

Un estudio comparativo de estilos de toma de decisión en estudiantes novatos y avanzados de enfermería de la UNAM

MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ* | LAURA MORÁN PEÑA**
SANDRA SOTOMAYOR SÁNCHEZ*** | ZOILA LEÓN MORENO****
ARTEMISA ESPINOSA OLIVARES***** | LOURDES PAREDES BREÑA*****

Las autoras presentan un estudio transversal y comparativo sobre la toma de decisiones en los procesos de enseñanza aprendizaje en alumnos de tres escuelas de enfermería de la UNAM. El instrumento utilizado fue la Escala de Toma de Decisión. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión y la *t* de student para muestras independientes a fin de comparar las diferencias entre novatos y avanzados. Entre los principales resultados encontramos que los estilos de toma de decisión a los que más recurren los estudiantes no son los más idóneos y que existen diferencias mínimas entre ambos grupos (novatos y avanzados), aunque algunas son significativas.

Palabras clave

Estilos de toma de decisión
Estudiantes de enfermería
Cuidado de enfermería
Estudiantes novatos
Estudiantes avanzados

*The authors present a cross-and-comparative study about making decisions in the teaching-learning process on students who study nursing at the three nursing schools of the UNAM. The instrument used was the Decision-making Scale. The analysis was based on measurements of central and dispersion tendencies and the *t* of student for independent samples in order to compare the differences between recently enrolled students and the advanced one. Amongst the main results we observe that the ways of making decisions to which the students most frequently resort are not the most adequate and although there are differences between both groups (recently enrolled and advanced students) they are relatively trifling, although some of them are significant.*

Keywords

Ways of making decisions
Nursing students
Nursing attention
Recently enrolled students
Advanced students

Recepción: 04 de marzo de 2010 | Aceptación: 31 de mayo de 2010

* Doctora en Educación por la Universidad Anáhuac. Profesora de la carrera de Enfermería de la FES Zaragoza-UNAM. Líneas de investigación: formación docente; rendimiento académico y procesos cognitivos en la formación de estudiantes de enfermería. CE: susanagove@msn.com

** Doctora en Educación por la Universidad Anáhuac. Profesora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM. Líneas de investigación: procesos cognitivos y enseñanza de las ciencias en la formación de estudiantes de enfermería; enseñanza clínica. CE: eneolm@yahoo.com

*** Maestra en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Nuevo México. Profesora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM. Línea de investigación: procesos cognitivos en la formación de estudiantes de enfermería. CE: sootomayor1999@yahoo.com

**** Maestra en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Nuevo México. Profesora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM. Línea de investigación: procesos cognitivos en la formación de estudiantes de enfermería. CE: zoilemor@yahoo.com

***** Maestra en Enseñanza Superior por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Profesora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM. Línea de investigación: cognición y enseñanza de las ciencias. CE: aespinos@hotmail.com

***** Maestra en Enseñanza Superior por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Profesora de la carrera de Enfermería de la FES Iztacala-UNAM. Línea de investigación: procesos cognitivos en la formación de estudiantes de Enfermería. CE: paredesb@servidor.unam.mx

INTRODUCCIÓN¹

El cuidado de la salud que otorgan las enfermeras profesionales garantiza una atención de calidad a las personas, familias y comunidades que lo requieren, y esto es resultado de la formación universitaria y la experiencia laboral que se adquiere a través de los años; sin embargo, no es muy frecuente encontrar en los egresados las competencias profesionales plenamente desarrolladas, que permitan brindar con alta calidad los cuidados que se esperan de ellos. Si bien se reconoce que los factores que inciden en este resultado van más allá de la formación académica —ya que tienen que ver con aspectos sociales, económicos y políticos, entre otros— las instituciones educativas deben centrar su atención en promover un mayor desarrollo de habilidades y destrezas que permita a los alumnos enfrentar problemas complejos.

En ese sentido, los formadores de recursos humanos en enfermería deben prestar especial atención al desarrollo de habilidades para la toma de decisiones, lo cual está determinado, entre otros factores, por las características personales del estudiante, su personalidad y su sistema cognitivo, así como por la combinación de estos factores, lo que da lugar a distintos estilos de decisión, entendiendo como tales los diferentes patrones de conducta que adoptan los sujetos ante una determinada situación de decisión (Barbero *et al.*, 1993).

