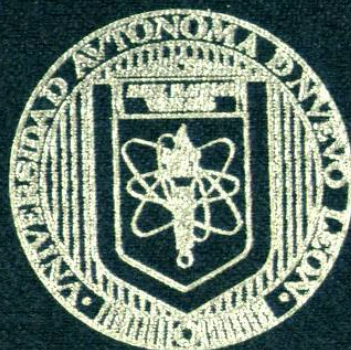


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



**EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DEL
PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA TOMA DE
DECISIONES CLINICAS**

Por

LIC. MARIA MARGARITA CHAZARRETA GONZALEZ

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad en
ADMINISTRACION DE SERVICIOS
DE ENFERMERIA**

JUNIO DE 1999

IM

RT89

ch3

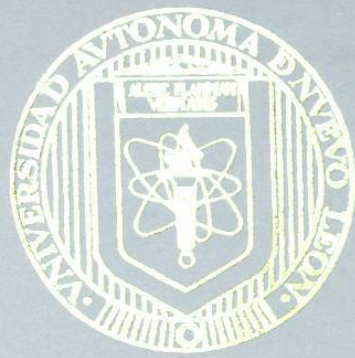
c.1



1080087875

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Por

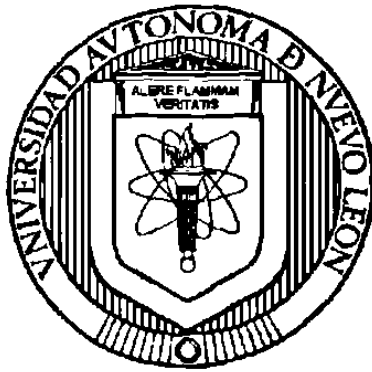
LIC. MARIA MARGARITA CHAZARRETA GONZALEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad en
ADMINISTRACION DE SERVICIOS
DE ENFERMERIA

JUNIO DE 1999

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



**EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS**

Por

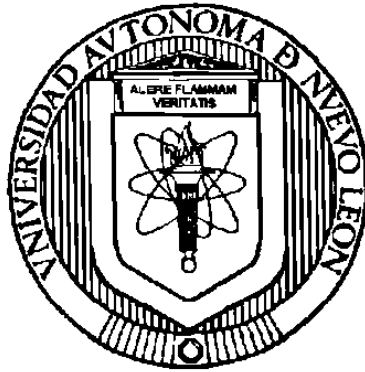
LIC. MARIA MARGARITA CHAZARRETA GONZALEZ

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad en
ADMINISTRACION DE SERVICIOS
DE ENFERMERIA**

Junio, 1999

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



**EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS**

Por

LIC. MARIA MARGARITA CHAZARRETA GONZALEZ

Asesor

M.E. MA. GUADALUPE MARTINEZ MARTINEZ

Co-Asesor

M.E.S. BERTHA C. SALAZAR GONZALEZ.

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad en
ADMINISTRACION DE SERVICIOS
DE ENFERMERIA**

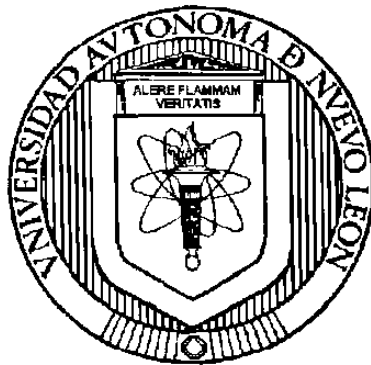
Junio, 1999

TM
RT 89
Eh 3



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Por

LIC. MARIA MARGARITA CHAZARRETA GONZALEZ

Asesor

M.E. MA. GUADALUPE MARTINEZ MARTINEZ

Co-Asesor

M.E.S. BERTHA C. SALAZAR GONZALEZ.

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad en
ADMINISTRACION DE SERVICIOS
DE ENFERMERIA**

Junio, 1999

**EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE
ENFERMERIA EN LA TOMA DE DECISIONES
CLINICAS**

Aprobación de Tesis:

M.E. Ma. Guadalupe Martínez Martínez
Asesor de Tesis

M.E. Ma. Guadalupe Martínez Martínez
Presidente

M.E.S. B. Cecilia Salazar González
Secretario

M.E. Rosalinda Martínez de Pérez
Vocal

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Secretario de Post grado

"La recompensa no está en el resultado, sino en el esfuerzo realizado bajo la mirada de Dios."

(Gandhi)

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Guadalupe Martínez Martínez, por su asesoría y apoyo para la culminación de esta tesis.

A la Lic. Bertha C: Salazar, con gratitud por su confianza, paciencia y comprensión, así como por sus valiosos consejos para elaborar esta tesis.

Al Dr. Marco Vinicio Gómez Meza, Ph.D, por su asesoría estadística.

A las instituciones hospitalarias, donde se desarrolló esta investigación, por la cobertura y apoyo brindados para este fin.

A los maestros de la Facultad de Enfermería en especial a la Lic.Dora Elia Silva Luna por su amistad y aliento, a la Lic. Refugio Durán por su interés y motivación para la culminación de mis estudios, a la Lic. Rosalinda Martínez por sus sugerencias y a la Lic. Guadalupe Martínez Márquez por su amistad y apoyo para la terminación de esta tesis.

Al personal administrativo Nidia, Silvia, Maribel, Anita y Viky, así como al personal del departamento de investigación y a los compañeros de otras especialidades que de una u otra forma contribuyeron al logro de mis estudios.

DEDICATORIA

A **DIOS** por iluminarme y acompañarme siempre en mi camino, por ser mi guía e inspiración.

A mis padres, Herlinda González Espinoza y Luciano Chazarreta Sánchez, por su amor, sabiduría y fé en mí para terminar mi tesis.

A mis hermanos: Linda, Luciano, Juany, Valdemar y Trini, así como también a Jackeline y mi sobrina Nallely.

A Julio, por ser una persona muy especial en mi vida, por su amor, apoyo y comprensión.

A mis grandes amigas: Nelly, Rafa, Alicia, Norma, Perla, Viky y Ana Laura por su aliento y motivación para concluir mi tesis. A todas ellas gracias.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
1. INTRODUCCION.	1
1.1 Planteamiento del Problema.	2
1.2 Hipótesis	5
1.3 Objetivos	5
1.3.1 Objetivo General	5
1.3.2 Objetivos Específicos	6
1.4 Importancia del Estudio	6
1.5 Limitaciones del Estudio.	6
1.6 Definición de Términos	7
2. MARCO CONCEPTUAL.	8
2.1 Antecedentes de la Teoría Administrativa.	8
2.2 Toma de Decisiones Clínicas en Enfermería	9
2.3 Estudios Relacionados	13
2.4 Esquema del Proceso de Toma de Decisiones	15
3. METODOLOGIA	16
3.1 Diseño del Estudio	16
3.2 Universo y Muestra	16
3.3 Sujetos	16
3.4 Criterios de Inclusión	16
3.5 Material	17
3.6 Procedimiento	17
3.7 Análisis de Datos	18
3.8 Ética del Estudio	18

4.	RESULTADOS	19
4.1	Análisis Descriptivo.	20
4.2	Análisis Estadístico	26
4.2.1	Estadísticas Descriptivas.	26
5.	DISCUSION.	29
5.1	Conclusiones.	32
5.2	Recomendaciones	33
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	34
	APENDICES	37
A.	Esquema de Variables	38
B.	Encuesta de Datos Socio Demográficos	40
C.	Escala de Toma de Decisiones Clínicas	45
D.	Carta de Consentimiento.	51

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1 Estadística Descriptiva de Variables Continuas del Personal de Enfermería	20
2 Distribución de Variables Socio Demográficas del Personal de Enfermería	21
3 Índice de Toma de Decisiones	27
4 Prueba de Kolmogorov-Smirnov de las Variables principales	27
5 Correlación de la variable Experiencia con la Toma de Decisiones Clínicas	28
6 Prueba t entre Conocimiento de las Enfermeras y el Índice de Toma de Decisiones	28

LISTA DE FIGURAS

Figuras	Página
1 Cursos Post básicos realizados por las Enfermeras	21
2 Otros Cursos realizados por las Enfermeras	22
3 Motivos por los que el Personal de Enfermería realiza Cursos o Diplomados	22
4 Categorías del Personal de Enfermería	23
5 Turnos en que laboran las Enfermeras	23
6 De quien recibe más indicaciones el Personal	24
7 Enfermeras que aceptan tomar decisiones en forma independiente	24
8 Aspectos sobre los que el Personal de Enfermería toma decisiones en forma independiente	25
9 Situaciones en las que las Enfermeras aceptan no tomar decisiones	25
10 Quien realiza la toma de decisiones	26

RESUMEN

María Margarita Chazarreta González

Fecha de Graduación: Junio, 1999

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS.

Número de páginas: 51

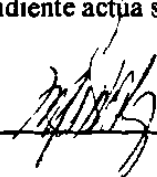
Candidato para el grado de Maestría en Enfermería con Especialidad en Administración de Servicios de Enfermería.

Area de Estudio: Administración

Propósito y Método del estudio: El propósito del siguiente estudio fue conocer si había relación entre la experiencia y el conocimiento del personal de enfermería en la toma de decisiones clínicas. El diseño del estudio fue de tipo descriptivo y correlacional. Se estudiaron 144 enfermeras(os) de dos unidades hospitalarias de una misma institución de salud. Para recabar la información se aplicaron dos Instrumentos: una encuesta de datos socio demográficos y una escala de toma de decisiones clínicas (ETDC), esta última constituida por 39 reactivos en una escala tipo Likert, elaborada por Jenkins en 1985 y con un alfa de Cronbach de .83. El procesamiento de la información se realizó en el paquete estadístico SPSS y el análisis de variables después de aplicar la prueba de normalidad a las variables del estudio fue a través de la chi cuadrada, r de Pearson y la t de student.

