnicas por encima del desarrollo de habilidades necesarias para el fortalecimiento de la toma de decisiones.

Este panorama no es nuevo, es un fenómeno que tiene recurrencias en muchas latitudes, José Luis Medina lo refiere como resultado de sus investigaciones educativas: *“En la enseñanza de enfermería se denota un discurso contradictorio, una fragmentación simplificadora. El ser humano como sujeto global, único, holístico y multidimensional”*, pero ese saber complejo se transmite mediante prácticas pedagógicas reducidas, rígidas y mecánicas; donde se promueve la transmisión de contenidos perpetuando la hegemonía del pensamiento y la lógica positivista reduccionista en esencia muy arraigada en la enseñanza de la enfermería.

Notándose en los anteriores discursos, donde la mayoría de los informantes refieren que la forma de preparación de la escuela no les ha sido suficiente para poder llegar a un grado de aplicación de diversas herramientas cognitivas que promuevan la toma de decisiones.

Otra de las limitantes en el proceso de toma de decisiones que refirieron nuestros informantes fue la formación en el idioma inglés, influyendo en la consulta de textos en inglés dada por el desconocimiento del idioma y la falta de oportunidades por parte de las instituciones educativas para fortalecer el proceso de formación, además de que consideran que la universidad no les ofrece los recursos necesarios para obtener la acreditación exigida.

Al respecto existe un estudio donde se describieron las características de la formación en lengua inglesa en el pregrado de enfermería, destacándose que tal necesidad formativa se contempla en todos los planes de estudio aunque la importancia ofrecida a dicha formación es muy variable. Otros estudios señalan la necesidad de favorecer el aprendizaje y la utilización de esta lengua en enfermería, independientemente de su campo de práctica y nivel formativo.⁶⁹

Con lo anterior se argumenta la necesidad de manejar el inglés para desarrollar las actividades relacionadas con la investigación, la práctica basada en la evidencia, el fortalecimiento de la toma de decisiones, así como la comunicación profesional en entornos multiculturales e internacionales.

Lo que parece claro es que la deficiencia en el manejo de la lengua inglesa puede dificultar en gran medida la actividad a realizar, generando tal como nos dicen nuestros informantes la falta de consulta de investigaciones en el idioma inglés y que esto no se convierta en un hábito, lo que genera grandes limitaciones, ya que a pesar de que se ha identificado en la literatura que para los estudiantes de pregrado en enfermería aprender inglés es muy importante y de mayor utilidad en la vertiente científica-investigadora y de toma de decisiones, al encontrarse que la gran mayoría de las publicaciones del área de Medicina y Enfermería se hacen en este idioma, ya que las revistas de mayor impacto científico son publicadas en esta lengua,^{70,71} nuestros informantes se perciben con un nivel deficiente y con una inadecuada oferta formativa, limitándolos en dicho proceso.

4.1.2 SUBCATEGORÍA: Disociación entre teoría y práctica

La situación de la educación en enfermería es compleja debido a la forma en que se enseña; para los estudiantes y egresados la toma de decisiones es un proceso consciente de la aplicación de teorías y reglas que es influenciado por diferentes factores internos y externos.⁷²

La teoría se refiere al conjunto de reglas, principios y conocimientos acerca de una ciencia, una doctrina o actividad, prescindiendo de sus posibles aplicaciones prácticas.

La práctica de enfermería comprende experiencias y fenómenos que la enfermera encuentra cuando brinda cuidado; éstos se originan en: el paciente, la relación enfermera-paciente, la enfermera y el contexto. La práctica permite el desarrollo de teorías y de la investigación, conllevando a una disciplina autónoma y creativa.⁷³

La práctica de enfermería se caracteriza por ofrecer la máxima utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las necesidades de las personas en el dominio de la salud.⁷⁴

La relación entre teoría y práctica es una de las preocupaciones principales que se produce actualmente en los ambientes académicos de la enfermería. Medina, apunta a que el cisma entre el lenguaje de la academia y el de la práctica se ha hecho cada vez más evidente, es por ello que los alumnos antes de finalizar su graduación, se convencen de la poca utilidad de esos conceptos y teorías para su posterior práctica profesional.⁷⁵ Al respecto, se presentan los siguientes testimonios:

No siempre se podía tomar una decisión, porque tú sabes una técnica y el personal de enfermería te enseña otra y te dicen ¡no!, es que aquí es así, y no vengas con tu nueva literatura". "Esas ideas de la escuela no se aplican aquí". A parte también creo que influye la rutina (A1).

Salimos de la escuela con una idea, ya que llevamos la teoría pero no la práctica, pues ya el estar en un caso real es totalmente distinto (G3).

El aprendizaje lo obtenemos más de los campos clínicos (G2).

Te topas con la realidad y dices ¡realmente tengo conocimientos muy deficientes!, responsabilizándote de seguir estudiando y acercarte al personal que te puede ayudar ¿no? (G1).

Una de las limitantes y principales preocupaciones del profesorado de Enfermería en el proceso de toma de decisiones clínicas y el desarrollo de ésta, es la separación existente entre la teoría y práctica, ya que el egresado al enfrentarse a escenarios clínicos reales, se encuentra con la falta de aplicación de los contenidos teóricos aprendidos en el aula. Como lo vemos con nuestros informantes el personal de línea hace notarles la inaplicabilidad de la teoría en los cuidados de las personas.

Aunado a lo anterior durante su formación académica el egresado tiene experiencias de práctica en la clínica, pero de una forma limitada por ser un entorno controlado, donde en diversas instituciones las decisiones que llega a tomar el profesional de enfermería están apegadas más a la rutina que al propio conocimiento científico y pensamiento crítico, lo que conlleva a que se limite la

iniciativa para tomar una decisión en los recién egresados del pregrado, por lo tanto es de esperarse que cuando éstos se incorporen al servicio social se cuestione la aplicabilidad de sus conocimientos científicos adquiridos durante su proceso de formación, como lo encontramos en esta investigación donde le son impuestos los rutinarios, ya que el personal de línea considera que lo aprendido en la escuela no es aplicable.

Esta situación puede ser explicada por Benner quien 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”*.

