



E.U. de Enfermería  
y Fisioterapia  
de Toledo



**IX JORNADAS DE  
PROFESORADO  
DE CENTROS  
UNIVERSITARIOS  
DE ENFERMERÍA**

## **LIBRO DE ACTAS**

# **IX JORNADAS DE PROFESORADO DE CENTROS UNIVERSITARIOS DE ENFERMERÍA “La Investigación en Enfermería”**

**Toledo,  
29 y 30 de Octubre de 2015**

---

## COMITÉ CIENTÍFICO

**Presidenta:** Idoia Ugarte Gurrutxaga

**Secretario:** Gonzalo Melgar de Corral

**Vocales:**

Julio Fernández Garrido

Rosa Conty Serrano

M<sup>a</sup> Victoria García López

Sagrario Gómez Cantarino

Brígida Molina Gallego

Alina M. Martínez Sánchez

María del Carmen Zabala Baños

Carmen Prado Laguna

Antonia Alfaro Espín

Margarita Garrido Abejar.

## COMITÉ ORGANIZADOR

**Presidenta:** Isabel del Puerto Fernández

**Secretario:** Gonzalo Melgar de Corral

**Vocales:**

Pilar Tazón Ansola

Cristina Monforte Royo

José Antonio de la Torre Brasas

Idoia Ugarte Gurrutxaga

Sagrario Gómez Cantarino

Ana I. Cobo Cuenca

Rosa Conty Serrano

Noelia Martín Espinosa

M<sup>a</sup> Victoria García López

# PRESENTACIÓN

Este libro recoge las ponencias y comunicaciones de las IX JORNADAS DE PROFESORADO DE CENTROS UNIVERSITARIOS DE ENFERMERÍA organizadas por la Conferencia Nacional de Decanos y Decanas de Enfermería junto con la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo, que cumple sus 25 años de funcionamiento que se articularon en torno a *LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA*. Los objetivos que se plantearon fueron:

- Impulsar la investigación en el contexto de la formación enfermera.
- Analizar la situación de la investigación desarrollada desde los centros universitarios de Enfermería.
- Relacionar el contexto universitario de la formación de doctorado con la investigación enfermera.
- Identificar estrategias de investigación clínica y sociosanitaria desde los centros universitarios de enfermería.
- Compartir experiencias de investigación enfermera realizada desde la Universidad
- Facilitar la puesta en marcha de proyectos multicéntricos de investigación enfermera.

Se contó con una amplia participación del profesorado por lo que fue una ocasión privilegiada para debatir y poner en común aspectos importantes de la docencia y la formación enfermera, así como para compartir los diversos trabajos de investigación que se están llevando a cabo en los Centros universitarios de Enfermería de nuestro país.

PRESIDENTA COMITÉ ORGANIZADOR



Fdo. Isabel del Puerto Fernández

PRESIDENTA COMITÉ CIENTÍFICO



Fdo. Idoia Ugarte Gurrutxaga

## Contenido

<b>PONENCIAS</b> .....	6
“Desarrollando la base de conocimiento disciplinar: el razonamiento clínico como fuente de investigación enfermera”. (Carme Espinosa Fresnedo).....	7
La etnografía en la observación participante y la perspectiva emic/etic, en el trabajo enfermero. (Rosa García-Orellán).....	16
<b>COMUNICACIONES</b> .....	13
El aprendizaje autónomo y autorregulado: efectos en el aprendizaje de los estudiantes universitarios. (Bernat-Carles Serdà Ferrer [et. al]).....	15
Modelo de gestión para la investigación en enfermería. Experiencia de la Universidad de Navarra. (Cristina García-Vivar[et.al]).....	42
Procesos crónicos y cuidados al final de la vida. Desarrollo de una línea de investigación. (Ana Carvajal Valcárcel [et al]).....	51
Percepciones de los estudiantes sobre la utilidad del portafolio en el practicum (Eva García-Carpintero Blas [et.al]) .....	*60*
La simulación de sesiones clínicas como estrategia para la integración de conocimientos: una experiencia en la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. (Montserrat Lamoglia Puig [et. al]) ...	74
Enseñanza en técnicas de investigación a los alumnos de grado en la Facultad de Talavera. (Ana María Carrobles García) .....	78
Impacto del peso del neonato con sus posteriores consecuencias en las etapas de su desarrollo infantil. (Minerva Velasco Abellán) .....	88
Redes sociales y la competencia, gestión de la información. (Álvarez Embarba B [et.al.]) .....	96
Mejora de la calidad en el desarrollo de tutorías de carrera presenciales y virtuales en enfermería.(Gómez Cantarino, S. [et al.]) .....	111
Evaluación del Máster de Investigación en Cuidados de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid. (José María Blanco Rodríguez [et al.]).....	124
Producción científica del cuerpo docente a tiempo completo del Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”, Universidad de Sevilla. (Dolores Torres Enamorado) .....	*128*
Semillero de Investigación “José Bueno González O.H.” (Dolores Torres Enamorado).....	132
Sentido de Coherencia y Nivel de Autocuidados en estudiantes de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. (Natura Colomer Pérez) .....	136
Qué investigan las enfermeras. Producción científica del Máster en Investigación Sociosanitaria de la UCLM (2009-2015). (Alberto González García [et al]).....	150
Desarrollo de competencias genéricas en el grado de enfermería del Centro Universitario de Mérida. (Rafael Gómez Galán).....	161
Participación de la Facultad de Enfermería de Valladolid en el Programa ACP-UE. Cooperación en la educación superior (EDULINK II) Fortalecimiento de programas agroforestales en la educación superior para la seguridad alimentaria en África subsahariana- SAPHE. (Cao Torija, MJ; Castro Alija MJ, Jiménez Pérez JM).....	185
Revisión de la valoración enfermera del dolor postoperatorio. Estudio comparativo diez años después. (Isabel del Puerto Fernández).....	191

Estudio de las líneas de investigación en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería POVISA. (M <sup>a</sup> Concepción Agras Suárez [et al.].....)	204
¿Vida? o MUERTE: Eutanasia. (Manuel Pabón Carrasco) .....	234
Conocimiento y cumplimiento de las madres del Programa de Vacunación Infantil en Andalucía. (Manuel Pabón Carrasco [et. al]) .....	247
Calidad de vida autopercebida en adultos con Parálisis Cerebral. (Alba Maestro González [et. al]) ..	261
Rol enfermero en la evacuación de cuidados intensivos.( David Zuazua Rico [et. al]) .....	274
La Valoración en los Registros Informáticos de Enfermería: Veracidad o Deslealtad. (María Luz Fernández Fernández [et.al]) .....	293
Nutrición Enteral en las Unidades de Cuidados Intensivos. (Alba Maestro González [et.al]) .....	302
Formación en valores profesionales: ¿Una necesidad en la formación continuada de los profesionales de enfermería? (M <sup>a</sup> Luisa Martín Ferreres [et. al]).....	312
Cultura del cuidado en Don Quijote. (Jaime Vilarroig Martín).....	324
Innovación docente en el curriculum de Enfermería: el cas integrat. Un estudio de caso hacia la Convergencia Europea. (María José Morera Pomarede [et al]) .....	339
Análisis de los Trabajos fin de Grado de Enfermería. (José Antonio Ponce Blandón [et. al]).....	358
Conocimientos en cuidados paliativos del alumnado de enfermería de la Universitat de Valencia. (Elena Chover Sierra).....	365
Análisis de los Trabajos Fin de Grado en la Facultad de Enfermería de Albacete a lo largo de tres años. (Carmen Ortega Martínez [et. al]).....	380
Utilizando la ECOE como evaluación sumativa y formativa en los laboratorios de simulación del grado de enfermería de la UIC. (E. Rodríguez [et al]).....	391
El trabajo de fin de grado: ¿Cuáles son los intereses en investigación de los estudiantes? (Núria Codern-Bové [et.al]) .....	404
Creación de un grupo de investigación enfermera. Interrelación asistencia y docencia. (Grup de Recerca Infermera per al Desenvolupament i Avanç de la Professió (GRIDAP)).....	414
Autoevaluación y evaluación por el Tutor de Prácticas Clínicas: estudio comparativo. (Meneses Monroy, A. [et. al]) .....	424
Modernización de los mecanismos de participación en la evaluación de la práctica clínica. (Donoso Calero, MI [et. Al]).....	436
Comparación de la práctica enfermera entre España y el Reino Unido. (Nina Granel Giménez).....	445
Desarrollo y validación de una herramienta específica de medición de autocuidados en pacientes enterostomizados. (Eladio J. Collado Boira [et.al]). .....	453
Un cambio a partir de la bacteriemia zero en la uci pediátrica. (Donoso Calero, MI [et.al]).....	472
Las narrativas de padecimiento de pacientes expertos como innovación educativa. (Feijoo-Cid, M [et.al]) .....	482
Evaluación IX Jornadas Complutenses, VIII Congreso Nacional de Investigación en Ciencias de la Salud para Alumnos Pregraduados. (José María Blanco Rodríguez [et. Al]) .....	486



**IX JORNADAS DE  
PROFESORADO  
DE CENTROS  
UNIVERSITARIOS  
DE ENFERMERÍA**

## **PONENCIAS**

**“Desarrollando la base de conocimiento disciplinar:  
el razonamiento clínico como fuente de  
investigación enfermera”.**

**“Developing the Discipline Knowledge Base:  
Clinical Reasoning as the source for  
Nursing Research”**

Carme Espinosa Fresnedo

[carmeej@blanquerna.url.edu](mailto:carmeej@blanquerna.url.edu)

*Grau d'Infermeria. Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna.*

*Universitat Ramon Llull.*

**Resumen**

El desarrollo de la base de conocimientos disciplinar enfermero descansa sobre la investigación.

La investigación clínica enfermera ha tenido un gran desarrollo en los últimos tiempos a nivel internacional y también en España, sin embargo, la investigación primaria, con el objetivo de desarrollar la ciencia y la teoría enfermera, no ha tenido el mismo desarrollo.

El razonamiento clínico es la base del proceso enfermero. Se trata de un proceso cognitivo, pero también práctico que facilita la recogida de información, su análisis, la identificación de problemas y la elaboración de juicios clínicos así como la toma de decisiones con la finalidad de mejorar la calidad de los cuidados.

En esta exposición se dibujarán las razones por las cuales, además, el razonamiento clínico es una buena fuente de investigación enfermera, tanto para la aplicación clínica como para el desarrollo de la teoría y la ciencia enfermera.

**Palabras clave:** Conocimiento disciplinar; razonamiento clínico; investigación enfermera

### **Abstract**

Nursing disciplinary knowledge base deployment relies upon research development. Clinical nursing research has been greatly developing during the last few years both internationally and also in Spain. However, primary research, aimed to the development of nursing Theory and Nursing Science has been developing at a slower pace.

Clinical reasoning is the base upon which the nursing process is built. This is both a cognitive and practice process that facilitates information gathering and analysis, problem identification, the elaboration of clinical judgment (Nursing Diagnoses) as well as decision-making. All of these, aim to improve nursing care quality.

In this intervention I will demonstrate the reasons why clinical reasoning can also be used as a good source for nursing research both for clinical uses and also for the development of nursing theory and nursing science.

**Keywords:** disciplinary knowledge; clinical reasoning; nursing research

## **Introducción**

El desarrollo de la base de conocimientos disciplinar se fundamenta en la investigación. Desde este punto de vista se ha avanzado considerablemente en los últimos tiempos en enfermería. Sin embargo, el desarrollo científico teniendo como base la investigación primaria que desarrolla los conceptos esenciales de la disciplina no ha experimentado un avance tan considerable. Los conceptos esenciales de la disciplina siguen desarrollándose con base en la opinión de expertos más que en la experiencia clínica.

El razonamiento clínico es un buen punto de partida para el desarrollo de investigación primaria que permita el desarrollo de los conocimientos disciplinares basados en la experiencia clínica. Por definición, el razonamiento clínico es el proceso por el cual se facilita a recogida de datos, la resolución de problemas, toma de decisiones y la elaboración de juicios que favorecen unos cuidados de calidad.

En esta exposición se mostrará cómo el razonamiento clínico puede ser una buena fuente de investigación para dar solidez al desarrollo del conocimiento enfermero basado en la evidencia clínica.



# 1 ¿Qué es el Razonamiento Clínico?

El razonamiento clínico se define como el proceso que facilita la recogida de datos, la resolución de problemas, la toma de decisiones, y la elaboración de juicios que favorecerán unos cuidados enfermeros de calidad.

Su uso requiere conocimientos, destrezas y habilidades que se fundamentan en la reflexión y en la experiencia individual y la capacidad de autorregulación (1)

De esta manera, la unión entre el razonamiento crítico y la toma de decisiones clínicas, es decir el juicio clínico de la enfermera, es lo que da como resultado el razonamiento clínico.

El razonamiento crítico requiere del desarrollo de diversos hábitos mentales y destrezas que se enumeran a continuación (2)

Hábitos mentales:

- Confianza
- Creatividad
- Flexibilidad
- Curiosidad
- Integridad intelectual
- Apertura de Mente
- Perseverancia
- Reflexión

Destrezas:

- Búsqueda de información
- Discriminación
- Análisis
- Transformación del conocimiento
- Predicción
- Aplicación de estándares
- Razonamiento lógico

Los hábitos mentales unidos a las destrezas proporcionan la capacidad de discriminar la información y discernir entre aquello que es más importante o aquella información que es significativa entre toda la información obtenida.

Por otro lado, el juicio clínico o la toma de decisiones clínicas se ve influenciado o afectado por diversos factores, entre los que destacan los siguientes (3)

- La enfermera aporta ciertos conocimientos, saberes, y experiencias a parte del dato subjetivo/objetivo recogido en la historia del paciente.
- La enfermera posee ciertos conocimientos sobre el paciente que no están registrados en la historia. Así mismo, conoce el comportamiento “normal” de su población con el que compara/contrasta el comportamiento del paciente.
- La enfermera conoce la situación en su contexto socio-cultural.
- Existen un conjunto de patrones de razonamiento que son propios de la enfermera por sus conocimientos, cultura, patrones filosóficos y disciplina.
- Se dan ciertos desajustes en el juicio que provocan reflexiones sobre la práctica, y que son fundamentales para desarrollar el conocimiento y el razonamiento clínico.

De esta manera, cuando unimos el razonamiento crítico con el juicio clínico de la enfermera para desarrollar el razonamiento clínico, se ponen en marcha toda una serie de procesos complejos que requieren:

- En primer lugar, dominar el conocimiento, no regurgitar los hechos, ya que se requiere la interpretación de lo que está pasando.
- Construir sobre el conocimiento previo de situaciones similares.
- Crear relaciones entre fragmentos de datos que construirán la historia del paciente en concreto. Cada historia es singular y ninguna es idéntica a la anterior.
- Transformar los datos en información. Los datos sin contextualizar no significan nada para la enfermera o incluso puede abocar a conclusiones erróneas.
- Actuar sobre la información para diagnosticar, interpretando las situaciones y focalizando sobre aquello que realmente es relevante en este momento para esta persona en concreto.
- Crear un plan de tratamiento individualizado, basado en la evidencia.

## 2 El Proceso Enfermero

El razonamiento clínico se desarrolla dentro del proceso enfermero, ya que se trata de recoger la información relevante con la finalidad de analizarla para poder identificar el problema, establecer juicios clínicos adecuados para poder identificar el tratamiento que mejor ayude a la persona a conseguir sus objetivos y (re) evaluar el plan para valorar su adecuación.

Muchos han criticado el proceso enfermero por no contemplar la persona en su totalidad, por no responder a la concepción de enfermería o por no satisfacer las expectativas profesionales.

Es fundamental al hablar de proceso no confundir éste con el soporte que se utiliza para documentarlo, es decir “proceso” y “documentación”. ¿Qué es más importante para el cuidado y la consecución de resultados positivos para las personas?.

El proceso de enfermería se inicia con la valoración, para seguir con la planificación, en la que habitualmente se incluyen la identificación (que no la selección) de diagnósticos, resultados e intervenciones; a continuación, se implementa el plan y se procede a la (re) evaluación continua que permite la constante actualización del plan.

En el proceso que les presento, diseñado por NANDA-I y presentado en la última edición de su libro Diagnósticos de Enfermería Definiciones y Clasificación 2015-2017, se ha añadido una nueva etapa previa a la valoración (4): Teoría/Ciencia enfermera que subyace los conceptos enfermeros. Esa fase es fundamental, ya que guía el resto del razonamiento clínico, al poner de manifiesto cuál es el conocimiento que está usando la enfermera para su toma de decisiones.

Todo este proceso es independiente de la documentación que se utilice y solo responde a criterios de conocimiento y pensamiento.

Ahora bien, el proceso, a nivel institucional debe quedar registrado, y existen diversos sistemas de documentación electrónicos o en formato papel para dejar constancia de las decisiones que la enfermera toma en referencia a los cuidados del paciente.

Algunos sistemas de documentación permiten reflejar el proceso de razonamiento clínico e incluso lo promueven y favorecen. Otros sistemas, en cambio, no solo no permiten reflejar este proceso, tampoco lo favorecen y a veces incluso, lo impiden. En estos casos, el problema no es el proceso enfermero, el problema es el sistema de documentación.

Por otro lado, debemos reflexionar sobre el contexto en el que tiene lugar el proceso de razonamiento clínico, es decir el entorno de cuidados, y a este respecto deberíamos preguntarnos, ¿Qué valora el entorno? ¿Qué espera de las enfermeras? ¿Las enfermeras tienen igualdad en la toma de decisiones clínicas, personal, recursos económicos, en comparación con otras disciplinas?

Es probable que valoren nuestro razonamiento clínico (diagnóstico, resultado, intervención), ya que ello contribuye a unos mejores resultados en términos globales de la institución (económicos, satisfacción del paciente), pero eso sí, se espera que lo hagamos sin aumentar el tiempo, cumplimentando una documentación en el diseño de la cual muchas veces no participamos y cumpliendo de manera eficaz las órdenes médicas y los protocolos institucionales.

La tercera pregunta se la dejo para que la respondan ustedes mismos. Nos llevaría demasiado tiempo su discusión y no es objeto de esta presentación.

### **3 El Razonamiento Clínico como Fuente de Investigación**

A partir de todo lo dicho hasta aquí, ¿De qué manera el razonamiento clínico puede ser una fuente de investigación primaria en enfermería?

Recuperando el esquema del proceso de enfermería ya obtenemos algunas ideas:

#### ***3.1 La teoría y ciencia que subyace los conceptos enfermeros:***

El desarrollo de estas teorías podría ser de gran ayuda en la reorientación de los currículos de formación básica enfermera, de manera que estuvieran realmente enfocados desde una óptica del cuidado, y donde el razonamiento clínico enfermero no fuese alguna cosa que se explica si queda tiempo.

#### ***3.2 Los registros enfermeros:***

La investigación en registros podría favorecer el uso de aquellos sistemas que faciliten, yo diría que provoquen, el uso del razonamiento clínico, mientras que se desaconsejen aquellos sistemas que lo dificulten.

De hecho, existen en Europa diferentes proyectos de investigación que tratan de identificar las características que deberían cumplir los sistemas de información electrónicos de

enfermería. Quizás uno de los más conocidos es el del grupo liderado por la Dra. Maria Müller desde Austria.

### ***3.3 La Investigación en Diagnósticos:***

Existe mucha investigación en diagnósticos enfermeros. España es uno de los países donde más se investiga en esta área. Sin embargo, la investigación clínica se basa sobretodo en la validación de diagnósticos existentes, para lo cual es frecuente el uso del método Fehring (5), basado en opinión de expertos.

Hoy en día en España disponemos de bases de datos clínicos que nos permitirían realizar otro tipo de estudios que aportarían un nivel de evidencia científica mayor, al partir de datos clínicos y no únicamente de opinión de expertos.

Por otro lado, existe todo un filón por investigar en el propio lenguaje diagnóstico que permita refinar los diagnósticos e identificar aquello que es fundamental, es decir los criterios “Gold estándar” tanto para las características definitorias como para los factores relacionados o los factores de riesgo que darían un impulso definitivo al razonamiento clínico en el uso del lenguaje.

Algunas otras preguntas que se podrían responder usando el razonamiento clínico como fuente de investigación podrían ser:

- ¿Qué Procesos de razonamiento usan las enfermeras clínicas para diagnosticar?
- ¿Son útiles/válidos los criterios que definen los diagnósticos enfermeros para la práctica?
- Según la Taxonomía existente y las necesidades de la clínica, ¿qué nuevos diagnósticos deberían desarrollarse?
- Existe teoría enfermera que apoye estos nuevos diagnósticos?

Solo por citar algunos ejemplos.

### ***3.4 Investigación en Resultados e Intervenciones:***

Del mismo modo que en el caso de los diagnósticos, la identificación de resultados e intervenciones que ayuden al paciente a conseguir esos resultados requieren del uso del razonamiento clínico, y éste es una buena fuente de investigación.

Por ejemplo, qué procesos de pensamiento usan las enfermeras para decidir los resultados y las intervenciones a partir de un determinado diagnóstico enfermero. La identificación de esos procesos de pensamiento ayudarían para la construcción de sistemas de soporte a la

toma de decisiones electrónicos más eficaces, que a su vez promoverían el uso del razonamiento clínico con su uso.

¿Cuál es el razonamiento clínico que relaciona los resultados y los diagnósticos y ambos con las intervenciones? Ese trabajo está realizado desde el punto de vista teórico y sin tener un enfoque cultural, lo cual es fundamental.

¿Existen indicadores de resultado / Actividades que se pueden considerar “Gold Estándar”?

¿Se pueden identificar basándose en los datos clínicos?

¿Cuál es el razonamiento clínico que apoya la valoración de cada uno de los indicadores de resultado?

¿Se pueden mapear los indicadores de resultado a instrumentos de medida validados? ¿y éstos a las características definitorias de los diagnósticos?

### ***3.5 Investigación en la Implementación***

El razonamiento clínico puede también ser una fuente de investigación que permita identificar de qué manera las condiciones de la práctica están influyendo en la manera cómo las enfermeras aplican el proceso de enfermería o incluso cómo las enfermeras aplican el razonamiento clínico.

La investigación acción en un marco teórico de realismo crítico, por citar un ejemplo, nos permitiría identificar qué cosas funcionan, para quien funcionan y bajo qué condiciones están funcionando.

De esta manera podríamos estudiar los efectos de factores como el nivel de formación /experiencia de las enfermeras, el mix profesional, los sistemas de comunicación, el ratio enfermera/paciente, los modelos de trabajo o la cultura institucional en la manera de utilizar el razonamiento clínico por parte de las enfermeras, y los efectos que ello puede tener sobre la calidad de los cuidados.

### ***3.6 Desarrollo de la Teoría /Ciencia Enfermera***

Por último, pero no por ello menos importante, el razonamiento clínico como fuente de investigación puede colaborar en el desarrollo de la teoría y la ciencia enfermera, ya que contribuye a formularse las preguntas que provocan el desarrollo disciplinar.

¿Cuáles son los fenómenos que interesan a la disciplina? ¿Cómo identificamos estos fenómenos? ¿Cuál es la ciencia enfermera que soporta esos fenómenos desde nuestra perspectiva disciplinar?

El razonamiento clínico hace imprescindible la reflexión sobre cuáles son los fenómenos enfermeros importantes para nuestra disciplina (diagnósticos). De manera que el lenguaje pueda evolucionar hacia algo que defina mejor la profesión, evolucionando aquellos conceptos que nos faltan para definir los fenómenos que tratamos y que aún no podemos nombrar.

Una vez identificados esos fenómenos es necesario identificar qué resultados son sensibles a la intervención enfermera y a través de qué intervenciones. De esta manera se va construyendo el cuerpo de conocimientos disciplinar y la teoría /Ciencia enfermera.

## 4 Conclusión

El razonamiento clínico es un proceso complejo de pensamiento y habilidades que necesita estudio y práctica para su desarrollo.

Como tal, el razonamiento clínico es la base del proceso enfermero, que no se debe confundir con los sistema de documentación, ya sean éstos digitales o en papel.

El razonamiento clínico constituye una fuente de investigación de primer orden, ya que nos permite desarrollar estudios científicos de investigación primaria, es decir, aquellos que contribuyen al desarrollo disciplinar, pero también contribuyen al desarrollo de la práctica clínica.

Desde este punto de vista, y aplicando diferentes criterios, el razonamiento clínico puede ser fuente de investigación tanto en el proceso enfermero como en los lenguajes profesionales, además puede también contribuir de forma importante al desarrollo de la ciencia y las teorías enfermeras.

## Bibliografía

1. Kuiper R., Pesut D, Krautz D. Promoting the self-regulation of clinical reasoning skills in nursing students. *The Open Nursing Journal*. 2009; 3; 76-85.
2. Scheffer,B.K, Rubenfeld M. G. A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*. 2000; 39(8); 352-359
3. Tanner, C. Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*. 2006; 45(6); 204-211.
4. Herdman, TH & Kamitsuru, S. (Eds).NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015-2017. Oxford: Wiley Blackwell. 2014.
5. Fehring, R (1994). Op. cit.

# La etnografía en la observación participante, y la perspectiva emic/etic, en el trabajo enfermero

***Rosa García-Orellán***

[rosa.garcia@unavarra.es](mailto:rosa.garcia@unavarra.es)

*Universidad Pública de Navarra*

## **Introducción**

El objetivo de esta presentación es abrir la reflexión etnográfica a la postura emic/etic. Para ello, previamente voy a contextualizar este concepto que forma parte intrínseca de la observación participante que constituye una herramienta importante para aplicar dentro del método cualitativo. Además, voy a mostrar algunas posturas metodológicas que se deberían de contemplar en la utilización de la metodología cualitativa.

Para el profesional sanitario, la pregunta de investigación surge habitualmente en el entorno de trabajo donde desarrolla su profesión. Una vez que se decide a entrar en el terreno de investigación, hay una serie de pasos a seguir previos. Estos son, realizar la observación simple del tema objeto de estudio, establecer un proceso reflexivo junto a la evidencia científica. Elaborar un proyecto básico de investigación. Además, resulta fundamental tomar contacto con los comités de bioética, que son los que nos proporcionan los permisos necesarios para comenzar nuestro trabajo. Esto es fundamental porque estos permisos influyen en gran medida en la viabilidad de nuestro trabajo. En este sentido, Manuel Amezcua afirma que “aunque la observación participante podría considerarse el paradigma de las investigaciones observacionales, donde el nivel de manipulación de la realidad es teóricamente nulo, no por ello los estudios etnográficos están exentos de dilemas éticos se dan problemas de ética especialmente en casos de investigaciones encubiertas cuando los sujetos no saben que están siendo observados”. (1)



El hecho de comenzar un trabajo etnográfico supone que nos situamos en un estudio cualitativo. Como señala De la Cuesta Benjumea, (2) "desde las últimas décadas del siglo pasado los estudios cualitativos han proliferado en el área de la salud y en particular en Enfermería". En la revisión que realiza sobre lo publicado en este campo, la autora encuentra una gran variedad de modelos, siendo tres los más utilizados: la *Etnografía*, deudora de la antropología cultural y de la observación participante que busca categorías y patrones culturales; la *Teoría Fundamentada o Teoría Anclada*, derivada del *interaccionismo simbólico* de Mead, que utiliza la entrevista y la observación participante, priorizando el punto de vista de los actores, para captar los cambios y sus efectos; y la *Fenomenología* en sus dos modelos: la *eidética o descriptiva* y la *hermenéutica o interpretada*, teniendo la primera como objetivo describir el significado de una experiencia y la segunda el comprender una vivencia, por lo que la principal diferencia entre ambas está en que la hermenéutica, la más utilizada en enfermería, precisa de la presencia del investigador en el contexto en el que se produce el proceso interpretativo.