La práctica clínica en los diversos escenarios, demanda que los estudiantes de enfermería constantemente tomen decisiones; sin embargo, éstas han sido poco analizadas en los procesos de enseñanza-aprendizaje, además de que tampoco se han considerado como habilidades que deben ser enseñadas de manera deliberada. Dado que la enfermería es una disciplina profesional, se considera que quienes la ejercen deben contar con el

conocimiento que posibilite justificar y sustentar las decisiones que deben tomar cotidianamente (Carrillo, 2007).

Tomar decisiones clínicas resulta fundamental en los profesionales de enfermería ya que determina la serie de métodos, procedimientos y acciones específicas que pondrá en práctica con las personas que cuidan, ello en pro de cubrir sus necesidades vitales y humanas. La toma de decisiones implica las siguientes etapas:

Clasificación del problema

Para tomar una decisión efectiva es necesario considerar la naturaleza de los problemas, los cuales pueden ser genéricos o únicos. El problema genérico (decisión estructurada) requiere fijar una regla, política o principio mediante modelos sistematizadores de información, que pueden ser tablas o árboles de decisión; el problema excepcional y único (decisión no estructurada), debe ser tratado individualmente, porque quien decide debe proporcionar los criterios, la evaluación y los puntos de vista para la correcta caracterización del problema.

Definición del problema

Consiste en esclarecer la clave de la situación, determinando las circunstancias relevantes o significativas, y excluyendo las que no lo son.

Especificaciones de la respuesta

Es importante la claridad en las especificaciones de las condiciones límite, es decir, establecer las metas mínimas a alcanzar y las situaciones que se deben satisfacer, ya que de lo contrario podría producirse el fracaso de la decisión.

Decisión

Se debe prestar especial atención a que la decisión a adoptar sea la adecuada, y no sólo

1 Este artículo es producto del proyecto PAPITT N° IN307708: Habilidades de razonamiento clínico y estilos de toma de decisión en estudiantes de enfermería de la UNAM. Un estudio comparativo. Financiado por la Dirección General de Asuntos de Personal Académico (DGAPA) de la UNAM.

aceptable, para respetar las condiciones y límites antes fijados, es decir, primero satisfacer enteramente las especificaciones y posteriormente considerar qué compromisos, adaptaciones y concesiones son necesarias para que la decisión resulte aceptable. Cuando la decisión se relaciona con ahondar en el diagnóstico de la persona, tiene por objeto aclarar una incertidumbre clínica para poder hacer una decisión de manejo.

En estos casos, la incertidumbre representa un conflicto de decisión. O'Connors, Jacobsen y Stacey (2002: 570) definen el conflicto *decisional* como la incertidumbre acerca de cuál alternativa escoger cuando las diferentes posibilidades significan riesgos, pérdidas o rechazo de los valores personales. La primera manifestación de este conflicto es la expresión verbal de la incertidumbre frente a una decisión y sus resultados posibles. Para estas autoras, las manifestaciones de conflicto varían entre un individuo y otro y las más comunes son: incertidumbre acerca de la opción, preocupación acerca de resultados no deseados, vacilar entre opciones, posponer la decisión, cuestionar los valores personales involucrados en la decisión, preocuparse por la decisión, y mostrar síntomas y señales de angustia y tensión.

Los factores que contribuyen al conflicto en las decisiones emergen de dos fuentes: de la propia decisión, cuando se enfrentan las ventajas y desventajas de la alternativa elegida; de factores externos que rodean una decisión difícil, entre los que se encuentran: falta de conocimiento acerca de las opciones disponibles, expectativas no realistas acerca de los probables resultados de las diferentes opciones, poca claridad sobre el deseo personal de los resultados de la alternativa elegida, percepciones no claras de otros involucrados en la decisión, presión social para escoger una alternativa, falta de apoyos personales, falta de seguridad en sí mismo, falta de recursos del entorno.