Además, Benner refiere que cuando se les marca una inaplicabilidad de los conocimientos aprendidos en el proceso de formación por parte del personal que ellos consideran como aquel que es experto, conlleva a que dichos conocimientos no sean percibidos como recursos para fundamentar la toma de decisiones.

4.1.3 SUBCATEGORÍA: El desafío de quedarse solo y tener que tomar decisiones

El desafío de quedarse solo es un proceso por el que cursa el recién egresado de la licenciatura en enfermería, el cual implica entrar en funciones de enfermería clínica y encontrarse en la que debe estar suficientemente preparado, generándole predominantemente emociones como el miedo y sufrimiento, resultante de la gran cantidad de labores y roles que este debe realizar de un momento a otro, teniendo un efecto tanto en la experiencia de la transición como en el resultado de ésta, generada por la inseguridad y la poca experiencia.⁷⁶

El sufrimiento y el miedo son emociones que se presentan de manera más intensa al inicio de la vivencia, generándole un enorme desafío el quedarse solo, al encontrarse en un proceso de transición entre el rol de estudiante y el rol profesional. De acuerdo a lo anterior se presentan los siguientes discursos:

Al principio la toma de decisiones es bien difícil, me paralizaba, que tal si decido mal y cometo un error, el miedo te invade (G1).

[...] Te topas con el personal que te dice: ya eres pasante y debes saber qué hacer y decidir, y dices: ¡por dios, nunca lo practiqué! (G3).

Al integrarse al mundo de la práctica de enfermería, el recién egresado tiene conciencia de que su experiencia es limitada y sabe que en esta etapa precisa de ser capaz de integrar todos los conocimientos construidos a lo largo de los años de formación. Al estar consciente de que aún le faltan conocimientos le genera ciertas emociones como el miedo a cometer errores en su desempeño y sensación de impotencia frente a situaciones que cree que debe resolver.

También puede llegar a influir el enfrentamiento a nuevas tareas y la gran cantidad de responsabilidades que debe asumir rápidamente,⁷⁷ es por ello que, como encontramos en nuestro estudio al momento en que debían tomar una decisión el sufrimiento y el miedo eran dos emociones que se presentaban predominantemente al no saber qué hacer o que decidir, aunado a esto la presión ejercida por el propio personal que en vez de convertirse en un apoyo para poder lograr la asimilación más rápida de este proceso, así como una oportunidad para que adquiriera la seguridad en la toma de decisiones, se convertían en factores que promovían la inseguridad y por ende la limitación de este relevante proceso en la disciplina.

Al respecto existen investigaciones como la de Vollrath y colaboradores. Quienes encontraron que los pasantes del pregrado refieren presentar temor o miedo a equivocarse durante la atención hacia los pacientes, generándoles estrés e impotencia de no saber qué decidir, describiendo su servicio social como un internado muy solo.⁷⁵ Lo anterior coincide con nuestros egresados, ya que refieren emociones como el miedo al pensar que pueden llegar a decidir mal, o el sentir que el ser pasantes implica que son expertos en todo a pesar de que en la Norma Oficial Mexicana 019 en el Sistema Nacional de Salud, sobre la práctica de enfermería, establece que el ser pasante implica la realización de actividades interdisciplinarias bajo la tutoría del empleador,⁷⁸ lo cual de acuerdo a los anteriores discursos no se lleva a cabo, ya que tal parece que el ser egresado del pregrado implica ser experto en todos los ámbitos y bajo ninguna circunstancia la aceptación de equivocarse en la decisión tomada con respecto al cuidado.

4.1.4 SUBCATEGORÍA: La influencia de las relaciones de poder

El poder constituye un medio de interacción social en el que la mayoría de las veces se han generado desigualdades de diversa índole.

El ser humano ha llegado a ver el poder como una posibilidad de imponer el control sobre otros (as) y sobre las emociones. Significa controlar los recursos materiales a nuestro alrededor. El poder se obtiene si se puede tomar ventaja de las diferencias existentes entre la gente y se siente que se logra acceder a mayores recursos que los demás. Es asumido como dominancia sobre algo o sobre alguien más.⁷⁹ Puede materializarse de varias maneras, de las cuales destacan dos: una libre o constructivista que busca ejercer el poder como mecanismo de desarrollo colectivo, y otro que gira sobre el control y la dominación, siendo este último la creencia y concepción prevaleciente en la mayoría de las sociedades como la verdadera manera de tenerlo.

En enfermería según Matejski la enfermera es un soldado, en el que la obediencia absoluta e incondicional es la idea fundamental del sistema militar, por lo que la rigidez y la exactitud producen mejores enfermeras.⁸⁰

Al respecto se presentan los siguientes discursos:

Si el personal a cargo de mí, me dice que no o que está mal la decisión que tome y si discrepa con lo que yo he aprendido ¡pues ni modo!, lo tengo que hacer así, y es un problema muy grave (G2).

El personal que es de cierta antigüedad viene con una mentalidad muy cerrada a que se abra a los nuevos conocimientos, siento que eso es un impedimento para la toma de decisiones y poder avanzar (G3).

No siempre se podía tomar una decisión, porque como yo era pasante y las enfermeras son quien tenía la experiencia, nos frenaban. Aparte a veces nos decían "es que aquí es así, porque así siempre se ha hecho" y entonces pues lo tenía que hacer como ellas me decían. Además por parte de los mismos compañeros de línea y la institución tú no puedes implementar algo nuevo (A1).

De acuerdo al modelo de Benner, el egresado de la licenciatura se encuentra en un nivel de principiante, debido a que no cuenta con la experiencia previa de la

situación a la que debe enfrentarse, ya que la que adquieren 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 las situaciones reales donde llevan a cabo decisiones clínicas que repercuten en el estado de salud de los pacientes, es por ello que encontramos situaciones como las de nuestros informantes donde el ser pasante es una desventaja para tomar una decisión.

La Norma Oficial Mexicana 019 para la práctica de enfermería, establece las actividades a realizar por parte de los egresados, donde 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.⁸¹ Pero la realidad es otra, de acuerdo a nuestros informantes les es impuesto su ejercicio profesional bajo justificaciones sin fundamento, más que en la evidencia científica y la reflexión.