El modelo que elegimos, nos va a situar en formas de trabajo, no obstante, la perspectiva emic/etic y las actitudes metodológicas que aquí muestro, trasvasa todos los modelos. Es por ello que presento esta propuesta de reflexión.

Nuestra investigación comienza partiendo de un borrador de proyecto junto a los permisos, además de informar a las personas con las que vamos a trabajar el tema que queremos profundizar; nuestra transformación en el terreno de investigación mediante la observación participante o proceso etnográfico, se pone en marcha, ello supone que además de profesional sanitario nuestro rol pasa a ser también el de etnógrafos en el trabajo enfermero. De este modo, participamos en el trabajo diario con las personas durante un periodo de tiempo, observando qué sucede, escuchando qué se dice, preparando entrevistas semiestructuradas, etc. En este sentido, y como bien señalan Hamersley y Atkinson, (3) "la etnografía es la forma más básica de investigación social". Pero ello, no supone registrar únicamente aquello que estamos viendo, sino que debemos ir un paso más allá. El objetivo del trabajo etnográfico, no es simplemente proporcionar descripciones de lo que ha ocurrido en un lugar determinado durante un tiempo, sino reflexionar sobre las causas estableciendo relaciones entre ellas. Todo ello nos lleva a la aplicación del modelo fenomenológico al estudio de los temas de investigación.

## La perspectiva emic/etic

El método etnográfico conlleva la observación participante. Es un método de investigación que consiste en observar las prácticas y la forma de entender la salud o enfermedad las personas con las que trabajamos, así como formar parte del proceso del cuidado inherente a nuestra profesión.

Desde la antropología Bronislaw Malinowski, instaura metodológicamente esta forma de trabajo una vez superado el evolucionismo de principios del pasado siglo veinte (4). A partir de este nacimiento del método etnográfico, evoluciona desde el naturalismo inicial, hacia diferentes corrientes de pensamiento que se desarrollan a lo largo del pasado siglo. Actualmente nos situamos en una etnografía reflexiva con planteamientos en el terreno de campo tanto de la observación participante como una postura de reflexividad emic/etic.

Una descripción de los hechos emic, es una descripción en términos de significados. Así por ejemplo una descripción *emic* constituiría en mostrar cómo manifiestan los significados y los motivos de comportamiento los propios usuarios o actores sociales, que estamos estudiando. Ante temas de cómo viven e interpretan los estilos de vida salud o la enfermedad. Mientras que la descripción *etic* es una descripción observada desde fuera de los propios actores sociales intentando en todo momento mostrar el significado que dan desde dentro sus protagonistas.

El término emic/etic<sup>1</sup>, lo introduce por primera vez el lingüista y antropólogo Kennet Pike (5) en la década de los años sesenta. Subraya la distinción *emic*, basada en la interpretación del sujeto y la diferencia de la descripción *etic*, una descripción de hechos observables por cualquier observador desprovisto de cualquier intento de descubrir el significado que los agentes involucrados le dan.

Ha existido mucho debate relacionado con la observación participante y con el análisis emic/etic. Es de resaltar la ya clásica obra de Marvin Harris *Vacas, cerdos, guerras y brujas* (6). En este trabajo Harris analiza el tabú entorno a la vaca sagrada, captando con singular intensidad la diferencia entre un punto de vista *emic* y otro punto de vista *etic*. Así,

---

<sup>1</sup> Emic término que proviene *phonemics* (fonología) y Etic, término que proviene de *phonetics* (fonética)

según él, la postura emic nos permite entender la cultura local, mientras que el juego de las dos nos sitúa ante una captación profunda de la realidad. Harris concluye así que el “amor a las vacas” constituye una auténtica necesidad adaptativa para la vida en un ecosistema de bajo consumo energético. Los términos emic y etic son tratados como dos contraposiciones, que hacen referencia a una dicotomía teórica. Dos puntos de vista opuestos: el de quien actúa y el de quien observa.

En contraposición a la visión de Harris, Kennet Pike (7) muestra una mayor flexibilidad a la hora de poner ambos términos en relación, y define *etic* y *emic* como dos extremos de un continuo. De esta manera se superedita la visión *etic* a los significados y manifestaciones *emic*, de modo que no puede existir la una sin la otra. Para el proceso de etnografía reflexiva en el que nos situamos en este trabajo, la postura de Pike, la consideramos más holística que la de Harris, ya que nos proporciona una mayor profundidad en los análisis de nuestras áreas temáticas en ciencias de la salud.

Al aplicar el concepto emic/etic al análisis del marco etnográfico en el trabajo de la investigación enfermera, estamos ante una postura metodológica cualitativa. Esto quiere decir que se intenta captar la experiencia subjetiva e intersubjetiva desde dentro, es decir, como profesionales del cuidado, establecemos una relación de intersubjetividad en la cual nos encontramos a lo largo del proceso investigador. Esta postura nos sirve para reflejar los parámetros y valores que son propios de los pacientes en caso de enfermedad o en sus formas de entender la salud.

Considero que para nuestra profesión se deberían desarrollar ambos conceptos, el emic y el etic, manteniéndonos en todo momento en un proceso reflexivo. No en vano, nuestra pregunta de investigación o tema, surge en muchos casos dentro del mismo entorno de trabajo. En ese entorno los profesionales sanitarios somos actores sociales, y mantenemos la reflexividad al vernos y percibirnos desde fuera, etic, y analizar a su vez a los usuarios desde dentro, desde su propia forma de entender el proceso salud-enfermedad. De este modo nos situamos en una retroalimentación reflexiva que en nuestra profesión ambos conceptos nos abren a una mayor posibilidad de análisis de nuestros temas objeto de estudio.

## Actitudes metodológicas en el método etnográfico

A la hora de comenzar con las entrevistas, existen una serie de actitudes metodológica que hay que tener en cuenta. Primero, antes de comenzar con las entrevistas, es muy recomendable tener conversaciones espontáneas e informales, ya que nos van introduciendo y acercando a nuestros usuarios, sumergiéndonos en el mundo de valores y códigos de las personas con las que vamos a trabajar. Además, es importante que el entrevistado conozca en profundidad las razones de la entrevista, y asegurar la confidencialidad y el derecho del entrevistado a negarse a responder a las preguntas que él o ella consideren. Todas estas cuestiones deberían de exponerse antes de empezar la entrevista.

Tanto en la observación participante como en la entrevista hay que tener en cuenta una serie de cuestiones. Aquí voy presentar únicamente tres posturas: Una, nuestras características adscritas como investigadores que están relacionadas con nuestra imagen, con cómo nos presentamos ante las personas a las que vamos a entrevistar. La segunda, prestaré atención a la cuestión del espacio social, y finalizaré con una reflexión sobre aspectos tabú, tema importante puesto que en la investigación enfermera pueden aparecer temáticas como la muerte o la enfermedad vividas como un tabú por sus protagonistas.

El primero aspecto que muestro es el de las “características adscritas”, en este sentido, Hammerley y Atkinson afirman que “puede ser necesario tener cuidado con nuestra imagen para evitar las atribuciones de identidad perjudiciales y fomentar aquellas que facilitan una relación de comunicación. Pero además es precisos mantener la situación de la entrevista en sí” debemos considerar que en nuestro campo de trabajo como investigadores debemos mantener la alerta acerca del papel que estamos desempeñando. Es importante conjugar las relaciones de intersubjetividad que se producen en el proceso de investigación entre la perspectiva de nuestros informantes ellos desde dentro son *emic*, y la perspectiva de la persona investigadora o *etic*, desde fuera. Dichos conceptos hacen referencia al punto de vista desde el cual se construye el discurso. Cabe preguntarse ¿cómo nos situamos la persona investigadora en una postura *etic*, cuando somos parte de ese espacio compartido con nuestros usuarios en la práctica clínica o socio sanitaria? Propongo la postura de Pike de retroalimentación, es decir, la persona investigadora ha de verse dentro del espacio social, analizarse en el mismo, y también analizarse desde fuera del espacio social.

El segundo aspecto es el “espacio social”. La inmersión en el lugar de la investigación o “espacio social” usando el concepto del sociólogo Pierre Bourdieu,(8) es también una cuestión importante a tener en cuenta. Estar en un “espacio social” supone que nos encontramos en un espacio que también es inter subjetivo ya que nosotros observamos a nuestros sujetos de estudio, pero a su vez, la persona investigadora es observada por ellos.

A la hora de realizar la entrevista debemos considerar el lugar. No es lo mismo el hospital o centro de salud, que los lugares que ocupan en la cotidianidad o el lugar donde viven. Hay que tener en cuenta que la vida humana se desenvuelve en lugares concretos que despiertan emociones y activan significados para nosotros. La persona vive en un mundo con múltiples centros, en el que conviven una multitud de formas de interpretación de la vida en permanente negociación, competencia y conflicto. Por ello cada individuo realiza sus propias interpretaciones negociadas en los espacios sociales.

El tercer aspecto, son los elementos tabús. Que el problema o tema a investigar nos permita una investigación viable depende en gran medida de un trabajo intenso previo a la realización de la entrevista. Para ello son necesarias la revisión en las bases de datos, que nos pueden orientar bastante. También debemos contemplar que los temas de investigación tienen aspectos tabús, silencios que deberemos analizar (9). Es muy importante tener en mente que los informantes son los que conocen su mundo. La persona investigadora tiene la tarea de captar el mundo del informante de la mejor manera que él lo pueda conocer, crear o concebir lo cual a menudo es un reto difícil de conseguir. Captar lo que es «cierto», «conocido» o la «verdad» para los informantes en los contextos o en la situación social que viven, requiere escuchar de manera activa, reflexionar y mantener una actitud de empatía. Entrar en el mundo de las personas a las que investigamos, supone paciencia, reflexión y evaluación permanente para describir los sujetos de investigación.

## **Reflexiones finales**

La complejidad del continuo proceso salud-enfermedad, inherente al ser humano, contempladas desde una postura holística en el cuidado enfermero, nos sitúa en diferentes posturas metodológicas y teóricas. Los temas de investigación, nos surgen en un gran número de ocasiones desde el propio lugar de trabajo. La etnografía reflexiva conlleva la observación participante y el proceso reflexivo emic/etic, así como observar actitudes metodológicas, como nuestras características adscritas, el espacio social y los aspectos tabús que surgen en

la investigación. Todo ello, constituyen una buena oportunidad para mantener un proceso reflexivo. Como bien señala el antropólogo Clifford Geertz (10), no solamente estudiamos problemas, sino las relaciones que se ponen en marcha y que generan dicho problema así pues, cabe preguntarse, ¿qué problema queremos investigar? dicho problema nos lleva a una situación o un proceso, que requiere de un proceso etnogáfico con observación participante y desarrollo de las posturas emic/etic que podemos aplicarlas a los diferentes modelos de investigación cualitativa.

## **Bibliografía**

- Amezcu, M. El trabajo de campo etnogáfico en salud. *Index Enfermería*. 2000; 30: 30-35.
- Bourdieu, P. *El oficio del científico*, Madrid: Anagrama; 2003.
- De la Cuesta Benjumea C. C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Inv* 2006; 25.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. *Etnografía. Métodos de Investigación*. Barcelona: Paidós; 1994.
- Malinowski, B. *Los argonautas del Pacífico occidental*. Barcelona:Península; 2001 [1922]
- Pike, L. Etic and emic standpoints for the description of behavior. *Language and thought: An enduring problem in psychology*. D Van Norstrand Company. 1967; 32-39
- Harris, M. *Vacas, cerdos, guerras y brujas: los enigmas de la cultura*, Madrid:Alianza; 1998.
- Pike, Kenneth L. and Beine, Dave. The mystery of culture contacts, historical reconstruction, and text analysis: an emic approach, *Anthropological Linguistics*. 1996; 38 (3) 598-599
- Bourdieu, P. *El oficio del científico*, Madrid: Anagrama; 2003.
- García-Orellán, R. Retos metodológicos: de la oralidad al texto. *Revista Antropológicas*. 2015; 13:57-66.
- Geertz, Clifford, *La interpretación de las culturas*. Madrid: Gedisa; 2009.



**IX JORNADAS DE  
PROFESORADO  
DE CENTROS  
UNIVERSITARIOS  
DE ENFERMERÍA**

## **COMUNICACIONES**

# El aprendizaje autónomo y autorregulado: efectos en el aprendizaje de los estudiantes universitarios.

## The autonomous and self-regulated learning: effects on learning on university student learning

*Bernat-Carles Serdà Ferrer [et. al]<sup>1</sup>*

[bernat.serda@udg.edu](mailto:bernat.serda@udg.edu)

*Facultad de Enfermería de la Universidad de Girona (UdG)*

### Resumen

La educación superior tiene como misión esencial la formación de profesionales competentes y comprometidos con el desarrollo social contemporáneo. En este estudio se analiza la implementación del portafolio durante cuatro cursos (2006-2010) en una muestra de 480 estudiantes de Enfermería. La planificación incluye tres fases (iniciación, desarrollo y consolidación), y los objetivos son: 1) evaluar la eficacia del portafolio a través de un estudio cuantitativo, con un diseño ex post facto; y 2) analizar los puntos fuertes y débiles del proceso de implementación del portafolio, a través de un estudio cualitativo en el que se utilizan grupos de discusión a partir de tópicos.

Los resultados indican: 1) en la fase de iniciación la nota media de los estudiantes que elaboran el portafolio (7,78) es superior a la nota media de los que no lo realizan (5,47) ( $p \leq ,001$ ); y en las fases de desarrollo y consolidación se unifica cada vez más la nota del portafolio y la nota final de la asignatura; 2) el diseño final del portafolio se caracteriza por ser mixto (manual y electrónico); de diseño modular; y autorreflexivo, empoderando al estudiante en el continuo del aprendizaje.

---

<sup>1</sup> Patiño,J; Baltasar,A. Facultad de Enfermería de la Universidad de Girona (UdG).

Alsina,A. Departamento de Didácticas Específicas de la Facultad de Educación y Psicología de la Universidad de Girona (UdG).



**Palabras clave:** Portafolio; Grado de Enfermería; aprendizaje reflexivo; autorregulación; evaluación.

## **Abstract**

Higher education has as its core mission the training of competent professionals committed to the contemporary social development. In this study we analyze the implementation of the portfolio over four academic years (2006-2010) in a sample of 480 nursing students. It was done in three phases (initiation, development and consolidation), and its aims were: 1) to evaluate the effectiveness of the portfolio through a quantitative study with a ex post facto design, and 2) analyze the strengths and weaknesses of the implementation process of the portfolio through a qualitative study used focus groups from topics.

The results indicate: 1) in the initiation phase the average score of students who produce the portfolio (7.78) is higher than the average score of those who do not realize (5.47) ( $p \leq, 001$ ); and stages of development and consolidation unifies increasingly note the portfolio and the final grade of the subject, 2) the final design of the portfolio is characterized by mixed (manual and electronic), modular design, and self-reflective, empowering students in the learning continuum.

**Keywords:** Portfolio; Nursing Degree; reflexive learning; self-regulation; evaluation.

## **Introducción**

La educación superior tiene como misión esencial la formación de profesionales competentes y comprometidos con el desarrollo social contemporáneo (1). Este planteamiento competencial, que ya se recoge en la Declaración de Bolonia, se ha reforzado en el Programa Marco Europeo para la Investigación y la Innovación “Horizon 2020” al

incluir un reto denominado “Europa en un mundo cambiante: sociedades inclusivas, innovadoras y reflexivas”. Un factor que va a contribuir a avanzar en este programa es el desarrollo de estudios que permitan comprender e influir en el cambio de comportamiento (2).

En el ámbito de la formación universitaria, se observa como la construcción autorregulada de conocimiento representa un elemento innovador fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje. En el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), se reconoce al estudiante como el máximo responsable de autorregular su proceso de aprendizaje (3). En este contexto la autorregulación es una competencia que hay que desarrollar y fomentar de forma continuada en el aula universitaria.

La función del docente radica en la incorporación planificada de herramientas dirigidas explícitamente a transferir paulatinamente a los aprendices el control y la conciencia de cada actividad educativa, de manera que los estudiantes se apropien del significado de los contenidos curriculares para emplearlos de forma independiente. Carandell y Tigchelaar (4) distinguen dos tipos de herramientas: las estrategias pedagógicas que incorpora el docente para fomentar procesos de autorregulación; y los instrumentos de autorregulación aptos para ser usados por los estudiantes de forma autónoma, como es el caso del portafolio.

El portafolio se entiende como una selección de evidencias que justifican un proceso de aprendizaje de acuerdo a las competencias que debería adquirir un estudiante y que reflejan la historia de sus esfuerzos, progresos y logros, constituyendo en definitiva una realidad en evolución (5). Este instrumento tiene un gran potencial como herramienta de guía y desarrollo del proceso continuo de aprendizaje, ya que el objetivo principal de la selección muestral es que evidencie el progreso del aprendizaje y, por tanto, los posibles cambios en función del punto de partida y los objetivos formulados. En cualquier caso, se trata de una incorporación planificada y sistemática con el fin de: a) transferir paulatinamente la conciencia y el control de cada actividad de aprendizaje al estudiante, estableciendo una relación más simétrica entre profesor y estudiante para que participen con responsabilidad real en el proceso de enseñanza-aprendizaje, incluyendo la evaluación; b) fomentar en el estudiante un diálogo interno que le ayude a tomar conciencia de su punto de partida así como a llevar a cabo un seguimiento de su propio proceso de aprendizaje, y ello a través de una reflexión sistematizada, apoyada y guiada por el docente (6).

Desde esta perspectiva, este instrumento didáctico permite mejorar la capacidad de conocer cuál es el material de nuestros pensamientos, identificar las circunstancias y los procedimientos mediante los cuales nuestra cognición es más eficaz y establecer una supervisión constante sobre nuestras acciones mentales, una competencia que nos coloca en una situación privilegiada para la optimización de nuestros procesos cognitivos y los productos que de ellos se derivan (7).

En el marco de los estudios de enfermería, Vera y Canalejas (8) destacan el uso del portafolio para comprender los conceptos fundamentales relativos a la salud y adquirir competencias como aprendices autónomos. González, López y Toledo (9) a partir del Proyecto Tuning de Enfermería, concluyen que el portafolio es un instrumento útil en la adquisición de competencias transversales. Olivé (10) realiza un análisis reflexivo desde 2003 en el que concluye que los estudiantes valoran positivamente el portafolio porque pueden mostrar sus aptitudes, su capacidad de análisis, su capacidad creativa e imaginativa y su capacidad en el lenguaje escrito; y, además, porque se sienten libres y autodidactas. Como elemento negativo, el portafolio conlleva a los estudiantes un tiempo de dedicación superior al que comporta la preparación de un examen, junto con una sensación de exceso de responsabilidad. Canalejas (11) realiza una investigación centrada en el papel del portafolio desde el punto de vista del docente en el que participan 58 profesores de 107 Escuelas de Enfermería españolas con experiencia en la utilización del portafolio. A partir de los resultados se identifica que éste consta de trabajos diseñados por el profesor y trabajos elegidos libremente por los estudiantes, en los que destaca la escritura reflexiva. Como ventajas, en la línea señalada también por Olivé, resaltan que el portafolio potencia la capacidad de reflexión y el pensamiento crítico, permitiendo identificar los puntos fuertes y débiles de los estudiantes. McCready (12) subraya la importancia de disponer de guías claras tanto para la construcción como para la evaluación del portafolio, a la vez que pone de manifiesto la dificultad y la falta de destreza del profesorado para realizar la evaluación cualitativa del instrumento de aprendizaje. Dekker (13) destaca el papel crucial del mentor para el aprendizaje de los estudiantes a través del portafolio. Los factores en los que se sustenta la función del mentor consisten en las ayudas educativas y las tutorías individuales o en pequeño grupo, señalando las tutorías individuales como la mentorización más efectiva. Finalmente, Watson (14) destaca que la evaluación del instrumento no presupone la evaluación del aprendizaje. Considerando este marco teórico de referencia, el presente estudio se

contextualiza en la asignatura de Anatomofisiología del Grado de Enfermería, cuyo objetivo de aprendizaje es que los estudiantes adquieran los conocimientos de la anatomía y la fisiología de los diferentes aparatos del cuerpo humano y las implicaciones de estos conocimientos en la valoración, la planificación de la atención y los procedimientos de la enfermería. Las exigencias de la asignatura en particular conlleva la incorporación paulatina de otra actividad de evaluación que favorezca la participación activa de los estudiantes en todo el proceso formativo: el portafolio.

## **1 Objetivos**

En este contexto didáctico, el objetivo general del estudio consiste en evaluar el proceso de implementación del portafolio durante cuatro cursos académicos (2006-2010). Este objetivo se concreta en dos objetivos específicos: a) evaluar la eficacia del portafolio a través del rendimiento de los estudiantes (notas); b) analizar los puntos fuertes y los puntos débiles del proceso para co-construir y reconstruir el instrumento de forma autorregulada.

## **2 Método**

El estudio se desarrolla en tres fases: fase de iniciación (2006-2008), en la que la elaboración del portafolio es voluntaria; y fases de desarrollo (2008-2009) y consolidación (2009-2010), en las que el portafolio pasa a ser obligatorio. Se combinan dos metodologías de investigación, una cuantitativa y otra cualitativa. La metodología cuantitativa se usa para analizar el primer objetivo del estudio que, como se ha indicado, consiste en evaluar los efectos del portafolio a través del rendimiento de los estudiantes (estudio 1); y el método cualitativo se utiliza para analizar el segundo objetivo, que pretende analizar los puntos fuertes y puntos débiles del portafolio para co-construir y reconstruir el instrumento (estudio 2).

### ***2.1 Muestra***

La muestra está formada por 480 de primer curso de Anatomofisiología de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Girona. La edad media de los participantes es

de 20 años ( $dt = 5$ ). El 89% son mujeres y el 11% son hombres. El 76% son catalanes, el 22% proceden de otras comunidades autónomas y el 2% de otros países.

La mayoría de los estudiantes han escogido los Estudios de Enfermería en primera opción.

La muestra se distribuye de la forma siguiente:

Tabla 1. Distribución de la muestra

Fase	Nº de estudiantes
Iniciación (2006-2008)	225
Desarrollo (2008-2009)	117
Consolidación (2009-2010)	138

Los criterios de inclusión son:

- Realizar por primera vez la asignatura de Anatomofisiología.
- La firma del consentimiento informado del interesado. Este documento corresponde al consentimiento de participación para dejar constancia de haber sido bien informados acerca de la investigación y de la persona de referencia con quien contactar para cualquier aspecto referente al estudio. Además, se entrega una hoja informativa en la que se concretan los diferentes aspectos de la investigación.

El criterio de exclusión es:

- No haber asistido a las sesiones magistrales.

## ***2.2 Instrumento***

El portafolio inicial, que se va modificando a partir del proceso de implementación autorregulado, es en formato papel e incluye el siguiente índice:

### **2.2.1 Presentación**

Esta parte inicial del portafolio corresponde a la fase de autoanálisis o de visualización del punto de partida.

- Portada: nombre de la asignatura, del estudiante y grupo al que pertenece.
- Hoja de presentación individual: nombre, edad, nivel de formación, centro de trabajo, correo electrónico, breve trayectoria profesional (máximo 1 página)
- Objetivos: qué se espera de esta asignatura (máximo 1 página).
- 2.2.3 Actividades

La parte intermedia recoge las actividades organizadas de forma progresiva (de forma general a específica y de simple a compleja) con una actividad de autoevaluación integrada.

- Índice de las actividades

- Presentación de las evidencias: escritos individuales del estudiante en relación a los aspectos tratados; síntesis escrita de las reflexiones surgidas de la interacción en pequeño grupo a partir de las preguntas planteadas; mapas conceptuales hechos cooperativamente; contraste de ideas (reflexiones individuales entre lo que uno piensa y el resultado de la puesta en común en el pequeño y el gran grupo); acercamiento al ámbito teórico; concreción de los objetivos propios (¿en que quiero cambiar?); búsqueda de alternativas (bibliografía consultada, experiencias identificadas, etc.); plan de acción (para hacer factible el cambio); etc.

### 3 Valoraciones finales

La parte final recoge la evaluación global del proceso:

- Lectura atenta de las primeras reflexiones y contraste desde la perspectiva global actual.
- Repaso de todas las actividades o evidencias del proceso de aprendizaje recopiladas. Búsqueda de las evidencias que reflejan mejor los cambios en referencia a los aspectos tratados en la asignatura.
- Reflexión sobre la selección de las evidencias escogidas y redacción de un documento final del proceso de construcción del conocimiento en el que se argumente el cambio o progreso experimentado en el propio desarrollo profesional.

Transferencia del conocimiento en el contexto sociosanitario.

En el transcurso de las diferentes fases de implementación del portafolio, tal y como se describe en el estudio 2, algunas actividades del portafolio se plantean en formato digital para proporcionar un feed-back inmediato.

Estudio 1: Efectos del portafolio a través del rendimiento de los estudiantes.

Este primer estudio es de tipo cuantitativo y ex post facto. Para la evaluación del portafolio, y en base al objetivo de aprendizaje de la asignatura, se elabora un instrumento de diseño propio que incluye las variables relativas al formato, la defensa oral de las fortalezas y debilidades del instrumento y la respuesta a las cuestiones planteadas por el docente. El profesor y los estudiantes valoran estas variables a partir de una escala Likert (0 a 10) con un descriptor de correspondencia para cada uno de los intervalos (Anexo 1). El resultado corresponde a la media entre la valoración registrada por el profesor y la autoevaluación de los estudiantes el primer y segundo semestre.

El análisis estadístico se realiza a través del paquete de *software* estadístico SPSS/PC versión 15 para Windows, aplicando diversas técnicas y procedimientos en función de los datos que se pretenden explotar en base al objetivo:

- Prueba t de Student-Fisher, para realizar comparaciones de medias cuando la variable estaba formada por dos grupos apareados.
- Coeficiente de correlación lineal de Pearson, para determinar correlaciones entre variables.

#### Estudio 2: Análisis de los puntos fuertes y puntos débiles del portafolio

La metodología es cualitativa, se utilizan grupos de discusión. Estos grupos se nutren de la discusión que generan las situaciones grupales para obtener información y permite que los participantes interactúen, se den apoyo y generen datos que no saldrían sin la estimulación o la participación de otras personas en las mismas circunstancias. Los grupos son de 4-6 personas e incluyen un profesor.

Una vez seleccionados y distribuidos los estudiantes, se programa la sesión a partir de una noticia publicada en la plataforma *Moodle*. Para la realización de los grupos, los profesores moderadores usan el listado de tópicos que se expone en la Tabla 2, correspondientes a la herramienta de evaluación. Para no crear un sesgo de contenido, en ningún momento los investigadores usan términos calificativos que valoren positiva y/o negativamente el portafolio.

Tabla 2. Tópicos alrededor de los cuales se generan los grupos de discusión

¿Cómo realizan el trabajo diario?
¿Cómo se organizan?
¿Cómo toman las decisiones?
¿Cómo consiguen el material de ayuda?
¿Qué les gustaría hacer y qué es lo que realmente hacen?
¿Qué necesitan?
¿Qué cambiarían de lo vivido?

En la fase de iniciación se realizan dos grupos de discusión. El elemento diferenciador de ambos grupos es haber realizado o no el portafolio, ya que en esta fase todavía es voluntario, como se ha indicado.

En las dos fases siguientes (desarrollo y consolidación) se realiza un solo grupo de discusión, y cada grupo dura aproximadamente 90 minutos. La información se graba con audio y posteriormente se realiza la transcripción. Para analizar los datos, a partir de las grabaciones

se transcribe tanto la comunicación verbal como la no verbal. Para facilitar el análisis cualitativo de datos textuales se usa el programa informático Atlas.ti.