Contribuciones y Conclusiones: Los resultados que arrojó esta investigación reflejaron que no hubo significancia estadística al correlacionar toma de decisiones clínicas con los diferentes aspectos socio demográficos del personal de enfermería. Asimismo para la hipótesis de "La Experiencia del Personal de Enfermería tiene relación con la Toma de Decisiones Clínicas" no se encontró relación al aplicar la prueba de r de Pearson. Esta misma situación se observó con la hipótesis 2 "El Conocimiento del Personal de Enfermería se relaciona con la toma de decisiones clínicas". Por lo que se rechazan las hipótesis de investigación y se aceptan las nulas. Cabe mencionar que el personal de enfermería refirió participar en la toma de decisiones clínicas, señalando las diferentes situaciones en que lo hace y cuando no tiene oportunidad de participar en este proceso en forma más independiente actúa siguiendo las normas y políticas de la institución.

FIRMA DEL ASESOR:



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El administrador de enfermería es un recurso importante de los sistemas de atención a la salud. Sin embargo, no ha gozado de una buena base de poder que le permita influir en las decisiones que podrían mejorar dichos servicios (Leddy & Pepper, 1989).

Cuando la enfermería comenzó a examinar sus oportunidades y desafíos en la década de los ochenta, la toma de decisiones emergió como un área de importancia considerable. Las enfermeras advirtieron su pérdida de poder y quisieron asumir mayor autoridad en este proceso del ámbito de su profesión (Taylor, 1984).

Esta necesidad de influir en las decisiones se dificulta por la jerarquización que existe en el área de enfermería, donde se espera que el administrador de enfermería sea más experto para tomar decisiones en el cuidado de pacientes o en el planeamiento para el equipo de salud, esto último en colaboración con el supervisor de enfermería.

Con respecto a lo anterior, Stevens (1974), señala que el supervisor y el jefe de piso tienen bajo su responsabilidad un gran número de pacientes, sólo que el jefe de piso tiene más conocimientos y los emplea para tomar las mismas decisiones. Esto quiere decir que el tomar decisiones no es característica exclusiva de los administradores de enfermería, ya que los empleados o subordinados también toman decisiones que afectan su trabajo y a la organización que los contrata.

Las más obvias de estas decisiones pueden ser: presentarse a trabajar un día o no, cantidad de esfuerzo diario y cumplir o no una orden del jefe, valorando los pros y los contras de las mismas. Esto pone de manifiesto que las personas, antes de decidir,

razonan, ya que la mayor parte de las decisiones contienen juicios y éstos se reflejan en los criterios elegidos para seleccionar las diferentes alternativas.

Cada decisión requiere que se interprete y evalúe la información, ya que normalmente los datos se reciben de diversas fuentes y se tienen que seleccionar, procesar e interpretar, encontrando alternativas y evaluando las fortalezas y debilidades de cada una de ellas.

Existen factores que influyen en la toma de decisiones, como son el conocimiento, la experiencia del que toma las decisiones, los años en el puesto, la edad y los valores, entre otros; tomando en cuenta la institución donde labora. La experiencia permite reconocer una situación y basarse en la información asociada a esa misma situación, pero ya aprendida con anterioridad para llegar a tomar una decisión rápidamente (Robbins, 1987).

Los valores representan convicciones individuales básicas acerca de lo correcto, lo bueno y lo deseable y auxilian al sujeto a decidir que tipo de comportamiento es preferible a otro, e influyen sobre sus decisiones y conductas. Por lo tanto, cabe señalar que la toma de decisiones es un acto personal en el que toman parte los conocimientos aunados al pensamiento reflexivo, la experiencia y los valores de cada individuo, independientemente del papel que éstos jueguen en la organización.

1.1 Planteamiento del Problema

Hoy en día las enfermeras se enfrentan con un dilema, por una parte, han de desarrollar las funciones de atención propiamente dicha, o sea, los aspectos “femeninos” de su profesión, y por otra fomentar su acceso a los niveles más altos de la toma de decisiones considerada en forma tradicional como prerrogativa masculina (OMS, 1986). Tomar decisiones representa una responsabilidad continua para el personal directivo de enfermería donde las políticas del hospital o el servicio de enfermería proporcionan

pautas para afrontar situaciones que se presentan a diario (rutinarias), pero algunos casos especiales (decisiones no rutinarias) hacen que ese proceso resulte difícil y requiere de una profunda reflexión y madurez de la *capacidad de juicio* (Marriner, 1996).

Con respecto a lo anterior, al hablar del juicio, éste se refiere a la habilidad de evaluar información de manera inteligente. Está constituido por el sentido común, la madurez, la habilidad de razonamiento y la experiencia del que toma las decisiones. Asimismo implica el pensamiento reflexivo, al sopesar los pros y los contras de las decisiones tomadas, que mejora con la edad y la experiencia de quien realiza dicha acción.

Los profesionales de la salud deben ser capaces de manejar la ambigüedad y la diversidad para poder hacer juicios acertados y tomar buenas decisiones en la práctica, requieren también de conocimientos y capacidad para emplear el proceso político y obtener el poder. La falta de voluntad para correr riesgos (basada en conocimientos sólidos y decisiones sopesadas) y hacer uso del poder político constituyen los principales obstáculos para su práctica independiente y segura (Leddy & Pepper 1989). Por su parte Hallan Malheri (1985), citado por Martínez (1993), menciona que las enfermeras participarán más activamente en los equipos multidisciplinarios e intersectoriales de desarrollo de la salud, que cada vez serán más las enfermeras que ocupen puestos de dirección y gestión en los grupos de atención, y que ocurrirá una mayor responsabilidad en la adaptación de decisiones en el seno de los grupos profesionales de atención de la salud.

En relación a lo anterior, los problemas complejos, tanto legales, profesionales como educacionales que confrontan a la enfermería hoy en día enfatizan la necesidad de destrezas efectivas para tomar decisiones en todos los niveles de la práctica. Esta habilidad para tomar decisiones ha sido definida como uno de los elementos más críticos para la profesión de enfermería.

Debido a que hacer decisiones es una habilidad que puede ser aprendida, por lo menos en cierto grado, el potencial de un individuo para desarrollarla aumenta grandemente con la educación y la práctica (Jenkis, 1985). Es un arte que puede aprenderse debido a que es factible que las enfermeras al observar a sus jefes, puedan tomar decisiones más didácticas que la resolución de los problemas inmediatos a largo plazo; lo más importante de esta conducta es que fomenta la realización de decisiones ventajosas entre el mismo personal.

Para que esto pueda lograrse, el administrador de enfermería debe poseer una formación educativa adecuada, que le permita desarrollar el proceso administrativo como un todo, es decir, *planificar, organizar, suministrar personal, dirigir y controlar*. En cada una de estas etapas la toma de decisiones tiene un papel relevante para asegurar o no, el éxito en el logro de los objetivos, por lo que debe comprender plenamente la naturaleza de las decisiones tomadas en una organización y a quienes la toman, es decir, el ambiente organizacional de las instituciones que las contratan, condicionado la mayoría de las veces por los administradores de esas empresas y los médicos que les exigen el cumplimiento de sus órdenes (Taylor, 1984; Smith, 1994).

Como ya se señaló, la experiencia juega un papel importante en la toma de decisiones. Cuando se enfrenta a un problema, la enfermera recurre a ella para resolverlo, analizando los pros y los contras que confiere el seleccionar una opción, teniendo una idea bastante buena de lo que haya funcionado y lo que no lo haya hecho en el pasado. No solo la experiencia incrementa la probabilidad de que sus decisiones sean efectivas, sino también sus años en el puesto, *mismos que se muestran en la velocidad con la que puede tomar decisiones* (Robbins, 1987).

Sin embargo, cabe mencionar que cuando son decisiones de tipo no rutinario, la experiencia puede acarrear tanto ventajas como desventajas. La principal desventaja es que las lecciones anteriores pueden ser inadecuadas para el nuevo problema, resultando una pobre decisión. La experiencia puede ser una fuerza positiva cuando da elementos para diferenciar entre situaciones bien y mal estructuradas, por ejemplo, cuando ayuda al

tomador de decisiones a reconocer que una situación requiere una respuesta no programada más que una programada.

El personal de enfermería que labora en instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención es regido por normas y políticas ya establecidas en la organización, aquí es importante observar si su experiencia adquirida a través de los años de servicio y el conocimiento obtenido a través de su formación académica favorece que tome o no decisiones ante situaciones que así lo ameriten.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre la experiencia y el conocimiento del personal de enfermería con la toma de decisiones clínicas ?

1.2 Hipótesis

Hipótesis 1:

La experiencia del personal de enfermería tiene relación con la toma de decisiones clínicas.

Hipótesis 2:

El conocimiento del personal de enfermería se relaciona con la toma de decisiones clínicas

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General:

Determinar la relación que se da entre la experiencia y el conocimiento del personal de enfermería y la toma de decisiones clínicas en instituciones hospitalarias del tercer nivel de atención.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- 1) Describir el conocimiento y la experiencia del personal de enfermería en dos instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención.
- 2) Describir las características del personal de enfermería estudiado que labora en dos hospitales de una misma institución de salud.

1.4 Importancia del Estudio

El estudio aporta información descriptiva sobre la toma de decisiones que enfermería realiza. Es importante conocer si la enfermería participa en la toma de decisiones clínicas, así como también ver en que actividades puede o no decidir y qué es lo que favorece que se dé este proceso.

Estos resultados permitirán al administrador de enfermería tener una visualización de cómo interviene el personal de enfermería en la toma de decisiones clínicas, condición que le brinda la oportunidad de reflexionar para buscar mejorar este aspecto del ejercicio de su profesión y que favorece la imagen propia de enfermería y la que la sociedad tiene de ella. De este modo se motivará para participar en la toma de decisiones de una manera más independiente, beneficiando su estatus profesional y proporcionando atención de calidad al paciente que esté bajo su cuidado.

1.4 Limitaciones del Estudio

El instrumento seleccionado fue desarrollado en un contexto distinto al que se aplicó, por lo que el estudio se limitó a describir los resultados obtenidos. No es posible generalizar los resultados a otro tipo de población.