Aunado a lo anterior Letelier y Valenzuela, llevaron a cabo un estudio en el que señalan que un hospital es un centro educacional para los estudiantes de enfermería, puesto que desarrollan gran parte de su formación en contextos clínicos, pero que en muchas ocasiones no poseen un clima ideal para dicho fin. Cuantificaron que más de un 80% de los estudiantes de enfermería perciben algún grado de violencia aunado a las relaciones de poder, destacándose como principales a las enfermeras, tal como no los refieren nuestro informante en este estudio, el personal de enfermería influye para que no se tomen decisiones y lo que es más alarmante, al tener el personal de línea una mayor jerarquía conlleva a que el egresado lleve a cabo decisiones que no coincidan con sus conocimientos.

Por su parte Shikai, Shono y Kitamura, en su estudio plantearon que durante la práctica clínica, los estudiantes de escuelas de enfermería en Japón se enfrentan a situaciones estresantes ocasionadas por las relaciones de poder conllevando a decisiones fallidas durante la atención de los pacientes,⁸² coincidiendo en algunos aspectos con nuestro estudio, ya que los recién egresados refieren en los

discursos que las relaciones de poder limitan el proceso de toma de decisiones, debido a que el personal institucional se muestra como un factor difícil a que se abra a nuevos conocimientos y son seguidores de rutinas generándoles limitaciones para tomar una decisión.

4.2. CATEGORÍA 2: EL SUSTENTO PARA LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

El sustento de una decisión implica un proceso de selección que está vinculado a la intuición, experiencia, conocimiento, preferencias, así como el personal experto que se encuentre en una determinada área.

Las decisiones que se toman tienen una trascendencia para la disciplina misma, ya que los criterios o bases en que se fundamentan son esenciales para la búsqueda de la identidad y autonomía.⁸³

La decisión clínica es considerada como una elección consciente y racional orientada a lograr un objetivo, que se realiza entre diversas posibilidades de actuación (o alternativas). Incluye habilidades para la aplicación de juicios o procesos mayormente cognitivos, que dependen del acto volitivo para su ejecución.⁸⁴

Durante el servicio social, los egresados de la licenciatura en enfermería requieren del desarrollo de capacidades para aplicar dichas habilidades, así como de la experiencia y la mejor evidencia científica que permita fundamentar sus decisiones en el cuidado de los pacientes. Como se muestra en las siguientes categorías emergentes:

4.2.1 SUBCATEGORÍA: El saber práctico como experiencia

El saber práctico parte de la formación empírica de la enfermera, permitiéndole su desarrollo en el ámbito de investigación, lo que conlleva al enriquecimiento notable de la teoría y la práctica disciplinar.⁸⁵

El saber práctico se define como aquel saber que se obtiene de una situación donde se comparten habilidades, hábitos y conocimientos; no existe en los libros, sino más bien en las experiencias laborales de los enfermeros asistenciales. Teniendo en cuenta la definición anterior, se encuentra que la teoría de Benner es ejecutada en el día a día por los estudiantes y profesionales de enfermería identificando problemáticas y necesidades de la persona, familia y comunidad en busca continua de soluciones que se ajusten a la praxis de enfermería. En el actuar diario se adquieren una serie de habilidades con relación a la atención del paciente o de la persona enferma en cualquier etapa de su vida.⁸⁶

Por otra parte Marriner, señala que al tomar una decisión para resolver un problema, el profesional de enfermería debe utilizar su educación y experiencia para reunir hechos y conceptos que le ayudarán a señalar alternativas de acción. El empleo de la experiencia es la manera más frecuente de abordar dicha resolución, ya que conforme posea mayor experiencia, las opciones sugeridas podrán ser más útiles en algunas circunstancias.⁸⁷

Por lo anterior la experiencia es definida como el conocimiento o habilidad para algo, que se adquiere al haberlo realizado, vivido, sentido o sufrido una o más veces. Es entendida como la aprehensión por un sujeto de una realidad, una forma de ser, un modo de hacer, de vivir o conocer algo inmediatamente antes de todo juicio formulado por lo aprendido. Dicha experiencia influye en gran medida sobre los procesos de toma de decisiones. Cuanto mayor es ésta, menor es la posibilidad de cometer errores, ya que es común utilizar las mismas soluciones para problemas similares planteados en el pasado.⁸⁸

Lo anteriormente señalado se hace evidente en los siguientes discursos:

[...] Tengo el conocimiento, pero si nunca lo he realizado no tengo la experiencia y no sé cómo tomar una decisión..... (G5).

Conforme a la práctica y te vayas adentrando a conocer ciertas situaciones es más fácil tomar una decisión (G4).

Si no tienes la experiencia puedes estar tomando decisiones malas (G3).

[...] Depende de tu experiencia o lo que investigues por tu cuenta para poder tomar una decisión porque a veces ni el personal de base lo sabe hacer (G2).

Aunque yo tuviera el conocimiento si nunca lo he realizado o he tenido la experiencia, no puedo tomar una decisión y pues eso me limita para decidir y sólo observo (G7).

De acuerdo a la investigación de Estabrooks, se encuentra que las enfermeras frecuentemente basan sus decisiones de práctica clínica en los conocimientos adquiridos en el trabajo, experiencias e interacciones sociales con sus compañeros más que en los conocimientos adquiridos en la escuela de enfermería.⁵¹ Lo anterior coincide con lo encontrado en esta investigación, ya que la mayoría basa sus decisiones en el saber práctico, sin reconocer que este debe derivarse y complementarse del saber teórico.

De la misma forma otros autores consideran a la experiencia como parte elemental del proceso de toma de decisiones, Hall y Moody determinaron que cuando un individuo soluciona un problema en una forma en particular, ya sea con resultados buenos o malos, esta experiencia le proporciona información para la solución del próximo problema similar.

Complementando esta idea Benner menciona que la experiencia enriquece la formación de enfermería al generar conocimiento, así como aprender las excepciones y los significados confusos de una situación.⁸⁵

De acuerdo a los discursos anteriores se observa en nuestros informantes que al integrarse al mundo de la vida cotidiana en las áreas de atención, el egresado de la licenciatura en enfermería tiene conciencia de que su experiencia es limitada, pero no reconoce que en esta etapa precisa ser capaz de integrar sus conocimientos construidos a lo largo de su formación, que le pudieran llegar a permitir tomar decisiones efectivas en el cuidado de la persona.