Para el análisis categorial se utiliza el "método de comparaciones constantes" descrito por Strauss y Corbin (15). Los códigos identificados que influyen en el procedimiento de implementación del portafolio se agrupan en 3 grandes campos:

- 1) "Puntos fuertes": descripción de los efectos positivos derivados del proceso de implementación de la metodología didáctica.
- 2) "Puntos débiles": limitaciones detectadas del instrumento.
- 3) "Consideración de cambios para la fase posterior": cambios identificados tanto en el grupo de profesores como de estudiantes y que potencialmente mejoran la calidad del instrumento.

El análisis del contenido se realizó en catalán, no obstante los datos registrados se obtuvieron tanto en catalán como en castellano.

## 4 Resultados

La presentación de los resultados del estudio 1 se estructura siguiendo las fases metodológicas progresivas. En la Tabla 3 se presentan los resultados de la fase de iniciación relativos a la comparación de la nota media de la asignatura entre el grupo de estudiantes que en realiza el portafolio (grupo experimental) y el grupo que no lo realiza (grupo control).

Tabla 3. Comparación de la nota media de la asignatura entre grupos

Año	Grupo	N	$\bar{x}$	DS	Prueba t	p*
2006/2008	Experimental	156	7,78	1,09	13,92	$\leq ,001$
	Control	69	5,47	1,26		

En esta fase inicial, en la que la evaluación de la asignatura del grupo control se realiza a través de desarrollo de casos a partir de la metodología del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y una tarea de elección múltiple, mientras que en el caso del grupo experimental se incorpora el portafolio en papel, la media de las notas del grupo de estudiantes que realiza el portafolio es de 7,78, mientras que en el grupo de estudiantes que no lo realiza es de 5.47, siendo la diferencia estadísticamente significativa.

En la Tabla 4 se estudia fase a fase la diferencia entre la nota media del portafolio y la nota final de la asignatura:



Tabla 4. Diferencias entre la nota media del portafolio y la nota final de la asignatura

Fase	Grupo	N	$\bar{x}$	DS	Prueba t	p
Iniciación (2006/2008)	Nota Portafolio	156	7,78	1,09	5,61	$\leq,001$
	Nota Final		7	1,33		
Desarrollo (2008/2009)	Nota Portafolio	117	7,16	1,13	1,254	,211
	Nota Final		6,94	1,42		
Consolidación (2009/2010: mañana)	Nota Portafolio	69	7,39	1,18	,420	,675
	Nota Final		7,31	1,23		
Consolidación (2009/2010: tarde)	Nota Portafolio	69	6,8	1,25	1,19	,236
	Nota Final		6,5	1,44		

Como puede apreciarse en la Tabla anterior, sólo se observan diferencias significativas en la fase de iniciación entre el grupo experimental y el grupo control, cuando la realización del portafolio era voluntaria. En las dos fases restantes (desarrollo y consolidación), cuando el portafolio pasa ya a ser obligatorio, no existen diferencias significativas entre la nota del portafolio y la nota final de la asignatura.

Para finalizar se presentan los resultados relativos a las tendencias de la nota media entre grupos y fases.

Tabla 5. Tendencias de las notas entre fases y grupos

Fase	Grupo	n	$\bar{x}$	(DS)	Nota Mínima	Nota Máxima
Iniciación	Experimental (nota portafolio)	156	7,78	1,09	5	9,75
	Experimental (nota final)		7	1,33	3	10
	Control (nota final)	69	5,47	1,26	2	8

Desarrollo	Experimental (nota portafolio)	117	7,16	1,13	4,50	9,50
	Experimental (nota final)		6,95	1,42	2,50	10
Consolidación	Experimental (nota portafolio)	138	7,1	1,21	4,5	9,5
	Experimental (nota final)		6,92	1,33	3,05	9,5

En el transcurso de las fases, la diferencia entre las notas es cada vez menor, de manera que en la fase de consolidación la nota del portafolio y la nota final tienden a unificarse.

Finalmente, para obtener datos todavía más precisos, se analiza la correlación entre la nota del portafolio y la nota final mediante el índice de correlación de Pearson (P).

Tabla 6. Correlaciones entre la nota del portafolio y la nota final

Año	(n)	Correlación nota portafolio- nota final	P
2006/07	72	,836	,000**
2007/08	84	,804	,000**
2008/09	117	,848	,000**
2009/10	138	,804	,000**

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Los resultados relativos al estudio 2, derivan de los grupos de discusión se presentan organizados por fases y códigos.

Tabla 7. Puntos fuertes y puntos débiles en la fase de iniciación

	Resultados/Elementos	Citas
Puntos fuertes	Refuerza el procedimiento continuo de aprendizaje.	<i>“El trabajo de sombrear el origen e inserción muscular me obligó a repasar el sistema óseo y a entender la relación entre los dos sistemas”.</i>

	Incentiva la creatividad natural en la búsqueda de la mejor estrategia para la construcción autorregulada del conocimiento (esquema, mapa conceptual, esbozos anatómicos...)	<i>“He intentado buscar la mejor forma para visualizar el trabajo, he incluido resúmenes, mapas conceptuales, esbozos...”</i>
Puntos débiles	Rendimiento bajo (mucho tiempo invertido no evaluado).	<i>“Son muchas horas de trabajo que no cuentan para la nota final”.</i> <i>“Se invierte mucho tiempo planificando la lámina son horas muertas”</i>
	Actividades demasiado abiertas, mal calibradas.	<i>“Hay algunas actividades, como el análisis del ciclo cardíaco que son demasiado abiertas y difíciles, uno no sabe por donde empezar.”</i>
	Descoordinación entre la clase magistral y el portafolio.	<i>“El trabajo no está coordinado. En el P realizo un cuestionario del tema de tejidos, y en clase se está desarrollando el Sistema Nervioso”.</i>
	Falta de trabajo colaborativo.	<i>“Es un trabajo de peso demasiadas horas en solitario”</i>
Propuestas de mejora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programar las horas invertidas por el estudiante.</li> <li>- Evaluar el portafolio, que pasa a ser obligatorio (25% de la nota final).</li> <li>- Diseñar una guía orientativa de la actividad, incluyendo competencias, objetivos, actividades, evaluación, bibliografía.</li> <li>- Coordinar los contenidos de la clase magistral con el portafolio (cronograma de actividades).</li> <li>- Incluir el trabajo cooperativo.</li> </ul>	

Tabla 8. Puntos fuertes y puntos débiles en la fase de desarrollo

	Resultados/Elementos	Citas
Puntos fuertes	Desarrolla destrezas comunicativas entre los estudiantes	<i>“El trabajo en grupo ayuda mucho. El análisis sobre la fase del ciclo cardíaco fue muy interesante: los compañeros dieron su punto de vista desde su forma de entenderlo”</i>
	Integra teoría y práctica.	<i>“El planteamiento de el caso clínico en el P, me ha permitido relacionar los conceptos expuestos en clase y relacionarlos”</i>
	Evidencia la construcción autorregulada del conocimiento.	<i>“Con las láminas progresivas de anatomía he aprendido mucho, de las estructuras anatómicas generales a las más específicas”.</i>
	Se elabora un álbum anatómico de valor y referencia.	<i>“Para el examen he estudiado la asignatura con el portafolio. Lo guardaré con los Atlas de Anatomofisiología”</i>
	Favorece la zona de desarrollo próximo.	<i>“La evaluación inicial me ayuda a seguir en clase y ver lo que no entiendo”</i> <i>“Para confirmar que identifiqué las estructuras que se describen lo verifiqué con el atlas”</i>
	Aumenta la calidad del proceso de aprendizaje transfiriendo el rendimiento en clase.	<i>“La actividad previa de planos y ejes me ha ayudado a describir las imágenes radiológicas”</i>
Puntos débiles	Actividades mecanizadas.	<i>“Hay actividades que no tengo tiempo de hacer y las copio del atlas o de un compañero.”</i>

	Ausencia de un profesor/tutor, como enlace comunicativo eficaz con el estudiante.	<i>"Hay actividades que inicialmente no entiendo y me bloquean el trabajo. Necesitaría una consulta rápida para despejar dudas"</i>
	Déficit de feed-back intermedio en actividades hipercomplejas (retroalimentación intermedia).	<i>"Hay actividades de muchas horas de trabajo, como la clasificación articular que si empiezas mal, todo el ejercicio está mal, hace falta una revisión previa e incluir las tutorías".</i>
	Falta de explicitación de criterios objetivos de evaluación.	<i>"Si se evalúa la presentación lo haré bonito, si se evalúan el número de actividades, voy a incluir muchas actividades...haremos lo que nos pidan para aprobar, deberíamos saberlo".</i>
	Carencia de una evaluación más sensible y específica.	<i>"Esta forma de evaluar no incluye todas las láminas"</i>
	Evaluación desajustada a las características del instrumento (la calificación condiciona su elaboración).	<i>"En la actividad, del análisis del ciclo cardíaco del portafolio tengo máxima nota y en el examen no apruebo"</i>
Propuestas de mejora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mediar una tutoría efectiva.</li> <li>- Incluir un apartado de aprendizaje realista y reflexivo.</li> <li>- Incluir progresiones didácticas que evalúan conceptos (e-portafolio).</li> <li>- Co-construir un instrumento de evaluación (profesor-estudiante).</li> <li>- Programar dos evaluaciones anuales.</li> </ul>	

Tabla 9. Puntos fuertes y puntos débiles en la fase de consolidación

	Resultados/Elementos	Citas
Puntos fuertes	Incentiva el diálogo reflexivo (con uno mismo, con los demás y con la teoría) y refuerza el pensamiento crítico.	<i>"El apartado de aprendizaje reflexivo me ha ayudado a preguntarme qué he aprendido y cómo lo he aprendido, ayuda incluso a entender el por qué se plantea la actividad y cómo la desarrollan los compañeros"</i>
	Refuerza la interacción con el tutor y con el resto de estudiantes.	<i>"El tutor de portafolio ha seguido la elaboración del documento y ha destacado los errores y como mejorarlos".</i>
	Se consigue un aprendizaje profundo y significativo.	<i>"Al terminar la lámina se me plantean nuevos elementos de aprendizaje".</i>
	Se evalúa de forma continua y ajustada a la realidad (inmediatez de resultado).	<i>"Con las láminas Express me doy cuenta de lo que no se y necesito estudiar más"</i>
	Respeto el ritmo en el procedimiento continuo de aprendizaje (autorregulación).	<i>"Los cuestionarios de evaluación inicial con las correcciones van muy bien, las actividades encadenadas también, no hace falta hacerlas todas y esto ayuda mucho a los estudiantes".</i>
Puntos débiles	Exigencia temporal que sobrepasa la dedicación crediticia del tutor.	<i>"Debemos programar más sesiones de evaluación continuada que las determinadas por coordinación"</i>

	Mayor vínculo emocional del estudiante que en algunos casos puede interferir en su evolución.	<i>“Los estudiantes se arraigan a su formato y no contemplan otras fórmulas para desarrollar del contenido”.</i>
Propuestas de mejora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar un plan estratégico para calibrar el aprendizaje realizado en el aula y el aprendizaje autónomo.</li> <li>- Diseñar un protocolo de evaluación ajustado a parámetros cuantitativos y cualitativos.</li> <li>- Incluir, a parte de las muestras de decisión compartida, un apartado para que el estudiante incorpore otras evidencias elaboradas de forma autónoma y que completan la construcción autorregulada de conocimiento.</li> </ul>	

## 5 Conclusiones

En virtud de los resultados, y concretando fase a fase, observamos que en la fase de iniciación (2006-2008), en la que la realización del portafolio es voluntaria, los resultados cuantitativos indican que existen diferencias estadísticamente significativas en la nota final de la asignatura entre el grupo de estudiantes que elabora el portafolio y el grupo de estudiantes que no lo realiza, siendo favorable en el primer grupo. Este resultado confirma los datos de otros estudios que señalan también la utilidad del portafolio como instrumento para la construcción de conocimientos. Los datos cualitativos señalan que el factor clave susceptible de mejora corresponde a la necesidad de programar un diseño de evaluación adecuado. Por esta razón, de acuerdo con McCready, se llevan a cabo unas actuaciones orientadas a mejorar la calidad del instrumento: la coordinación de las actividades del portafolio con el programa de la asignatura; y el diseño homogéneo de actividad que sigue una secuencia organizada de apartados que incluye competencias, objetivos, contenidos, autoevaluación y bibliografía. Además, los estudiantes proponen la elaboración obligatoria del portafolio, por su potencialidad y efecto en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Los resultados cuantitativos registrados en la fase de desarrollo evidencian una mejora sustancial en la calidad y sensibilidad del instrumento para evaluar el proceso de enseñanza-aprendizaje, dato que se confirma a partir de una menor diferencia en la media y dispersión en el resultado final del instrumento y el resultado final de la asignatura. El análisis cualitativo sugiere que los puntos débiles del portafolio corresponden a la necesidad de los estudiantes

de obtener un *feed-back* intermedio para evaluar los resultados durante el proceso. Esta limitación metodológica determina un cambio dirigido a programar una evaluación interproceso (intermedia), con el objetivo de conseguir una evaluación eficaz adaptada y que respete el *timing* del estudiante. Este factor plantea la posibilidad de incorporar, junto con las actividades del portafolio en formato papel, algunas actividades de evaluación automática a partir del portafolio digital diseñado en la plataforma *Moodle*. A su vez, los estudiantes fundamentan la necesidad de establecer una relación colaborativa profesor-estudiante en todas las fases del proceso de enseñanza-aprendizaje. Los estudiantes manifiestan la dificultad para reconocer los factores necesarios para poder afrontar de forma resolutiva la actividad planteada, lo que conlleva un periodo de desconocimiento que les incapacita y tiende a autolimitar la capacidad creativa necesaria. Si el periodo de incertidumbre se mantiene y no se reconduce puede generar un estado de frustración y estrés, tal como señalan Brockbank y McGill, con el riesgo de fractura e incluso abandono del proceso. Por este motivo, se decide incluir en la fase de consolidación un tutor responsable en cada subgrupo de estudiantes.

La última fase de implementación del portafolio se caracteriza por una mayor especificidad del instrumento en la evaluación del resultado, dato que se confirma a partir de una menor diferencia en la media entre el resultado final del instrumento y el resultado final de la asignatura. El portafolio pasa a ser mixto, combina el formato papel y el formato digital. Además, se incorpora la técnica de evaluación combinada en la que están implicados tanto el profesor como los estudiantes, que incluye actividades de evaluación cualitativas y cuantitativas.

En esta fase final los estudiantes destacan la flexibilidad del instrumento en el ritmo natural de aprendizaje. Junto con este dato valoran también la capacidad de cubrir la faceta formativa de una forma inmediata y de poderse complementar en las dos evaluaciones finales, aunque la piedra angular de la fase corresponde a los efectos de la inclusión del aprendizaje realista y reflexivo. El diálogo realista y reflexivo facilita la interacción entre el tutor y el resto de estudiantes, favoreciendo un análisis profundo y significativo, por lo que todas las dudas iniciales sobre la validez y fiabilidad del instrumento quedan superadas.

A modo de conclusión, el proceso de implementación autorregulado del portafolio ha mediado su desarrollo hasta su innovación. En esta línea, el diseño proactivo ha favorecido el desarrollo continuo del instrumento. Este proceso ha permitido la co-construcción y

reconstrucción de forma autorregulada y eficaz. La construcción final del portafolio se caracteriza por ser mixto, en el que se combinan dos formatos: el manual y el digital. Además, su diseño modular permite adaptarse a las necesidades educativas del estudiante, favoreciendo el aprendizaje realista y reflexivo a partir de la interacción y el contraste con uno mismo, con los demás y con la teoría. Estos elementos evidencian el empoderamiento del estudiante mediando un proceso de aprendizaje significativo y de calidad.

A partir de las necesidades detectadas por la propia investigación, en futuros estudios se van a analizar con mayor detalle cuáles son los elementos del aprendizaje realista y reflexivo que favorecen la autorregulación y qué herramientas (estrategias pedagógicas e instrumentos) contribuyen a aprender de forma autónoma.

## Bibliografía

1. UNESCO Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: visión y acción. 1998. Consultado el 15 de Septiembre de 2013, en: [http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration\\_spa.htm](http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm).
2. UNESCO Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: visión y acción. 1998. Consultado el 15 de Septiembre de 2013, en: [http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration\\_spa.htm](http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm).
3. SCIENCE EUROPE. Embedding social sciences and humanities in the Horizon 2020 societal challenges. Bruselas: Science Europe. 2013.
4. WERTSCH JV. Voces de la mente. Un enfoque sociocultural para el estudio de la acción mediada. Madrid: Aprendizaje Visor. 1993
5. CARANDELL KL, TIGCHELAAR A. Herramientas para fomentar procesos de autorregulación. Barcelona: Octaedro. 2010.
6. CANO E. El portafolio del profesorado universitario: un instrumento para la evaluación y para el desarrollo profesional. Barcelona: Octaedro. 2005.
7. SALTMAN DC, TAVABIE A, KIDD MR. The use of reflective and reasoned portfolios by doctors. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2012; 18(1), 182-185
8. BOEKAERTS M. La evaluación de las competencias de autorregulación del estudiante. Pisa como excusa. Repensar la evaluación para cambiar la enseñanza. Barcelona: Graó. 2009.

9. VERA M, CANALEJAS M.C. El portafolio como recurso de aprendizaje e instrumento de evaluación de estudiantes repetidores de enfermería. *Educación Médica*. 2007; *10*(2), 114-120.
  10. GONZÁLEZ L, LÓPEZ I, TOLEDO D. Portafolio y aprendizaje basado en problemas (ABP): Comparación en la adquisición de competencias transversales. *Revista ROL de enfermería*. 2009; *32*(7-8), 51-58.
  11. OLIVÉ MC El portafolio o la carpeta de aprendizaje en enfermería como instrumento para un aprendizaje reflexivo y crítico: Una experiencia exportable a otras disciplinas. *Revista d'Innovació Docent Universitària*. 2010; *2*, 23-33.
  12. CANALEJAS M.C. El portafolio como herramienta didáctica: un estudio en escuelas universitarias de enfermería. *Educación Médica*. 2010; *13*(1), 53-61.
  13. MCCREADY T. Portfolios and the assessment of competence in nursing: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2007; *44*(1), 143-151.
  14. DEKKER H. ET AL. Mentoring portfolio use in undergraduate and postgraduate medical education. *Medical Teacher*. 2009; *31*(10), 903-90
  15. WATSON R. Student nurses' knowledge, skills and attitudes towards the use of portfolios in a school of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 2007; *16*(3), 616-617.
- STRAUSS A. CORBIN J. Basics of qualitative research. Grounded theory: procedures and techniques. Newbury Park, CA: Sage Publications. 1991.



Anexo 1. Instrumento de evaluación del portafolio.

### EVALUACIÓN DEL PORTAFOLIO

Criterios de evaluación:

A	B	C <sup>+</sup>	C <sup>-</sup>	D	E	N
10-9	8-7	6-5	4-3	2-1	0	No se identifica

A: La actividad se realiza correctamente.

B: El ejercicio es correcto aunque presenta déficits esenciales.

C<sup>+</sup>: El ejercicio es correcto pero presenta déficits significativos.

C<sup>-</sup>: El resultado del ejercicio no consigue resolver cuestiones esenciales.

D: El ejercicio es deficiente, incompleto y/o inadecuado.

E: El ejercicio es nulo.

	Total	Nota profesor	Nota estudiante	Media Final
<b>Formato</b>				
Elaboración y estructura de las láminas propuestas es adecuada	20%			
Láminas organizadas en una línea coherente. Índice, paginación, organización, aprendizaje reflexivo, autoevaluación, conclusiones y bibliografía.				
<b>Defensa oral</b>				
Justifica de forma coherente la estructura del portafolio. La comunicación del proceso de autorregulación es adecuada y formalmente innovadora. Comunicación fluida y entendedora. Utiliza terminología adecuada (lenguaje de la ciencia).	25%			
<b>Elaboración propia y autónoma</b>				
Considera los puntos fuertes y débiles del instrumento didáctico y del resultado de la elaboración de su portafolio personal. El estudiante presenta un trabajo de elaboración original y con contenido adicional en relación a las necesidades detectadas en el proceso de aprendizaje. El estudiante argumenta nuevas propuestas para la mejora cualitativa del instrumento identificadas en el proceso individual de aprendizaje. Existe una relación coherente entre las fuentes de información utilizadas y el contenido.	35%			
<b>Cuestiones planteadas por el profesor</b>				
Defensa y responde adecuadamente a las preguntas del profesor relativas al proceso de aprendizaje	20%			
OBSERVACIONES PRIMER SEMESTRE	Propuesta de mejora al estudiante a considerar en la presentación del 2º semestre.			
OBSERVACIONES SEGUNDO SEMESTRE				

# Modelo de gestión para la investigación en enfermería. Experiencia de la Universidad de Navarra

*Cristina García-Vivar[et.al]<sup>1</sup>*

[cgarvivar@unav.es](mailto:cgarvivar@unav.es)

*Universidad de Navarra, Facultad de Enfermería  
IdiSNA, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra  
Universidad de Navarra, Clínica Universidad de Navarra*

## Resumen

**Introducción.** Las nuevas demandas universitarias están obligando a redefinir el modelo de gestión de la investigación en enfermería con el objeto de consolidar su calidad e impacto socio-sanitario. **Objetivo.** Presentar las estrategias utilizadas en la implantación de un modelo de gestión para el desarrollo de la investigación en enfermería en la Universidad de Navarra (UN). **Metodología.** Las cuatro fases de Marchette (simulación, individualista, unificada, equilibrio) son el marco para presentar el modelo de gestión llevado a cabo por la UN para potenciar la investigación en Enfermería. **Resultados.** Se describen las siguientes estrategias: organización de jornadas y reuniones sobre investigación; inversión en capacitación investigadora de los profesores; aprobación de las líneas de investigación como estructuras organizativas para el desarrollo del conocimiento en enfermería; creación de la Cátedra María Egea para la investigación; implantación del Plan Estratégico en investigación 2013-2018;

---

<sup>1</sup> Canga Armayor, A.; López-Dicastillo, O;M. Pérez Díez del Corral, M.

Universidad de Navarra, Facultad de Enfermería

IdiSNA, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra

Rumeu Casares, C. Saracibar Razquin, MC.

Universidad de Navarra, Clínica Universidad de Navarra.

aprobación del Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería. **Conclusiones.** Existe la necesidad de adoptar y adaptar nuevas estructuras de gestión de la investigación que fomenten la creación de conocimiento disciplinar, el desarrollo de equipos de investigación competitivos, la interdisciplinariedad, el trabajo en equipo, y la formación de nuevos investigadores. Asimismo, estas estructuras deben dar respuesta a las nuevas demandas socio-sanitarias, y promover la práctica clínica de enfermería de excelencia.

**Palabras clave:** investigación, gestión, enfermería

### **Abstract**

**Introduction.** The new university demands require redefining the management model of nursing research in order to consolidate its quality and socio-health impact. **Aim.** To present the strategies used in the implementation of a management model for the development of nursing research at the University of Navarra (UN). **Methodology.** The four phases of Marchette (the simulation, the individualistic, the unified and the balanced phases) are the framework to present the management model implemented by the UN to foster research in Nursing. **Results.** The following strategies are described: organizing conferences and meetings on research; research investment in teacher training; approval of the research areas as organizational structures for the development of nursing knowledge; creation of the Chair Maria Egea for research; implementation of the Research Strategic Plan 2013-2018; approval of the Doctoral Program in Nursing Science. **Conclusions.** There is a need to adopt and adapt new management structures that encourage disciplinary knowledge, the development of competitive research teams, interdisciplinary research, teamwork, and training of new researchers. Also, these structures must respond to new health and social demands, and promote clinical nursing practice of excellence.

**Keywords:** research, management, nursing

## **Introducción**

Las nuevas demandas socio-económicas así como el incremento de mecanismos de evaluación de la calidad docente e investigadora están obligando a las instituciones universitarias a redefinir su modelo de gestión de la investigación con el objeto de consolidar la calidad e impacto de la investigación en el marco de los sistemas nacional de innovación.

En este contexto de cambio, las Escuelas y Facultades de Enfermería también han tratado de adaptarse para enfrentarse con éxito a las nuevas demandas universitarias, sanitarias y sociales. En este sentido, desde la aprobación en 2005 de los Reales Decretos 55/2005 y 56/2005 de 21 de enero por los que se regularon los estudios universitarios oficiales de Grado y Postgrado, la Enfermería, como disciplina, ha podido completar todo el ciclo de desarrollo académico en la Universidad, y como consecuencia elevar su capacitación investigadora. Por tanto, esta situación ha propiciado que la investigación en enfermería se configure como fundamento de la docencia así como un medio para el desarrollo disciplinar, científico y la innovación en los cuidados de salud.

En un intento de dar un paso más en la mejora de la investigación en cuidados, las Escuelas y Facultades de Enfermería han ido incorporando modelos de gestión de la investigación para promover resultados de calidad. En esta línea está trabajando desde el año 2000 la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra.

## **1 Objetivos**

El objetivo de esta comunicación es presentar las estrategias utilizadas en la implantación de un modelo de gestión para el desarrollo de la investigación en enfermería en la Universidad de Navarra (UN).

## 2 Metodología

El desarrollo de la investigación en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra se puede comparar a las cuatro fases descritas por Marchette (1) sobre la evolución de la investigación en enfermería en Europa. Estas fases corresponden a la fase de simulación, la fase individualista, la unificada y la fase de equilibrio. Las cuatro fases de Marchette serán el marco para presentar brevemente el modelo de gestión llevado a cabo por la Universidad de Navarra para potenciar la investigación en Enfermería.

## 3 Resultados

### *Fase de simulación (1990-1996)*

La *fase de simulación* se caracteriza por el entusiasmo acerca de la importancia de la investigación en enfermería.

Desde sus inicios en 1954, la Facultad de Enfermería mostró un interés por la investigación, siendo pionera en el liderazgo y desarrollo de reuniones científicas de enfermería que han abordado, desde muy diferentes perspectivas, la investigación enfermera, sus prioridades, la interdisciplinariedad..., así como su integración en la práctica de enfermería. La primera reunión fue en 1993 con el lema "Investigación: su lugar en la educación y en la práctica de enfermería". Se han ido organizando otras jornadas y congresos tales como "El Dialogo con otras Ciencias" (1996), "Investigación Enfermera en el Siglo XXI: Orientaciones para la Acción" (2001), "Desarrollo del conocimiento de la Enfermería y su integración en la práctica profesional" (2005), etc.

### *Fase individualista (1996-2006)*

Según Marchette, en la *fase individualista*, las enfermeras realizan estudios de investigación aislados, sin contribuir de manera significativa al desarrollo de la ciencia enfermera.

Para la Universidad de Navarra, esta fase consistió principalmente en la formación de nuevos investigadores. Para ello, se llevó a cabo el Plan Estratégico 1996-2006 para potenciar la formación de los profesores en investigación y así obtener el título de doctor

en universidades extranjeras (al no estar aprobada hasta el 2005 la formación oficial de postgrado en enfermería en España). Un número importante de los profesores cursaron sus estudios de doctorado en universidades internacionales de prestigio como la University of Edinburgh, King's College London, University of Glasgow, Glasgow Caledonian University, University of Manchester, Durham University y Sheffield University.