1.6 Definición de Términos

Experiencia: Enseñanza obtenida a través de la práctica diaria que permite acumular valiosos y variados acontecimientos que se pueden aplicar o no en forma modificada y en circunstancias iguales o similares. La experiencia puede irse desarrollando a lo largo de los años. En este estudio se reflejará en la cantidad de años trabajados.

Conocimiento: Información empírico-científica de la cual se obtienen los datos que sirven para tomar una decisión. Una fuente de obtención de dicha información son los cursos de educación continua.

Toma de Decisiones: Es una habilidad que puede ser aprendida por medio de la educación y la práctica, involucra el pensamiento reflexivo y la capacidad de juicio al sopesar los pros y los contras de las alternativas seleccionadas (Jenkins, 1985). La toma de decisiones también implica considerar los valores de diferente naturaleza, tales como valores personales y profesionales, entre otros.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes de la Teoría Administrativa

Desde hace aproximadamente 125 años han surgido una gran cantidad de pensamientos e ideas en torno a las diferentes escuelas administrativas. Esto permite al administrador de enfermería contar con una perspectiva histórica para comprender como han evolucionado las teorías para emplearlas en forma racional, si es que se quiere que la enfermería cumpla con la función que le corresponde en cuanto a procurar conocimientos, habilidades, actitudes y dirección en la prestación de los servicios de atención de la salud (Arndt, 1992).

Según este autor los tres períodos de la Teoría Administrativa se han dado de la siguiente manera:

- a) El Período Clásico. Se remonta hacia el año 1800, su principal preocupación es la administración del trabajo y sus principales contribuyentes son Taylor, Gilberth y Gantt. Entre este período y el Neoclásico surgió, en 1929, la Escuela del Proceso Administrativo, a través de la cual se analizaban las funciones del administrador sobre la base de las etapas del mismo.
- b) El Período Neoclásico. Fue en 1925, su principal preocupación eran las relaciones humanas y los fundamentos de la ciencia del comportamiento. Sus primeros representantes fueron Gantt y Munsterberg. En 1930 surge la escuela de Ciencia del Comportamiento, cuando los dirigentes reconocieron que el individuo es de vital importancia en cualquier tarea corporativa.

- c) **El Período Moderno.** Comenzó alrededor de 1940, su interés principal fue la teoría de la organización y el análisis de sistemas.
- d) **Escuela Cuantitativa.** Su origen deriva de los conceptos de la organización moderna y tiene como característica principal el empleo de grupos mixtos de científicos en diversas disciplinas que trabajan en equipo y comparten sus conocimientos para estudiar y solucionar un problema. Otros nombres que se utilizan para designar a esta escuela son: Ciencia de la Dirección, Investigación de las Operaciones y Teoría de las decisiones. Proporciona herramientas necesarias para fundamentar cuantitativamente la toma de decisiones.

Esta reseña introductoria refleja como los principios de la Teoría Administrativa General se pueden aplicar también a las organizaciones de la salud, es aquí donde se integra al administrador de los servicios de enfermería, quien al ejecutar su papel (función) en el nivel organizativo operará entre la línea institucional y la técnica, y actuará como mediador y coordinador de las dos líneas, creando a la vez un ambiente adecuado en la dirección de los servicios, a través del proceso de toma de decisiones.

2.2 Toma de Decisiones en Enfermería

La literatura en enfermería del siglo pasado reporta algunos trabajos publicados sobre la toma de decisiones. Algunos se enfocaron en procesos generales, mientras que otros lo hicieron en procesos de enfermería; actualmente el hacer decisiones también implica al campo clínico según lo señala Jenkins en 1985.

Los administradores de enfermería se encuentran a diario tomando decisiones y en forma esporádica grandes decisiones, que en el caso de las organizaciones de salud no solo promueven y mantienen la organización en sí, sino también canalizan o restringen su efectividad, la humanidad y la seguridad del cuidado del paciente. Poseen habilidades y

conocimientos al tomar decisiones clínicas y generales y así aseguran que alguien no sea promovido en detrimento de otro.

Marriner (1996), señala que al tomar una decisión para resolver un problema, el administrador de enfermería debe determinar en primer lugar si la situación queda incluida dentro de las políticas de la institución. Si ello no es así, se requiere que utilice 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, conforme posea mayor experiencia, las opciones sugeridas podrán ser más útiles en algunas circunstancias.

Caber señalar que cualquier actividad que se realice en una institución es a través de decisiones las cuales pueden ser cuestión de rutina, pero en realidad implican necesariamente un esfuerzo del conocimiento y de la investigación. Por ello, el personal de enfermería deberá ser capaz de utilizar los conocimientos adquiridos en el desempeño de las funciones específicas de su puesto, satisfaciendo diferentes requisitos y técnicas, ya sea en áreas de especialización como son: quirófano, pediatría o cuidados intensivos, y poner en práctica esos conocimientos y habilidades, para constituir de esta manera la materia prima de la práctica de enfermería (Mercado, 1989, Arndt, 1992).

Una característica distintiva de las enfermeras profesionales es la gran necesidad de decidir por sí mismas. Cuando se le da cierto grado de libertad, en relación con la forma como realiza su trabajo, su desempeño es mejor que cuando alguien más toma todas las decisiones por ellas (Arndt, 1992).

La toma de decisiones es definida de diferente manera por algunos autores, entre los que se encuentran los siguientes:

Para Kron (1985), es el empleo del pensamiento lógico o sistemático.

Mercado (1989), define la toma de decisiones como un arte, ya que pocas personas tienen el don de la intuición.

Vargas (1992), señala que es la forma en que una persona decide actuar frente a un problema y para ello utiliza opciones.

Por otra parte, Jannis & Mann (1977), citados en Jenkins (1985), trabajaron criterios de toma de decisiones basados en el modelo de conflictos, que asume que la implicación en la toma de decisiones involucra la comparación de todas las ganancias y pérdidas potenciales, estas pérdidas y ganancias se encuentran en cuatro categorías: a) ganancias o pérdidas personales b) ganancias o pérdidas de otra importancia c) aprobación o desaprobación por uno mismo d) aprobación o desaprobación por otros (Pender, 1996).

De las categorías anteriores se desprenden siete criterios de los cuales Jannis & Mann (1977) hacen referencia. Ellos afirmaron que cuando son cumplidos por un individuo en forma adecuada ha ocurrido un estado de procesamiento de información vigilante, y los objetivos de la persona que toma decisiones tiene una excelente oportunidad de ser implementados. Dichos criterios son:

- 1) Escudriña minuciosamente un amplio rango de cursos alternativos de acción.
- 2) Inspecciona un rango completo de objetivos a ser cumplidos y los valores implicados por la elección.
- 3) Sopesa cuidadosamente lo que él sabe acerca de los costos y riesgos de las consecuencias negativas, así como de las consecuencias positivas que podrían fluir de cada alternativa.
- 4) Busca intensamente nueva información relevante para una mayor evaluación de las alternativas.
- 5) Asimila correctamente y toma en cuenta cualquier información nueva o juicio experto al cual esta expuesto, aún cuando la información o juicio no apoye el curso de la acción que inicialmente prefiere.

- 6) Examina las consecuencias positivas y negativas de todas las alternativas conocidas incluyendo las consideradas permanentes antes de tomar la elección.
- 7) Prevé detalladamente la implementación o ejecución del curso de acción elegido con especial atención a tablas de contingencia que podrían requerirse si se materializan los riesgos conocidos.

Jenkins (1985) condensó estos criterios en cuatro categorías para elaborar la Escala de Toma de Decisiones Clínicas en Enfermería:

- 1) Búsqueda o Investigación de alternativas u opciones.

Las percepciones, aceptación psicológica de riesgo y los valores del administrador de enfermería actúan juntos para influir en la búsqueda de alternativas, tomando en cuenta el valor de la información obtenida, el tiempo y el esfuerzo empleado para obtener alternativas complementarias. El número y calidad de alternativas depende en gran medida de la creatividad y la productividad de quien toma las decisiones y del equipo que lo apoye. Debe tratar de equilibrar la moral, la aceptación pública, el costo, así como correr el riesgo para obtener el éxito de hacer una buena elección o el fracaso al no tomar la decisión correcta (Taylor, 1984; Marriner, 1996).

- 2) Establecer objetivos y valores.

El departamento de enfermería necesita objetivos para todas las actividades que contribuyen a los propósitos básicos de la organización, a través de ellos se capacita a la administración de enfermería para planificar y organizar las actividades del departamento y valorar el éxito de la organización.

Los valores representan las convicciones individuales básicas acerca de lo correcto, lo bueno o lo deseable y auxilian al sujeto a decidir qué tipo de comportamiento es preferible a otro. Influye sobre sus decisiones y conductas, implicando que algunas de ellas sean preferibles a otras.

3) Evaluación y reevaluación de consecuencias.

El administrador de enfermería tiene que reducir las alternativas a tres o cuatro, y de éstas, seleccionar aquella con mayor potencial para cubrir el objetivo. Debe utilizar una combinación del juicio, la negociación y el análisis. Al utilizar el juicio llegará a una elección basándose en la experiencia, valores, percepción e intuición. La negociación se emplea en decisiones en la que estén presentes fuerzas externas, y el análisis postula que las alternativas se evalúen de una manera cuidadosa y objetiva, así como sus consecuencias (Taylor, 1984).

Para saber si se llega al objetivo planteado debe también después de seleccionar y aplicar la alternativa, contar con criterios evaluatorios, revisiones, listas de comprobación y clasificaciones para revisar y analizar los resultados (Marriner, 1996).

4) Búsqueda de información y asimilación de información nueva.

Los administradores de enfermería podrían mejorar la forma de tomar e implementar decisiones considerando las áreas de tiempo, costo y aceptación del riesgo implicado además del seguimiento y control de alternativas para obtener el resultado esperado. Esto puede hacerse por medio de una información continua, a través de encuentros profesionales, de revisión de publicaciones sobre el tema o de correspondencia e intercambio de ideas con el personal y el paciente. En esta área tanto el razonamiento inductivo como el deductivo pueden resultar apropiados para este asunto.