En relación a la investigación de Aguilera señala que esto puede deberse a que algunos pasantes no tienen confianza en los conocimientos que adquirieron

durante su proceso de formación, buscando interactuar con el experto que ellos consideran para validar dichos conocimientos o experiencias.⁴⁸

4.2.2 SUBCATEGORÍA: Fuentes orales y libros VS uso de la evidencia científica

Se denominan fuentes de información a diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento. Son consideradas como los recursos que contienen datos formales, informales, escritos, orales o multimedia.

Se dividen en tres tipos: primarias, las cuales contienen información original que ha sido publicada por primera vez y que no ha sido filtrada, interpretada o evaluada por nadie más, aquí se incluyen las de tipo oral y los libros.

Las fuentes primarias de tipo oral son consideradas como aquellas que son emitidas por personas o grupos que se relacionan profesionalmente. Su transmisión es oral (aunque después puede fijarse en documentos). Cualquier persona puede construir una fuente de este tipo. En relación a los libros, éstos se caracterizan por presentar información no muy reciente, al tener un proceso de edición demorado.

Otro tipo de fuentes son las secundarias, que contienen información primaria, sintetizada y reorganizada; y por último las fuentes de tipo terciarias que son guías físicas o virtuales que contienen información sobre las fuentes secundarias. Cabe destacar que dentro del proceso de selección de los diversos tipos de fuentes, puede verse influida por las preferencias, tecnología, presupuesto, disponibilidad o tiempo, así como por las temáticas que se deseen abordar.²⁴

En relación a la evidencia científica esta es definida como aquella que permite cambiar la realidad asistencial con base en argumentos sólidos obtenidos de pruebas válidas y útiles procedentes de la investigación, contribuyendo a la mejora en el cuidado de la persona, a través de la modificación o innovación de los servicios, mediante la selección de la mejor evidencia científica.⁸⁹

Al respecto se presentan los siguientes discursos:

Para tomar decisiones me baso en el personal de enfermería del servicio (G4).

[...] Como dice mi compañera yo también me baso en el personal (G5).

Yo me baso en compañeros egresados, personal médico o de enfermería, hay muchos pacientes y pues no hay tiempo de consultar la evidencia. (G2).

[...] Yo me baso en el personal de enfermería que lleva más años (G7).

Me enfoco en fuentes como los libros aunque ya son atrasados, pues la situación económica te limita (A1).

Para tomar una decisión lo hago en base a lo que me dicen las compañeras enfermeras del servicio. No consulto de manera permanente la evidencia científica, ya que hay revistas que cobran y está cara la mensualidad (G6).

Cada vez más el profesional de enfermería está siendo considerado en el papel de tomadores de decisiones dentro del sistema de salud, donde la decisión puede estar sustentada en una gran diversidad de fuentes de información, que no siempre son las más útiles en nuestro campo de actuación, al no contener la suficiente base científica, ya que las decisiones como lo refieren nuestros informantes, dependen en muchas ocasiones de la información que se tenga sobre lo que hacen los demás, lo que nos reflejaría una falta de sustento científico y estandarización en su práctica, así como decisiones basadas en información no actualizada. Tal como lo menciona García, en su estudio sobre la aptitud clínica en egresados, el bajo nivel que poseen sugiere decisiones clínicas y prácticas profesionales basadas en rutinas aprendidas en el sistema, más que en acciones reflexivas y críticas.⁴⁶

También sobre el uso del conocimiento experiencial de otro profesional para la toma de decisiones clínicas, Zubizarreta encontró que el egresado utiliza más las fuentes orales para validar sus conocimientos y experiencias, debido a la falta de confianza en los conocimientos que obtuvieron durante su proceso de formación,⁴⁶ tal como lo encontramos en nuestros informantes, donde refieren hacer un mayor uso de las fuentes primarias (orales) para tomar una decisión y con base en ellas poder implementar el cuidado.

Además específicamente dentro del sistema de salud aún se conserva un dominio convencional del cuidado biomédico y una fuerte dependencia por parte de los enfermeros novatos hacia los enfermeros experimentados para la toma de decisiones y con ello poder otorgar el cuidado.⁹⁰

Complementando lo anterior se ha encontrado que los recursos humanos son asumidos como los principales para obtener información puesto que son más accesibles. Sin embargo, la experiencia de la persona consultada es fundamental para discriminar si es confiable o no y va acompañada de una relación indispensable de comunicación efectiva.

No obstante destacan que al recurrir a fuentes primarias (orales), podría ocurrir que la información propia se desvalorice y se le dé preferencia a la que provenga de enfermeras con un nivel más alto de experiencia y en caso de no obtener la información deseada por parte de colegas de enfermería, se proceda a buscarla en médicos, lo que genera un obstáculo para desarrollarla,⁹¹ lo cual fundamentaría el por qué nuestros informantes se dirigen más al equipo de salud para sustentar su proceso de toma de decisiones que el acceder a fuentes de información de tipo científicas.

Bandura, a través de su teoría del aprendizaje social atribuye un papel central a los procesos cognitivos en el que el individuo puede observar a los demás y el medio ambiente, reflexionar sobre qué hacer, en combinación con sus propios pensamientos y conductas,⁹² lo cual sería lo esperado en los recién egresados. Sin embargo, no se tiene certeza de que la observación que hace el pasante esté acompañada de procesos reflexivos.

Otro tipo de fuentes primarias consultadas por los informantes fueron los libros, conllevando a que las decisiones que puedan estar tomando los informantes no se encuentren basadas en la mejor evidencia disponible y con ello carecer del sustento científico adecuado que se requiere para una práctica clínica de calidad.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

Se puede concluir que existen factores trascendentales que influyen en el proceso de toma de decisiones clínicas, tales como la formación de estudiantes bajo corrientes pedagógicas tradicionales, generando incapacidad para tener una autonomía en dicho proceso, al encontrarse que durante el proceso de formación del alumno de pregrado se hace más énfasis en la enseñanza del desempeño de técnicas por encima del desarrollo de habilidades necesarias para el fortalecimiento de la toma de decisiones.

Al respecto también se denotan vivencias sobre una existente discrepancia entre el énfasis manifiesto sobre la formación en inglés y los contenidos propuestos, lo que conlleva a que no se utilice información procedente de investigaciones en este idioma para la toma de decisiones clínicas a pesar de que es considerada como la lengua vehicular esencial para el análisis de los resultados más relevantes en materia de investigación o de práctica basada en evidencia.