Esta estrategia ha dado lugar a que en la actualidad cerca del 70% de los profesores de la Facultad de Enfermería posean grados académicos de máster y doctorado en Enfermería. También se impulsó a que otras enfermeras obtuvieran el título de doctor en otras facultades, como por ejemplo la Facultad de Medicina o la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Navarra. Si bien todo ello supuso por parte de la UN una inversión muy importante en recursos humanos y económicos, ha permitido que actualmente todo el profesorado estructural de enfermería tenga el grado de doctor.

### ***Fase unificada (2006-2011)***

En la tercera fase, la unificada, las enfermeras contribuyen al desarrollo de la enfermería con estudios de investigación relacionados entre sí, creando de esta manera un cuerpo de conocimiento de enfermería. Una característica de esta fase es el desarrollo de infraestructuras y redes organizadas de apoyo a la investigación.

Una estrategia clave ha sido el desarrollo e implantación de las líneas de investigación como estructuras organizativas para el avance del conocimiento en enfermería y la aplicabilidad de los resultados a la práctica clínica (investigación traslacional). Las primeras líneas de investigación se aprobaron en 2000 para el periodo 2000-2005. Tras 5 años de experiencia, se comienza un proceso de redefinición de las líneas de investigación y se aprueban nuevas líneas para el periodo 2005-2011.

Asimismo, el desarrollo e implantación de estudios de postgrado (master y doctorado) han sido factores determinantes para la formación y competencia investigadora de los profesionales de enfermería. Así, en 2007 se puso en marcha el primer Master Oficial en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Navarra, ahora impartido como Programa de Master Oficial en Práctica Avanzada y Gestión en Enfermería.

También en 2011 se aprueba e implanta el Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería por la UN (BOE de 11 mayo de 2011). Recientemente (04/03/2015) el Programa ha sido evaluado positivamente por la Agencia Nacional de Evaluación de la

Calidad de las Universidades ANECA, verificado positivamente por el Consejo de Universidades, y aprobado con carácter oficial por el Ministerio de Educación, en el marco establecido por el RD 99/2011.

El Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería<sup>4</sup> tiene los siguientes objetivos: (1) Formar a nuevos investigadores y preparar equipos de investigación que puedan afrontar con éxito el reto que supone el desarrollo de la Ciencia de la Enfermería; (2) Impulsar la formación de nuevos docentes universitarios en la disciplina enfermera y; (3) Capacitar a los postgraduados de la Enfermería que estén interesados en este campo para su adecuado desarrollo profesional y científico. Estas cualificaciones capacitan al doctor egresado del Programa para integrarse en grupos de investigación multidisciplinares de las Ciencias de la Salud, tanto en la Universidad, unidades de investigación de centros sanitarios como en unidades de I+ D+I.

Por último, con el objetivo de dar cauce al compromiso de formación e investigación que en el ámbito de la Enfermería tiene la Universidad de Navarra, el 30 de enero de 2007 se aprueba la creación de la Cátedra María Egea<sup>5</sup>. La Cátedra impulsa actividades que contribuyen a profundizar en los principios que fundamentan y generan nuevos conocimientos en enfermería y que permiten dar un mejor cuidado a la persona, familia y comunidad. Con este fin, promueve las líneas de investigación en enfermería mediante la concesión de becas para estudios de posgrado y otorga ayudas a proyectos y trabajos de investigación. Además, subvenciona la asistencia a reuniones científicas y estancias de investigación en centros nacionales e internacionales. También, entre sus actividades están el desarrollo de un Seminario Permanente de Investigación, la Lección Anual de la Cátedra María Egea y la organización y desarrollo de reuniones científicas en enfermería. Desde su inicio ha contado con la participación de investigadores internacionales de reconocido prestigio como la Prof. Dra. Patricia Benner de University of California, San Francisco; Prof. Dra. Afaf Meleis de University of Pennsylvania, Estados Unidos; Prof. Mike Nolan de University of Sheffield, Reino Unido; Profesor Alex

---

<sup>1</sup> Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Navarra: <http://www.unav.edu/web/estudios/doctorados/doctorado-en-ciencias-de-la-enfermeria/presentacion?titulacionId=496>

<sup>2</sup> Cátedra María Egea: <http://www.unav.edu/centro/mariaegea>

Molassiotis, University of Manchester, Reino Unido y el Dr. Philip Larkin, University of Dublin, Irlanda). Cabe señalar que la Dra. Dorothy Jones de Boston College Massachusetts (Estados Unidos) forma parte de su Comité Científico.

### ***Fase de equilibrio (2011-actualidad)***

Por último, la *fase de equilibrio* corresponde al trabajo colaborativo en programas de investigación ambiciosos y con una infraestructura y financiación importantes.

Podemos señalar que la Facultad de Enfermería se encuentra al inicio de la cuarta fase, desarrollando un trabajo colaborativo en programas de investigación ambiciosos que empiezan a tener un impacto social y sanitario. Para ello, una estrategia clave ha sido el desarrollo y evolución de las líneas de investigación. En la actualidad son tres las líneas<sup>6</sup> de investigación en enfermería de la UN:

- **Innovación para un cuidado centrado en la persona.** Su objetivo es generar, a partir de los valores de un "Modelo de enfermería centrado en la relación interpersonal entre enfermera y la persona cuidada (individuo y familia)" (mRIEP), un conocimiento de enfermería que ilumine y/o se transfiera a la práctica profesional de enfermería. Por tanto busca promover un "Modelo de práctica profesional de enfermería centrado en la persona"; que integre todos esos valores y responda al contexto socio sanitario actual.
- **Procesos crónicos y cuidados al final de la vida.** Su objetivo es desarrollar conocimiento acerca de las experiencias, necesidades y respuestas de la persona y familia ante un proceso crónico, dependencia o el final de la vida así como implementar intervenciones eficaces y emergentes en el ámbito de la cronicidad y el final de la vida.
- **Promoción de la salud.** Su objetivo es promover la salud, como valor positivo a alcanzar, en el ámbito personal, familiar, social y profesional a lo largo del ciclo de la vida. Además, facilitar la adopción de estilos de vida saludables con un enfoque de capacitación personal y de interacción entre la persona y su contexto.

Estas líneas de investigación y sus respectivas áreas de investigación guardan una estrecha relación con las líneas estratégicas en Enfermería de instituciones internacionales de referencia, tales como el Instituto de Investigación en Enfermería de los Estados Unidos

---

<sup>3</sup> Líneas Investigación: <http://www.unav.edu/web/facultad-de-enfermeria/lineas-de-investigacion>



que publicó en 2011 su *Plan Estratégico de Investigación 2012-2017* (2) y la Academia Europea de las Ciencias de la Enfermería que publicó un informe sobre temas futuros de investigación en enfermería para el periodo 2008-2018<sup>3</sup>, en los que participaron 50 personas de 19 países europeos, entre los que se encontraba España. Las conclusiones de este estudio recomendaban enfocar la investigación en cinco áreas prioritarias para los próximos 5 a 10 años: (1) Paciente y participación de la familia en el cuidado; (2) personas mayores; (3) procesos crónicos; (4) recursos humanos/temas laborales; (5) enfermería obstétrico-ginecológica y cuidados de maternidad.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de las institucionales nacionales e internacionales sobre el futuro de la investigación en enfermería, cabe señalar que las tres líneas de investigación de la Facultad de Enfermería son estratégicas ya que se engloban en áreas de interés nacional, europeo y mundial. Sin embargo, se requiere impulsar la investigación para conseguir nuevos proyectos nacionales y europeos, para la incorporación a redes internacionales, y la innovación en el cuidado de enfermería entre otros.

Para conseguir estos objetivos, en 2013 se puso en marcha un nuevo Plan Estratégico (2013-2018) que busca entre otras cuestiones, fortalecer y desarrollar la investigación en enfermería de la UN en 5 áreas prioritarias: calidad, personas, impacto, recursos e internacionalidad.

1. **Calidad.** El compromiso de la Universidad de Navarra es desarrollar investigación en enfermería del más alto nivel de calidad, en términos de productividad científica. Asimismo, la calidad en la investigación repercutirá positivamente en la calidad de la docencia de grado y postgrado.
2. **Personas.** Para lograr los objetivos de calidad, es requisito contar con buenos investigadores. Para ello un pilar básico es la formación continua teórico-metodológica para despertar en el investigador inquietudes, reflexiones y actitudes frente a diversas concepciones epistemológicas y métodos de investigación. De esta manera, se estará en mejores condiciones para abordar cualquier problemática en el campo de las ciencias de la salud.
3. **Impacto.** La investigación en enfermería de la UN (entendida como la alianza Facultad de Enfermería-Clínica Universidad de Navarra) debe tener un impacto más allá de la academia y producir beneficios socio-sanitarios, siempre que se presente la oportunidad. Los proyectos de investigación deben tener un fin social y estar orientados a la comprensión o la solución de problemas socio-sanitarios. Para ello es requisito establecer y mantener relaciones de colaboración con instituciones sanitarias nacionales así como organismos

internacionales relacionados con la salud. Por otro lado, es requisito asegurar que la investigación realizada se comunica en los foros científicos oportunos y los resultados se transfieran a los ámbitos correspondientes (sanitarios, sociales, educativos).

4. **Recursos.** Para lograr los objetivos anteriormente descritos, se debe contar con los suficientes recursos estructurales, organizacionales, económicos y de personal.

5. **Internacionalidad.** Se promueve el intercambio y la movilidad de profesores y doctorandos a instituciones de investigación de prestigio y acorde a las líneas de investigación, con fines educativos y de desarrollo de investigaciones multi-céntricas de calidad.

Por último, como fortaleza para el desarrollo y traslación de la investigación en enfermería a la práctica clínica asistencial está el trabajo colaborativo entre la Clínica Universidad de Navarra y la Facultad de Enfermería.

## 4 Conclusiones

Existe la necesidad de adoptar y adaptar nuevas estructuras de gestión de la investigación que fomenten la creación de conocimiento disciplinar, el desarrollo de equipos de investigación competitivos, la interdisciplinariedad, el trabajo en equipo, y la formación de nuevos investigadores. Asimismo, estas estructuras deben dar respuesta a las nuevas demandas socio-sanitarias, y promover la práctica clínica de enfermería de excelencia a través de una investigación traslacional, objetivo estratégico de la Unión Europea descrito en el Programa Horizon 2020.

## Bibliografía

1. Marchette, L. Research: The big picture. *Perioperative Nursing Quarterly*, 1987, 3(3): 67-72.
2. National Institute of Nursing Research (NINR). Strategic Plan: Bringing Science to Life. National Institutes of Health, Bethesda, 2011.
3. Matthews A, Leino-Kilpi H. Scientific Committee of the European Academy of Nursing Science. Important future topics in nursing research: Future Nursing EANS, 2012.

# Procesos crónicos y cuidados al final de la vida. Desarrollo de una línea de investigación.

## Chronic processes and care at the end of life. Development of a research area.

*Ana Carvajal Valcárcel [et al]<sup>1</sup>*

[acarvajal@unav.es](mailto:acarvajal@unav.es)

*Departamento de Enfermería de la Persona Adulta. Facultad de Enfermería.*

*Universidad de Navarra. Pamplona. España*

### **Resumen**

**Introducción y Objetivo.** A lo largo del siglo XX en Europa y España se han producido cambios, como es el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida. Esto ha llevado a que los procesos crónicos hayan sufrido un importante crecimiento en la sociedad actual y que haya aumentado el número de personas en estados avanzados de la enfermedad. Por ello una necesidad actual de la sociedad es conocer el impacto que tienen estos cambios en la persona y su familia. El objetivo de esta comunicación es presentar el desarrollo de una línea de investigación en enfermería de la Universidad de Navarra (UN) que aborde las experiencias, necesidades y respuestas de la persona y familia ante un proceso crónico, dependencia o el final de la vida así como implementar intervenciones eficaces y emergentes en el ámbito de la cronicidad y el final de la vida.

**Material y Método.** Se realizará una descripción de la línea y las áreas que se están desarrollando. Además se presentarán los miembros que colaboran a nivel nacional e internacional así como los proyectos que han sido subvencionados y las publicaciones realizadas.

---

1.- García-Vivar, C. [cgarvivar@unav.es](mailto:cgarvivar@unav.es) ; Canga-Armayor, A. [acanga@unav.es](mailto:acanga@unav.es) ; Senosian, JM. [juasen@unav.es](mailto:juasen@unav.es) ; Esandi, N. [nelarramend@unav.es](mailto:nelarramend@unav.es) ; Navarta, MV. [mnavarta@unav.es](mailto:mnavarta@unav.es) Departamento de Enfermería de la Persona Adulta. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra. Pamplona. España

**Contenido.** Esta línea de investigación fue diseñada en el 2002 y actualmente se está desarrollando en tres áreas: 1) Convivencia con un proceso crónico; 2) familia sostenible y dependencia y 3) cuidados al final de la vida. En la línea colaboran investigadores de Navarra, La Rioja y Madrid, además de otros países de Europa y Canadá. En la actualidad tiene varios proyectos subvencionados por entidades privadas, MINECO y Séptimo Programa Marco.

**Conclusiones.** Es una línea de investigación que aborda temas de alta relevancia social que además tiene un alto impacto en la práctica clínica y en el día a día de las personas que se enfrentan a un proceso crónico o a una etapa final de sus vidas. El trabajo de esta línea se está difundiendo a nivel regional, nacional e internacional.

**Palabras clave:** procesos crónicos; cuidados al final de la vida; familia cuidadora sostenible; dependencia; persona.

## **Abstract**

### **Introduction**

During the last decade some changes have been produced about health in Europe and Spain. There are more old people and the expectancy of life has improved. This has increased the number of chronic processes and people at the end of life. Therefore it is important to know the impact that these changes has in the person and its family. The aim of this communication is to present an area of research of the Faculty of Nursing (University of Navarra) that explore the experiences and needs of the person and family with a chronic process or and the end of life.

**Method** A description of the different focus of this area of research will be presented. Moreover the collaborations members a national and international level will be showed and the projects that are been carried out.

**Results.** This area of research started in 2002 and includes three focuses: 1) Living with a chronic process, 2) caring sustainable family 3) end of life care. In the area of research collaborates members from Navarra, La Rioja and Madrid. Moreover there are other members from other countries as Europe and Canada. Currently the diffusion of the

research has been carried out in more than 40 articles and has been supported with 15 grants from private companies, MINECO and Séptimo Programa Marco.

**Conclusion.** This area of research covers topics of social relevance that has a high impact in clinical practice. This area of research has been developed at local, national and international level.

**Keywords:** chronic process; end of life care; dependency; person; sustainable caring family

## Introducción

A lo largo del siglo XX en Europa y España se han producido cambios en la estructura poblacional, como es el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida. Esto ha llevado a que los procesos crónicos hayan sufrido un importante crecimiento en la sociedad actual y que haya aumentado el número de personas dependientes (1). La Organización Mundial de la Salud, define enfermedad crónica como un proceso de larga duración y de progresión generalmente lenta, que requiere un cuidado continuo y duradero de la persona (2). Actualmente en occidente el 60% de las muertes se debe a enfermedades crónicas (2). Y se prevé que este porcentaje vaya aumentando progresivamente en los próximos años.

Dentro de un proceso crónico hay una etapa que es la fase avanzada de la enfermedad que conlleva alteraciones en la persona y su familia (3). Estudios evidencian que más de un 50% de las personas que mueren anualmente en España están en una etapa avanzada o terminal de su enfermedad (4). Esta fase se caracteriza porque el paciente presenta deterioro físico con síntomas intensos, múltiples y cambiantes, inestabilidad emocional y un sufrimiento existencial que le lleva a replantearse sus valores y creencias.

Por ello una necesidad actual de la sociedad es conocer el impacto que tienen estos cambios en la persona y su familia para proporcionar bienestar y soporte durante el proceso crónico y etapas avanzadas de la enfermedad. Esta realidad justifica la necesidad de implantar una atención centrada en la persona y su familia, valorando las experiencias de éstas para poder desarrollar intervenciones que les ayuden a afrontar esta situación.

## 1.- Objetivo

El objetivo de esta comunicación es presentar el desarrollo de una línea de investigación en enfermería de la Universidad de Navarra (UN) que busca desarrollar conocimiento acerca de las experiencias, necesidades y respuestas de la persona y familia ante un proceso crónico que requiere cuidados de larga duración y al final de la vida. También busca desarrollar conocimiento sobre intervenciones emergentes y eficaces para mejorar la convivencia con el proceso y aliviar el sufrimiento.

## 2.- Metodología y Contenido

Esta línea de investigación fue diseñada en el 2002 y actualmente se está desarrollando en tres áreas: 1) Convivencia con un proceso crónico; 2) familia sostenible y dependencia y 3) cuidados al final de la vida. En la línea colaboran investigadores de Navarra, La Rioja y Madrid, además de otros países de Europa y Canadá. En la actualidad tiene varios proyectos subvencionados por entidades privadas, MINECO y Séptimo Programa Marco.

- La convivencia con un proceso crónico:

Éste área busca profundizar y entender los factores implicados en la convivencia diaria con un proceso crónico con el objetivo de diseñar, implantar y evaluar intervenciones innovadoras, individualizadas y eficaces que ayuden tanto a la persona como a su familia a aceptar el proceso; normalizar sus vidas y favorecer su autocuidado.

Algunos conceptos que se trabajan en esta área son:

Convivencia/Familia/Aceptación/Adaptación/reconstrucción de la  
Identidad/Autocuidado/ Automanejo (selfcare/self-management)/Recursos  
/Afrontamiento.

Los estudios que se han realizado en éste área de investigación pertenecen al “Proyecto ReNACE” (Recuperación, Normalización, Aceptación y Convivencia con la Enfermedad) que integra varios proyectos centrados en el proceso de convivencia de pacientes y familiares/cuidadores con una enfermedad crónica. En concreto, se ha comenzado a trabajar con pacientes con Enfermedad de Parkinson y sus familiares/cuidadores por la gran

relevancia psicosocial que tiene esta enfermedad, ya que las enfermedades neurológicas se han convertido en una prioridad para la atención sanitaria en el mundo.

El proyecto incluye los siguientes estudios:

ReNACE 1: Estudio de la convivencia de pacientes y familiares con la enfermedad de Parkinson: Estudiar las experiencias de pacientes y familiares que conviven con enfermedad de Parkinson y conocer los factores que más afectan en esa convivencia.

ReNACE 2: Diseño, implantación y evaluación de una intervención para mejorar la convivencia con la Enfermedad de Parkinson de pacientes y familiares

ReNACE 3: Diseño y validación de una escala de medición del grado de convivencia de personas con enfermedad de Parkinson

ReNACE 4: Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Adaptación Psicosocial a la Enfermedad (versión de autoinforme para el familiar): Traducción y validación con familiares-cuidadores de pacientes con Enfermedad de Parkinson

- Familia cuidadora sostenible y dependencia

El objetivo de éste área es explorar las experiencias y necesidades de las familias que se enfrentan al fenómeno de la dependencia; así como elaborar intervenciones de enfermería, emergentes y eficaces, para fomentar una “Familia Cuidadora Sostenible” (FCS).

Algunos conceptos que se trabajan en esta área son: Dependencia/Familia Cuidadora Sostenible/Familia como unidad de cuidado/Cuidado como refuerzo positivo/Fortalezas familiares/Sufrimiento familiar/Resiliencia/Capacitación profesional.

Para entender esta área de investigación es necesario definir la FCS que se considera a una familia que se pueda mantener durante largo tiempo cuidando sin agotar sus recursos físicos, emocionales, económicos, familiares, y personales, y sin causar grave daño a la unidad familiar; que sea capaz de “seguir con la propia vida”, y en la cual el cuidado se constituya en

un refuerzo positivo, y que sepa utilizar sus propias fortalezas familiares para seguir desempeñando su tarea de cuidado (5).

La FCS se caracteriza por cuidar a la familia que cuida con:

- un enfoque sistémico (toda la familia)
- un enfoque positivo: apoyo en las fortalezas, recursos de la familia...
- Existe una colaboración de los profesionales con la familia.

El objetivo final de este enfoque de cuidado es favorecer la autonomía familiar y conseguir que los familiares puedan seguir con su propia vida.

En éste área se han desarrollado los siguientes estudios:

“Experiencias de los pacientes, familiares y enfermeras sobre la recidiva del cáncer”. Subvencionado por Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2005/2006

“Ley de Dependencia: experiencias de la familia y del anciano dependiente en la transición a la dependencia”. Subvencionado por Proyectos de Investigación en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Servicios de Salud. Instituto de Salud Carlos III, 2009/2011.

“Dependencia. Familia y cuidado” Instituto de Cultura y Sociedad. Universidad de Navarra, 2010/2013.

“Diseño y evaluación de un programa de intervención formativo dirigido a capacitar profesionales de enfermería para trabajar con familias en el fenómeno de la dependencia”. Subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad, 2013/2015.

“Manteniendo el equilibrio familiar: experiencias familiares en la convivencia con la enfermedad de Alzheimer: Teoría fundamentada”.



- Cuidados al final de la vida

Este área busca profundizar y entender las experiencias de la persona y familias en fases finales de la enfermedad e implementar las intervenciones más efectivas que ayuden a aliviar su sufrimiento y mejorar su bienestar.

Algunos conceptos que se trabajan en esta área son:

Experiencias/Sufrimiento/Bienestar/Familia/Dignidad/Autonomía

Cuando la persona está en una fase avanzada de la enfermedad que es incurable con un pronóstico de vida corto, muchas veces presenta deterioro físico con síntomas intensos, múltiples y cambiantes, inestabilidad emocional y un sufrimiento existencial. En esta situación la persona y su familia necesitan alcanzar confort y bienestar a nivel físico, psíquico, social y espiritual. Esto lleva a los profesionales a centrar su cuidado el aliviar el sufrimiento y mejorar el bienestar de toda la persona y su familia.

En esta área se pretende buscar el bienestar y acompañamiento de la persona en fase avanzada de la enfermedad y su familia.

En éste área se han desarrollado los siguientes estudios:

“Estudio correlacional de los factores que influyen en las enfermeras que cuidan de pacientes en fase terminal en hospitales navarros”. Subvencionado por Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 2005/2007.

“Adaptación y validación al español del Cuestionario de Valoración de Síntomas de Edmonton (ESAS) en pacientes con cáncer. Incorporación del ESAS a la evaluación clínica habitual de los pacientes oncológicos de un Hospital Universitario”. Ministerio de Sanidad y Consumo, Fondo de Investigación Sanitaria (FIS). 2005/2008.

“Diseño y evaluación de una intervención de enfermería para el cuidado de la boca en pacientes oncológicos hospitalizados”. Ayudas a la investigación en Ciencias de la Salud: Gobierno de Navarra. 2010/2012

“La relación interpersonal entre la enfermera y la persona cuidada: una aproximación desde la experiencia vivida de la persona con cáncer en fase avanzada y terminal”. Ministerio de Sanidad y Consumo, Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) 2014/2016.

### **3 Conclusiones**

La contribución de esta línea de investigación a nivel de práctica clínica, docencia e investigación es la siguiente:

- A nivel de práctica clínica:

Mejorar el bienestar de la persona y la familia que convive con un proceso crónico, que está en fase avanzada y terminal de la enfermedad. Esto con un enfoque sistémico familiar y positivo

Implementar un cuidado de enfermería centrado en la persona y la familia

- A nivel de docencia:

Desarrollo del curriculum de grado y postgrado a través de asignaturas que tengan este enfoque

- Ámbito investigador:

Proporcionar conocimiento sobre la convivencia con un proceso crónico para proporcionar cuidados de larga duración en toda la persona y su familia.

Proporcionar conocimiento sobre las experiencias de las personas que viven con una enfermedad avanzada y terminal y las intervenciones que favorecen el bienestar de la persona y su familia

Proporcionar conocimiento sobre el bienestar y el alivio del sufrimiento en personas con enfermedad avanzada y sus familias.

Es una línea de investigación que aborda temas de alta relevancia social que además tiene un alto impacto en la práctica clínica y en el día a día de las personas que se enfrentan a un proceso crónico o a una etapa final de sus vidas. El trabajo de esta línea se está difundiendo a nivel regional, nacional e internacional.

## **Bibliografía**

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios, 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas 2015. Disponible en [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/) [acceso: 12.09.2015].
3. Corbin J.M. & Strauss A. (1992) A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. In: The Chronic Illness Trajectory Framework. The Corbin and Strauss Nursing Model (Woog, P., eds). Springer Publishing Company, New York, pp. 9-28.
4. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the advanced care population. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32: 5-12.
5. Canga Armayor, A. “Experiencias de la familia cuidadora en la transición a la dependencia de un familiar anciano”. Naval Durán, Concepción y Garcia Vivar, Cristina. Tesis doctoral. Universidad de Navarra, 2011

# Percepciones de los estudiantes sobre la utilidad del portafolio en el practicum

## Student perceptions about the usefulness of the portfolio in the practicum

*Eva García-Carpintero Blas [et.al]<sup>1</sup>*

[egablas@cruzroja.es](mailto:egablas@cruzroja.es)

*EUE Cruz Roja Madrid (Universidad Autónoma De Madrid)*

### Resumen

Introducción y objetivo: La introducción de herramientas de aprendizaje y evaluación continua durante el practicum en enfermería son necesarias para convertir a los estudiantes en protagonistas principales de su proceso de enseñanza-aprendizaje, de forma reflexiva y crítica, y así fomentar la integración teórico-práctica. Una de las posibles estrategias que se están utilizando en la docencia, es el portafolio del estudiante. Objetivo: Analizar la utilidad del portafolio como nueva metodología de aprendizaje y evaluación durante las prácticas clínicas en el Grado de Enfermería desde la perspectiva de los estudiantes. Material y métodos: estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario de satisfacción de elaboración propia elaborado por los estudiantes de 4º grado, que realizaron prácticas durante curso 2103-2014 (n=45). Resultados: El 98% de los estudiantes han referido una mejora en el aprovechamiento de sus prácticas gracias a la realización del portafolio. El 100% del grupo identifica que gracias a la elaboración de su portafolio la competencia que más ha

---

<sup>1</sup> José Siles González. [jose.siles@ua.es](mailto:jose.siles@ua.es) Facultad Ciencias de la Salud, Departamento Enfermería, Universidad de Alicante

M<sup>a</sup> Emilia Martínez Roche. [memroche@um.es](mailto:memroche@um.es) Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia

Esther Martínez Miguel [emiguel@cruzroja.es](mailto:emiguel@cruzroja.es); César Manso Perea [cmp@cruzroja.es](mailto:cmp@cruzroja.es); Beatriz Álvarez Embarba [bembarba@cruzroja.es](mailto:bembarba@cruzroja.es) EUE Cruz Roja Madrid (Universidad Autónoma De Madrid)

desarrollado es su capacidad reflexiva. Gracias al portafolio identificaron sus necesidades de aprendizaje, sus áreas de mejora y dificultades. Pero en contraposición identifican varias dificultades, como el excesivo tiempo y esfuerzo (el 96%), así como la inseguridad inicial al elaborar su portafolio. Conclusiones: el portafolio es considerado por los estudiantes como una herramienta que facilita la reflexión y el pensamiento crítico y que permite una evaluación más equitativa durante el practicum.

**Palabras clave:** Portafolio; enseñanza, practicum; enfermería; estudiantes

### **Abstract**

Introduction and objective: The introduction of learning tools and ongoing evaluation during the practicum in nursing are needed to turn students into major players in the process of teaching and learning, reflective and critically, and thus promote the theoretical and practical integration. One of the possible strategies that are being used in teaching is the student portfolio. Objective: To analyze the usefulness of the portfolio as new learning methodology and evaluation during clinical practice in nursing degree from the perspective of students. Methods: Cross-sectional study using a satisfaction questionnaire homemade prepared by the 4th graders, who performed practical course during 2103-2014 (n = 45). Results: 98% of students have reported an improvement in the utilization of their practices through the realization of the portfolio. 100% of the group identifies through the development of its portfolio competition that has developed is its reflective capacity. Thanks to the portfolio identified learning needs, areas for improvement and difficulties. But as opposed identified several difficulties, such as excessive time and effort (96%) and in developing its initial portfolio insecurity. Conclusions: the portfolio is considered by students as a tool that facilitates reflection and critical thinking and allows a more equitable evaluation during the practicum.