Las fuentes de conflicto se manejan generalmente con intervenciones clínicas que

pueden ser de tres tipos: a) cuidado estándar: la elección está basada en una fuerte evidencia de la efectividad de la intervención y existe consenso general sobre su validez, por ejemplo: uso de antibióticos ante la infección bacteriana; b) guía: es una intervención ante la cual tanto el equipo de salud como los usuarios pueden tener dudas, a pesar de que la evidencia acerca de sus resultados es conocida, por ejemplo, el autoexamen de mamas; c) opciones: una intervención ha tenido resultados conocidos o desconocidos, por ejemplo, el uso de la terapia hormonal de reemplazo (O'Connors, Jacobsen y Stacey, 2002).

Ejecución de la decisión

En esta etapa debe determinarse la manera en que ha de llevarse a cabo la actividad a desarrollar; ésta debe ser adecuada a la capacidad de las personas que habrán de ejecutarla, ya que es necesario lograr que las personas que intervienen en esta etapa adquieran un compromiso tendiente a la concreción de la decisión.

En esta etapa es necesario establecer quiénes deben conocer la decisión; qué medidas deben tomarse; quién debe tomarla; y en qué consiste la actividad, de qué manera y que quienes deben ejecutarla puedan hacerlo.

Retroalimentación

Este paso tiene por objeto comprobar la validez y efectividad de la decisión ante el curso real de los acontecimientos, es decir, se verifica si las suposiciones previas que se tuvieron en cuenta al tomarla fueron adecuadas o no. Esto se lleva a cabo mediante el análisis de la realidad que deben hacer los alumnos sobre la expectativa que representa la decisión en sí misma, la cual deberá ser sujeta a análisis (Morán *et al.*, 2006).

En ese sentido, los estilos de toma de decisiones que emplean en general las enfermeras, determinan las habilidades para la interpretación de la información que se tiene sobre los pacientes y sobre el tipo de intervención que se realizará para resolver los problemas.

Según los estudiosos en estos temas, los estilos de decisión pueden ser *evitativos*, impulsivos, analíticos, superficiales, autónomos o dependientes, de delegación de decisiones, oportunos o menos oportunos, entre otros, y de cada estilo asumido dependerá el éxito de la intervención (Morán *et al.*, 2006).

Por lo anterior podemos afirmar que conocer los estilos de toma de decisiones clínicas que emplean los alumnos de enfermería dará luz sobre el conocimiento sobre los mecanismos del accionar reflexivo y del razonamiento clínico que ponen en juego cuando realizan sus prácticas clínicas.

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

LA TOMA DE DECISIONES Y EL CUIDADO EN ENFERMERÍA

Drucker (1981) ha señalado que una decisión es un juicio, un proceso mayormente cognitivo que depende del acto volitivo para su ejecución; constituye una elección entre algo incorrecto y algo correcto, pero generalmente las decisiones tienen un carácter único (las características del sujeto, su personalidad y su sistema cognitivo), unas condiciones que las determinan y una solución especial para cada caso.

Potter y Griffin (2000: 284) han planteado que el proceso de la toma de decisiones lleva a una conclusión informada y que está apoyado por la evidencia y las razones; además, es considerado como el punto final del pensamiento crítico en la medida en que conduce a la solución de problemas.

Por lo tanto, los profesionales de enfermería tienen un importante papel en la toma de decisiones clínicas correctas y apropiadas, cuando se les presenta la responsabilidad de ayudar a las personas a mantener, recobrar y mejorar la salud; una enfermera debe ser capaz de pensar críticamente para resolver problemas y hallar la mejor solución a las necesidades de la persona.

LOS ESTILOS DE TOMA DE DECISIÓN Y SU INCIDENCIA EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Aun cuando en todos los niveles del ejercicio profesional de enfermería se toman decisiones, éstas no siempre siguen una misma forma o curso de acción, sino que se proyectan en diferentes tipos o estilos, los cuales están determinados por el contexto en el que se presentan y por las características personales, laborales y académicas de quien las toma (Dyches, 1998).

Otro elemento a considerar, según Mompert (2001: 287-291), son los aspectos éticos de la toma de decisiones, ya que implica incorporar los valores culturales, éticos y morales que dominan en la organización a los valores propios de quien toma la decisión. Los valores son creencias fuertemente arraigadas y actitudes conscientes que fundamentan las acciones que se llevan a cabo y que pueden influir la percepción e identificación de alternativas en la toma de decisiones.