Con relación a los factores que influyen en el proceso de toma de decisiones, encontramos que el egresado refiere vivencias como la disociación entre teoría y práctica, al encontrar en los escenarios clínicos inaplicabilidad de los contenidos teóricos aprendidos durante su proceso de formación.

También se encontró que el egresado al quedarse sin ningún acompañamiento durante el servicio social, le genera emociones como el sufrimiento y miedo a cometer errores en su desempeño, así como sensaciones de impotencia frente a situaciones que cree que debe resolver, influyendo el enfrentamiento a nuevas tareas y la gran cantidad de responsabilidades que debe asumir rápidamente.

Otro de los factores que influyeron en la toma de decisiones fue la influencia de las relaciones de poder, concluyéndose que el ser pasante en servicio social es una desventaja para tomar decisiones al ser considerados como inexpertos y con falta de conocimientos.

En relación al sustento para la toma de decisiones clínicas se puede concluir que siguen existiendo barreras que impiden aplicar el saber teórico en la toma de decisiones clínicas, lo que es necesario superar para que las decisiones puedan ser de calidad y se pueda trascender de aquellas basadas en rutinas o únicamente del saber práctico. Cabe mencionar que el egresado reconoce la importancia de la experiencia en el proceso de toma de decisiones, pero sin llegar a relacionarla con el saber teórico, dejando de lado que una decisión debe estar basada en la criticidad y reflexión, así como en la mejor evidencia científica, lo que genera que la decisión se adquiera principalmente por imitación.

CAPÍTULO 6. IMPLICACIONES PARA LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

La educación en enfermería es compleja debido a la forma en que se enseña, por lo que ésta debe dirigirse hacia la transformación del paradigma educativo, orientado hacia el diseño de planes de estudio trascendentales que promuevan la formación de futuros profesionales reflexivos y tomadores de decisiones. Por esta razón los profesores deben de estar preparados para reforzar a los estudiantes en su dimensión personal, en la autonomía de su aprendizaje y en el desarrollo de actitudes críticas y reflexivas para poder decidir qué información y conocimientos existentes son los más asertivos a la hora de tomar decisiones clínicas bajo un enfoque holístico.

Es relevante que las instituciones educativas trabajen en conjunto con las hospitalarias, para que el recién egresado en servicio social encuentre un seguimiento de todos los conocimientos teóricos aprendidos durante su proceso de formación y por lo tanto la aplicabilidad de los mismos, lo cual implica una comunicación constante entre ambas instituciones, así como la actualización permanente del personal basada en planes de estudio certificados. También es importante que se concientice al personal de línea sobre la importancia del acompañamiento durante el proceso de toma de decisiones que le den al egresado en servicio social iniciativa y mayor seguridad para tomarlas.

Es imperativo que los estudiantes de enfermería comiencen a sentirse seguros con el proceso de toma de decisiones a través de experiencias educativas seguras y sobre todo supervisadas, así como de ambientes efectivos de aprendizajes, ya que el proceso de aprendizaje de la toma de decisiones clínicas no debería comenzar cuando el alumno de pregrado se gradúa, sino debe ser introducido y practicado durante los programas educativos de la licenciatura que permita el fortalecimiento constante de esta importante habilidad en la disciplina.

Por lo anterior, se propone el apoyo de tutores en los diversos campos clínicos que acompañen a los pasantes en servicio social, promoviéndole seguridad al egresado en el momento de tomar decisiones.

Otra de las propuestas es la implementación de programas para la enseñanza del idioma inglés, no solo para la comprensión de textos, sino también para la auditiva, de escritura, así como de habilidades para poder hablarlo, que realmente se garantice el nivel necesario para responder a las demandas que la disciplina requiere y que permitan fortalecer el proceso de toma de decisiones, así como la consulta de evidencia científica publicada en este idioma que permita fundamentar las mismas.

Se propone la implementación en alumnos de pregrado con formación en temáticas sobre la búsqueda de evidencia científica a través de la incorporación de materias que la incluyan de forma transversal en los distintos planes de estudio, que permita la formación y el fortalecimiento continuo en áreas de investigación destacándose como un área de oportunidad en la disciplina que permita promover de igual forma la toma de decisiones.

Por último, se propone que los programas de los planes de estudio de enfermería, deben tener incluidas estrategias y experiencias de aprendizaje que apoyen el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones clínicas.

CAPÍTULO 7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En relación a las limitaciones del presente estudio tenemos que solamente se llevó a cabo un grupo focal, lo cual no permitió como tal una saturación de información, pero a pesar de ello se logró llevar a cabo comparaciones valiosas con otros estudios en el momento de la discusión.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



FECHA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Has sido invitado a participar en el proyecto de investigación que tiene por objetivo explorar las vivencias del egresado de la licenciatura en enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, durante su proceso y sustento en la toma de decisiones clínicas. La presente investigación es voluntaria y la información que nos proporcionas es confidencial. Los datos obtenidos serán utilizados únicamente con los fines de la presente y serán resguardados por las personas que forman parte del grupo de investigación.

Su asistencia para la participación en los grupos focales deduce su aceptación en la investigación, por lo que te agradecemos de antemano tu participación, ya que ello permitirá dar pauta a la creación de estrategias de mejora en la formación como futuros profesionales de la salud.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

FOLIO:

FECHA:

EDAD:

SEXO:

PROMEDIO DE LA LICENCIATURA:

LUGAR DONDE SE ENCUENTRE REALIZANDO SERVICIO SOCIAL:

TURNO DONDE SE ENCUENTRE REALIZANDO SERVICIO SOCIAL:

SERVICIOS POR LOS CUALES HASTA EL MOMENTO HAYA ROTADO:

FOLIO:

ANEXO 2. GUÍA DE PREGUNTAS DETONADORAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE VIVENCIAS DEL EGRESADO DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

A. PREGUNTAS GENERALES

1. Platícame en general ¿Cómo tomas las decisiones acerca del cuidado del paciente?
2. ¿En qué basas las decisiones tomadas en los pacientes?

B. PREGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

3. ¿Alguna vez has hecho un cambio en tu toma de decisiones como resultado de las diferentes fuentes de información? Por favor describe este proceso.
4. ¿Crees que las enfermeras de manera rutinaria utilizan los resultados de investigaciones en su toma de decisiones? Fundamenta tu respuesta
5. ¿A qué problemas se enfrentan las enfermeras al tratar de poner en práctica los resultados de la investigación en su proceso de toma de decisiones?
6. ¿Cuándo fue la última vez que sentiste la necesidad de acceder a las fuentes de información para ayudar a tomar una decisión? Describe las circunstancias, el tipo de información y la fuente en la que la obtuviste

C. PREGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE EL SUSTENTO DE LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

7. ¿Te refieres a los **profesionales del equipo de salud** para tomar una decisión? Si es así, ¿a quién en particular? Por ejemplo: ¿cómo hace? Con contactos formales o informales.

8. ¿Tienes oportunidad de asistir a **cursos o talleres** de actualización? ¿Éstos los encuentras relevantes para las decisiones involucradas en tu práctica?
9. ¿Cuáles son las **fuentes más comúnmente utilizadas** en tus decisiones?
10. ¿Por qué utilizas algunas fuentes de información más que otras?
11. ¿Qué fuentes de información están disponibles en tu servicio?
12. ¿Qué opinas de la **biblioteca de tu escuela**? ¿Qué tan fácil es para ti encontrar la información que necesitas en ella?
13. ¿Qué opinas de la **biblioteca del hospital** donde realizas tu servicio social? ¿Qué tan fácil es para ti encontrar la información que necesitas en ella?
14. ¿Durante tu proceso de formación te suscribiste a alguna **revista de tipo científica**?
15. ¿Cuándo buscas información sobre un tema ¿regularmente revisas **textos en inglés**?
16. ¿Consideras que **la escuela** te proporciona las herramientas para fundamentar tu proceso de toma de decisiones? ¿Por qué? (especifica cuáles)?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Carrillo G. Evidencias que utilizan las enfermeras que participan en comités de infecciones, para la toma de decisiones. *av enferm.* [revista en internet]. 2007 (acceso 27 de Abr de 2014); 25 (1): 83 – 91. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_7.pdf

² Gálvez A. *Enfermería basada en la evidencia*. México: Cuidemos Index; 2001.

³ Marshall A. *Information use in clinical practice: a case study of critical care nurses' enteral feeding decisions and usefulness*. [tesis doctoral] [dissertation]. Australia: 2008.

⁴ Gómez J. ¿Es ética una práctica profesional que no contemple en las actuaciones de sus profesionales la inclusión las mejores pruebas disponibles?. *Rev Evidentia* [revista en internet]. 2004 (acceso 30 de May de 2014); 1 (2): 1-3. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n2/60articulo.php>

⁵ Higgs JM, Jones S, Loftus NC. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. España: Elsevier; 2008.

⁶ Alonso L. *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Fundamentos; 1998.

⁷ Souza M. *Los conceptos estructurales de la investigación cualitativa*. *Salud Colectiva*. Buenos Aires; 2010. 6 (3): 251-261.

⁸ García G. *Proceso de toma de decisiones en estudiantes de enfermería* [tesis de licenciatura] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina humana; 2011.

⁹ Stoner F. *Planeación y toma de decisiones. Formación y estudios* [revista en internet]. 2002; (acceso 30 de May de 2014) 3 (4). Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/dosie3-4.pdf>

¹⁰ Thompson C. Cullum N. Mccanughan D. et al. *Nurses, information use, and clinical decision making the real world potential form evidence – based decision in nursing*. *Evid Based Nurs*. 2004; 7: 68 – 72.

¹¹ Brykczynski AK. Patricia Benner. *Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería*. En: Marriner TA, Raile AM, editores. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª ed. Madrid España: Elsevier; 2011. p. 137-164.

¹² Aguiar F. Criado H. Herreros F. Sociología y elección racional. Teoría de la sociología moderna. Barcelona; 2003.

¹³ Elster J. Rational choice . Oxford: Basil Blackwell; 1986.

¹⁴ Sackett D. Rosenberg W. Muir J. Evidence based medicine: What it i is and what it is isn't. Br Med J [revista en internet].1996 (consultado 01 de Jun de 2014); 312 (7): 71 – 72. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/312/7023/71>

¹⁵ Rosenberg W. Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem – solving. Br Med J. [revista en internet].1995 (consultado 01 de Jun de 2014); 3 (6): 1122 – 1126. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/310/6987/1122>

¹⁶ Figueroa U. Enfermería Basada en Evidencias. 2009; 3 (4). 105 – 107.

¹⁷ Ochoa M. A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. Inv Educ Enferm [revista en internet]. 2005 (consultado 01 de Jun de 2014); 23 (2): 138 – 146. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215403011.pdf>

¹⁸ Landeros E. Amezcua M. Enfermería basada en la evidencia: principios básicos. Rev Mex Enf Cardiol [revista en internet]. 2005; 13 (1): 65 – 66. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2005/en051_2m.pdf

¹⁹ Sackett D. Rosenberg W, Muir J. Evidence based medicine: What it i is and what it is isn't. Br Med J [revista en internet].1996 (consultado 01 de Jun de 2014); 312 (7): 71 – 72. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/312/7023/71>

²⁰ Estabrooks C. Winther C. & Derksen L. Mapping the field: a bibliometric analysis of the research utilization literature in nursing. Nursing Research, 53(5), 293-303.

²¹ Stenmark, D. Information vs knowledge: The role of intranets in knowledge management. Paper presented at the 35th Hawaii International Conference on System Sciences, Hawaii, USA. 2002.

²² Carper, B. Fundamental patterns of knowing in nursing. Advances in Nursing Science. 1978; 1(1): 13-23.

²³ Liaschenko J. Fisher A. Theorizing the knowledge that nurses use in the conduct of their work. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1999; 13(1): 29-41.

²⁴ Carrizo G. Las Fuentes de información: presente y futuro. Algunos apuntes metodológicos. (acceso 22 de Oct de 2014). Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/multidoc/multidoc/revista/num10/paginas/pdfs/Gcarrizo.pdf>

²⁵ Introducción general al Servicio de consulta: libro de texto para el estudiante de bibliotecología y manual para bibliotecario de consulta, 2002.