2.3 Estudios Relacionados

Fitzpatrick (1997) señala que en un estudio exploratorio realizado por O' Neill en 1997 acerca de inferencias y las decisiones de las enfermeras que laboran en atención en el hogar o en casas de salud se encontró que los modelos en la toma de decisiones cambian en la medida en que se incrementa el conocimiento basado en la experiencia.

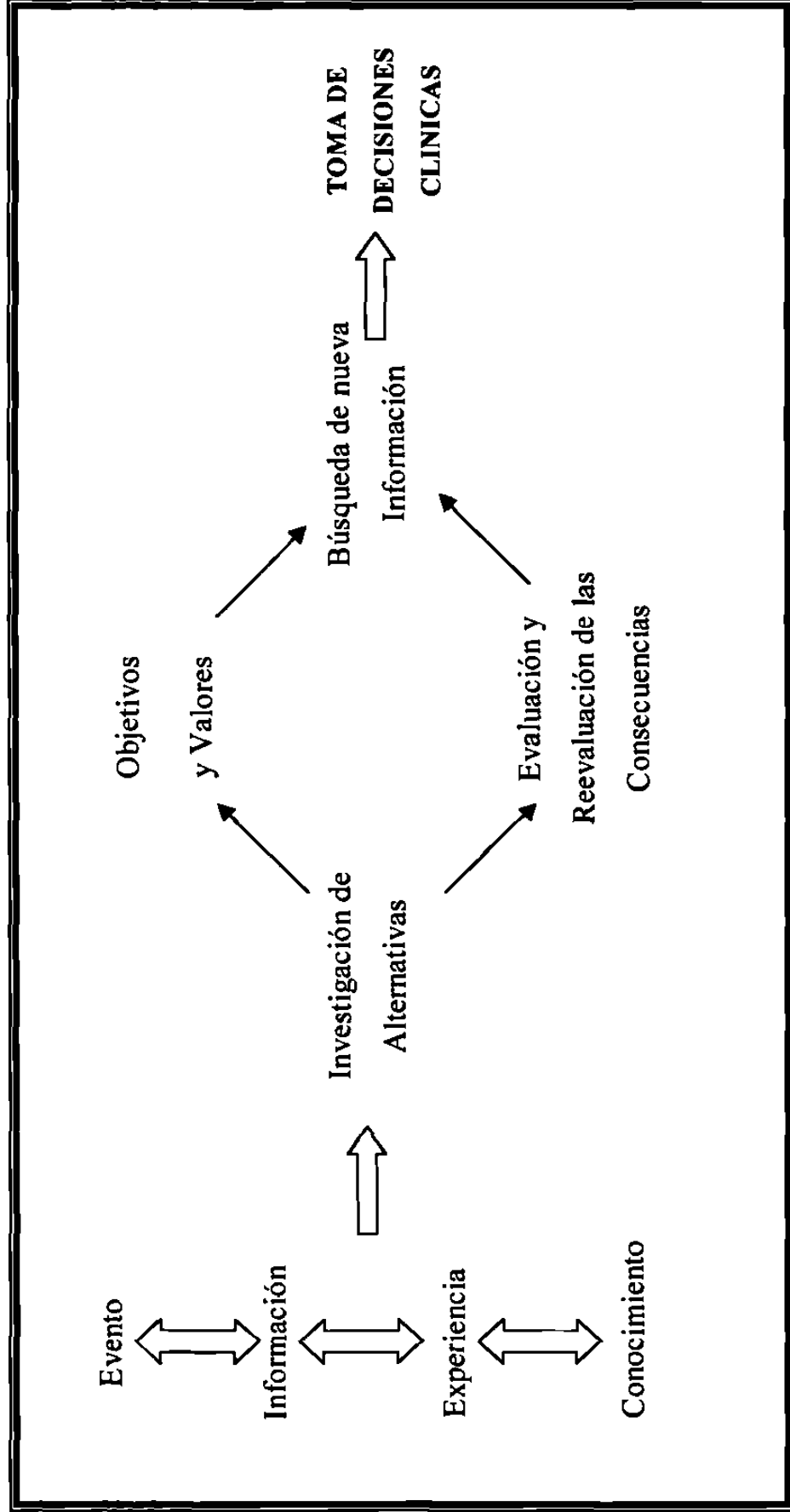
Para este estudio se seleccionó una muestra de diez enfermeras de tiempo completo cuya experiencia en el trabajo iba dentro del rango de 1-7 años. Se identificaron 384 decisiones en cien expedientes de atención al paciente. Las decisiones fueron clasificadas en dos categorías: Las autónomas que a su vez incluyen dos subcategorías: las autodirigidas y las consultivas, y las colaborativas. El objetivo consistía en estudiar las relaciones entre la experiencia en la atención a enfermos y la toma de decisiones. Cuatro de estas enfermeras tenían un año de experiencia, dos tenían tres años y las restantes tenían siete años. Se encontró que el 70% de las decisiones eran tomadas en forma independiente por las enfermeras expertas. De las menos experimentadas no se señaló nada.

Posterior a la recolección de los datos se llevó a cabo un análisis descriptivo del contenido. La confiabilidad entre observadores basada en las anotaciones de los expedientes de 10 pacientes fue de 0.85, mientras que la confiabilidad para el investigador fue de 0.95 y de 0.90 para el asistente de investigación.

En el estudio se pudo observar que la experiencia de la enfermera influye en su autonomía para tomar decisiones, lo que le permite actuar en forma asertiva en el tratamiento del paciente cuando el médico se encuentra ausente y debe tomar decisiones en el momento para el seguimiento de una terapéutica adecuada.

No se encontraron otros trabajos de investigación que aportaran datos para fundamentar este estudio, por lo cual se contemplará lo señalado por Marriner (1992) y Arndt (1980), referidos en el marco conceptual.

ESQUEMA DEL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES CLINICAS



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño del Estudio

El diseño del presente estudio es de tipo descriptivo, correlacional y transversal (Polit, 1997).

3.2 Universo y Muestra

La muestra estuvo constituida por 144 enfermeras que laboran en dos unidades hospitalarias pertenecientes a la misma institución de salud, diferenciándose en la complejidad en el manejo del paciente.

3.3 Sujetos

La muestra la conformó el personal de enfermería que labora en dos instituciones públicas del tercer nivel de salud: Dicho personal labora en los turnos: matutino, vespertino y nocturno.

3.4 Criterios de Inclusión

Personal de enfermería que tenga categoría de: Jefe de enfermeras, subjefe de enfermería, jefes de piso, enfermera especialista y enfermera general.

Con contrato eventual o de planta en la institución.

3.5 Material

Para la obtención de datos se aplicaron los instrumentos:

- a) Encuesta de datos sociodemográficos del personal de enfermería (EPE, 1998). Este instrumento incluyó, además de los datos de identificación del personal, tres preguntas abiertas acerca de las situaciones en las que enfermería toma decisiones.
- b) Escala de toma de decisiones clínicas en enfermería (ETDCE). Esta escala fue utilizada por Jenkins en 1985 con enfermeras americanas para describir como se daban las decisiones hospitalarias en ese tipo de población. El instrumento esta basado en una escala tipo Likert, cuyos reactivos están desarrollados en forma de enunciados positivos y negativos sobre la toma de decisiones clínicas en enfermería, cuenta con opciones cuyos valores van del 1 al 5, los cuales son: siempre, frecuentemente, ocasionalmente, rara vez y nunca, respectivamente. El rango de respuestas es de 39- 195. El alfa de Cronbach fue de .83.

3.6 Procedimiento

Se aplicó una prueba piloto para verificar la comprensión de las preguntas y realizar modificaciones a aquellas preguntas que se prestaran a confusión o estuvieran poco entendibles. El instrumento estaba constituido de 40 reactivos, de los cuales se eliminó uno por considerarse no aplicable al estudio.

Se solicito la autorización de las instituciones hospitalarias donde se realizó el estudio, una vez obtenido el permiso, se pidió el consentimiento de los (as) encuestados (as) para la aplicación del instrumento. Se comenzó entrevistando de manera aleatoria, la selección se hizo en base a los listados del personal que ya se habían solicitado para ese fin, sin embargo muchas de las encuestas no eran contestadas, ya que el personal refería que tenía mucho trabajo, por lo cual se optó por entregarles la encuesta para que la contestaran en su casa y después el investigador pasaría a recogerla en el hospital. Aún

así, algunas encuestas no fueron devueltas, finalmente se procedió a cuestionar directamente al personal que pudiera contestarla en el momento, y así se obtuvo mejor respuesta. La información fue recabada por la investigadora durante los meses de mayo a junio de 1998.

3.7 Análisis de Datos

El procesamiento de los datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS y el análisis de variables se llevó a cabo por las pruebas de X^2 , r de Pearson y t de Student.

3.8 Ética del Estudio

De acuerdo al reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud (1987) y a las características del estudio e instrumentos a aplicar se consideraron los siguientes aspectos éticos y artículos de la ley:

Conocimiento informado de los participantes, según el Cap. 1. Art. 13. Fracc. V.

Se le permitió al personal investigado el retiro de su consentimiento informado y dejar de participar en el estudio si así lo deseaba. La información obtenida se mantuvo en anonimato y se manejó en forma confidencial, de acuerdo a los Artículos 21 Fracc. VI, VII, y VIII y 22.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Los resultados se presentan en el siguiente orden: En primer término se muestran los datos sociodemográficos del personal de enfermería entrevistado, a través de tablas; en un segundo lugar, las respuestas a las preguntas sobre la toma de decisiones por parte de enfermería, representándolas en figuras. Esta información se obtuvo de la Encuesta al Personal de Enfermería (EPE) (Chazarreta y Martínez, 1998).

En tercer lugar se muestra la correlación de las variables conocimiento y experiencia, así como algunas variables socio demográficas con la de toma de decisiones clínicas en enfermería. La información proviene de la Encuesta de Toma de Decisiones Clínicas (ETDC) (Jenkins, 1985).