Ante una decisión que implica un dilema ético, el profesional de enfermería debe saber utilizar métodos y estrategias que permitan conocer y analizar el problema con profundidad, describiendo los conflictos en relación con todas las variables que afectan al problema, destacando diferentes opciones para descubrir soluciones alternativas y revisando los criterios culturales, económicos y sociales, así como los valores éticos y las creencias de las personas implicadas en cada situación y contexto, con el fin de elaborar un juicio que

deberá ser contrastado con todos aquellos a quienes afecta el problema.

En conclusión, tomar una decisión implica siempre asumir riesgos para la persona que ha depositado su confianza y su salud en el juicio de la enfermera; nadie puede tomar decisiones que afecten el pasado, las decisiones tienen que operar para el futuro.

Asimismo, el ejercicio clínico requiere tener presente, a lo largo de todo el proceso de decisiones en el cuidado de la persona, los riesgos implícitos en todas las intervenciones y la posibilidad de equivocarse. Estar alerta sobre los riesgos y errores puede disminuir la posibilidad de que ocurran o, al menos, incrementa la posibilidad de corregirlos una vez que suceden.

Aun cuando en todos los niveles del ejercicio profesional de enfermería se toman decisiones, éstas no siempre siguen una misma forma o curso de acción, por lo que se proyectan en diferentes tipos o estilos, los cuales están determinados por el contexto en el que se presentan y por las características personales, laborales y académicas de quien las toma.

Se observa que los estilos de toma de decisión difieren de dos maneras fundamentales: cómo se utiliza la información y cómo se crean las alternativas. Cuando se trata del uso de información, algunas personas ponderan grandes cantidades de información antes de tomar cualquier decisión (maximizadores), en tanto que otros buscan sólo datos claves y a partir de ahí son capaces de formular hipótesis y tomar decisiones de manera rápida y concreta (satisfactores).

En cuanto a la creación de alternativas, hay quienes toman decisiones con un foco único, pues siguen un solo curso de acción, o bien, consideran focos múltiples, en los que se generan diversas alternativas y se hace posible emprender varios cursos de acción a la vez. Las personas con un foco único concentran su energía en hacer que las cosas resulten como ellos creen que deberían ser, mientras que las de foco múltiple se adaptan a las circunstancias.

Con base en la clasificación general anterior se identificaron cuatro estilos de toma de decisiones: a) decisivo (poca información, un curso de acción), b) flexible (poca información, muchas alternativas), c) jerárquico (mucho información, un curso de acción), y d) integrador (mucho información, muchas alternativas).

Es claro que cuando las personas toman decisiones no caen únicamente en un estilo, ya que las circunstancias influyen de manera determinante en el estilo que se adopta; es por ello que en la formación de estudiantes de enfermería se deben reconocer los distintos estilos de toma de decisión y promover los más pertinentes, es decir, aquellos que posibiliten mayor asertividad y calidad en el cuidado de las personas (Kennth *et al.*, 2007).

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

Estas habilidades han sido poco exploradas por las instituciones educativas y por los docentes, ya que se prioriza el abordaje de contenidos teóricos y apenas se tocan los conocimientos metodológicos en la práctica clínica, en los que se enfatiza el aprendizaje de técnicas y procedimientos, las más de las veces de manera instrumental, sin la actividad reflexiva que debe acompañar la toma de decisiones clínicas.

En México, en cada entidad federativa hay por lo menos una escuela de enfermería en donde se imparte la licenciatura en esa disciplina, y en todos los casos se incluyen clases teóricas que apuntalan el desarrollo de prácticas clínicas en los diferentes escenarios en que se reconoce como esencial el desarrollo del razonamiento clínico para la toma de decisiones de los estudiantes.

En el Distrito Federal y el Estado de México hay tres entidades académicas de la

UNAM que imparten la licenciatura en enfermería: la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FESZ) y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), cada una de ellas con un plan de estudios diferente. En todos los casos el estudiante debe poner en práctica el accionar reflexivo que le posibilite la realización exitosa de las prácticas clínicas en diferentes escenarios.