²⁶ Universidad de la Salle. Proyecto fomento del uso de información científico – técnica en los procesos académicos de la universidad de la Salle. Oficina de Biblioteca.

²⁷ Tabares A. Del pensar natural al pensamiento reflexivo. En: De los orígenes del pensamiento a la enseñanza de pensar. Bogotá Colombia: Cedinpro, 2007. 1-97.

²⁸ Fisher A. *Critical Thinking: An Introduction*. 2a ed. Inglaterra Cambridge, Cambridge University Press: Alec Fisher; 2001.

²⁹ Koziellecki J. *Psychological decision theory. Theory and decisión*. Boston: Einbeck; 2007.

³⁰ Potter P. Perry A. *Fundamentos de enfermería*. 5ª ed. España: Elsevier-Mosby; 2001.

³¹ Caballero E. Arratia A. Evaluación e identificación de destrezas del pensamiento crítico en alumnos de primero y segundo año de la carrera de Enfermería-Obstetra. Santiago de Chile: Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica; 2001.

³² Rivas J. Vargas L. Formación de enfermería a través de tres corrientes pedagógicas y los paradigmas de enfermería de enfermería propuestos por Kerouac. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*; 2005. 8(1-2):47-58.

³³ Castrillón C. La dimensión social de la práctica de enfermería. Colombia: Ed. Universidad de Antioquia. 1997: p. 21.

³⁴ Durán M. Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Colombia. 2001: 77–84.

³⁵ Morales M. Enfoque tradicional vs enfoque contemporáneo de la didáctica. (acceso 31 de Marzo de 2015). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos14/enfoq-didactica/enfoq-didactica.shtml>

³⁶ Sánchez J. Publicaciones y ayudas didácticas para profesores. Sala de Prensa, 17, (2); (acceso 31 de Marzo de 2015). Disponible en: <http://www.saladeprensa.org/art112.htm>

³⁷ Gómez M, M. El modelo tradicional de la pedagogía escolar: Orígenes y precursores. Rev. Ciencias Humanas; 2002: 28: 1- 12.

³⁹ Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición: Invest en Enferm; 1999 (acceso 06 Mayo 2014) Disponible en: www.icn.ch/psresearch99sp.htm

⁴⁰ González J. Moreno M. Relaciones de poder en los hospitales. Rev de Enfermería y humanidades; 2014: 40. (acceso 28 de Mar de 2016). Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/563>

⁴¹ Anaya F. Guirao J. Huertas A. Moreno P. Utilidad atribuida por los alumnos de Enfermería de primer curso a las prácticas. Educare21; 2004: 13. (acceso 24 de Nov de 2015). Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare13/aprendiendo/aprendiendo2.htm2>

⁴² Isla P. López C. García L. Salas C. et al. Alternativas a la enseñanza tradicional. Rev. ROL de enfermería; 1995: 51-56.

⁴³ Siles J. García E. Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación de Enfermería. Enf. Científica; 1995: 10-14.

⁴⁴ Servicio Social Universitario. UNAM (acceso 25 de Abril de 2016). Disponible en: <http://www.dgosever.unam.mx/portaldgose/servicio-social/htmls/ss-universitario/ssu-introduccion.html>

⁴⁵ Servicio Social. ENEO – UNAM (acceso 25 de Abril de 2016). Disponible en: http://www.eneo.unam.mx/alumnos/servicio_social.php

⁴⁶ Wey H. Braga E. Godoy I. Spin C. et al. Percepción de los enfermeros recién graduados sobre su autonomía profesional y sobre el proceso de la toma de decisiones del paciente. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [revista en internet]. 2008 (acceso 27 de Abr de 2014); 16 (2): 1- 9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200003>

⁴⁷ Carriles M. Oseguera J. Díaz Y. Gómez S. Efecto de una estrategia educativa participativa en el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de enfermería. *Enferm Glob.* [revista en internet]. 2012 (acceso 28 de Marzo de 2016) 11 (26). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200009>

⁴⁸ García J. González R. Viniestra L. Jiménez M. Evaluación de la aptitud clínica a través de la metodología del proceso de enfermería. *Rev de enf del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2001; 9(3): 127-131. (acceso 28 de Mar de 2016). Disponible en: <http://biblat.unam.mx/es/revista/revista-de-enfermeria-del-instituto-mexicano-del-seguro-social/articulo/evaluacion-de-la-aptitud-clinica-a-traves-de-la-metodologia-del-proceso-de-enfermeria>

⁴⁹ Aguilera Y. Zubizarreta M. Castillo J. Constatación de las habilidades del pensamiento crítico en los estudiantes de Licenciatura en Enfermería. *Educ. Med Superior.* [revista en internet]. 2006 (acceso 20 de Mar de 2014); 20 (3): 10. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412006000300001&lng=es&nrm=iso

⁵⁰ Lundrén H. Salantera S. Think-Aloud Technique and Protocol Analysis in Clinical Decision-Making Research. *Qual Health Res* 2010 20: 565 (acceso 17 de Oct de 2014). Disponible en: <http://qhr.sagepub.com/content/20/4/565.full.pdf+html>

⁵¹ Montesinos M. Martínez E. El conocimiento y aplicabilidad de las nuevas tecnologías en el profesional de enfermería. *Rev Cientí de Enf.* 2011; 2. (acceso 17 de Oct de 2014). Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/DialnetElConocimientoYAplicabilidadDeLasNuevasTecnologias-3648313.pdf>

⁵² Estabrooks C. Rutakumwa W. Leary K. Profetto J. et al. Sources of practice knowledge among nurses. *Sage Pub.* 2005; 15 (4): 460-476. (acceso 20 de Oct de 2014). Disponible en: <http://www.sagepublications.com>

⁵³ Gómez V. Porras A. Vázquez M. Zavaleta P. et al. Fuentes de actualización utilizadas por el personal de enfermería del IMSS. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2010; 18 (3):145-152.

⁵⁴ Marshall A. West S. Aitken L. Preferred information sources for clinical decision making: critical care nurses' perceptions of information accessibility and usefulness. Evidence Based Nursing; 2011.

⁵⁵ Baxter P. Boblin S. Decision Making by Baccalaureate Nursing Students in the Clinical Setting. Journal of Nursing Education. 2008; 47(8):345-350.