**Keywords:** Portfolio; Teaching; Practicum; Nursing; Students

## Introducción

En el momento actual la educación superior se encuentra inmersa en una transformación profunda a partir de las propuestas surgidas del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), que implica que los diferentes sistemas educativos sean homogeneizados en términos curriculares, metodológicos, ideológicos, sociales y culturales. Esta amplia remodelación trae consigo por un lado un cambio estructural y, por otro, una reconceptualización del proceso de aprendizaje apoyada en las teorías constructivistas, con estrategias metodológicas de construcción del conocimiento desarrolladas por los estudiantes (1).

Los procesos de aprendizaje, de cambio de paradigmas y de saber hacer, son construidos de manera individual por el estudiante con el apoyo y acompañamiento de expertos, siendo el principio clave del enfoque constructivista. La sociedad del conocimiento demanda una alta capacitación de los estudiantes para aprender a aprender e insta a aproximar los estudios universitarios al ejercicio profesional, potenciando la dimensión práctica de la enseñanza. En consecuencia además de los necesarios aprendizajes fundamentales, se ha de estimular el desarrollo de una actitud de superación de las dificultades mediante la adquisición de procedimientos de autoaprendizaje y valoración del trabajo continuo. No es suficiente con la transmisión y la simple adquisición de conocimientos, habrá que buscar una formación más global donde se desarrollen conocimientos, habilidades y actitudes que sirvan al desarrollo de la persona, siendo competente de acuerdo a los nuevos retos que están deparando los nuevos tiempos (2).

En este nuevo marco debe servir para formar profesionales de enfermería reflexivos, donde las intervenciones y acciones son resultado de la interrogación constante y del pensamiento crítico, para adquirir el principio de aprender a aprender. Un aspecto importante es el desarrollo y adquisición de competencias en las unidades asistenciales a través de las prácticas clínicas. Durante las mismas los estudiantes adquieren conocimientos, habilidades, actitudes y valores para proporcionar unos cuidados que cubran las necesidades básicas de individuo, familia y comunidad. Los estudiantes de enfermería aprenden el conocimiento práctico (las convenciones de la profesión, su lenguaje, sus esquemas de valoración, sus tradiciones, sus patrones de conocimiento sistemático y de conocimiento en la acción) sobre todo durante

sus prácticas de formación, en donde los estudiantes aprenden en la acción. Esta situación acerca el mundo teórico de la universidad y el de la práctica profesional (3). En el momento actual el practicum presenta especial interés ya que el título de Grado de Enfermería ha pasado de tres a cuatro años de estudio, comportando la elaboración de nuevos planes de estudio y el aumento significativo de la formación práctica.

Una de las posibles estrategias que se están utilizando en la docencia, es el portafolio del estudiante. Tiene una perspectiva socio-constructivista de los procesos de enseñanza-aprendizaje situando al estudiante en el centro mismo de este proceso, de su reflexión en relación a la acción llevada a cabo o en vías de desarrollarse. El portafolio ha existido desde hace muchos años encontrando su origen en el campo profesional de los arquitectos y del arte, entendido como un dossier donde exponen lo mejor de su trabajo al mercado laboral e incluso el proceso seguido para lograrlo. Pero no será hasta la última década del siglo pasado cuando se extiende al ámbito educativo, especialmente en las universidades de habla anglosajona. Inicialmente se introduce con el fin de evidenciar como trabajaban los docentes para trasladarse posteriormente, en forma de metodología de enseñanza y evaluación como alternativa a métodos más tradicionales. Los países del Norte de Europa e Inglaterra son los que inician su aplicación como recurso dentro del ámbito educativo.

En relación a este potencial, se ha desarrollado varias experiencias en el ámbito del Prácticum (4-8) donde se deben desarrollar y poner en práctica una serie de competencias profesionales que permiten al estudiante desenvolverse en el entorno inmediato. En todas las experiencias se pone de manifiesto que la mayoría de los estudiantes se encuentran satisfechos con esta metodología de trabajo, resaltando una mayor dedicación con respecto a otras metodologías tradicionales. Además hace que el seguimiento del practicum responda a un modelo de evaluación formativa, en la que tanto el estudiante como supervisor puedan adoptar decisiones que permitan reconducir los procesos en pro de la consecución de los objetivos propuestos y una continua reflexión sobre la propia acción.

En relación con las percepciones de los estudiantes de enfermería y de los profesores sobre el uso del portafolio se han realizado varios estudios recogiendo datos cuantitativos a través de cuestionarios cerrados o bien cualitativos mediante entrevistas o grupos focales (9-14). Canalejas (15) argumenta que el profesorado destaca en relación con la utilización del portafolio como instrumento de evaluación es que permite identificar los puntos fuertes y

débiles del estudiante, opinión que se contrapone a la de algunos autores que consideran que puede ofrecer una imagen distorsionada de sus debilidades y fortalezas (16) y a la de otros que resaltan que en ocasiones el estudiante escribe lo que el profesor quiere oír (12).

## **1. Objetivos**

El objetivo principal de este trabajo es analizar la utilidad del portafolio como nueva metodología de aprendizaje y evaluación durante las prácticas clínicas desde la perspectiva de los estudiantes.

Los objetivos específicos son: conocer las ventajas e inconvenientes de la utilización del portafolio como instrumento de aprendizaje y evaluación de las prácticas clínicas e identificar las dificultades encontradas por los estudiantes en el proceso de construcción de su propio portafolio.

## **2. Metodología**

Para llevar a cabo este trabajo se diseña un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario de satisfacción cumplimentado por los estudiantes. Para la elaboración del cuestionario se tuvo en cuenta la revisión bibliográfica realizada sobre el portafolio, estructurándolo a partir de ocho preguntas abiertas que ofrecieran la oportunidad de expresar a los encuestados sus puntos de vista.

La población objeto de estudio fueron los estudiantes de 4º grado de la Escuela de Cruz Roja Madrid que hubieran cursado sus prácticas en el 2013-2014 y que tuvieran superados todos los créditos del curso anterior. Los estudiantes que hayan querido participar de forma voluntaria lo realizarán de forma anónima tras haber entregado el portafolio y finalizado su practicum.

Los estudiantes de 4º de grado de la Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja Madrid, realizan sus prácticas tuteladas en diversos hospitales de la red pública de asistencia sanitaria de la Comunidad de Madrid (España) con los que la UAM tiene establecido convenio de formación, estos son: Hospital Universitario Puerta de Hierro, Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario La Princesa, Hospital Infantil Universitario



Niño Jesús. Además realizan un rotatorio de prácticas en diversos centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid (España).

La herramienta desarrollada fue un portafolio semiestructurado entendido como una metodología activa que se basa en el aprendizaje autónomo y significativo, que introducen al estudiante como el protagonista en su proceso de enseñanza aprendizaje durante sus prácticas clínicas. A lo largo del curso los estudiantes realizaron cuatro rotatorios de prácticas donde iban realizando entregas parciales del portafolio, para ir realizando un feedback con los tutores y posteriormente una entrega final. El portafolio será realizado por cada estudiante de forma individual en una tarea (texto en línea) en la Plataforma Moodle.

Cada tutor realiza una comunicación permanente y una evaluación formativa con un grupo de estudiantes en diversos centros asistenciales. Además existen unos foros donde pueden plantear dudas, ofrecer respuestas, ejemplificar experiencias, aportar materiales, etc. que son supervisados por los profesores. Tanto a estudiantes como a tutores se les entregó la guía de prácticas clínicas en la que se reflejaban, entre otras cuestiones, las competencias a desarrollar durante su estancia y los objetivos pedagógicos que les ayudarían para tal propósito. Además para que los estudiantes comprendieran en qué consistía el portafolio se elaboró una guía explicativa indicando cómo elaborarlo, los objetivos, contenidos, la evaluación etc. Toda esta información es conocida por el estudiante previamente, para que pueda organizar su propio trabajo de forma autónoma.

Tabla 1. Características del portafolio de prácticas

EL PORTAFOLIO DE PRÁCTICAS	
CARACTERÍSTICAS	Centrado en el estudiante, en su actividad, reflexión y autoevaluaciones. Presentación en formato electrónico a través de la plataforma Moodle.
PROPÓSITO	Fomentar la reflexión y pensamiento del estudiante. Aprendizaje significativo La integración teórico-práctica. Evaluación formativa y sumativa de las prácticas.
CONTENIDO	Evidencias o muestra de aprendizaje individuales: reflexiones, síntesis, propuestas de mejora y autoevaluaciones
EVALUACIÓN	El portafolio tiene una nota dentro de la asignatura de prácticas tuteladas

Elaboración propia

Siguiendo las sugerencias de Barberá y de Martín (17) se elaboraron una estructura básica del portafolio que contempla los siguientes apartados:

- Portada e índice de contenidos. Es original del estudiante como autor aunque el tutor- profesor es el que debe orientarlo en su elaboración.
- Un apartado introductorio al portafolio que detalle las intenciones y punto de partida inicial.
- Desarrollo: temas centrales que conforman el cuerpo del portafolio y que contienen la documentación seleccionada por el estudiante que muestra el aprendizaje y las competencias conseguidas en cada uno los rotatorios. Se eligieron las tareas relacionándolo con los objetivos y competencias de aprendizaje. Es importante correlacionar las tareas o instrumentos propuestos para la valoración de las competencias con estrategias reflexivas y de autoevaluación. Las evidencias que deben recoger son: Revisión de un programa de salud o elaboración de programa de Educación para la Salud, estudio y desarrollo de un caso o incidente crítico, revisión bibliográfica sobre un tema relacionado con la unidad o la revisión crítica de un procedimiento o un protocolo.
- Un apartado síntesis del de clausura como aprendizaje y logros conseguidos con relación a los contenidos impartidos. En este apartado el estudiante realizará por un lado un informe final en la que se identifiquen las aportaciones que han supuesto las prácticas clínicas en su aprendizaje. En ella hará una reflexión sobre esta fase de aprendizaje, si se ha cubierto o no sus expectativas, las dificultades mayores que se le han planteado y cómo las ha resuelto; lo positivo y negativo en el transcurso de la misma y cómo han influido en su orientación vocacional de cara al futuro. Además incluirá las autoevaluaciones de cada rotatorio donde el estudiante expresa el grado de adquisición de las competencias y criterios de resultados de las prácticas. Estas evaluaciones poseen unos espacios libres para la reflexión escrita sobre la identificación de aspectos satisfactorios, áreas de mejora (objetivos de aprendizaje) y propuestas de mejora para conseguir los objetivos de aprendizaje (plan de aprendizaje).

De esta forma, el portafolio desarrollado en esta experiencia pretende recoger evidencias que reflejen tanto el proceso y los productos alcanzados por los estudiantes durante sus procesos de aprendizaje en prácticas, como la reflexión realizada por el estudiante sobre su propio aprendizaje. La evaluación de los aprendizajes a través del portafolios de los estudiantes ha adoptado una doble perspectiva: la de individualizar cada uno de las evidencias y la de considerar el conjunto de la colección. Se ha llevado a cabo una evaluación formativa del aprendizaje durante el proceso de construcción de cada portafolio a través de las tutorías y una evaluación sumativa a través de una valoración y revisión final. La evaluación se vincula al seguimiento de un conjunto de indicadores específicos que permiten cuantificar los productos que incorpora, asignado valores a sus producciones y analizando tanto el continente como contenido de las evidencias aportadas por el estudiante en su particular proceso de construcción de aprendizaje (17).

### 3. Resultados

Participaron en el estudio 45 estudiantes de entre los cuales el 82% (n=37) se encontraba entre los 20-24 años, siendo el 89% (n=40) de la población total mujeres (tabla 2).

Tabla 2. Características de la población estudiada

		n	PORCENTAJE
EDAD	20-24 años	37	82%
	25-30 años	5	11%
	Mayores de 30 años	3	7%
SEXO	Mujeres	40	89%
	Hombres	5	11%

Elaboración propia

A continuación se recogen las ventajas e inconvenientes encontrados por los estudiantes al realizar el portafolio durante sus prácticas. (Tabla 3)

Tabla 3. Ventajas e inconvenientes del portafolio de prácticas

VENTAJAS	DIFICULTADES/INCONVENIENTES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mayor aprovechamiento de prácticas</li> <li>2. Búsqueda de información</li> <li>3. Favorece la reflexión</li> <li>4. Potencia el pensamiento crítico</li> <li>5. Visión holística de los cuidados</li> <li>6. Facilita la identificación de logros y áreas de mejora</li> <li>7. Ampliar sus conocimiento</li> <li>8. Adecuado sistema de evaluación</li> <li>9. Integrar teoría con la práctica</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dedicación de tiempo</li> <li>2. Dificultad para expresarse correctamente</li> <li>3. Mayor carga de trabajo</li> <li>4. Mayor esfuerzo</li> <li>5. Cambio en el estilo de enseñanza</li> </ol>

Se ha realizado un análisis de la frecuencia de las aportaciones y ventajas que han supuesto el portafolio identificadas por los estudiantes, así como, los aspectos que les han presentado alguna dificultad (Gráfico 1 y 2)

Gráfico 1: Frecuencia de las ventajas del portafolio

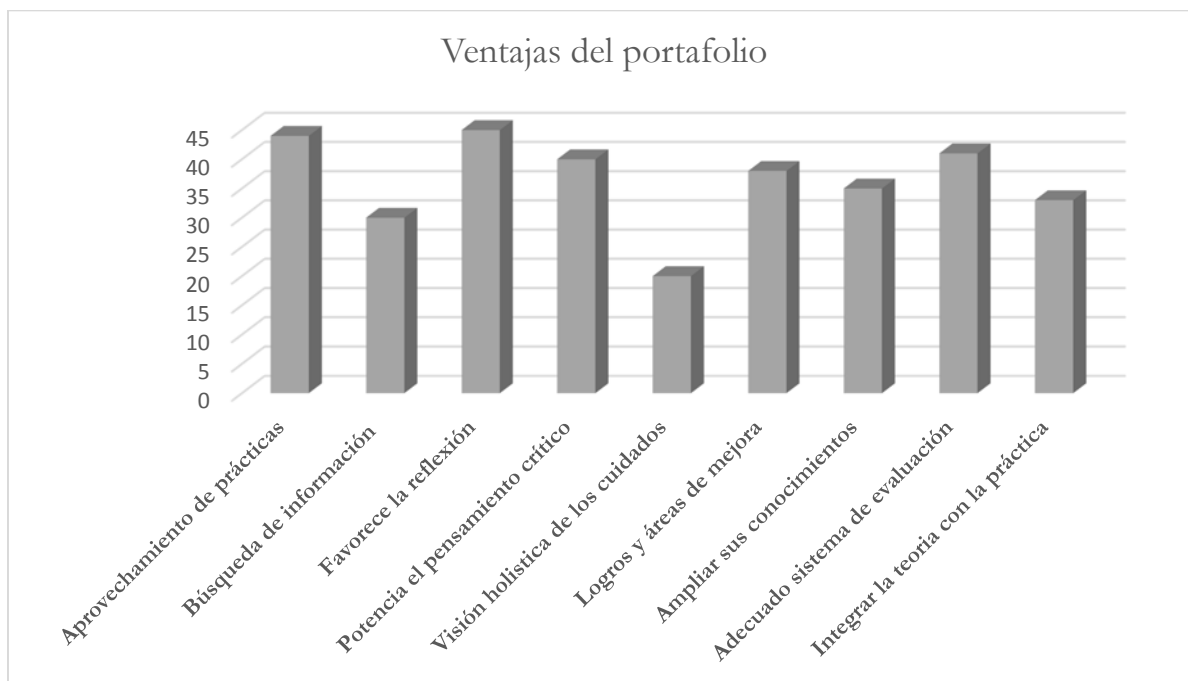
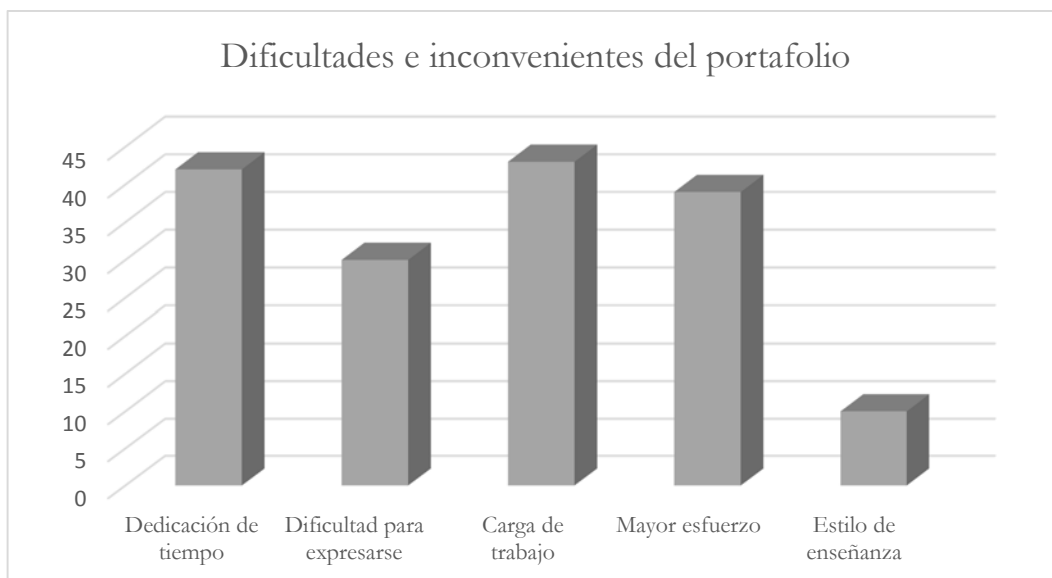


Gráfico 2: Frecuencia de las dificultades e inconvenientes del portafolio



### ***3.1. Ventajas del portafolio***

Casi la totalidad de los estudiantes (n=44) exponen en sus contestaciones como el aprovechamiento de las prácticas se encuentra directamente relacionado con su evolución en el desarrollo del propio portafolio. Consideran que su proceso de aprendizaje en prácticas ha sido mejor gracias a la realización del portafolio, ya que les “obligaba” a centrarse e indagar sobre determinados aspectos de la práctica.

El 100% del grupo identifica que gracias a la elaboración de su portafolio la competencia que más ha desarrollado es su capacidad reflexiva. Evidencian que la reflexión sobre su propia práctica al elaborar sus portafolios les ha permitido detectar que precisan aprender más para resolver profesionalmente las situaciones vividas en el practicum. En relación al pensamiento crítico, el 89% de los encuestados refieren que el portafolio les ha ayudado a plantearse cuestiones tanto de su propia práctica como la de otros profesionales mostrando una capacidad crítica para valorar las actuaciones. Además algunos de ellos (n=20) reflejan que gracias a la reflexión y el pensamiento crítico que ha fomenta el portafolio, tienen una visión más holista brindando cuidados de mayor calidad, ya que cuestionan sus acciones antes de realizarlas, sintiéndose más seguros con ellos mismos.

El 75 % identifican al portafolio como un trabajo interesante y motivador ya que les ofrece la ventaja de poder indagar sobre temas que les resultan interesantes de la práctica, ampliando sus conocimientos. Más de la mitad de los participantes (n=30), comentan que para ampliar sus conocimientos y contrastarlos han tenido que realizar búsqueda de información en la evidencia científica, ayudándoles también para su aprendizaje.

Por otro parte, el 85% de los encuestados manifiestan que la elaboración del portafolio les ha facilitado identificar sus propios logros y errores cuando se encontraban en prácticas, planteándose propuestas de mejora al identificarlos. Les ha ayudado a plantearse cuestiones tanto de su propia práctica como la de otros profesionales mostrando una capacidad crítica para valorar las actuaciones:

El 74% de los estudiantes exponen una relación directa entre la elaboración del portafolio y la integración de la teoría con la práctica. Expresan cómo su elaboración les ha permitido poner en prácticas los conocimientos que habían aprendido en el aula. Poner en práctica los conceptos que se han impartido a lo largo de los cursos; así como extrapolar y aplicar conocimientos a situaciones nuevas.

En sus contestaciones el 92% afirman que el portafolio es una metodología de evaluación adecuada para las prácticas, ya que no todo el peso de la nota es la evaluación del tutor profesional y de esta manera, también tiene un peso su autoevaluación y el tutor académico, quién evalúa el portafolio

### **3.2 Dificultades e inconvenientes del portafolio**

Pero también exponen que han tenido dificultades para la realización del portafolio, las dos con mayor frecuencia de aparición son la carga de trabajo y la falta de tiempo, con 96% y 94% respectivamente. La necesidad de buscar información sobre determinados temas les suponía un tiempo extra y mayor carga de trabajo, teniendo en cuenta que se encontraban en prácticas.

Por otro lado, refieren un alto porcentaje de ellos (n=39) que todo ello les supone un esfuerzo extra que se agrava con la dificultad para poder expresar correctamente lo que deseaban. El 67% refiere que les resulta complicado expresar sus propias ideas y fundamentarlas teóricamente, debido que están acostumbrados a un enfoque positivista de la formación más

que al enfoque práctico reflexivo que sustenta el portafolio. Un porcentaje reducido 23% añade que este tipo de enseñanza-aprendizaje le produce incertidumbre en comparación con un método de enseñanza más directivo.

#### **4. Discusión**

Es verdaderamente reseñable que la mayoría de los estudiantes refirieron que durante la elaboración del portafolio aprendieron a identificar sus necesidades de aprendizaje, viendo una relación directa entre la elaboración de su portafolio y su aprendizaje en prácticas. Se demuestra que el portafolio les ha ayudado a autogestionar su aprendizaje autónomo y a fomentar la búsqueda de evidencia científica. Según su percepción, el portafolio contribuyó a un mejor aprovechamiento de sus prácticas, ya que pudieron entender mejor la práctica clínica, consolidando y ampliando sus conocimientos. Estos resultados también concuerdan con los obtenidos en un estudio reciente por Esqué, Gisbert, y Larraz (18) que desarrolla su experiencia con el portafolio en los estudios de enfermería de la Universitat d'Andorra, implementado en las prácticas. Sus resultados demuestran el progreso de los estudiantes a lo largo de las prácticas clínicas con el uso del portafolio.

Por lo que respecta al desarrollo del pensamiento crítico y reflexivo, los participantes manifestaron que la elaboración del portafolio les contribuyó a fomentar dichas competencias. El pensamiento crítico generado por el portafolio, según opinión de los estudiantes, ayuda a integrar conocimientos con la acción además de crear una predisposición hacia el razonamiento o la reflexión. Estos hallazgos concuerdan con los descritos por Driessen, Van Tartwijk, Overeem, Vermunt & Van Der Vleuten en 2005 que exponen que la redacción de informes reflexivos en los portafolios fomenta una actitud crítica en estudiantes hacia su propio desempeño y ayuda a gestionar su propio desarrollo (18). Además nuestros estudiantes refieren que gracias al portafolio identificaron sus necesidades de aprendizaje, sus áreas de mejora y dificultades. Han sido capaces de detectar vacíos o carencias de los conocimientos teóricos y subsanarlos con su trabajo autónomo.

Por otro lado, de los resultados obtenidos también se desprende que el desarrollo del portafolio a lo largo de sus prácticas, permitió a los estudiantes que realizaran una construcción progresiva de su forma de mirar a los pacientes, que les facilitó la comprensión de sus situaciones de salud teniendo una visión más holista del cuidado. En relación a este

tema, un alto porcentaje (n=33) afirman que se ha facilitado la integración teórica práctica gracias al portafolio y las capacidades de reflexión y pensamiento crítico que les ha generado. Colas, Jimenez y Villaciervos (20) reiteran esta idea de que el portafolio fomenta los aprendizajes significativos ya que el estudiante ha de relacionar los nuevos aprendizajes con los ya adquiridos.

Todos los estudiantes encontraron este modo de evaluación positivo y señalan como una de sus principales ventajas, su participación y protagonismo en la autoevaluación. La necesidad de plantearse en determinados momentos cuáles son los puntos fuertes del aprendizaje que ha realizado, los puntos débiles o áreas de mejora y propuestas para superarlos contribuye a su propia autoevaluación (21,22).

Pero en contraposición identifican varias dificultades, ya observadas en la literatura (19,23,24), como el excesivo tiempo y esfuerzo, así como la inseguridad inicial al elaborar su portafolio y encontrarse frente al papel en blanco.

En conclusión, se puede afirmar que para los estudiantes aunque la elaboración del portafolio sigue teniendo algunas dificultades, es considerado como una herramienta que facilita la reflexión y el pensamiento crítico y que permite una evaluación más equitativa durante el practicum.

## **Bibliografía**

1. Siles J, Solano MC. The convergence process in European Higher Education and its historical cultural impact on Spanish clinical nursing training. *Nurse Educ Today*. 2012;32(8):837-891.
2. De Miguel M. Metodologías de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de competencias. Madrid: Alianza;2006.
3. Medina JL., Castillo S. La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva; Nursing education as a reflective practice. *Texto & contexto enferm*.2006;15(2):303-311.
4. Cebrián M. Supervisión con e-portafolios y su impacto en las reflexiones de los estudiantes en el Practicum. Estudio de Caso. *Revista de Educación*.2011;354:183-208.
5. Gavari E. El portafolios: un instrumento para la evaluación del alumno en la sociedad del conocimiento. Estrategias para la intervención educativa. *Prácticum*. Madrid: Ramón Areces;2007.



6. Morales S. El Practicum en Educación Social: El portafolio como instrumento de seguimiento y evaluación del aprendizaje de los alumnos. *Revista Docencia e Investigación*. 2010;20:33-58.
7. Palomares A. El portafolios como metodología activa en el diseño y desarrollo del Practicum. En IX Symposium Internacional sobre Practicum y Prácticas en empresas en la formación universitaria *El Practicum más allá del empleo*. Poio (Pontevedra): Universidad de Santiago de Compostela;2007.
8. Rico AM. El portafolios en las prácticas de enseñanza del grado en maestro en educación primaria. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*.2010;34(13-3):37-45.
9. Corcoran J, Nicholson C. Learning portfolios—evidence of learning: an examination of students' perspectives. *Nurs Crit Care*. 2004;9(5):230-237.
10. Dolan G, Fairbairn G, Harris S. Is our student portfolio valued?. *Nurse Educ Toda*.2004;24:4-13.
11. Olivé M. El portafolio o la carpeta de aprendizaje en Enfermería como un instrumento para un aprendizaje reflexivo y crítico: Una experiencia exportable a otras disciplinas. *Ridu*.2010;2:23-33.
12. Scholes J, Web C, Gray M, Endacott R, Miller C, Jasper M, McMullan M. Making portfolios work in practice. *J Adv Nurs*.2004;46(6):595-603.
13. Tiwari A, Tang C. From process to outcome: the effect of portfolio assessment on student learning. *Nurse Educ Toda*.2003;23(4):269-277.
14. Williams GA, Park JR, Traynor V, Nairn S, O'Brien E., Chapple M, Johnson S. Lecturers' and students' perceptions of portfolios in an English School of Nursing. *J Clin Nurs*.2009;18(8):1113-1122.
15. Canalejas MC. El Portafolios como herramienta didáctica en la formación de enfermeras. *Index de Enfermería*.2010;19(2-3):143-146
16. Harris S, Dolan G, Fairbairn G. Reflecting on the use of student portfolios. *Nurse Educa Toda*.2001;21(4):278-286.
17. Barberá E, De Martín E. *Portfolio electrónico: aprender a evaluar el aprendizaje*. Barcelona: Editorial UOC;2009
18. Esqué S, Gisbert M, Larraz V. El uso del e-portafolios en las prácticas del Bàtxelor en Enfermería. *REDU. Revista de Docencia Universitaria*. 2014;12(1):399-423.