Lo anteriormente expuesto hace que surjan cuestionamientos tales como: ¿cuáles son los estilos de decisión que tienen los estudiantes novatos y avanzados que cursan la licenciatura en enfermería de la UNAM?, y ¿existen diferencias significativas en los estilos de toma de decisión que tienen los alumnos novatos y avanzados? Para dar respuesta a las preguntas anteriores se estableció el siguiente objetivo: identificar y comparar los estilos de toma de decisiones en estudiantes de enfermería novatos y avanzados de la UNAM.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio transversal y comparativo. La población de estudio fue de 907 alumnos de tercero y séptimo semestres, de las tres escuelas de enfermería de la UNAM: 55.6 por ciento de la ENEO, 27.1 por ciento de la FES Iztacala y 17.3 por ciento a la FES Zaragoza.

El instrumento aplicado fue la Escala de Toma de Decisión (Maciá *et al.*, 1996), mismo que reportó un alpha de Cronbach de 0.889 y fue validado a través de análisis factorial. Tiene un total de 104 ítems y evalúa diez estilos: autojustificación, evitación/pánico, vigilancia/impulsividad, autojustificación/influencia del entorno, retardo/rapidez, no consejo, soluciones fáciles, racionalización, asumir responsabilidad/transferencia y asumir riesgo, las cuales son calificadas en la escala de Likert, que incluye los siguientes indicadores con sentido positivo: siempre (5), casi siempre (4), a veces (3), casi nunca (2), y nunca (1); para el caso de los ítems con sentido negativo los valores se asignaron en sentido inverso. La aplicación del instrumento fue autoadministrada y los alumnos fueron convocados en cada una de las dependencias. Los resultados se procesaron en el paquete SPSS versión 16. Para su análisis se utilizó la media como medida de tendencia central, la desviación estándar (DS) como medida de dispersión y la *t* de *student* para muestras independientes a fin de comparar las diferencias entre novatos y avanzados.

RESULTADOS

Caracterización de la población

La distribución de la población de estudio por dependencia y por semestre se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de alumnos por dependencia y semestre

Dependencia	3° semestre		7° semestre		Total	
	No	%	No	%	No	%
ENEO	369	61.4	135	44.0	504	56.0
FES Zaragoza	78	13.0	79	25.8	157	17.3
FES Iztacala	154	25.6	92	30.1	246	27.1
Total	601	66.0	306	34.0	907	100

En lo que respecta a la distribución por sexo, 750 (82.7 por ciento) son mujeres y 157 (17.3 por ciento) son hombres, con un promedio de edad de 21 años. En cuanto al turno, se encontró que 583 estudiantes (64.3 por ciento) fueron del turno matutino mientras que 324 (35.7 por ciento) fueron del vespertino.

Por dependencia, en el turno matutino participaron 337 (57.8 por ciento) de la ENEO, 158 (27.1 por ciento) de la FES Iztacala y 88 (15.1 por ciento) de la FES Zaragoza; y en turno vespertino 167 (51.5 por ciento) de la ENEO, 88 (27.2 por ciento) de la FES Iztacala y 69 (21.3 por ciento) de la FES Zaragoza.

En el rubro de estado civil predominan los solteros con 821 alumnos (90.5 por ciento), seguidos por los casados con 66 (7.3 por ciento) y en último lugar están los de unión libre con sólo 20 alumnos (2.2 por ciento).

De los participantes en el estudio 228 (25.1 por ciento) de ellos sí trabaja y 679 (74.9 por ciento) no lo hacen; de los que sí trabajan, en 71 casos (31.1 por ciento) su trabajo está relacionado con la enfermería y en 157 (68.9 por

ciento) no lo está, lo cual podría tener alguna relación con los estilos de toma de decisión.

Respecto de los estilos de toma de decisión en la población general, en la Tabla 2 se observa que los estilos con las medias más altas fueron: autojustificación (media=4.01), evitación/pánico (media=3.45) y soluciones fáciles (media= 3.40), siendo estos estilos de toma de decisión negativos para una correcta toma de decisiones.