4.1 Análisis Descriptivo

A continuación se presentan la estadística descriptiva, la distribución de las variables demográficas y del índice de toma de decisiones. Se presentan también las pruebas de normalidad.

Tabla 1

Estadística Descriptiva de Variables Continuas del Personal de Enfermería

Variable	<u>M</u>	<u>Mdn</u>	DE	Min	Max	Rango
Edad (años)	40	40	7	23	56	33
Categoría (meses)	99	90	63	1	240	239

Fuente = EPE,1998

n = 144

Se observó una mayor concentración de personal entre los 30 y 49 años de edad. El tiempo de ocupar la categoría actual de la mayor parte del personal de enfermería osciló de 5 a 9 años.

Como se observa en la tabla 2, el sexo que predominó fue el femenino. La mayoría de los encuestados refirieron estar casados(as) y sólo una cuarta parte señaló ser soltero(a). Con respecto a la religión, se encontró que sobresalen los que señalaron el catolicismo, le siguen los cristianos en menor porcentaje con un 15 por ciento. Así mismo, se observó que la mayoría del personal de enfermería tiene estudios de Enfermería Básica y en menor proporción de Licenciatura.

Tabla 2

Distribución de Variables Socio demográficas del Personal de Enfermería

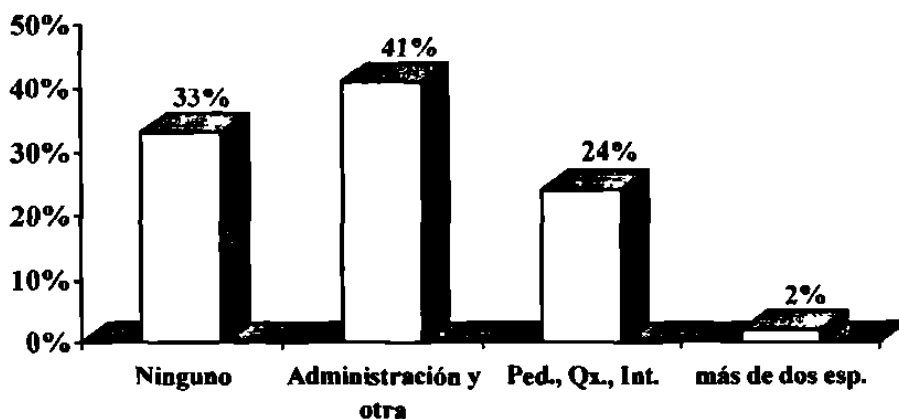
Variable	Valores de la Variable	Fr	Porcentaje
Sexo	Femenino	139	96
	Masculino	5	4
Estado Civil	Casado	92	64
	Soltero	38	26
	Otro	14	10
Religión	Católicos	129	90
	Cristianos	15	10
Preparación Académica del Personal de Enfermería	Básica	106	81
	Licenciatura	26	18
	Maestría	1	1

Fuente = EPE, 1998

n = 144

Figura 1

Cursos Pos Básicos Realizados por las Enfermeras

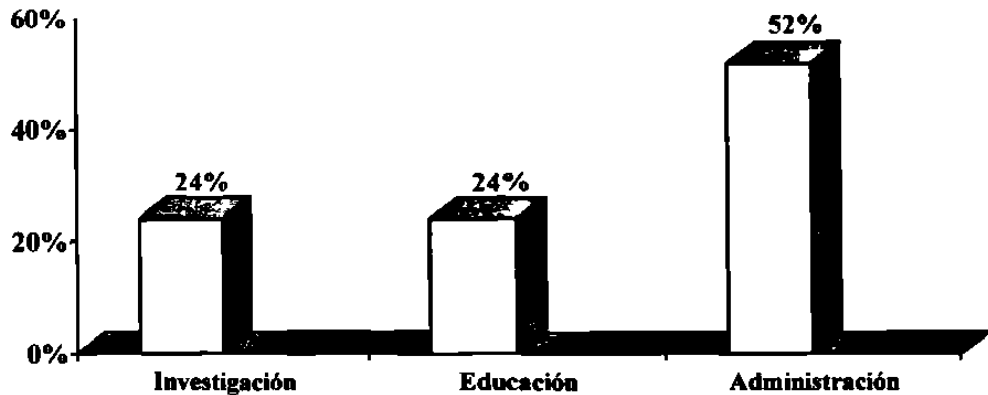


Fuente: EPE 1998

n=144

Como se observa en la figura 1, se encontró que más de la mitad del personal de enfermería tiene cursos pos básicos de administración y otra especialidad, de esta última el 24 por ciento lo constituyen las diferentes áreas de especialización en pediatría, quirúrgica y cuidados intensivos.

Figura 2
Otros Cursos Realizados por las Enfermeras

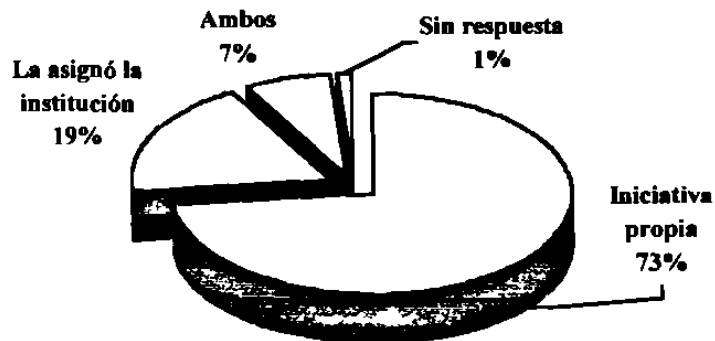


Fuente: EPE, 1998

n=123

Según la figura 2, se puede observar que el área en que se han realizado más cursos es en Administración, aunque también se detecta en menor proporción estudios de investigación y educación.

Figura 3
Motivos por los que el Personal de Enfermería Realiza Cursos o Diplomados

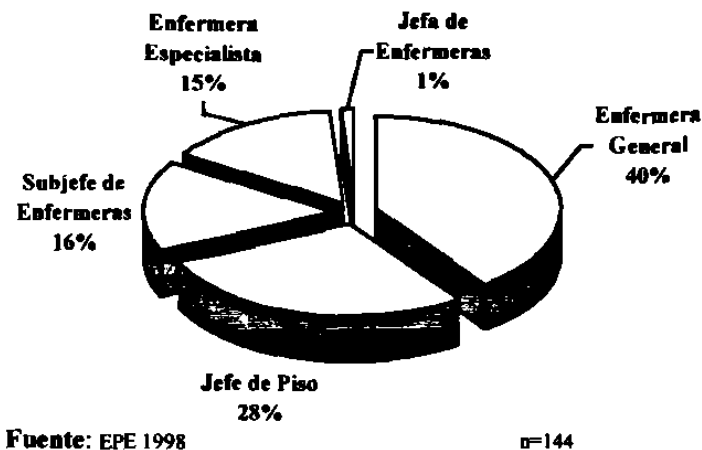


Fuente: EPE 1998

n=144

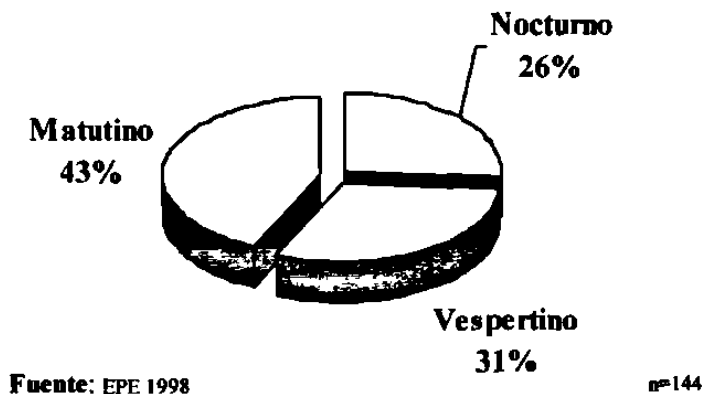
La mayoría del personal encuestado señaló haber realizado algún curso por iniciativa propia, el menor porcentaje lo ocupan los que fueron asignados por la unidad. El mayor porcentaje está dado por el personal que no ha tomado algún curso el cual es del 49 por ciento.

Figura 4
Categorías del Personal de Enfermería



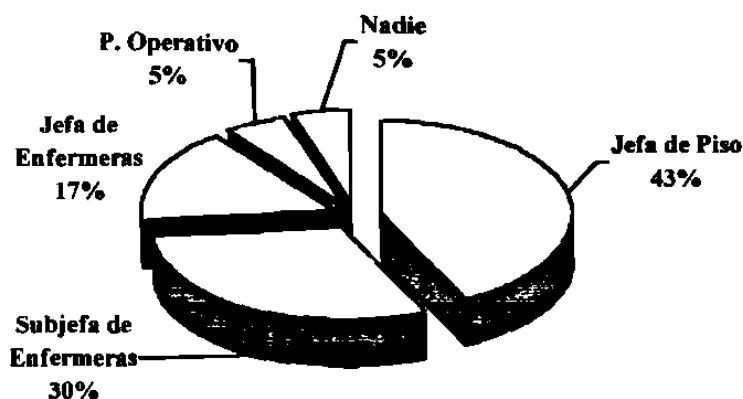
Las categorías laborales identificadas en el estudio fueron de Enfermeras Generales, Jefas de Piso, Subjefes de Enfermería, Enfermeras Especialistas y Jefas de Enfermeras en orden de mayor a menor proporción.

Figura 5
Turnos en que Laboran las Enfermeras



En relación a los turnos, el mayor porcentaje se encuentra localizado en el matutino y el menor en el nocturno.