19. Driessen EW, Van Tartwijk J, Overeem K., Vermunt, JD, Van Der Vleuten, CP. (2005). Conditions for successful reflective use of portfolios in undergraduate medical education. *Medical education*.2005; 39(12):1230-1235.
20. Colas P, Jiménez R, Villaciervos P. Portafolio y desarrollo de competencias profesionales en el marco del Espacio Europeo de la Educación Superior. *Revista de Ciencias de la educación*.2005; 204:519-538.
21. Martínez Lirola, M. (2008a). La importancia de los nuevos modos de evaluación en el EEES. Una aproximación a las ventajas del uso del portfolio. *Revista De Enseñanza Universitaria*.2008;31:62-72.
22. Serrano P, Martínez M, Arroyo MP, Lanza D. Análisis del portafolio como herramienta evaluativa de las prácticas clínicas de enfermería comunitaria en estudiantes de pregrado. *Educ. med. [revista en la Internet]*. 2010;13(3):177-185
23. Dema S, Álvarez B, García N, González C. El portafolio como método alternativo de evaluación y aprendizaje en el área de Marketing. *Aula Abierta*.2006;87:105-122.
24. Canalejas M, Cid M, Martínez M, Martín C. El portafolios como instrumento de aprendizaje y evaluación de competencias en los estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*.2009;19(1):16-23.

## **Anexo: Preguntas del cuestionario de satisfacción**

1. ¿Cómo ha influido el portafolio en tu proceso de aprendizaje durante las prácticas?
  2. ¿Cómo relacionas el uso del portafolio y el aprovechamiento de tus prácticas?
  3. ¿De qué manera ha influido el portafolio para tu reflexión y pensamiento crítico durante el practicum?
  4. ¿Cómo crees que ha influido el portafolio en tu integración de la teoría y la práctica?
  5. ¿Cuáles son las capacidades o las competencias que te ha permitido desarrollar la elaboración del portafolio?
  6. ¿En cuanto a resultados que genera el portafolio, que aprendizajes significativos o tipos de conocimientos te ha generado?
  7. ¿Qué dificultades has encontrado en el proceso de construcción de tu portafolio?
  8. ¿Cuáles fueron los aspectos favorables en la realización del portafolio?
-

# **La simulación de sesiones clínicas como estrategia para la integración de conocimientos: una experiencia en la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna**

## **Simulation of clinical sessions as a strategy to integrate knowledge: an FCS Blanquerna experience**

Montserrat Lamoglia Puig [et. al]<sup>1</sup>  
*FCS Blanquerna-Universitat Ramon Llull de Barcelona*

### **RESUMEN**

Esta comunicación presenta los resultados de la implementación de una estrategia pedagógica denominada Actividad de Integración de Conocimientos (AIC), durante los cursos 2013-14 y 2014-15, dirigida a los estudiantes de 4º curso del Grado en Enfermería. El objetivo de la AIC es que se integren los conocimientos, habilidades y actitudes descritas en el currículo, evidenciando con ello el dominio de determinadas competencias.

Esta actividad enfrenta a los estudiantes a un caso clínico que resuelven en grupo. Posteriormente, elaboran una propuesta de plan de cuidados que han de justificar durante una sesión clínica simulada en la que participan enfermeras asistenciales.

Los resultados de la valoración de la actividad de los 140 estudiantes participantes, obtenidos mediante cuestionario ad hoc autodirigido con un rango de 1-10, fueron: la afirmación “*Con la realización de la AIC he integrado los conocimientos, habilidades y actitudes trabajadas en las diferentes materias del Grado en Enfermería*” obtuvo puntuaciones promedio de 7.42 y 7.78 en cada curso. En relación a “*La AIC me ha permitido identificar el logro de las competencias: análisis, toma de decisiones y resolución de problemas; adaptación a nuevas situaciones; compromiso ético; actuar con*

---

<sup>1</sup> Isabel Pérez Pérez, Rosa Rifà Ros, Míriam Rodríguez Monforte, Maria Godall Castell, Pilar González Galvez. FCS Blanquerna-Universitat Ramon Llull de Barcelona

*calidad; trabajar en equipo, y comunicación efectiva* ” destaca la valoración igual o superior a 7.8 respecto a todas ellas. Cabe resaltar la percepción del logro de la *Capacidad para trabajar en un equipo* (8.37 y 8.36).

Concluimos que los estudiantes perciben haber alcanzado el objetivo de integrar conocimientos, habilidades y actitudes específicos de las competencias valoradas

### **Palabras clave:**

Estrategia pedagógica; integración de conocimientos; sesión clínica; simulación enfermera

**Simulation of clinical sessions as a strategy to integrate knowledge: an FCS Blanquerna experience**

### **ABSTRACT**

This formal communication presents the results of the implementation of a Knowledge Integration Activity, during the academic years 2013-14 and 2014-15, aimed at fourth-year nursing degree students. The aim of this activity is to integrate knowledge, skills and attitudes developed in the curriculum, thereby stressing the acquisition of certain competences.

This activity, which incorporates the simulation of clinical sessions between nursing professionals, obliges the students to address a clinical case to be resolved as a group. They elaborate a care plan proposal, which they justify in a clinical session involving practicing nurses.

The results of the 140 participating nurses, obtained via an “ad hoc” self-directed questionnaire on a scale of 1-10: in reference to the statement “*Completing the Knowledge Integration Activity I have integrated knowledge, skills and attitudes worked on in different nursing degree subjects*” were an average assessment ranging between 7.42 and 7.78 for each course. The statement “*The Knowledge Integration Activity has facilitated the achievement of the competences: adapting to new situations, ethical commitment, quality-based performance, team work, effective communication and analysis, decision-making and problem-solving*” was emphasised by an assessment mark equal to or over 7.8 for all. The perception of having achieved *An ability to work as part of a team* is noteworthy (8.37 and 8.36)

We conclude that students feel they have met the objectives related to integrating knowledge, skills and attitudes and have acquired the competences assessed.

**Key words:**

Pedagogical strategy; integration of knowledge; clinical session; nursing simulation



# Enseñanza en técnicas de investigación a los alumnos de grado en la Facultad de Talavera

## Technical education research students of degree at the Faculty of Talavera.

Ana María Carrobes García

[Amcarrobes@hotmail.com](mailto:Amcarrobes@hotmail.com)

*Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina*

Minerva Velasco Abellán

*Hospital Virgen de la Salud de Toledo*

### **Resumen**

La nueva visión de nuestra profesión nos ha hecho ver en la investigación es todo un filón para desarrollar nuestra actividad profesional, gracias al trabajo en este campo de muchos enfermeros y la formación especializada con la que contamos los docentes podemos formar e innovar en las aulas. En la actualidad hemos avanzado en nuestra profesión pues formamos a promociones de profesionales para el trabajo real, prestando cuidados holísticos e integrales y cubrimos las necesidades de la sociedad. Además no olvidemos nunca que lo que el alumno descubre por sí mismo en su formación nunca lo olvida, pero escasamente retiene la información que recibe en sus clases magistrales.

A través de seminarios y asignaturas en metodología de investigación, se ponen las bases para que los futuros profesionales aprendan a manejar y utilizar los buscadores en bases de datos de ciencias de la salud, conozcan estudios cualitativos, cuantitativos, experimentales como ensayos. Estudios Observacionales descriptivos o analíticos, longitudinales o transversales. Estudien de manera instructiva y didáctica. Realicen un aprendizaje conciso claro, orientado siempre al desarrollo de y adquisición de habilidades en el campo de la investigación. Con foros de discusión, tutorías On-line y presenciales, optimizan el tiempo para la realización de trabajos en grupos e individuales.

Los alumnos de Enfermería desarrollan y adquieren habilidades necesarias para La realización de sus trabajos fin de grados y muchos optan por la realización de proyectos de investigación, donde nos demuestras las habilidades adquiridas durante los cuatro años de formación en investigación.

**Palabras clave:** investigación, evidencia científica, docencia, enfermería, trabajo en equipo.

### **Abstract**

The new vision of our profession has made us see in the research is all a reef to develop our professional activity, thanks to the work in this field of many nurses and specialized training that we have teachers can train and innovate in the classroom. Today we have advanced in our profession as we train professionals for the actual job promotions, providing holistic care and comprehensive and cover the needs of the society. Also let's not forget never what the student discovers itself in his training never forgets it, but barely retains information received in their master classes.

Through seminars and courses in research methodology, the bases are future professionals learn to manage and use the search engine in Health Sciences databases, qualitative, quantitative, experimental studies such as tests are aware. Descriptive or analytical, longitudinal or transverse observational studies. Study of instructive and didactic way. Always perform a clear concise learning oriented development of and acquisition of skills in the field of research. With forums, tutorials online and face-to-face, optimize the time to work in groups and individuals.

Nursing students develop and acquire necessary skills to carry out their end of degree work and many opt for the realization of research projects, where we show the skills acquired during the four years of training in research.

**Keyword:** research, scientific evidence, teaching, nursing, teamwork.

## **Introducción**

La nueva visión de nuestra profesión nos ha hecho ver en la investigación es todo un filón para desarrollar nuestra actividad profesional, gracias al trabajo en este campo de muchos enfermeros y la formación especializada con la que contamos los docentes podemos formar e innovar en las aulas. El Plan Bolonia ha sido toda una oportunidad y si bien nos ha venido acompañado de mayor carga docente ha sido un gran avance para nuestra profesión pues formamos a promociones de profesionales para el trabajo real, prestando cuidados holísticos e integrales y cubrimos las necesidades de la sociedad. Además, no olvidemos

nunca que lo que el alumno descubre por sí mismo en su formación nunca lo olvida, pero escasamente retiene la información que recibe en sus clases magistrales.

El Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), la formación permanente centra su trabajo en las nuevas formas de organización universitaria, que den salida laboral a las nuevas generaciones de profesionales en salud y centran sus metas en formar, innovar y transferir el conocimiento para asegurar una expectativas laborales justas y sostenibles a las nuevas generaciones de profesionales. Así como una mayor adaptación de la formación a las necesidades de la sociedad actual y cubrir las necesidades de esta población multicultural que ha surgido tras la globalización. En la Estrategia Universitaria 2015, y los objetivos europeos 2020, exponen la responsabilidad académica para hacer posible cambios en mejora de la eficacia y eficiencia social contribuyendo en los procesos de aprendizaje dentro de la universidad e incrementando los conocimientos que los alumnos en esta fase de su vida.

Los docentes tenemos una gran responsabilidad social en las universidades, de formar a personas tanto hombres como mujeres que su formación les acompañara a lo largo de toda su vida. Esto debe servir como fundamentación y justificación conceptual de todos los programas universitarios ya que debe garantizar unos conocimientos de calidad a toda la sociedad. Nuestra responsabilidad es empoderar individualmente a cada uno de los alumnos que pasa por nuestras aulas ya que ejercemos una influencia activa en la ciudadanía la cual conforma nuestra sociedad y participa en decisiones políticas, sociales y económicas, contribuyendo al desarrollo social y por tanto al empoderamiento social global.

Desde nuestras universidades cumplimos una acción social y tenemos un compromiso con el aprendizaje a lo largo de toda la formación de grado. Y la investigación es muy necesaria para el desarrollo de nuestra profesión y su avance depende de los docentes y de las directrices que sigamos en nuestras clases. No olvidemos que la sociedad se encuentra inmersa en un profundo cambio tanto la política como la sociedad como la economía están evolucionando, se ha producido in cambio en el proceso productivo y los emprendedores si aprovechan la crisis financiera es tanto una limitación para la evolución de las investigaciones por la falta de recursos económicos que dedicar a ello. Pero por otra parte es toda una oportunidad de aprender a hacer las cosas de otra manera, de implementar nuevos valores en nuestra sociedad. Y como no en el mundo de la salud. No olvidemos que la actividad emprendedora es siempre el motor de desarrollo económico y social de la sociedad. Y que en la sociedad se encuentra en pleno desarrollo. El marco teórico de nuestras clases es una



nueva forma de construir, analizar y estimular a todos los emprendedores que pasen por nuestras aulas. Los emprendedores e investigadores innovan transforman sus ideas en nuevas realidades e inventos que facilitan la vida del paciente, crean nuevas realidades, desarrollan nuevos proyectos, ofrecen servicios y productos diferentes, y contribuyen a la generación de nuevos puestos de trabajos dedicados a la investigación y son responsables de creación de riqueza económica y social en el territorio donde se desarrolla. La investigación no es algo único de las ciencias de la salud sino que debe desarrollarse en todos los ámbitos deportivo, cultural, social, empresarial y científico.

Este trabajo trata de profundizar en la relación entre la educación y la investigación centrándose en la dimensión formativa, ya que debemos cubrir las necesidades actuales de la juventud que pasa por nuestras universidades y con su formación y empleo consiguen su independencia económica que es importante pero lo es más su desarrollo intelectual en todos los órdenes. Consideremos por tanto fundamental implementar los planes de estudio desde el inicio de la formación si desde la enseñanza obligatoria se trabajan las habilidades necesarias para formar nuevos investigadores cuando decidan pasar a una enseñanza profesional o universitaria estarán plantadas las bases para el desarrollo en investigación y así se conseguirá tener generaciones más emprendedoras y tendrán nuevas competencias en sus trabajos. Competencias esenciales a desarrollar en las enseñanzas regladas y más adaptadas y actualizadas a las demandas actuales del mundo laboral que se van a encontrar tras su formación y paso por nuestras universidades.

Vivimos en un mundo cambiante en eterna evolución en todos los campos económico y social. Las actitudes de los docentes son muy importantes para afrontar este nuevo reto. Somos parte de la red de docentes que tiene en sus manos la educación de las nuevas generaciones. Y el impacto de la educación sobre los jóvenes es tan importante que debemos innovar y adquirir nuevas competencias curriculares. Gracias a la cofinanciación en el marco del Plan Nacional I+D+I con ayudas del Ministerio y los Fondos Europeos de Desarrollo Regional. Se avanza en investigación.

El objetivo de este trabajo es que los jóvenes aprovechen los recursos valiosos que se les ofrece en la formación, experiencias, conocimientos y desarrollen aptitudes necesarias para poder participar como nuevos emprendedores en el mundo de la investigación.

# 1 Objetivos

Objetivo Principal:

- Conocer los diferentes métodos, análisis de información recogida para la realización de estudios de investigación.

Objetivo Secundarios:

- Analizar los diferentes diseños epidemiológicos.
- Distinguir los diseños más apropiados para lograr objetivos.
- Aprender a leer un artículo científico.

# 2 Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la evidencia disponible en los últimos 10 años en bases de datos: Pubmed, Dialmet, Cuden; Ime, Lilacs, Biblioteca Cochrane Plus. Enfispo, Medline, Elsevier. Los descriptores utilizados fueron “Investigación”, “evidencia científica”, “docencia”, “enfermería”, y “trabajo en equipo”. Estos términos fueron incluidos en inglés para la búsqueda en las bases de datos internacionales). En todos los casos. El tipo de fuente seleccionada se trató de revistas científicas. Se utilizó el lenguaje habitual en ciencias de la salud, combinado con operadores booleanos (“y/and”, “o/or”, “no/not”). Así mismo se llevó a cabo una revisión de los depósitos de libros localizados en la Universidad de Castilla-La Mancha, Tanto en el campus de Talavera de la Reina como en el de Toledo. Se adjunta anexo 1. Como diagrama de flujo. Se seleccionaron cuatro libros, dos del campus de Toledo y otros dos del campus de Talavera de la Reina. Se seleccionaron aquellos artículos cuyo contenido estaba relacionado directamente con el tema tratado en el presente trabajo. Además, para ayudar a esta selección se establecieron una serie de criterios: Artículos referidos a investigación en ciencias de la salud, Estudios realizados en Estados Unidos, Latinoamérica, Europa y España. Artículos cuyo texto completo se encuentre en lengua inglesa o española, los que no eran en una de esas dos lenguas se excluyeron, al igual que los artículos que no estaban completos. De introdujo un filtro para la fecha de la publicación ya que en investigación los artículos de más de 10 años se consideran que están obsoletos y solo

se revisaron publicaciones relacionadas con el tema que habían sido publicadas después del 2005.

Esta revisión pretende aportar información para nuevas investigaciones sobre el tema objeto de estudio. Para ello estaría bien utilizar en el futuro estudios cuantitativos y cualitativos que le complementaran desde los dos enfoques. Ya que ambas visiones se complementan y aportan riqueza al trabajo científico y si utilizamos varias variables metodológicas que se apoyan unas en otras será posible promover el análisis de una realidad compleja desde orientaciones multimetodológicas. Recordemos que la metodología cuantitativa la utilizamos para la obtención de información a través de la cuantificación de los datos y las variables establecidas. Pero la metodología cualitativa nos aporta una visión totalmente diferente porque el protagonista del estudio es la propia persona sus creencias y actitudes sobre el tema de estudio son muy importantes de valorar, porque necesitamos saber la realidad de los pensamientos, emociones y sensaciones que tienen los estudiantes sobre el tema de la investigación. En ambos estudios tanto cuantitativos como cualitativos es muy importante realizar un buen análisis de los datos. Para seguir con la interpretación de los resultados y la elaboración de unas buenas conclusiones que den luz al estudio realizado.

### **3 Resultados**

La formación, el conocimiento y experiencia dentro de la investigación ha aportado nuevas formas de emprendimiento para la sociedad, y con ello hemos conseguido que las nuevas promociones de universitarios sean personas más autónomas, consigan un mayor desarrollo personal, sean nuevos líderes, e innovan y apliquen las habilidades adquiridas. Así sean personas más autónomas con mayor confianza en si mismas y mayor autoestima y tengan un mayor espíritu de superación. Sepan gestionar mejor su trabajo, tomar decisiones y resolver problemas. Sean mayores entusiastas sepan trabajar en equipo. Asumiendo los riesgos que les presente la vida como nuevos retos. Y sean capaces de desarrollar sus propias ideas, acciones y planifiquen y hagan realidad sus proyectos.

Los alumnos de Enfermería desarrollan y adquieren habilidades necesarias para La realización de sus trabajos fin de grados y muchos optan por la realización de proyectos de investigación, donde nos demuestras las habilidades adquiridas durante los cuatro años de formación en investigación.

Estamos empoderando a los estudiantes de las nuevas generaciones de profesionales en salud para que sean capaces por ellos mismos de tener una salida dicta a su profesión tanto como la opción de dedicarse al campo asistencial, docencia o investigación. Trabajando siempre desde la evidencia científica.

De forma general podemos aportar a los resultados que no podemos eludir las funciones que la sociedad moderna atribuyen a los sistemas educativos en la construcción de una sociedad más cohesionada y justa, y debemos profundizar sobre el diseño curricular y la organización de una mejor educación universitaria que responda a las demandas sociales y laborales, asumiendo entre sus objetivos que los jóvenes alcancen unas cotas educativas superiores adquiriendo las competencias asociadas a la tarea de poner en marcha sus propias investigaciones y el empleo de estos nuevos profesionales sea el idóneo para la sociedad del siglo XXI.

## **4 Conclusiones**

Utilizando las nuevas tecnologías, Aprovechemos la oportunidad que estas nos brindan para formar a las nuevas generaciones en darles instrumentos para que realicen sus trabajos. Recordemos que la investigación es una actividad compleja y sofisticada que nos requiere materiales humanos y recursos materiales. Pero lo principal es motivar a nuestros alumnos para despertar en ellos la necesidad de conocer el mundo que les rodea y que mejor que ayudarles a emprender el viaje hacia el conocimiento.

La enfermería, como disciplina científica se ocupa de empoderar mediante los cuidados generales y específicos centrados en la persona, Tenemos un papel fundamental en la atención biopsicosocial que se debe producir en todas las etapas de la vida. Y si esta es la finalidad de la parte asistencial de nuestra profesión no debemos olvidar que otra de las grandes tareas de nuestra profesión es formar y como formadora experimentada tengo la necesidad de aportar a las nuevas generaciones de alumnos que asisten a las universidades los conocimientos necesarios para afrontarse al mercado laboral que fluye en nuestro entorno. Nuestra formación y conocimientos están actualizándose continuamente ya que los docentes estamos en continuo reciclaje y aprendemos, desarrollamos nuevas técnicas de estudio y de aprendizajes más dinámicas y creativas, necesarias para cubrir las demandas de nuestros alumnos. Y si estos dos pilares como son lo asistencial y la docencia es importante

para el desarrollo de nuestra profesión no lo es menos la investigación. Esta es una actividad en pleno desarrollo, dejemos las técnicas biomédicas que durante tantos años nos han marcado ya que los únicos que investigaban a lo largo del siglo XX eran médicos y los apoyos y los medios iban destinados a su desarrollo. Nos hemos hecho un hueco en el campo de la investigación hemos desarrollados nuevas habilidades y destrezas en el desarrollo de esta actividad gracias al trabajo de multitud de compañeros anónimos que han aportado su grano de arena a la investigación. Hay un nuevo rumbo en la investigación de lo cuantitativo y los números hemos pasado a lo cualitativo, donde lo que tiene mayor importancia es el individuo o persona objeto de estudio, él será el verdadero protagonista de los estudios cualitativos en los que sus creencias, actitudes, vivencias y experiencias nos enseñen y nos muestren la realidad de los acontecimientos que viven con sus propias palabras y sus gestos nos expresen la realidad que andamos buscando. La verdad de toda la realidad de una sociedad evolucionada que nos aporta un raudal de información que debemos utilizar para nuestros estudios. Tenemos la responsabilidad de formar en investigación a todas las nuevas generaciones y debemos aportarles nuestros conocimientos y sabiduría. Hagamos nuestro trabajo con la mayor ilusión, porque realmente somos muy importantes en el engranaje de la formación de nuestra sociedad.

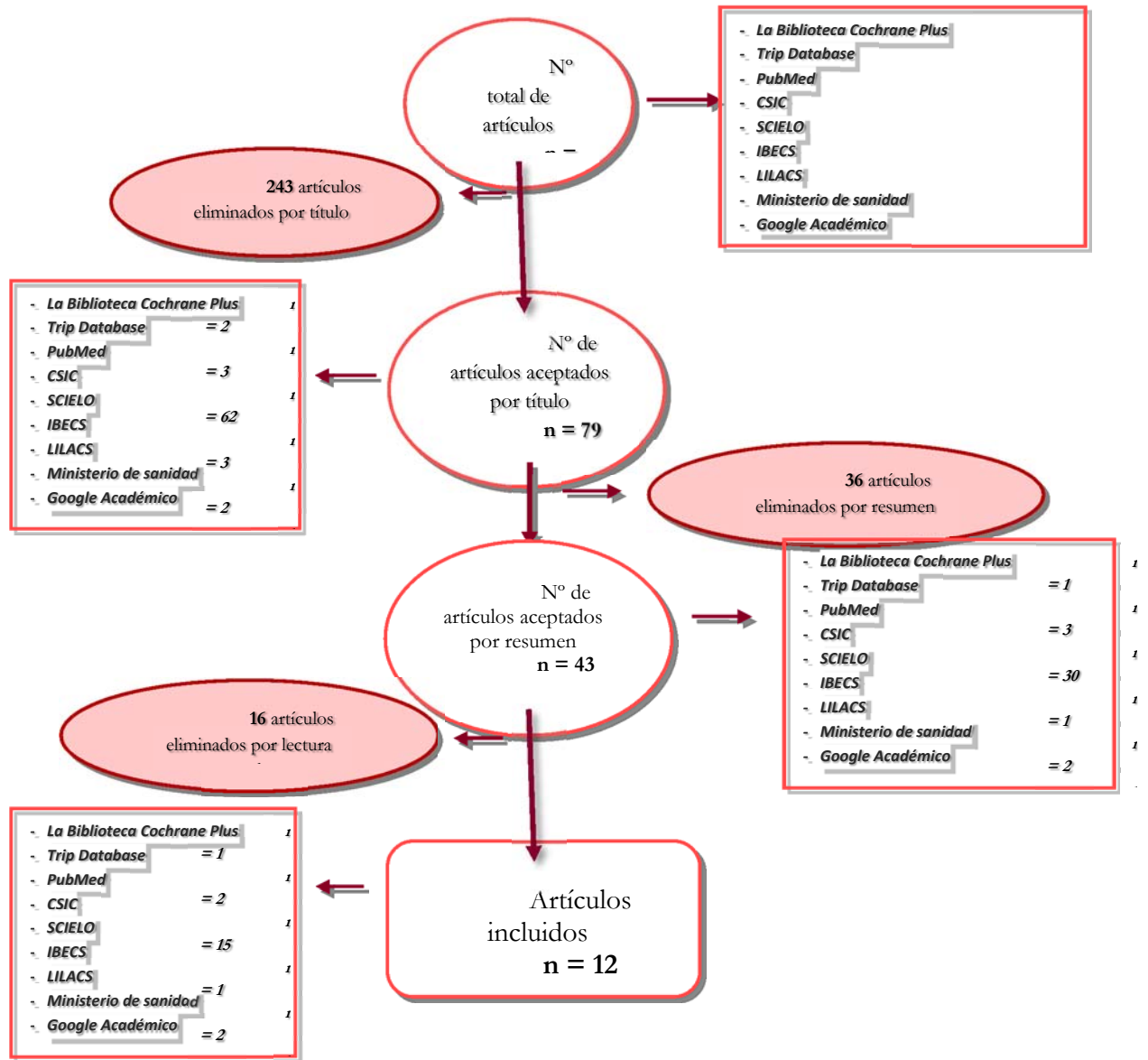
## **Bibliografía**

1. Salamanca Castro A.B. El aeiou de la investigación en enfermería. FUDEN 2013; 345-406 ISBN: 978-84-15345-73-2.
2. Rodríguez Briz F. Los servicios de referencia virtual : surgimiento, desarrollo y perspectivas a futuro. 1ª ed. Buenos Aires: Alfagrama; 2005.
3. Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez D. Evolución de las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en la percepción de la salud en España. Gac Sanit 2006; 20(3) 1-5.
4. Aleixandre Benavent R, Bolaños Pizarro M, González de Dios J, Navarro Molina C. Fuentes de información bibliográfica (II): bases de datos bibliográficas españolas en ciencias de la salud de interés en pediatría, IME, IBECS y MEDES. Acta Pediatr Esp 2011; 69(4): 177-182.
5. Aleixandre Benavent R, González Alcaide G, González de Dios J, Alonso Arroyo A, Navarro Molina C. Fuentes de información bibliográfica (III): bases de datos bibliográficas extranjeras en ciencias de la salud de interés en pediatría, MEDLINE, Embase y LILACS. Acta Pediatr Esp 2011; 69(5): 223-234.
6. Boletín Colegial (colegio de Enfermería de Toledo). N° 15/septiembre 2006.p3.