Por otra parte, los estilos con las medias más bajas fueron: no consejo (media=2.9), riesgo (media=2.9), racionalización (media=3.0) y asumir responsabilidad/transferencia (media=3.0), lo cual, en principio, se considera conveniente en tanto que todos estos estilos son negativos.

En el caso de la dimensión vigilancia/impulsividad (media=3.41) la media fue ligeramente más baja; cabe señalar que éste es un estilo idóneo para la toma de decisiones, en tanto que se debe buscar la mayor y mejor cantidad de información para elegir la mejor alternativa.

Tabla 2. Promedios y desviación estándar de los estilos de toma de decisión en estudiantes novatos y expertos

Estilos de toma de decisión	Media general	DE general	Media novatos	Media avanzados
Autojustificación	4.01	.694	3.96	4.11
Evitación/pánico	3.45	.430	3.45	3.47
Vigilancia/impulsividad	3.41	.676	3.46	3.32
Soluciones fáciles	3.40	.471	3.36	3.46
Retardo/rapidez	3.18	.801	3.21	3.11
Autojustificación /influencia del entorno	3.15	.551	3.15	3.14
Asumir responsabilidad/transferencia	3.05	1.200	3.19	2.79
Racionalización	3.00	.686	3.03	2.94
No consejo	2.98	.943	3.03	2.87
Asumir riesgo	2.98	.777	3.03	2.89
Suma de todos los estilos	3.26	.442	3.29	3.21

■ = Estilos de toma de decisión negativos.

También se pudo observar que no hay mucha diferencia entre las medias de los novatos y los avanzados, lo que fue confirmado posteriormente por los resultados de la *t* de *student* para muestras independientes.

En cuanto a la comparación entre los grupos de novatos y avanzados, se encontraron diferencias estadísticas en los siguientes estilos de toma de decisión:

Tabla 3. Comparación de los estilos de toma de decisión en estudiantes novatos y avanzados

Estilos de toma de decisión	Media novatos	Media avanzados	<i>t</i> de <i>student</i>	gl	p
Vigilancia/impulsividad	3.46	3.32	2.879	632.279	.004
Soluciones fáciles	3.36	3.46	2.921	603.665	.004
Asumir riesgo	3.03	2.89	2.446	597.416	.015
Autojustificación	3.96	4.11	3.009	651.029	.003
Asumir responsabilidad/transerencia	3.19	2.79	4.826	600.996	.000
No consejo	3.03	2.87	2.534	648.119	.012

■ = Estilos de toma de decisión negativos.

Como se observa en la Tabla 3, sólo en seis de los estilos de toma de decisión: vigilancia/impulsividad, soluciones fáciles, asumir riesgo, autojustificación, asumir responsabilidad/transerencia y no consejo, se encontraron diferencias significativas entre los alumnos novatos y avanzados. Cabe resaltar, sin embargo, que cuatro de esos estilos son negativos.

DISCUSIÓN

Como ya se ha dicho, una decisión es un juicio, un proceso mayormente cognitivo que depende del acto volitivo para su ejecución (Drucker, 1981); constituye una elección entre algo incorrecto y algo correcto; generalmente las decisiones tienen un carácter único, unas condiciones que las determinan y una solución especial para cada caso.

Por otro lado, el proceso de toma de decisiones lleva a una conclusión informada y está apoyado por la evidencia y las razones (Potter y Griffin, 2000); además, es considerado como un punto final del pensamiento crítico que conduce a la solución de problemas. Contrariamente a estas aseveraciones, los resultados del presente estudio muestran

que los estilos de toma de decisión que predominan en los alumnos de enfermería de la UNAM, tanto novatos como avanzados, son la *autojustificación*, *evitación/pánico* y *soluciones fáciles*; dada su definición, esto significa que los estilos de toma de decisión a los que más recurren no son los más idóneos y esperados, si se considera que la atención de enfermería requiere de estilos que apoyen una toma de decisiones acertada.

Por otra parte, los estilos con las medias más bajas fueron: no consejo (media=2.9), asumir riesgo (media=2.9), racionalización (media=3.0) y asumir responsabilidad/transerencia (media=3.0), lo cual, en principio, se considera conveniente en tanto que todos éstos son negativos. En el caso de la *racionalización*, los resultados para este estilo son preocupantes aunque sean de los más bajos, ya que se refiere a no querer tener plena conciencia de la realidad de las decisiones.