Figura 6
De quién recibe más indicaciones el Personal de Enfermería

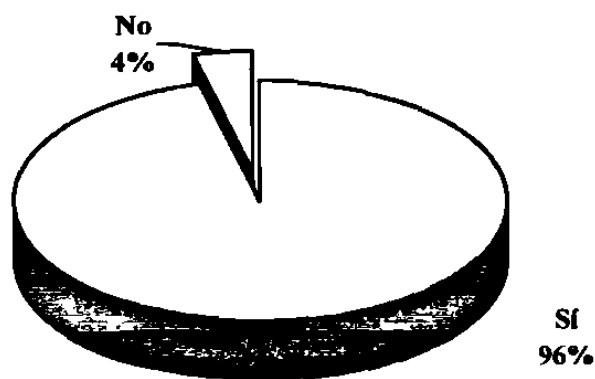


Fuente: EPE 1998

n=144

A la pregunta abierta de quién recibe más indicaciones, el mayor porcentaje respondió que del Jefe de Piso, seguido del Subjefe de Enfermería y del Jefe de Enfermeras.

Figura 7
Enfermeras que aceptan tomar Decisiones en forma Independiente



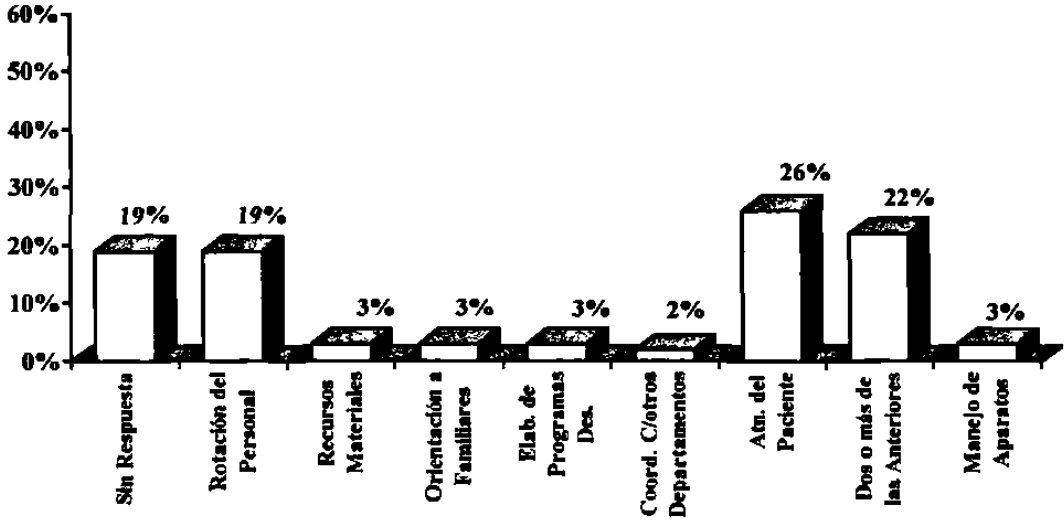
Fuente: EPE 1998

n=144

Como se puede observar en esta figura, la mayoría de las Enfermeras dicen tomar decisiones, sólo un pequeño porcentaje no lo hace, y esto lo atribuyen a que no es su función o su responsabilidad.

Figura 8

Aspectos sobre los que el Personal de Enfermería toma decisiones



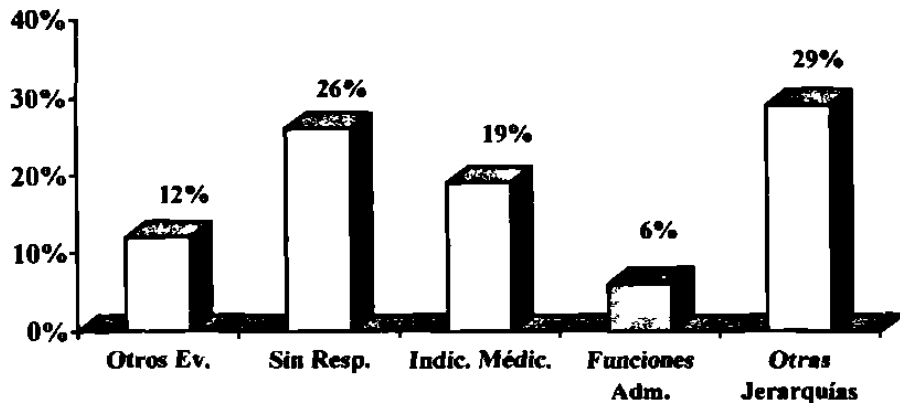
Fuente: EPE 1998

n=144

El Personal de Enfermería contestó que las decisiones que toma, están enfocadas en primer lugar a la atención del paciente, en segundo lugar a realizar dos o más actividades y en tercer lugar a la rotación del personal.

Figura 9

Situaciones en las que las Enfermeras aceptan no tomar Decisiones



Fuente: EPE.1998

n = 144

El personal señala que no toma decisiones en situaciones que corresponden a otras jerarquías o al médico, o porque son funciones administrativas, el 26% de la población no contestó a la pregunta.

Figura 10
Quién Realiza la Toma de Decisiones



Con respecto a quien toma las decisiones cuando la enfermera no lo hace, estas respondieron que la mayor parte de las decisiones son tomadas por el jefe inmediato, y cuando no corresponden a éste, son realizadas por otro personal, siendo la mayoría de las veces realizadas por el médico.

4.2 Análisis Estadístico

4.2.1 Estadísticas Descriptivas

A fin de establecer conclusiones respecto a las hipótesis y objetivos del estudio se construyeron índices de la variable toma de decisiones clínicas para luego correlacionarla con algunas variables de interés (conocimiento y experiencias) así como con otras variables de la población estudiada como son: edad, antigüedad y tiempo en la categoría de trabajo.

En la siguiente tabla se presenta la estadística descriptiva del índice de toma de decisiones.

Tabla 3

Indice de Toma de Decisiones Clínicas del Personal de Enfermería

	M	Mdn	DE	Min	Max	Rango
Indice Toma de Decisiones Clínicas	55	55	9	33	87	54
Experiencia	208	216	78	41	336	295
Conocimiento	4.7	.00	1.56	1	7	6

Fuente: ETDC, 1998

n = 144

Se puede observar en esta tabla, que la media y la mediana del índice de toma de decisiones arrojaron el mismo resultado. En la experiencia señalada como años en el puesto el 59 por ciento (n= 85) del personal tenía más de 200 meses (16 años) de laborar en la institución. Los datos estadísticos para el conocimiento se obtuvieron a través del personal de enfermería estudiado y en base a la realización de cursos administrativos.

Tabla 4

Prueba Kolmogorov-Smirnov de las Variables Principales

Variable	K-S-Z	P 2 colas
Edad	.5987	.86
Experiencia (antigüedad en institución)	1.1848	.12
Tiempo en la Categoría	1.3194	.06
Indice Toma de Decisiones Clínicas	.912	.37

Fuente: EPE Y ETDC

n 144

Como se observa en la tabla anterior todas estas variables mostraron normalidad, por lo que se puede utilizar la estadística paramétrica para relacionar dichas variables.

Hipótesis Uno

Para analizar la hipótesis uno de si existe relación entre la experiencia y la toma de decisiones clínicas, (la experiencia es representada por la antigüedad en la institución), no se encontró correlación significativa mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Por lo tanto se apoya la hipótesis nula.

Tabla 5
Correlación de la hipótesis 1 con el índice de toma de decisiones.

	1	2	3	4
Indice Toma Decisiones	1.00			
Edad	.12	1.00		
Antigüedad	.06	.87*	1.00	
Tiempo en la Categoría	-.04	.01	.02	1.00

* $p < .01$

Fuente:EPE y ETDC

n=144

En esta tabla se aprecia correlación significativa solamente entre la edad y la antigüedad en el puesto, lo que tiene sentido.

Hipótesis dos.

Para probar la hipótesis dos que señala que existe relación entre el conocimiento y la toma de decisiones se valoró si el hecho de que las personas tengan cursos o diplomados en administración pudiese influir en la toma de decisiones clínicas. La variable conocimiento se dicotomizó en dos categoría con y sin cursos de administración y se analizó mediante la t de student. Dicha prueba no mostró diferencia significativa. La información se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 6
Prueba t de student entre Conocimiento de las Enfermeras y Toma de Decisiones Clínicas

Variable	Fi	Media	D.E.	t	g.L	p.
Con Curso de Administración	59	55.1649	8.0933	.014	142	.989
Sin Curso de Administración	85	55.1431	9.8165	.015	137	.988

Fuente: EPE 1998

n=144

V. DISCUSIÓN

Al describir los datos socio demográficos, se encontró que 96 por ciento del personal que labora en el área de enfermería pertenece al sexo femenino y sólo cuatro por ciento al masculino, lo que coincide con lo señalado por Marriner (1996), en relación a que la mayor proporción del personal de enfermería que labora en hospitales es femenina.

En relación a la preparación del personal de enfermería se encontró que 18 por ciento tiene la licenciatura y uno por ciento tiene maestría; lo cual es indicativo del predominio del nivel técnico en las instituciones de salud pero no así del nivel profesional. Esto coincide con los resultados obtenidos por Martínez (1993), que señala que en la institución de tercer nivel de su estudio 48.4 por ciento son enfermeras generales y sólo 11.3 por ciento tienen nivel de licenciatura.

Lo anterior denota la necesidad de personal profesional que brinde atención de calidad al paciente, apoyado en conocimientos que avalen las decisiones que toma en su práctica clínica y dirijan su ejercicio profesional. Arndt (1992), refiere que el empleado debe ser capaz de utilizar los conocimientos adquiridos al desempeñar las actividades de su puesto, ejercer la autoridad y responsabilidad correspondiente y asumir funciones específicas.

En cuanto a los cursos realizados por enfermería se encontró que 67 por ciento de la población estudió cursos pos básicos, y de éste, 73 por ciento refirió tomarlos por iniciativa propia, lo cual se relaciona con lo descrito por Arndt (1992), quien refiere que el empleado deberá ser capaz de utilizar los conocimientos adquiridos en el desempeño de las funciones específicas de su puesto, ya sea asumir la autoridad y responsabilidad correspondiente y asumir funciones específicas.