7. ARTIUM-Centro-Museo de Arte Contemporáneo. Localización de información en entornos virtuales [Internet]. Artium.org [acceso 7/8/2015]. Disponible en: [http://www.artium.org/LinkClick.aspx?fileticket=8r\\_IMM6rfrm%3d&tabid=101](http://www.artium.org/LinkClick.aspx?fileticket=8r_IMM6rfrm%3d&tabid=101)
8. González Guitián C, Sobrido P. Buscar en Medline con PubMed [Internet].Fisterra.com; 2010 [acceso 17/8/2015]. Disponible en: [http://www.fisterra.com/recursos\\_web/no\\_explor/pubmed.asp](http://www.fisterra.com/recursos_web/no_explor/pubmed.asp)
9. Miguel S, Hidalgo M. Guía para la búsqueda, selección y registro de bibliografía académico-científica [Internet]. La Plata: Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Biblioteca Florentino Ameghino; 2010. [acceso 5/10/2015]. Disponible en: <http://www.bfa.fcnym.unlp.edu.ar/bfa/ayudas/guia.busquedas/index.html>
10. Reyes Alcázar V. Búsqueda bibliográfica avanzada [Internet]. Medynet.com [acceso 6/10/2015]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/busquedas%20avanzadas.pdf>
12. Bernal, Cesar. "Metodología de la Investigación." *Editorial Pearson* (2006): 52-83.
13. Harrison, Lynda, et al. "Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de enfermeras: una perspectiva latinoamericana." *Ciencia y enfermería* 11.1 (2005): 59-71.
14. Triviño, Zaidler, and Olivia Sanhueza. "Paradigmas de investigación en enfermería." *Ciencia y enfermería* 11.1 (2005): 17-24.
15. Marziale, H. P. "Producción científica de la enfermería brasileña: la búsqueda de impacto internacional." *Rev Latino-am enfermagem* 13.3 (2005): 289-90.
16. Alarcon, Ana M., and Paula Astudillo. "La investigación en enfermería en revistas latinoamericanas." *Ciencia y enfermería* 13.2 (2007): 25-31.

# Anexo 1

Diagrama de flujo



# Impacto del peso del neonato con sus posteriores consecuencias en las etapas de su desarrollo infantil

## Impact of newborn with weight its aftermath in stages of your child development

Minerva Velasco Abellán

[minervava@hotmail.com](mailto:minervava@hotmail.com)

*Hospital Virgen de la Salud de Toledo*

Ana María Carrobles García

*Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina*

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La obesidad es una de las enfermedades que más complicaciones puede provocar en un embarazo. El estado nutricional materno antes y durante la gestación se considera un determinante fundamental para evaluar el crecimiento fetal y el peso del recién nacido.

El objetivo principal será describir la magnitud de la obesidad materna gestacional y su relación con el peso neonatal al nacimiento y su impacto en etapas del desarrollo infantil en el Área de Salud de Toledo.

**Material y método:** Se llevará a cabo un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. Población y ámbito de estudio: Mujeres embarazadas a término de la provincia de Toledo que ingresan de parto en el Hospital “Virgen de la Salud” (Toledo). La información será recogida a través del libro de registro de partos del hospital y las Historias clínicas, teniendo previamente el consentimiento de las mujeres participantes, que será recogido en el proceso de puerperio inmediato. Habrá un posterior seguimiento del niño. El tamaño muestral constará de 351 casos, escogidos a través de un muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático durante un periodo de tiempo aproximado de seis meses.



**Conclusión:** Parece pertinente la continuidad de estudios de tipo epidemiológico que analicen la prevalencia de la obesidad materna en relación con el peso neonatal al nacimiento en nuestro país. Se ve necesario elaborar intervenciones específicas, de tipo preventivo, con el objetivo último de mejorar la calidad asistencial y la salud comunitaria. Tras la difusión de los resultados que obtengamos, será posible justificar la necesidad de implementación de programas de atención prenatal, así como otras estrategias de acción preventiva a estos grupos de población.

**Palabras clave:** obesidad, embarazo, aumento de peso, fenómenos fisiológicos de la nutrición prenatal, recién nacido

### **Abstract**

Introduction and objectives: Obesity is a disease that can cause further complications in pregnancy. The mother before and during pregnancy nutritional status is considered crucial for assessing fetal growth and birth weight decisive.

The main objective will be to describe the magnitude of gestational maternal obesity and its relationship with neonatal birth weight and its impact on child development stages in the Toledo Health Area.

Materials and methods: an observational, descriptive and transversal will be held. Population and area of study: full-term pregnant women in the province of Toledo labor entering the "Virgen de la Salud" (Toledo) Hospital. The information will be collected through the logbook hospital delivery and medical records, previously taking the consent of the participating women, which will be collected in the immediate postpartum process. There will be a follow-up of the child. The sample size consist of 351 cases selected through a systematic random probability sampling rate over a period of approximately six months.

Conclusion: It seems relevant continuing epidemiological studies to analyze the prevalence of maternal obesity in relation to the neonatal birth weight in our country. It is necessary to develop specific interventions, preventive type, with the ultimate aim of improving quality of care and community health. After the dissemination of the results we get, it will be possible to justify the need to implement programs of prenatal care and other preventive strategies to these groups share.

**Keywords:** obesity, pregnancy, weight gain, physiological phenomena prenatal nutrition, newborn

## Introducción

La gestación es un periodo en el que se incrementan las necesidades nutricionales, debido a las demandas requeridas para el desarrollo y crecimiento del feto y también para la formación de nuevas estructuras, materias necesarias en la gestación (placenta, útero, glándulas mamarias, sangre,...) así como para la constitución de depósitos energéticos que aseguran las demandas de energía que van a presentarse en el parto y la lactancia (1).

El aumento de peso en la mujer embarazada no es el mismo durante todo el embarazo (1º Trimestre: 0-1kg; 2º Trimestre: 3-4kg y 3º Trimestre: 8kg). De manera orientativa y teniendo en cuenta el factor pregestacional podemos decir que las mujeres con peso pregestacional normal, deben aumentar 12kg al término de su embarazo (entre 10-13kg); si padecen sobrepeso u obesidad, solo es aconsejable que aumenten una media de 7kg (entre 7-10kg) y con peso pregestacional bajo deben aumentar más de 13kg (entre 15-17kg) (2,3).

La nutrición materna junto con la ganancia de peso en el embarazo determina el avance y resultado final de la gestación. La mitad del aumento de peso durante el embarazo corresponde al feto (3-4kg.), placenta (0,5kg) y líquido amniótico (1kg); el resto se encuentra en la sangre (volumen sanguíneo: 1,5kg.) y depósitos maternos (retención de agua: aprox. 2kg.; reservas lipídicas: 2-3kg.) (4). La genética y los malos hábitos alimenticios de la madre antes y durante el embarazo, las distintas patologías metabólicas maternas, así como la ingesta de nutrientes en los primeros meses de vida del recién nacido parecen estar implicados en la etiología de la obesidad y sus consecuencias a largo plazo para el recién nacido (5). El estado nutricional materno antes y durante la gestación se considera un determinante fundamental para evaluar el crecimiento fetal y el peso del recién nacido (3).

La obesidad es una de las enfermedades que más complicaciones puede provocar en un embarazo, a lo que se añade el aumento del número de personas con problemas de sobrepeso. La OMS prevé que la obesidad y el sobrepeso adquirirán una dimensión de epidemia mundial del siglo XXI (6). Está presente en el 16% de las mujeres adultas mientras que el sobrepeso asciende al 45% de mujeres en la población adulta española (OCDE, 2009). Uno de cada dos adultos presenta un peso superior a lo recomendable, según datos del Ministerio de Salud y esta elevada prevalencia de obesidad también está presente en las mujeres gestantes, conllevando un importante problema de Salud Pública (6,7).

Dos indicadores del estado nutricional materno han mostrado una relación constante con el peso del niño al nacer: el índice de masa corporal (IMC) de la madre o Índice de Quetelet previo al embarazo y el aumento de peso durante la gestación (8).

Este trastorno de la alimentación, por sí mismo, incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Actualmente se considera parte de un síndrome metabólico constituido también por hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipemia, hiperuricemia (6).

Los problemas relacionados con la obesidad en el embarazo son muchos, existiendo una correlación directa entre uno y otro con complicaciones a corto y largo plazo para la madre y el feto. En el embarazo temprano existe mayor riesgo de anomalías congénitas, aborto espontáneo, limitación para la adecuada visualización ultrasonográfica de las estructuras fetales y por consiguiente la detección oportuna de malformaciones congénitas. Durante el resto de la gestación existe mayor incidencia de diabetes mellitus gestacional, muerte fetal, hipertensión gestacional. Al final de la gestación: aumento en la incidencia de cesárea, distocias del trabajo de parto, trabajo de parto prolongado, complicaciones anestésicas. En el puerperio: infecciones de herida quirúrgica, endometritis, dehiscencia de herida quirúrgica, tromboembolias y tromboflebitis venosa profunda (9). Las complicaciones fetales y del recién nacido incluyen: macrosomía, muerte fetal, malformaciones congénitas, obesidad infantil. Se triplica la posibilidad que el hijo de madre obesa sufra el mismo problema en edad adulta e inclusive desde la adolescencia (10-12).

Por otro lado, el peso del recién nacido al nacer se considera un predictor del futuro del neonato, un importante factor que influye en un desarrollo saludable (12). La morbilidad y mortalidad de un adulto se incrementan según disminuye o aumenta el peso neonatal (8).

En los últimos años se ha avanzado en los mecanismos involucrados en el aumento de peso, pero no tanto sobre aquellos que conducen a la obesidad de las mujeres en gestación, los cuales parecen remontarse a la etapa pre-concepcional y a la época fetal. Los resultados de varios estudios epidemiológicos han llevado a considerar que la alteración en la nutrición en la vida intrauterina aumenta el riesgo de enfermedades crónicas de la vida adulta.

Basándonos en los datos anteriores nos enfrentamos a un deterioro progresivo nutricional de nuestra población. Esto nos ha motivado a analizar la influencia del estado nutricional materno y ganancia de peso durante el embarazo como factores determinantes del peso de los recién nacidos.

A razón de estos datos, parece pertinente la continuidad de estudios de tipo epidemiológico que analicen la prevalencia de la obesidad materna en relación con el peso neonatal al nacimiento, en nuestro país.

El propósito principal de esta investigación será describir este fenómeno a fin de demostrar la necesidad de elaborar intervenciones específicas posteriores, de tipo preventivo, con el objetivo último de mejorar la calidad asistencial y la salud comunitaria. Tras la difusión de los resultados que obtengamos, será posible justificar la necesidad de implementación de programas de atención prenatal, así como otras estrategias de acción preventiva a estos grupos de población.

## **1 Objetivos**

### General

Describir la magnitud de la obesidad materna pregestacional y la ganancia de peso excesiva durante la gestación, y su relación con un peso neonatal aumentado al nacimiento en el Área de Salud de Toledo.

### Específicos

- Calcular la frecuencia de obesidad pregestacional en mujeres.
- Determinar la frecuencia de mujeres que presentan una ganancia de peso mayor a la recomendada en base a su peso inicial o previo.
- Analizar la relación de la obesidad y ganancia excesiva de peso en gestantes, con el peso del niño al nacer y sus consecuencias.

## **2 Metodología**

### ***2.1 Tipo de estudio***

Se llevará a cabo un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal.

### ***2.2 Población y ámbito de estudio***

Mujeres embarazadas a término de la provincia de Toledo que ingresan de parto en el Hospital “Virgen de la Salud” (Toledo). La información será recogida a través del libro de registro de partos del hospital y las Historias clínicas, teniendo previamente el consentimiento de las mujeres participantes, que será recogido en el proceso de puerperio inmediato.

### ***2.3 Descripción de la muestra***

Nuestro tamaño muestral constará de 351 casos, escogidos a través de un muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático durante un periodo de tiempo aproximado de seis

meses, que calculamos necesario para la recogida de información, basándonos en el número de partos totales llevados a cabo en el año 2014 para un nivel de confianza del 95% y un error del 0,05. Este tamaño muestral corresponderá al número de mujeres cuyo parto tenga lugar en el período de tiempo marcado en los días pares de cada mes (debido al periodo de ingreso de las puérperas) que cumplan los criterios de inclusión que detallamos a continuación.

## ***2.4 Criterios de inclusión y de exclusión:***

Criterios de inclusión:

- Gestaciones a término (37-42 semanas)
- Gestación única.
- Mujeres en cuya historia obstétrica esté registrada la talla y el peso inicial a la gestación y mujeres que no tengan ninguna patología previa o asociada a la gestación
- Ausencia de hábitos tóxicos.
- Mujeres que acepten ser partícipes del estudio y firmen el consentimiento.
- Gestantes residentes en la provincia de Toledo.

Criterios de exclusión:

- Habla no hispana
- Escritura ilegible

## ***2.5 Definición de variables:***

Nuestra variable *dependiente* será el peso del neonato al nacimiento que clasificaremos en bajo peso (<P10), normopeso, macrosomía (>P90).

Entre las variables independientes, destacamos:

Obesidad de las gestantes:

- a. Obesas: aquellas con IMC pregestacional mayor o igual a 30.
- b. No obesas: aquellas con IMC pregestacional menor a 30.

Ganancia de peso excesiva en embarazo:

- a. Mujeres con ganancia excesiva: aquellas que hayan aumentado más de 16kg. durante el embarazo.
- b. Mujeres sin ganancia excesiva: aquellas que hayan aumentado 11,5-16kg. su peso durante el embarazo.

Otras variables independientes incluidas en el estudio:

Tipo de parto (eutócico – distócico), raza, valor glucémico neonatal (normal y alterado); presencia de líquido amniótico meconial, sexo del recién nacido, valores pH cordón umbilical (normal y alterado), nivel académico (sin estudios, grado medio, estudios superiores), edad materna, edad gestacional, talla neonatal, paridad, perímetro torácico y cefálico y por último test de Apgar.

### **3 Conclusión**

- Traducir los resultados a un significado práctico, en el mismo orden lógico en que presentaremos los resultados.
- En cuanto a las implicaciones de los resultados, trataremos de hacer sugerencias acerca del modo en que podrían emplearse para mejorar la práctica clínica y la calidad asistencial entorno a la gestación y parto, así como recomendaciones encaminadas a incrementar el conocimiento específico en el campo de la obesidad en el embarazo, proponiendo nuevas líneas de investigación.
- Profundizaremos sobre algunos aspectos relevantes, como el hecho de que se triplique la posibilidad de que el hijo de madre obesa sufra el mismo problema en edad adulta o en la adolescencia, tal y como han mostrado otros autores ya citados. Nuestros resultados se añadirán a la evidencia existente acerca de los riesgos del sobrepeso en mujeres

Todo ello conlleva a la profunda resolución de aquellos factores involucrados (socioeconómicos, educativos y programas preventivos), impulsando el planeamiento de programas de atención prenatal avalados por grupos gubernamentales y científicos implicados en la Salud Pública, ayudando a prevenir una alimentación inadecuada al establecer este tipo de programas de control en la gestación y desde etapas precoces de la vida.

### **Bibliografía**

1. Campoy C, E. Martín-Bautista, García-Valdés L, Florido L, Agil A, Lorente JA, Marcos A, López-Sabater MC, Miranda-León T, Sanz Y, Molina-Font JA. Estudio de la influencia de la nutrición y genética maternas sobre la programación del desarrollo del tejido adiposo fetal (Estudio PREOBE). *Nutr Hosp.* 2008;23(6):584-590.

2. Aquije Cabezudo GM. The Pregestational BMI and weight gain of women during pregnancy in relation with the weight of the new born. Maternal Infante Hospital Villa María del Triunfo, may and june 2005. *Rev Per Obst Enf* 3(1), 2007.
3. Grados Valderrama FM, Cabrera Epiquen R, Díaz Herrera J. Estado Nutricional pregestacional y ganancia de peso materno durante la gestación y su relación con el peso del recién nacido. *Rev Med Hered* 14 (3): 2003; 128-133.
4. Zelaya MA, Godoy AC, Esperanza LM, Pianesi JF. Estado nutricional en el embarazo y peso del recién nacido *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina-Nº 125*. Marzo 2003; 1-6.
5. Leddy MA, Power ML, Schulkin J. The impact of maternal obesity on maternal and fetal health. *Rev Obstet Gynecol*. 2008 Fall; 1(4):170-8.
6. Sahuquillo, MR, "Pandemia de obesidad". Periódico "El País". Madrid. 2010, Sept.
7. Kominiarek MA, Vonderheid S, Endres LK.. Maternal obesity: do patients understand the risks?. *J Perinatol*. 2010 Apr 22. [Epub ahead of print].
8. Leal Mateos M, Giacomini N., Pacheco-Vargas LD. Índice de masa corporal pregestacional y ganancia de peso materno y su relación con el peso del recién nacido. *Acta Médica Costarricense* 2008; 50:160-167.
9. Rudecindo Lagos S., Rodolfo Espinoza G., Juan José Orellana C. Estado nutritivo materno inicial y peso promedio de sus recién nacidos a término. *Rev Chil Nutr* Vol. 31, Nº 1, Abril 2003: 52-57.
10. Walters MR, Taylor JS. Maternal obesity: consequences and prevention strategies. *Nurs Womens Health*. 2009 Dec;13(6): 486-94.
11. Asplund CA, Seehusen DA, Callahan TL, Olsen C. Percentage change in antenatal body mass index as a predictor of neonatal macrosomia. *Ann Fam Med*. 2008 Nov-Dec;6(6): 550-4.
12. Gale CR, Javaid MK, Robinson SM, Law CM, Godfrey KM, Cooper C. Maternal size in pregnancy and body composition in children. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007. Oct;92(10): 3904-

# Redes sociales y la competencia, gestión de la información.

## Social media and management information ability

*Álvarez Embarba B [et.al.]<sup>1</sup>*

*bembarba@cruzroja.es*

*Escuela de Enfermería Cruz Roja Madrid-UAM*

### Resumen

Teniendo en cuenta los objetivos de la titulación y las demandas de la sociedad, los estudiantes en enfermería deben adquirir competencias específicas en la recomendación de redes sociales de apoyo a los usuarios.

La identificación de las competencias, y específicamente las transversales, contribuye a que, los estudiantes se adapten a los cambios provocados por el progreso de la sociedad.

### Objetivos

Analizar las capacidades y conocimientos que permiten a los estudiantes acceder, utilizar e interactuar con la información, con el objetivo de utilizar de forma efectiva las redes sociales y grupos de ayuda mutua en red.

### Material y métodos

Población de estudio: Estudiantes de primer curso de grado de enfermería.

Estudio descriptivo en estudiantes de enfermería.

### Diseño:

Se asigna a cada grupo de estudiantes, una patología donde deben trabajar los siguientes aspectos:

1. Características de la red social y grupo de ayuda mutua relacionada con la enfermedad.
2. Beneficios y limitaciones de cada una de ellas a la patología en concreto.
3. Criterios de elección para elegir participar en red social o grupo de ayuda

### Conclusiones

Los estudiantes identifican las redes sociales adecuadas para cada patología aplicando los conocimientos sobre gestión de la información

Interpretan y manejan las limitaciones y ventajas de los tipos de redes sociales (GAM e internet) aplicadas a la actividad.

Aplican la información y el conocimiento de forma efectiva para la utilización de las redes sociales y grupos de ayuda mutua

**Palabras clave:** competencia, TIC, redes sociales, enfermería

---

<sup>1</sup> Mas Espejo M, González Hervías R, Manso Perea, Luengo González R, González Cervantes S. Escuela de Enfermería Cruz Roja Madrid-UAM



## Abstract

Nursing students have to achieve specific abilities about social media support for patients due to training goals and society demands. The identification of student competencies, in particular transversal, allow for students adaptation to progress society changes.

AIM:

To analyze abilities and knowledge that allows students to access, use and interact information, in order to use effectively social media and social net support.

METHOD:

SAMPLE: First year students of Science of Nursing.

DESING: Descriptive research.

The students were distributed in groups for different diseases:

1. Social media characteristics and social net supports relate to the disease.
2. Social media advantages and disadvantages.
3. Eligibility judgment.

Conclusions

Nursing students identify appropriate social media for each pathology using knowledge about information management.

The students also understand limitations and advantages about social media (social net support and internet) in the activity.

The students apply effectively the knowledge and information to use social media and social net support.

**Keyword:** competencies, Abilities, Skills, TIC, social media, nursing

## Introducción

En las ciencias de la salud y tras la incorporación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, facilita el desarrollo de nuevas competencias en el uso de las TIC por parte del personal de los servicios de salud. Distintos profesionales como los médicos, enfermeros y otros profesionales están en permanente interacción con los pacientes. El uso de las nuevas tecnologías, especialmente internet, facilita los procesos de comunicación brindándoles información oportuna sobre la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, así como sobre el tratamiento de una enfermedad.

La adquisición de estas nuevas competencias TIC facilitan una mayor interacción entre el personal de salud y los pacientes a través de distintos medios como son: los emails, SMS, chat, foros, páginas web, Facebook, Twitter y otros medios.

Las principales competencias TIC son el acceso a información científica de salud, la gestión de la información y el conocimiento en salud, la generación de conocimiento en salud y la divulgación de conocimiento en salud. Una de las dificultades que se observa con estas nuevas

competencias TIC es la necesidad de que las personas presenten un mínimo manejo de las nuevas tecnologías digitales, este es un requisito y son fundamentales para poder desenvolverse en este nuevo contexto socio tecnológico actual.

Es importante delimitar en el ámbito profesional el concepto de competencias, para así poder direccionar adecuadamente lo que significan y representan las competencias TIC (1).

Según refiere Tobón (1999) las competencias son:

“Procesos complejos que las personas ponen en acción- actuación-creación, para resolver problemas y realizar actividades de la vida cotidiana y del contexto laboral-profesional, aportando a la construcción y transformación de la realidad, para lo cual integran el saber ser (automotivación, iniciativa y trabajo colaborativo con otros), el saber conocer (observar, explicar, comprender y analizar) y el saber hacer (desempeño basado en procedimientos y estrategias), teniendo en cuenta los requerimientos específicos del entorno, las necesidades personales y los procesos de incertidumbre, con autonomía intelectual, conciencia crítica, creatividad y espíritu de reto, asumiendo las consecuencias de los actos y buscando el bienestar humano” (2).

Alcanzar los niveles de competencias depende de comportamientos que algunas personas dominan mejor que otras, lo que les hace eficaces en una situación determinada. En el caso de manejar las nuevas TIC, habrá personas que tengan mayor facilidad en el uso del internet y otras personas estarán en proceso de aprendizaje. De esta manera es necesario precisar cuáles son esas competencias que las personas deben manejar adecuadamente en el campo de la salud pública. Las competencias tecnológicas son universales, debido a que el manejo de las computadoras y el internet tienen un lenguaje único, que es el hipertextual, en cualquier parte del mundo.

El Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería de la ANECA recomienda la adquisición de la competencia Gestión de la información en los planes de estudio (3).

Desde la Escuela de Enfermería de Cruz Roja en Madrid (CREM-UAM) esta competencia se implementa en una propuesta formativa dentro de un Proyecto de adquisición de competencias en información.

La adquisición de estas competencias para los profesionales enfermeros es importante por dos aspectos:

- Repercusiones que sus decisiones tienen sobre la salud de las personas.
- Cambios constantes en la innovación científica relacionados con la salud.

La escuela de enfermería Cruz Roja de Madrid-UAM, define en el diseño instruccional de su plan de estudios, la competencia gestión de la información como:

“la capacidad para Identificar necesidades de información, buscarla, analizarla, evaluarla, utilizarla y comunicarla de manera eficaz y ética.”

La gestión de la información es una competencia instrumental global que incluye otras competencias de tipo:

- Cognitivo: capacidad de análisis y síntesis.
- Lingüístico: capacidad de comunicación oral o escrita.
- Tecnológico: habilidades informáticas fundamentales.

El Objetivo General de esta competencia es: Identificar necesidades de información, buscarla, analizarla, evaluarla, utilizarla y comunicarla de manera eficaz y ética.

Está graduada en 4 niveles con objetivos específicos para cada nivel

#### NIVEL 1

Específicos:

- Es capaz de valorar y reconocer el grado de conocimiento que la información puede aportarle.
- Identificar tipos y formatos de fuentes potenciales de información.
- Estar familiarizado con las bases de datos nacionales en ciencias de la salud.
- Conocer la forma de consultar dichas fuentes (estrategia de búsqueda básica).
- Reconocer criterios de calidad de la información científica localizada en las diferentes fuentes de información, atendiendo a su fiabilidad.
- Identificar e interpretar que es una cita y una referencia bibliográfica.
- Conocer e integrar las normas de citación y referencia según Vancouver.
- Comprender las cuestiones éticas y legales, así como reconocer la autoría de las fuentes de origen.
- Conocer los gestores bibliográficos.

#### NIVEL 2

Específicos:

- Utilizar lenguaje natural y controlado en la búsqueda de información de acuerdo a criterios específicos entregados por el docente.
- Identifica fuentes de información pertinentes y saber buscar y seleccionar la información requerida en función de la tarea a resolver.
- Maneja eficazmente las bases de datos nacionales. Reflexiona y fundamenta la elección de determinada fuente y/o contenido.

- Aplicar criterios de calidad y fiabilidad de la fuente de información científica localizada.

### NIVEL 3

#### Específicos:

- Conocer los criterios de elección de un tema\*.
- Aplicar lenguaje controlado en la búsqueda de información de acuerdo a las necesidades de información del trabajo.
- Maneja eficazmente bases de datos nacionales y conoce las internacionales. Reflexiona y fundamenta la elección de determinada fuente y/o contenido. Explicita el criterio que usó, el propósito y contexto de la elección.
- Ser capaz de diseñar la estrategia de búsqueda adaptada a los recursos documentales.

### NIVEL 4

#### Específicos:

- Replantear constantemente la naturaleza y el nivel de la información que necesita.
- Conoce los recursos de información en ciencias de la salud y dominar las estrategias de búsqueda avanzada siendo capaz de rediseñarlas en función de los resultados objetivos.
- Discrimina las fuentes de información en base a criterios de calidad y fiabilidad, así como en base a los sellos de calidad y códigos de conducta en ciencias de la salud.
- Utilizar la información obtenida de forma ética y legal, así como transmitir los resultados obtenidos de forma eficaz.

En consecuencia, y a partir de la planificación de las enseñanzas y de la competencia Gestión de la información designada así para los planes de estudio de Grado en Enfermería y siguiendo el plan de estudios de la Escuela de Enfermería de Cruz Roja Madrid- UAM, la propuesta del itinerario de ALFIN en el mapa curricular quedaría de la siguiente forma:(4)

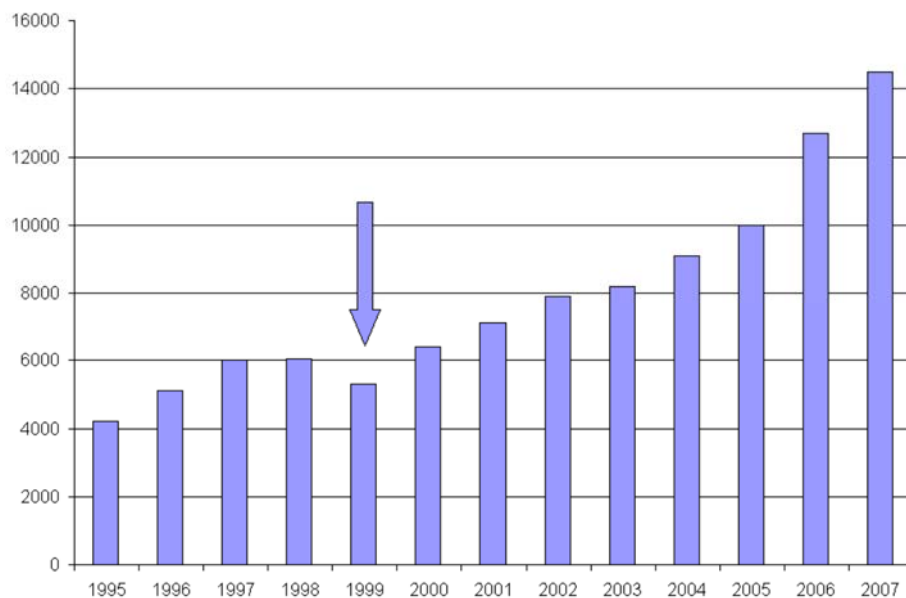
Tabla1. Nivel de objetivos

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Bioestadística y TICs/ Sociología	Bases E <sup>a</sup> Comunitaria	Metodología de la investigación	TFG
1º Grado / 1º sem.	2º Grado / 1º sem.	3º Grado / 1º sem.	4º Grado / 2º sem

Un estudio realizado por Lupiáñez en (2011), señala que el 28,9% de enfermeras accede a internet como parte de su trabajo. Entre las actividades identificadas por este colectivo se encuentran: búsqueda de prácticas clínicas en bases de datos y páginas web (24%), registros clínicos digitales de los pacientes (18,1%), interactuar con los pacientes (13,6%), búsquedas en revistas académicas nacionales (12,1%), interactuar con otros profesionales de la salud en el país (8%), publicar información (2,4%) e interactuar con otros profesionales de la salud de otros países (2,2%) (5).