En el caso del estilo *responsabilidad/transerencia*, cuyo puntaje es de los más bajos, se considera conveniente en tanto que implica que se tiende a dejar que sean otros los que tomen las decisiones más duras y difíciles para evitar asumir esa responsabilidad. Por su parte

el estilo *no consejo* muestra el desagrado por aconsejar a los sujetos que tienen que tomar decisiones (dadas las saturaciones negativas).

En el caso de la *autojustificación*, ésta se considera no conveniente por la tendencia a justificarse cuando la alternativa elegida no es la más adecuada, bien echándole la culpa a los demás, o bien infravalorando las alternativas que no se eligieron.

En el estilo *evitación/pánico* la tendencia es a eludir o evitar la toma de decisiones; el estilo de soluciones fáciles también se considera inconveniente, pues refleja un factor de gusto por este tipo de soluciones que no requieren de reflexión o ponderación, lo que tiene que ver también con eludir el riesgo que conlleva tomar una decisión. Esto es preocupante, ya que las circunstancias de la atención a la salud en las que trabaja el profesional de enfermería están llenas de situaciones inciertas y emergentes que requieren que se elija la alternativa o el curso de acción más acertado; es decir, se trata de un proceso en el que se tienen que tomar decisiones en poco tiempo y que con frecuencia está acompañado de ansiedad y riesgo (Alfaro-LeFevre, 1997).

Por otra parte, la media fue ligeramente más baja en el caso de la dimensión *vigilancia/impulsividad*, que se considera un estilo idóneo para la toma de decisiones en tanto que tiende a buscar de una forma detallada y cuidadosa toda la información posible acerca de las distintas alternativas para evaluarlas y así tomar una decisión menos impulsiva.

Con relación a las diferencias entre estudiantes novatos y avanzados, aún cuando sí existen diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a los estilos de toma de decisión, cinco de éstos no son los más deseables, ya que se esperaría que los avanzados no obtuvieran las mismas medias obtenidas por los estudiantes novatos, dado que su avance escolar supondría mayor madurez personal, emocional y cognitiva, lo que a la vez influiría en sus estilos de toma de decisión.

Esto puede significar, quizá, que no se está dando una atención deliberada y progresiva en los currículos de la licenciatura en enfermería a la importancia del proceso de toma de decisiones y a los estilos a desarrollar para una toma de decisiones más acertada en la práctica clínica; o bien, que los profesores no están previendo y desarrollando estrategias pedagógico-didácticas que ayuden a que los alumnos valoren su importancia, por lo que el estudiante no lo hace consciente.

Acorde a lo anterior, transformar los estilos de toma de decisión no es visualizado como un desafío en el proceso de formación, quedando a la deriva la posibilidad de ofrecer las mejores alternativas de acción y, por ende, un cuidado de enfermería de mayor calidad.

Esto también aplica para el caso del estilo *no consejo*, en el que la falta de experiencia de los estudiantes novatos hace que obtenga mayor puntaje, lo cual podría significar que dada su condición de novatos no desean dar consejos a otros que tienen que tomar decisiones.

En este sentido se coincide con Boney y Baker (1997), quienes en un estudio titulado “Strategies for Teaching Clinical Decision-Making” concluyen que se requiere de un programa educacional que haga posible el desarrollo de las habilidades cognitivas necesarias para la toma de decisiones, conclusión a la que también se ha llegado en el presente estudio.

Ante tal situación, las tendencias educativas del presente implican una enseñanza que permita al estudiante reflexionar acerca del conocimiento que adquiere, encaminada a mejorar sus capacidades de actuación en los diversos escenarios profesionales. Con esto se pretendería que el estudiante llevara a cabo una práctica crítica y reflexiva, surgida de una educación participativa que provea las herramientas necesarias para que desarrolle una actitud autocrítica respecto de su práctica profesional (García Núñez y Matus, 2002).