Con respecto a lo anterior, se encontró también que 67 por ciento del personal de enfermería tiende a prepararse, realizando para ello estudios pos básicos, de los cuales 73 por ciento refirió tomarlos por iniciativa propia, y 19 por ciento fue asignado por la institución, lo que permite observar interés del personal por superarse y un cierto apoyo por la institución.

Las instituciones hospitalarias están regidas por normas y políticas que se extienden hasta el nivel operativo, en este caso toca a enfermería el ajustarse a las reglas ya establecidas, al tomar decisiones, y no realizarlas, al menos de la manera en que la Escala para la Toma de Decisiones Clínicas en Enfermería (Jenkins, 1985) señala. Lo anterior se pudo observar en algunos supuestos de las enfermeras encuestadas quienes afirman en 96 por ciento tomar decisiones basadas en las normas de la organización, las jerarquías y en las indicaciones médicas.

Moreno en 1997, señala que el personal de enfermería realiza toma de decisiones con respecto al diagnóstico y tratamiento del paciente en 65.8 por ciento, obteniendo la información de los registros de enfermería. Aspecto que concuerda en lo señalado por Briones en 1998, cuyo estudio detectó que los registros de enfermería permiten conocer en 62.5 por ciento las actividades que realizan en forma independiente.

Al cuestionar al personal sobre las situaciones en las que no toma decisiones, el 46 por ciento mencionó que no es su función o bien que es responsabilidad de jefe de piso; al respecto Arndt en 1992 señaló que la toma de decisiones es un trabajo mental difícil y las personas tratan de encontrar la forma de evitarla, además implica responsabilidad, y el hecho de preguntar al superior es una forma de compartir o trasladar la carga.

Al someter las variables del estudio a la prueba de Pearson se encontró que, la experiencia considerada como años laborados en la institución y tiempo en el puesto, no mostró relación significativa con el índice de toma de decisiones, lo que contradice el estudio reportado por O'Neill (1997), donde se encontró que las enfermeras experimentadas poseen mayor autonomía para tomar decisiones que las novatas. Se

observó que estas enfermeras no tienen suficientes conocimientos o experiencia para lidiar con los problemas del paciente y sus posibles intervenciones, por lo que habrían de consultar con las experimentadas, en quienes se identificó que el 70 por ciento de las decisiones eran independientes.

Algunos autores consideran a la experiencia como parte elemental del proceso de toma de decisiones, Hall (1990) y Moody (1991) consideran que cuando un individuo soluciona un problema en una forma en particular, ya sea con resultado buenos o malos, esta experiencia le proporciona información para la solución del próximo problema similar.

Por otra parte, el conocimiento, considerado como preparación administrativa de la enfermera tampoco mostró relación significativa lo que puede estar apoyado por el referido por Arndt (1992) quien señala que el administrador de enfermería no posee el conocimiento total al tomar decisiones en forma independiente de sus subordinados, por lo contrario debe considerar al personal más preparado de cada especialidad o servicio para decidir en base a sus opiniones sobre los eventos que se presentan en el área laboral.

5.1 Conclusiones

Se puede concluir que el instrumento aplicado en este estudio no fue sensible para obtener la información buscada, ya que no se obtuvo relación con ninguna de las variables investigadas.

Se pudo observar en las respuestas del personal, la afirmación de participar en la toma de decisiones, señalando que está enfocada más básicamente a la atención directa del paciente, y sólo 7 por ciento de las actividades que realiza son destinadas al manejo y mantenimiento de aparatos y equipo. También se observó la situación de que 19 por ciento de la población entrevistada no contestó la pregunta, aspecto relevante al tomar en cuenta que 96 por ciento de la población afirmó tomar decisiones.

Los resultados de esta investigación podrían ser útiles al administrador de enfermería, al conocer la opinión de su personal y hacia donde se enfocan sus decisiones, las cuales, al parecer están enmarcadas la mayoría de las veces por políticas, normas y estructuras ya establecidas por la institución donde trabajan. Estas en algunos aspectos no les permiten extender su campo de acción tanto en el área clínica como administrativa.

La enfermera en nuestros días se desempeña en un contexto muy amplio y complejo que la enfrenta a grandes desafíos los que al ser abordados sistemáticamente, pueden favorecer el rol ampliado de enfermería.

5.2 Recomendaciones

Es importante que el personal de enfermería considere los resultados obtenidos en esta investigación para la búsqueda de estrategias que favorezcan la intervención de enfermería al tomar decisiones.

Realizar estudios de tipo cualitativo, donde se pueda observar como se da la toma de decisiones clínicas en enfermería, así como la oportunidad que tiene el personal de participar o no en el mismo.

Se recomienda revisar el instrumento utilizado en el estudio y el contexto donde se pretenda aplicar.

Profundizar más sobre aspectos relacionados con la toma de decisiones y del proceso mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arndt & Huchabay. La Administración de Enfermería, Teoría para la Práctica con un Enfoque de Sistemas. Ed. Mosby Company, Columbia pp 279–324. (1992).

Briones R, A.. Opinión del Personal de Enfermería respecto a sus Registros. Tesis inédita. Facultad de Enfermería de la U.A.N.L., Monterrey, Nuevo León, México, (1998).

Crónica de la OMS: Vol. 40, No. 6 p. 239–243; (1986).

Moody, E.. Toma de Decisiones Gerenciales. Ed. Lerner, Ltda. p. 9, (1991).

Fitzpatrick, J:J. Home Care Nurse's Inferences and Decisions. Applied Nursing Research. Vol. P. 33–37, (1997).

Hall, R. Organizaciones: Estructura y Proceso. Ed. Prentice–Hall, pp 177–178. (1993).

Jenkins, M. H. Improving Clinical Decision Making in Nursing. Vol. 24, No. 6 (1985).

Jenkins M. H. Measurement of Nursing Outcomes. Measuring Nursing Performance. Practic Education and research. Vol. P 191–200, (1985).

Kron, T. Liderazgo y Administración en Enfermería. Ed. Interamericana, p.22-29, (1983)

Leddy, & Pepper. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Ed.Lippincott, Filadelfia, OMS, p. 2 (1984).

Marriner, & Tomey. Manual para la Administración de Enfermería. Ed. Interamericana, p 14–1, 93–117. (1996).

Martínez Martínez. M. G. Diferenciación de Funciones y Actividades de Enfermería en base al Puesto. Tesis Inédita. Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. Monterrey, N.L. México (1993).

Mercado, H. S. Administración Aplicada. Teoría y Práctica. Ed. Limusa; México, p 586. (1989).

Moreno, M.G. Percepción de Factores que Influyen en la Calidad del Cuidado de Enfermería. Tesis inédita. (1997).

Pender, J.N. Health Promotion in Nursing Practice. Connecticut: Ed. Prentice. P. 167 (1996).

Polít, D. y Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Ed. Interamericana, México, (1997).

Robbins, P. S.. Administración. Teoría y Práctica. Ed. Prentice, México; p 69–93 (1987).

Robbins, P. S.. Comportamiento Organizacional. Ed. Prentice, México; p. 148, 149,162,163, 173 y 175. (1991).

Rojas, S. R.. El proceso de la Investigación Científica. Ed. Trillas, México, p.113, (1990).

Smith, P. The New Nurse Executive. An emerging role. JONA 24 (11); 56–62 (1994).

Stevens, J. B. The problem in nursing's Middle Management. Jona Research. Vol. 4 No. 5 p 37-39.

Taylor, A. Clínicas de Enfermería en Norteamérica. Vol. 3, Interamericana, (1984).

Wayne, W. D.. Bioestadística Base para el Análisis de las Ciencias de la Salud. Ed. Limusa, México, p. 624, (1963).

APENDICES

APENDICE A

VARIABLES DEL ESTUDIO

APÉNDICE A

VARIABLES DEL ESTUDIO

Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Experiencia (Independiente)	Enseñanza obtenida a través de la práctica diaria que permite acumular valiosos acontecimientos aplicables en un futuro en circunstancias similares.	Años en el puesto administrativo.	Intervalo	Cuestionario de datos sociodemográficos y escala de toma de decisiones en enfermería.
Conocimientos (Independiente)	Información empírico-científica para obtener los datos que sirven para tomar una decisión.	Cursos administrativos y preparación académica del personal de enfermería.	Nominal	Cuestionario de datos sociodemográficos y escala de toma de decisiones en enfermería.
Toma de Decisiones (Dependiente)	Impresión cognitiva que puede ser aprendida por medio de la educación y la práctica, involucra el pensamiento reflexivo y la capacidad de juicio al sopesar los pros y los contras de las alternativas seleccionadas.	Habilidad que implica como se conduce una persona al seleccionar una alternativa en una decisión.	Ordinal	Escala de toma de decisiones clínicas en enfermería.

APENDICE B

ENCUESTA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
(EPE)

APÉNDICE B
ENCUESTA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
(EPE)

Cuestionario No. _____

Instrucciones: Lea cada una de las siguientes preguntas y subraye la respuesta correcta.