⁵⁶ Martínez M. La investigación cualitativa. Rev IIPSI; 2006. 9(1): 123-146. (16 de Enero de 2016). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf

⁵⁷ Prerez I. Memorias de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ENEO-UNAM. Rev Enfermería Universitaria. 7 (2); 2010: 4-8. (16 de Enero de 2016). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2010/eu102a.pdf>

⁵⁸ Amezcua M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. Enfermería Clínica; 2003, 13(2): 112-17.

⁵⁹ Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. National Institutes of Health (16 de Abril de 2003). Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf

⁶⁰ Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

⁶¹ Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Disponible en: dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

⁶² Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación, (06 de Enero de 1987).

⁶³ Stoner F. Planeación y toma de decisiones. Formación y estudios [revista en internet]. 2002; (acceso 30 de May de 2014) 3 (4). Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/dosie3-4.pdf>

⁶⁴ Ennis R. Critical thinking Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 1996.

⁶⁵ Seminario internacional de formación de profesionales en enfermería para la práctica reflexiva. México- Distrito Federal, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 28-29 de Septiembre; 2015. Dr. Antonio Salgueiro Hamaral.

⁶⁶ Tanner C. Teaching clinical judgment. In: Fitzpatrick JJ & Taunton RL. Annual Review of Nursing Research. New York: Springer; 1987.153-73.

⁶⁷ Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición: Invest en Enferm; 1999 (acceso 06 Mayo 2014) Disponible en: www.icn.ch/psresearch99sp.htm

⁶⁸ Camacho E. Rodríguez S. Una mirada crítica de la formación del profesional de enfermería con perspectiva reflexiva. Enfermería universitaria. ENEO-UNAM. 2010; 7 (1): 37-44.

⁶⁹ Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Libro Blanco. Título de Grado de Enfermería. (acceso 06 May de 2015). Disponible en: <http://www.aneca.es>

⁷⁰ Gómez V. Porras A. Vázquez M. Zavaleta P. et al. Fuentes de actualización utilizadas por el personal de enfermería del IMSS. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2010; 18 (3):145-152.

⁷¹ Castell C. ¿Por qué nos resistimos a aprender el inglés en enfermería?; 2012. (acceso 06 de May de 2015). Disponible en: <http://diariodecuidados.com/2012/09/28/por-que-nos-resistimos-a-aprender-ingles-en-enfermeria/>

⁷² Roche J. A Pilot Study of Teaching Clinical Decision Making With the Clinical Educator Model. The Journal of Nursing Education; 2002. 41(8), 365-367.

⁷³ Mejía M. Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. *Index Enfermería*; 2008. 17 (3). (acceso 4 de Abril de 2016). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300010

⁷⁴ Ramírez P. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. Elsevier. 2002; 12 (6). (acceso 4 de Abril de 2016). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-enfermeria-practica-avanzada-historia-definicion-13040316>

⁷⁵ Medina J. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería. Barcelona: Ed. Laertes psicopedagogía; 1999.

⁷⁶ Vollrath A. Angelo M. Muñoz L. Vivencia de estudiantes de enfermería de la transición a la práctica profesional: un enfoque fenomenológico social. *Texto contexto Enferm. Florianapolis*. 2011; 20: 66-73.

⁷⁷ Merighi M. Praca N. Abordajes teórico metodológicos cualitativo: vivencias. *Investigación cualitativa en enfermería*. Rio de Janeiro.; 2003: 1-3.

⁷⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. (acceso 26 de Octubre de 2015). Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013.

⁷⁹ Kaufman M. Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. 2000 (acceso 5 de Mayo de 2015). Disponible en http://www.berdingune.euskadi.net/u89congizon/es/contenidos/informacion/materia/es_gizonduz/adjuntos/

⁸⁰ Valenzuela A. Biopoder: el poder y la violencia en la formación de profesionales de enfermería. *Educ. méd*; 2008: 11 (3). [revista en internet] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132008000300004&script=sci_arttext

⁸¹ Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. (acceso 2 de Marzo de 2014). Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013.

⁸² Shikai N. Shono M. Kitamura T. Effects of coping styles and stressful life events on depression and anxiety in Japanese nursing students: A longitudinal stud. *International Journal of Nursing Practice* 2009; 15: 198–204. (acceso 4 de Nov de 2015). Disponible en: www.institute-of-mental-health.jp/.../thesis-01-12.pdf

⁸³ García G. Proceso de toma de decisiones en estudiantes de enfermería [tesis de licenciatura] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina humana; 2011.

⁸⁴ Drucker P. Management by Objectives: As Developed by Peter Drucker, Assisted by Harold Smiddy. Review [revista en internet]. 1981 (acceso 21 de Abril de 2014); 6 (2): 225-230. Disponible en: <http://amr.aom.org/content/6/2/225.full.pdf>

⁸⁵ Dunston R, Lee A, Matthews L, Nisbet G, et al. Interprofessional Health Education in Australia: The Way Forward. Sydney: University of Technology, Sydney and The University of Sydney. [Documento en internet]. 2009 [acceso 12 de Oct de 2015]. Disponible en: <http://www.rilc.uts.edu.au/pdfs/wayforward.pdf>

⁸⁶ Molina P. Jara Patricia. [acceso 16 de Sep de 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200005

⁸⁷ Marriner. Tomey. Manual para la Administración de Enfermería. Ed. Interamericana; 1996: 1-14.

⁸⁸ Cuesta C. Desafíos de la investigación cualitativa. (acceso 30 de Sep de 2015). Disponible en: rua.ua.es/dspace/bitstream/.../Preprint%20Nure%20firma%20invitada.pdf

⁸⁹ Aguiar F. Criado H. Herreros F. Sociología y elección racional. Teoría de la sociología moderna. Barcelona; 2003.

⁹⁰ 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; 2012.

⁹¹ Marshall A. West S. Aitken M. Preferred Information Sources for Clinical Decision Making: Critical Care Nurses' Perceptions of Information Accessibility and Usefulness. Worldviews on Evidence-Based Nursing: 2011: 224-235. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00221.

⁹² Bandura A. Teoría del aprendizaje; 2012. (acceso 25 de Abril de 2016). Disponible en: http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva_Profesores/janette_orengo_educ_173/Albert_%20Bandura_agosto_2012.pdf