CONCLUSIONES

Los currículos educativos profesionales requieren focalizar el desarrollo del pensamiento reflexivo y de habilidades para el aprendizaje, en adición a los contenidos profesionales específicos (Fraser y Greenhalg; Rees y Richards, citados por Higgs *et al.*, 2008); por ello es necesario que los currículos de enfermería permitan que los estudiantes, desde el inicio de su formación, estén en contacto con un variado e importante número de casos clínicos, simulados y reales, con el propósito de que adquieran su propia experiencia y aprendan a tomar decisiones pertinentes.

Es claro que las personas que toman decisiones no tienen un estilo único, ya que las circunstancias influyen de manera determinante en la toma de estilo apropiado, por lo que en la formación de los estudiantes de enfermería

se deben reconocer los distintos estilos de decisión y promover aquellos más pertinentes para el cuidado de las personas.

Por último, si bien es importante considerar que los estilos de toma de decisiones de los estudiantes de enfermería están determinados por la combinación de sus características personales y su sistema cognitivo, no debemos olvidar que éstos, sean novatos o avanzados, están en un proceso formativo que requiere de la promoción de estrategias pedagógico-didácticas que de manera deliberada y progresiva les permitan incorporar en su bagaje cultural los conocimientos y las experiencias necesarios para desarrollarlos.

Esto les permitirá tener por resultado una toma de decisiones adecuada y oportuna a la solución de los problemas a los que se enfrentarán en su práctica profesional.

REFERENCIAS

- ALFARO-Lefevre, R. (1997), *El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico*, Barcelona, Masson.
- BARBERO I., E. Villa, A. Maciá, C. Pérez-Llantada y Ma. J. Navas (1993), "Adaptación española del cuestionario DMQ II de León Mann", *Revista de Psicología General y Aplicada*, vol. 46, núm. 3, pp. 333-338.
- BONEY, J. y J.D. Baker (1997), "Strategies for Teaching Clinical Decision-Making", *Nurse Education Today*, vol. 17, núm. 1, pp. 16-21.
- CARRILLO G., G. (2007), "Evidencias que utilizan las enfermeras que participan en comités de infecciones, para la toma de decisiones", *Avances en Enfermería*, vol. XXV, núm. 1, pp. 83-91.
- DRUCKER, P. (1981), *The Quotations Page*, en: http://www.quotationpage.com/quotes/peter_druker (consulta: diciembre 2008).
- DYCHES, C.S. (1998), *Clinical Teaching and Clinical Reasoning in a Baccalaureate Degree Nursing Program*, Athens, Georgia, University of Georgia Ph.D.
- GARCÍA Núñez, M. y M.R. Matus (2002), "Aptitud clínica en estudiantes de enfermería ante situaciones clínicas complejas", *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 10, núm. 3, pp. 131-136.
- HIGGS, J., M. Jones, S. Loftus y N. Christensen (2008), *Clinical Reasoning in the Health Professions*, Elsevier.
- KENNETH, B., D. Michael, H. Gary y R. Larsson, *Estilos de formas de decisiones*, en: <http://www.muje-resdeempresa.com/management/070401-estilos-de-formas-de-decisiones.asp> (consulta: 13 de abril de 2007).
- MACIÁ, A., C. Barbero, C. Pérez-Llantada, E. Villa, M.J. Navas y T. Mandakovic (1996), "Estudio interno de una escala de toma de decisión: ETD", *Revista de Psicología General y Aplicada*, vol. 49, núm. 2, pp. 267-278.
- MOMPART, M.P. y M. Durán (2001), "Administración y gestión", *Enfermería*, núm. 21, pp. 287-291.
- MORÁN, L., A. Espinosa, S. Sotomayor, Z. León y R. Ortega (2006), *Modelo para el desarrollo de juicios y toma de decisiones clínicas en estudiantes de enfermería*, México, ENEODGAPA, Fundamento Teórico núm. 39.
- O'CONNORS A.M., M.J. Jacobsen y D. Stacey (2002), "An Evidence-based Approach to Managing Women's Decisional Conflict", *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, vol. 31, núm. 5, pp. 570-581.
- POTTER, P., y A. Griffin (2000), *Fundamentos de enfermería*, Madrid, Harcourt/Océano.