1. Edad en años cumplidos: _____

2. Sexo: _____
 - 1) Femenino
 - 2) Masculino

3. Estado Civil: _____
 - 1) Soltera(o)
 - 2) Casada(o)
 - 3) Viuda(o)
 - 4) Divorciada(o)
 - 5) Unión Libre

4. Religión: _____
 - 1) Católico
 - 2) Cristiano
 - 3) Testigos de Jehová
 - 4) Mormón
 - 5) Otro. Especifique: _____

5. Anote el grado más alto obtenido de preparación académica _____
 - 1) Enfermería Básica
 - 2) Lic. en Enfermería
 - 3) Maestría en Enfermería
 - 4) Otro. Especifique: _____

6. Cursos pos básicos realizados: _____
- 1) Enfermería Intensivista
 - 2) Enfermería Quirúrgica
 - 3) Enfermería Administrativa
 - 4) Enfermería Pediátrica
 - 5) Ninguna de las anteriores
7. ¿Ha estudiado cursos o diplomados en Investigación? _____
- 1) Sí
 - 2) No
8. ¿Ha estudiado algún curso o diplomado en Educación? _____
- 1) Sí
 - 2) No
9. ¿Ha estudiado algún curso o diplomado en Administración? _____
- 1) Sí
 - 2) No
10. En caso de haber contestado afirmativamente la pregunta anterior conteste, el curso fue realizado por: _____
- 1) Iniciativa Propia
 - 2) La asignó la institución
 - 3) Otro. Especifique: _____
11. ¿Qué antigüedad tiene en la institución? _____
12. ¿Qué puesto ocupa en la Institución? _____
- 1) Jefa de Enfermeras
 - 2) Subjefe de Enfermería
 - 3) Jefe de Piso
 - 4) Enfermera Especialista
 - 5) Enfermera General

13. ¿Cuánto tiempo tiene de ejercer esa categoría? _____
14. ¿Está usted supliendo a alguien en este momento? _____
- 1) Sí
- 2) No
15. Si la respuesta anterior es afirmativa ¿por cuánto tiempo suplirá a esta persona? _____
16. Motivos por los que realiza la sustitución: _____
- 1) Vacaciones
- 2) Licencia
- 3) Plaza Vacante
- 4) Permiso
- 5) Otro. Especifique: _____
17. ¿En que turno laboró usted? _____
- 1) Matutino
- 2) Vespertino
- 3) Nocturno
18. ¿De quién recibe más indicaciones? _____
- 1) De la Jefa de Enfermeras
- 2) De la Subjefe de Enfermería
- 3) De la Jefa de Piso
- 4) Del Personal Operativo
- 5) De ninguno de los anteriores
19. ¿Cuándo se presenta alguna dificultad o situación problemática en su departamento o su área de trabajo, usted puede tomar alguna decisión para solucionarlo? _____
- 1) Sí
- 2) No

20. Si la respuesta anterior es negativa mencione porqué:

21. Mencione ejemplos en los que usted toma decisiones y estas se llevan a cabo:

(Chazarreta y Martínez , 1998)

APENDICE C

**ESCALA DE TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS
EN ENFERMERÍA
(ETDCE).**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

APÉNDICE C

**ESCALA DE TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS
EN ENFERMERÍA (ETDCE).**

Instrucciones: De cada uno de los enunciados que se presentan en la página siguiente, piense en su conducta cuando atiende a los pacientes y seleccione la opción adecuada de acuerdo a las claves que se mencionan abajo. No hay respuestas “correctas” o “equivocadas”. Lo importante es su valoración de la manera en que comúnmente actúa como persona que toma decisiones en la clínica.

No se detenga en las respuestas. Encierre en un círculo lo que más se acerque a la manera en que se comporta habitualmente. Conteste todos los reactivos como se muestra en el ejemplo siguiente:

Ejemplo:

Enumero mentalmente las opciones antes de tomar una decisión.

N R O **F** S

El círculo alrededor de la F significa que frecuentemente usted enumera mentalmente las opciones antes de tomar una decisión.

Claves:

N: Nunca: Lo que nunca hace.

R: Rara vez: Lo que rara vez hace.

O: Ocasionalmente: Lo que algunas veces hace.

F: Frecuentemente: Lo que usualmente hace la mayor parte del tiempo.

S: Siempre: Lo que hace de manera consistente todo el tiempo.

	1	2	3	4	5
1. Si la decisión clínica es vital y hay tiempo, realizo una búsqueda detallada de alternativas.	N	R	O	F	S
2. Cuando una persona esta enferma, sus valores culturales y creencias son secundarias para la implementación de los servicios de salud.	N	R	O	F	S
3. Los factores circunstanciales del momento determinan el número de opciones que exploro antes de tomar una decisión.	N	R	O	F	S
4. Buscar nueva información para tomar una decisión es más problema de lo que lo vale.	N	R	O	F	S
5. Uso libros o literatura profesional para consultar cosas que no entiendo.	N	R	O	F	S
6. Para considerar las opciones, para mi funciona mejor un método al azar.	N	R	O	F	S
7. La inspiración es un método que uso cuando pienso en ideas al azar.	N	R	O	F	S
8. Me desvió de mi camino para obtener tanta información como sea posible al tomar una decisión.	N	R	O	F	S
9. Ayudo a los pacientes a ejercer sus derechos de tomar decisiones acerca de su propia atención.	N	R	O	F	S
10. Cuando mis valores están en conflicto con los del paciente, soy lo suficientemente objetivo(a) para manejar la toma de decisiones requerida para tomar la situación.	N	R	O	F	S
11. Escucho o considero el consejo o juicio de expertos aún y cuando puede no ser la elección que me gustaría tomar.	N	R	O	F	S
12. Resuelvo un problema o tomo una decisión sin consultar a nadie, usando información disponible en el momento.	N	R	O	F	S
13. No siempre tengo tiempo para examinar todas las posibles consecuencias de una decisión que debo tomar.	N	R	O	F	S
14. Considero el bienestar futuro de la familia cuando tomo una decisión clínica que involucra al individuo.	N	R	O	F	S
15. Tengo poco tiempo o energía disponible para buscar información.	N	R	O	F	S
16. Mentalmente enumero las opciones antes de tomar una decisión.	N	R	O	F	S

	1	2	3	4	5
17. Cuando examino las consecuencias de las opciones que podría elegir, generalmente pienso: "Si hiciera esto, entonces..."	N	R	O	F	S
18. Considero incluso las consecuencias más remotas de hacer una elección.	N	R	O	F	S
19. El consenso entre mi grupo de colegas es importante para mi al tomar decisiones.	N	R	O	F	S
20. Incluyo a los pacientes como fuente de información.	N	R	O	F	S
21. Considero lo que mis colegas dirán cuando pienso en las posibles elecciones que podría hacer.	N	R	O	F	S
22. Si un instructor recomienda una opción a una situación de toma de decisiones en la clínica la adopto en lugar de buscar otras opciones.	N	R	O	F	S
23. Si un beneficio es realmente grande, lo favoreceré sin ver todos los riesgos.	N	R	O	F	S
24. Busco información nueva al azar.	N	R	O	F	S
25. Mis experiencias pasadas tienen poco que ver con que tan activamente considero los riesgos y beneficios de las decisiones acerca de los pacientes.	N	R	O	F	S
26. Cuando examino las consecuencias de las opciones que podría tomar, estoy consciente de los resultados positivos para mi paciente.	N	R	O	F	S
27. Seleccione opciones que en el pasado he usado con éxito en circunstancias similares.	N	R	O	F	S
28. Si los riesgos son suficientemente serios como para causar problemas, rechazo las opciones.	N	R	O	F	S
29. Escribo una lista de consecuencias positivas y negativas cuando estoy evaluando una decisión clínica importante.	N	R	O	F	S
30. No pido a mis colegas que sugieran opciones para mis decisiones clínicas.	N	R	O	F	S
31. Los valores profesionales no coinciden con mis valores personales.	N	R	O	F	S
32. Mi descubrimiento de alternativas parece ser en gran parte cuestión de suerte.	N	R	O	F	S
33. Los riesgos y beneficios están alejados de mi mente cuando tengo que tomar una decisión.	N	R	O	F	S

	1	2	3	4	5
34. Considero las prioridades y las normas cuando tengo que tomar una decisión clínica.	N	R	O	F	S
35. Si la situación lo requiere involucro a otros en mi toma de decisiones.	N	R	O	F	S
36. En mi búsqueda de opciones, incluyo incluso a aquellos que podrían considerarse "lejanos" o "no factibles".	N	R	O	F	S
37. Averiguar los objetivos del paciente forma parte regular de mi toma de decisiones clínicas.	N	R	O	F	S
38. Examino los riesgos y beneficios solo de las consecuencias que tienen serias implicaciones.	N	R	O	F	S
39. Los valores del paciente tienen que coincidir con los míos para tomar una buena decisión.	N	R	O	F	S

Gracias por ser participante en este estudio. ¿Tiene algunas ideas acerca de la toma de decisiones en enfermería que no fueron cubiertas por la escala y que le gustaría compartir? Puede hablar de puntos específicos o dar algún comentario en general.

Siéntase en libertad de usar estas líneas para expresarlas.

(Jenkins, 1985)

APENDICE D

CARTA DE CONSENTIMIENTO

APÉNDICE D
CARTA DE CONSENTIMIENTO

Buenos días me llamo: _____, estoy aplicando un instrumento para elaborar un estudio sobre la relación del conocimiento y la experiencia del administrador de enfermería en la toma de decisiones clínicas, soy Licenciada en Enfermería y actualmente estoy realizando la maestría en Enfermería con Especialidad en Administración de los Servicios de Enfermería.

Le quiero pedir el favor de compartir sus ideas con respecto al tema anterior. La encuesta se puede contestar de 15 a 20 minutos, pudiendo desistir de terminarla en caso de que usted así lo desee.

Si está de acuerdo en participar, le agradezco que ponga sus iniciales en esta hoja de la cual le dejaré una copia. La información que usted nos proporcione es de gran valor. Si no desea participar, gracias por su tiempo.

Entrevistador

Acepto Participar

Fecha

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

María Margarita Chazarreta González

Candidato para el Grado de

**Maestría en Enfermería con Especialidad en Administración
de Servicios de Enfermería**

**Tesis: EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE
ENFERMERIA EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS**

Campo de Estudio: Administración en Enfermería

Biografía:

Datos Personales: Nacida en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, el 6 de Febrero de 1967, hija de María Herlinda González Espinoza y Luciano Valdemar Chazarreta Sánchez.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido de Licenciado en Enfermería en 1990.

Experiencia Profesional:

- **Auxiliar del Departamento de Investigación en la Facultad de Enfermería de la UANL de 1990 a 1993.**
- **Asesor de las materias de Educación Avanzada y Gineco-Obstetricia en la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1995 y 1996.**
- **Auxiliar de Enfermería del Hospital de Especialidades No. 25 del IMSS, de 1989 a 1994.**
- **Enfermera General del Hospital de Gineco-Obstetricia No.23 del IMSS, desde 1996.**