Tal y como muestra la figura son numeroso los artículos publicados preocupados por el fenómeno redes sociales y sus repercusiones.

Figura 1. Artículos académicos sobre redes en PubMed



Basado en Csemerly (2006) (6)

En 1954, los antropólogos E. Manchester Barnes, Bott, Nadel comenzaron a utilizar sistemáticamente el término redes sociales para señalar la importancia de patrones informales

de comunicación (amistad, parentesco y vecindad), y su valor transcultural. Y definieron las redes sociales como: “La totalidad de la vida social se ha de contemplar como un conjunto de puntos (nodos) que se vinculan por líneas, para formar redes totales de relaciones. La esfera informal de relaciones interpersonales se contempla así como una parte, una red parcial de una total”.

Las redes sociales y su uso desde el punto de vista de sociología han sido estudiados desde distintos autores:

- Ferdinand Tönnies (alemán). Los grupos sociales existen gracias a la comunicación, bien por vínculos informales (afinidades en valores y creencias), o instrumentales.
- Emile Durkheim (francés) .aportó explicaciones sociales a la comunicación identificando dos niveles, "solidaridad mecánica", si solo se reducen las diferencias individuales y "solidaridad orgánica", que termina en cooperación.
- Georg Simmel, (alemán). Estudios microsociales en forma de red (social). Ensayos del tamaño y la estructura de la red sobre la interacción.
- Frigyes Karinthy (escritor húngaro) escribió Chains en 1929. Teoría de los Seis grados, según la cual toda la gente del planeta está conectada a través de no más de seis personas.(7-9)

Diferentes estudios han asumido las redes sociales como variables epidemiológicas. Mackinlay cita en numerosos trabajos que es posible extrapolar la existencia de un enlace de redes sociales y difusión de algunas formas de morbilidad., ejemplo es que diferentes patologías como la ansiedad del cuidador, Tbc o cardiovascular se dan en aquellos que tienen menos contactos significativos. Y escaso apoyo.

MacKinlay define las ventajas de las redes sociales para la salud entre las que destacan:

- Los vínculos facilitan mejor calidad de vida salud mental y física
- Un crecimiento de las redes proporciona mejor calidad de vida.
- Importante en el diagnóstico y tratamiento enfermedades crónicas.
- Reducen el impacto de acontecimientos estresantes
- Su ausencia produce sentimientos de impotencia, soledad.

Una red social sanitaria es en definitiva un grupo de personas que se funda a partir de la información y la comunicación con el objetivo de llevar a cabo actividades de atención y educación sanitaria de manera colectiva.

Conciben estructuras sociales de apoyo a familias y pacientes. La pueden componer: pacientes, familiares, médicos y enfermeras, periodistas, investigadores que actúan como punto de encuentro para el intercambio de información, conocimientos consejos.

La clave es compartir y no sólo en asuntos de salud física, también tienen apoyo social y psicológico. El aspecto de refuerzo psicológico para los pacientes y familiares es muy importante, los testimonios de pacientes y profesionales sirven para crear estímulos positivos. Los pacientes, sus familiares, comunidad médica, los investigadores y periodistas ya no están aislados. Las redes sociales actúan como puntos de encuentro para la salud.

Utilizar redes de salud proporciona distintas ventajas:

- Las redes de salud permiten la renovación rápida de conocimientos.
- La participación en las redes de salud por parte del paciente le permite compartir experiencias información, tratamientos, resultados.
- También le permite al paciente estar en contacto con otros pacientes como él.
- Proporciona compañía Social: la realización de las actividades conjuntas o simplemente estar juntos, compartir una rutina cotidiana. (Interacciones frecuentes).
- Apoyo emocional: es decir, intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo; es el poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro; es el tipo de función característica de amistades íntimas y las relaciones familiares cercanas. (Relación de intimidad).
- Guía cognitiva y consejos: interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer modelos de rol.
- Regulación (control) social: interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, neutralizan las desviaciones de comportamiento que se apartan de las expectativas colectivas, permiten una disipación de la frustración y de la violencia, y favorecen la resolución de conflictos. Muchos de los ritos sociales actúan como recordatorios de estas restricciones.
- Ayuda material y servicios: colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física incluyendo los servicios de salud.
- Acceso a nuevos contactos: es decir, la apertura de puertas para la conexión con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social.

Para poder hacer uso de este tipo de redes existen unas premisas a tener en cuenta, que en ocasiones dificulta la utilización de las mismas por parte del usuario sino se valoran:

A continuación se definen las herramientas básicas así como los objetivos que se deben conseguir para adquirir las competencias básicas en TIC:

1. Alfabetización tecnológica: conocimientos de usuario relativos al PC, red y entorno operativo.
2. Instrumentos de trabajo intelectual: conocimientos de un paquete de ofimática.

3. Tratamiento y difusión de la información/ herramientas de comunicación:  
conocimientos de búsqueda y comunicación (Internet) (10).

Pero las redes sociales no sólo se engloban al ámbito de las TIC, existen dificultades para poder hacer uso de las tecnologías como se señaló anteriormente por lo que los grupos de ayuda mutua (GAM) pueden suplir esta función.

El apoyo social y sentimiento de pertenencia a un grupo facilita y refuerza la autoestima volviéndose más hábil en el manejo de situaciones difíciles y estresantes.

Los Grupos de ayuda mutua están compuestos de personas que comparten un problema o situación, que se reúnen para hacer alguna cosa para superarlo y conseguir cambios sociales y/o personales.

Los grupos de ayuda mutua enfatizan la interacción personal y la asunción individual de responsabilidades de sus miembros. Suelen proporcionar ayuda material o emocional y promueven unos valores a través de los que sus miembros pueden reforzar la propia identidad.

Entre las funciones que desempeñan los GAM se encuentran:

- Facilitar e intercambiar información.
- Apoyo emocional entre sus miembros.
- Prestación de servicios.
- Organización de actividades sociales.
- Defender intereses y presionar.

Estimular el intercambio de experiencias y conocimientos entre los miembros. Se pueden valorar los conocimientos sobre nuevas formas de tratamiento o recibir información sobre un problema concreto, que puede adquirirse invitando a 'expertos' al grupo de ayuda mutua. Gracias al intercambio de experiencias se suavizan problemas. Además a través de la información que se recibe se conocen contactos y recursos. La información al público puede ser útil a las personas que se hallan en la misma situación y no gozan del soporte de un grupo, porque desconocen su existencia para ponerlos en contacto. También es importante dar a conocer al conjunto de la población las necesidades especiales de los afectados: como hacen los disminuidos físicos cuando piden la supresión de barreras arquitectónicas.

El apoyo emocional englobado en actividades como saber escuchar y ver a otro que sufre un problema parecido o más grave. Este apoyo tiene lugar durante las reuniones del grupo de ayuda mutua, aunque perdura también fuera del grupo, a menudo hablando por teléfono, por carta. Puede ser permanente o bien puntual en situaciones de crisis. Este aspecto puede ser esencial del grupo de ayuda mutua, o puede añadirse a las actividades del grupo.



La prestación de servicios puede ser la finalidad del grupo, pero en alguna ocasión sucede que el grupo presta unos servicios determinados a sus miembros. Por ejemplo organización de colonias para niños diabéticos. Los servicios se los pueden ofrecer los miembros entre sí, el grupo puede crear un centro de servicios atendido por voluntarios o por personal retribuido.

Un grupo puede reunirse para jugar a cartas, ir a una cafetería, etc. Estas reuniones, a menudo pretenden romper el aislamiento en que se encuentran muchas personas con enfermedades crónicas que, sin este estímulo, no saldrían de casa.

Puede ser que el objetivo del grupo sea defender sus intereses y hacer presión social. Ya que el grupo posee unas características comunes, si no están cubiertas ciertas necesidades, un grupo puede emprender acciones para darse a conocer a las autoridades y a la opinión pública. La forma de ejercer esta presión va desde dirigir una petición formal a la autoridad pertinente, hasta a organizar una manifestación de afectados.

Facilitar un apoyo psicológico a los miembros del grupo (auto valorarse, desahogarse, liberarse, apoyarse mutuamente, ser aceptado, ser comprendido...) (11).

## **1. Objetivo**

Analizar las capacidades y conocimientos que permiten a los estudiantes acceder, utilizar e interactuar con la información.

Objetivos específicos:

Utilizar de forma efectiva las redes sociales y grupos de ayuda mutua en red.

Identificar redes sociales de salud efectivas para las características individuales según patología de los pacientes.

Incrementar la autonomía para la búsqueda de información eficaz.

## **2. Diseño metodológico**

Población de estudio: Estudiantes de primer curso de grado de enfermería.

Cursos 2012-13/ 14-15.

N= 176.

Metodología de las sesiones formativas de la competencia gestión de la información:

En las sesiones propuestas la metodología será teórico-práctica aunque predominarán los activos basados en prácticas. Como apoyo a estas sesiones se utilizará documentación de apoyo que consistirá en tutoriales y guías para los alumnos.

Los contenidos que se impartirán en todo el itinerario curricular estarán relacionados con una aproximación al concepto de competencias en información y la aplicación de las TIC en enfermería. En la asignatura de Bioestadística y TIC, debido al crecimiento exponencial de la información, que incide en el trabajo diario del profesional sanitario, y siguiendo el Proyecto de adquisición de competencias en información de la Escuela de Enfermería de Cruz Roja en Madrid (CREM-UAM), se aplica a las TIC, un enfoque dirigido a la búsqueda de información para la realización de trabajos, proyectos de investigación, TFG etc.

En las sesiones prácticas se realiza una actividad donde los estudiantes se familiarizan con las bases de datos de ciencias de la salud nacionales realizando diversos ejercicios de búsqueda bibliográfica. Al final del trabajo el estudiante elaborará un trabajo que incluirá:

1. Nombre del tema seleccionado y el motivo de su elección.
2. Explicación de la estrategia de búsqueda utilizada, detallando los pasos seguidos, las palabras clave, los filtros, etc.
3. Exposición de los resultados obtenidos, número de artículos y su pertinencia.
4. Análisis crítico de cada una de las bases de datos.
5. Elección de cuatro artículos más pertinentes, uno por base de datos, entregando las referencias en Estilo Vancouver.
6. Obtención del artículo más pertinente a texto completo a través del C17.

Tabla 2: Metodología de las sesiones formativas

<b>Actividad formativa</b>	<b>Propuesta</b>	<b>Curso</b>	<b>Calendario</b>	<b>Tipo</b>	<b>Método docente</b>	<b>Horas</b>
Sesión introductoria	Seminario	1º	A comienzo de curso	Extracurricular	Teoría	2
Sesiones monográficas	Asignatura: Bioestadística y TICS	1º	Acorde a calendario académico	Curricular	Teoría/Práctica	10/4
Semidirigido	Asignatura: Bases y metodología en enfermería comunitaria	2º	Acorde a calendario académico	Curricular	Teoría	1
Sesiones monográficas	Asignatura: Metodología de la investigación	3º	Acorde a calendario académico	Curricular	Teoría/Práctica	8/4
Sesiones monográficas	Seminarios vinculados a TFG	4º	Acorde a calendario académico	Curricular	Teoría/Práctica	4/10

La formación será transversal a lo largo de todo el grado, comenzando con la sesión introductoria y finalizando en la asignatura TFG. La enseñanza será contextualizada: los contenidos trabajados estarán siempre relacionados con el resto de contenidos impartidos en la asignatura. Esto facilitará la asimilación de competencias informacionales por parte de los alumnos, de forma integrada con su formación específica en ciencias de la salud. Por tanto, es fundamental la colaboración con el profesorado de la Escuela con el objetivo de dar coherencia a los contenidos impartidos en relación a los intereses de los alumnos. La biblioteca pasaría de ser un servicio a ser un recurso implicado en el proyecto docente de la Escuela.

### **Metodología para la actividad redes sociales en la asignatura de Sociología en ciencias de la salud:**

La actividad consiste en la búsqueda de información con medios informáticos, basándose en la competencia gestión de la información de los temas propuestos, y su posterior trabajo de reflexión crítica, el trabajo con los documentos obtenidos en grupo y la presentación de conclusiones por parte de cada grupo al resto de los integrantes del curso.

El reparto de temas se realizara por grupos una semana antes del inicio de la actividad.

#### **OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD**

- Aplicar las habilidades de comprensión y observación dirigida.
- Conocer las distintas opciones de redes apoyo a pacientes crónicos.
- Conocer cómo saber elegir entre las opciones de apoyo según características del paciente en particular.
- Desarrollar el sentido crítico y la correcta exposición de las conclusiones.
- Desarrollar habilidades de trabajo en equipo: organización del trabajo, toma de decisiones.
- Desarrollar habilidades para la difusión y presentación de resultados.
- Trabajar el nivel de competencia gestión de la información

#### **METODOLOGÍA**

- Sesión 1: Presentación de la actividad. Puesta en común de redes sociales encontradas. Lectura crítica mediante guion de los artículos facilitados a través de Moodle. Trabajo dirigido en aula.
- Sesión 2: Trabajo dirigido en aula. Visionado de ejemplos de grupos de ayuda mutua relacionados con las distintas patologías y análisis de las ventajas e inconvenientes que ofrecen las redes sociales y los grupos de ayuda mutua para cada tipo de patología.

- Sesión 3: Exposición de resultados en power point en clase por cada tema. Debate y defensa de los resultados obtenidos por grupos apareados según temas repartidos.

### 3. Resultados

La media de edad de los estudiantes son 19 años.

El sexo femenino es predominante en un 90%.

El 100% de los alumnos tienen como premisa para la realización de la actividad:

1. Alfabetización tecnológica: conocimientos de usuario relativos al PC, red y entorno operativo.
2. Conocimientos de un paquete de ofimática.

Un porcentaje de un 8% de alumnos manifiesta haber tenido dificultad en el tratamiento y difusión de la información/ herramientas de comunicación: conocimientos de búsqueda y comunicación (Internet).

Los 16 grupos de estudiantes identifican las redes sociales adecuadas para cada patología aplicando los conocimientos sobre gestión de la información según las premisas solicitadas.

Interpretan y manejan las limitaciones y ventajas de los tipos de redes sociales (GAM e internet) aplicadas a la actividad.

El 75% de los alumnos identifican como principal desventaja de las redes sociales por internet la falta de contacto físico.

Entre las ventajas la no dependencia de horarios para su uso.

Aplican la información y el conocimiento de forma efectiva para la utilización de las redes sociales y grupos de ayuda mutua.

El 90% de los alumnos identifican correctamente redes sociales de salud adecuadas a la temática tratada, siendo capaces de valorar ventajas y limitaciones de cada una de ellas.

El 80% de los alumnos sabrían recomendar el uso de redes sociales adaptadas a las situaciones personales de cada paciente según patología.

El 70% emplearía las TIC para la búsqueda de redes sociales multimedia y grupos de ayuda en su práctica asistencial.

El 90% de los alumnos identifican los beneficios del uso de los GAM en patologías que requieren manejo de emociones, como la pérdida de un hijo o las dependencias. Estos recomendarían el empleo de las redes sociales en casos de dificultad de acceso a los GAM.

## 4. Conclusiones

- Necesidad del desarrollo de la competencia Gestión de la información, como recomienda el Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería de la ANECA en los planes de estudio de enfermería, cuyo dominio se considera una cualidad imprescindible para el ejercicio de la profesión de enfermero/a.
- El alcance de los objetivos específicos de la propuesta formativa por parte de los estudiantes, permitirá la adquisición de la competencia Gestión de la información. Asimismo contribuirá a desarrollar su pensamiento crítico y a progresar en su itinerario de ALFIN, para desenvolverse con éxito en la Sociedad de la Información en su aprendizaje a lo largo de la vida.
- La utilización de esta metodología facilita la adquisición de competencias transversales como es el caso de la gestión de la información.
- Utilizando una competencia específica aplicada a una actividad práctica los alumnos integran eficazmente y en sentido práctico la competencia gestión de la información.
- Para la elección de las redes multimedia se emplearan como puntos importantes: la confidencialidad, seguridad y la fácil accesibilidad a la red social elegida.
- Con la realización de esta actividad los estudiantes aprenden a cómo saber elegir entre las opciones de apoyo según características del paciente en particular

## Bibliografía

1. Choque Larrauri R. Las nuevas competencias TIC en el personal de los servicios de salud. *Revista de Comunicación y Salud*. 2011; 1(2):47-60.
2. Tobón S. *Formación basada en competencias*. Bogotá: ECOE Ediciones; 2004
3. ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco Título de Grado de Enfermería. Madrid: ANECA; 2003. [Acceso 27 de octubre de 2015]. Disponible en:  
[http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco\\_jun05\\_enfermeria.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf)
4. Manso Perea C, Cuevas Cerveró A, Martínez Miguel E, Garcia- Carpintero Blas E. Competencias informacionales en Ciencias de la Salud: una propuesta formativa para estudiantes de grado en Enfermería. *Revista Iberoamericana de Ciência da Informaçao [Revista de Internet]* 2015. [Acceso 27 de octubre de 2015]; 8(1):1-13. Disponible en:  
<http://periodicos.unb.br/index.php/RICI/article/viewFile/15092/11040>
5. Lupiáñez, F. *Salud y Sociedad Red*; Barcelona: Ariel, Editorial UOC y Generalitat de Catalunya; 2010
6. Csermely, Péter. *Weak links: Stabilizers of complex systems from proteins to social networks*. Nueva York, Springer; 2006.
7. Durkheim, Émile. 1967 [1893]. *De la division du travail social*. 8ª edición, París, Les Presses Universitaires de France, versión electrónica para el dominio público, <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.due.del1>. Visitado en mayo de 2010. [Traducción castellana de Rocío Annunziata: *La división del trabajo social*. Buenos Aires, Gorla, 2008

8. Reynosos C. Redes sociales y complejidad: Modelos interdisciplinarios en la gestión sostenible de la sociedad y la cultura. Universidad de Buenos Aires; 2011.
9. Lozares C. La teoría de redes sociales Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Sociologia. 08 193 Bellaterra (Barcelona). Spain Papers 48, 1996 103-126.
10. Generalitat de Catalunya. Dept d'Enseny. Informàtica edc. Formació TIC en centres educatius. BCN: Servei Difusió i Publicacions, 2003.
11. ACNEFI. Los grupos de ayuda mutua. [internet]. [acceso 20 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.acnefi.org/castella/gams.htm>

# Mejora de la calidad en el desarrollo de tutorías de carrera presenciales y virtuales en enfermería.

## Improved quality in the development of tutorials and virtual nursing career.

Gómez Cantarino, S. [et al.]<sup>1</sup>

[Sagrario.gomez@uclm.es](mailto:Sagrario.gomez@uclm.es)

*Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia*

*Toledo. Universidad Castilla La Mancha*<sup>2</sup>.

### Resumen

El proyecto se enmarca, en línea con la 9ª convocatoria de proyectos de innovación docente, en diseñar acciones orientadas a la mejora tanto en calidad, planificación y, el desarrollo del Grado en Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo (EUEYF). En la línea de “Desarrollo de tutorías presenciales y virtuales, así como atención y orientación hacia los estudiantes, especialmente los de nuevo ingreso y los que finalizan los estudios (PAT)”. La tutoría es un derecho del estudiante, va a proporcionar calidad a la enseñanza, va a contribuir a su educación, a su asesoramiento, a su formación y a su desarrollo. Se realizarán encuestas tanto a los/as docentes como a discentes, con el objeto de valorar el desarrollo de las tutorías y, posibles cambios que se propongan. Se cumplimentarán unas fichas de seguimiento por parte del/la docente y discente, según corresponda, teniendo las mismas una continuidad en el tiempo, de tal manera que se finalizará la realización de estas, una vez el alumnado tutorizado se encuentre en los últimos meses de su 4º año formativo.

Se plantea un nuevo reto al profesorado: afrontar la diversidad del alumnado universitario, acompañarle en sus procesos de aprendizaje y facilitarle un desarrollo integral que le prepare para la vida [1].

---

<sup>1</sup> Sagrario Gómez Cantarino ([sagrario.gomez@uclm.es](mailto:sagrario.gomez@uclm.es)); Gonzalo Melgar del Corral ([gonzalo.melgar@uclm.es](mailto:gonzalo.melgar@uclm.es)); María Idoia Ugarte Gurrutxaga ([María.ugarte@uclm.es](mailto:María.ugarte@uclm.es)); Isabel del Puerto Fernández ([isabel.puerto@uclm.es](mailto:isabel.puerto@uclm.es)); José Antonio de la Torre Brasas ([jose.torres@uclm.es](mailto:jose.torres@uclm.es)); Rosa Mª Conty Serrano ([rosa.maria.conty@uclm.es](mailto:rosa.maria.conty@uclm.es)).

<sup>2</sup> Universidad de Castilla la Mancha. Escuela Enfermería y Fisioterapia. Campus Toledo.

Con este proyecto se plantea como objetivo el implementar y valorar una guía de acción tutorial que proponga mejoras en la tutoría de carrera presencial y virtual, destinada a estudiantes de primer y cuarto curso de Enfermería.

**Palabras claves:** Tutoría; docente; discente; comunicación; enseñanza.

### **Abstract**

The project falls in line now with the 9th Call for Projects Teaching Innovation in Design Action Oriented Improvement in both Quality, Planning and Development Degree in Nursing, School of Nursing and Physiotherapy of Toledo (EUEYF). In the line of "Development and virtual tutorials and assistance and guidance to the students, especially new entrants and those who complete the studies (PAT)." Mentoring is a law student , will provide Quality Education, will contribute a Do Education, a C Consulting, a C Education and its development Surveys much a one learners / as teachers As was made with in order to assess the development of tutorials and propose possible changes. A monitoring forms shall be completed by the / the teacher and student, required as, having the same continuity in time, so that the filling thereof a view will be finalized tutored students is in the final months of do 4th formative year.

UN new challenge teachers were planted: Tackling the Diversity of university students, accompany you in your learning and UN Development integral to prepare you for life [1] provide.

With this project were planted aimed at implementing and evaluating a tutorial Action Guide to propose improvements in mentoring and virtual career, aimed at students and fourth primer Nursing Course.

**Keywords:** Tutoring; teacher; learning; communication; education.

## **Introducción**

La inmersión en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), a partir del año 2010, ha supuesto la introducción de una serie de transformaciones tanto a nivel de la estructura como del funcionamiento de todas las enseñanzas universitarias actuales. Este proceso de cambio ha concluido en un paradigma docente en el que el/la estudiante es el centro de todo el proceso educativo, cuestión que ha hecho necesario la redefinición del papel del profesorado, pero también del alumno/a [2]. Por tanto Nuestra entrada en el espacio europeo superior nos lleva,



inevitablemente a modificar formas de actuación, de hacer docencia universitaria y por supuesto cambios importantes en la manera de estudiar dentro del entorno universitario.

La universidad actual debe cambiar de paradigma, del modelo de formación instrucción, establecido en la transmisión de contenidos hacia el alumnado pasivo, al modelo de educación-profesionalización con un componente mayoritario de comunicación e interacción entre alumnos/as y profesores/as. La acción tutorial formativa, tradicionalmente fue asumido por los/las docentes generalmente para cubrir un estricto formalismo muy relacionado con cuestiones de expediente académico, problemas curriculares e incluso problemas personales puntuales.

Tanto para el/la docente como discente, va a suponer un reto, pues la puesta en marcha de este proyecto de acción tutorial necesitará la implicación por parte del/la docente así como un reto para el colectivo estudiantil, ya que hasta el momento, se han asumido las tutorías como un servicio puntual ligado generalmente a los primeros cursos de inmersión dentro del sistema universitario, siendo dilatadas dichas tutorías e incluso obviadas en cursos avanzados.

Con la finalidad de mejorar la calidad formativa de las tutorías que actualmente se estaban llevando a cabo dentro de nuestro propio campus universitario (Campus de Toledo) y, como objetivo dentro de la 9ª convocatoria de proyectos de innovación docente, creemos prioritario diseñar acciones orientadas a la mejora tanto en calidad, planificación y, desarrollo del Grado en Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo (EUEYF), en la puesta en marcha de un nuevo plan de tutorías presenciales y virtuales, así como atención y orientación hacia los estudiantes, especialmente los de nuevo ingreso y los que finalizan los estudios, con una finalidad clara, realizar el acompañamiento académico de los estudiantes desde su iniciación universitaria y hasta la finalización de la misma.

Las tutorías dentro del Grado de Enfermería del campus de Toledo, tendrán un papel fundamental, no sólo para acomodar, transportar y perfeccionar los procesos de aprendizaje independiente en nuestros discentes, sino, también, para poder reflexionar sobre la función docente y las necesidades formativas como docentes. Por tanto será preciso que el alumnado conozca ciertas técnicas que le permitan poder seguir aprendiendo el resto de su vida para adaptarse profesionalmente a las diversas situaciones en las que se encontrará en el desarrollo profesional.

En el trayecto del curso 2015-16 se llevará a cabo dicho plan tutorial en fase experimental por los/las docentes que integran el equipo del proyecto de dicho plan y, una vez aprobado (PAT), por parte del equipo docente, se pretende se lleve a cabo la implementación del mismo en el curso siguiente, 2016-17 por todo el colectivo docente del centro. De esta manera se conseguirá

que el PAT se integre en la dinámica del centros, de manera que se convierta en un elemento sustancial al funcionamiento académico del centro, consiguiendo que se instaure una cultura tutorial según las propias características académicas y organizativas internas del centro, teniendo en cuenta el perfil de los estudiantes de nuevo ingreso como de los que se encuentran en periodo formativo. En consecuencia, la finalidad de la acción y orientación tutorial, es contribuir al pleno desarrollo de alumnos y alumnas, que aprendan a aprender, aprendan a hacer y aprendan ser. Por tanto la tutorización debe de ser una labor continua, sistemática, interdisciplinar, integral y, que conduce a la auto-orientación.

## **1. Objetivos**

Objetivo General:

Implementar y valorar una guía de acción tutorial que proponga mejoras en la tutoría de carrera presencial y virtual, destinada a estudiantes de primer y cuarto curso de Enfermería.

Objetivos específicos:

- Elaborar una propuesta de modificación del plan tutorial en los aspectos relacionados con las tutorías de carrera presenciales y las tutorías virtuales.
- Elaborar por parte del profesorado implicado, una guía de actividades tutoriales a realizar en las tutorías de carrera presenciales y en las virtuales.
- Realizar un estudio o análisis de la guía o programa mediante una encuesta realizada a docentes como a los y las estudiantes.

## **2. Metodología**

El profesorado del proyecto elaborará una propuesta de mejora del plan tutorial presencial y virtual en Enfermería, basado en la normativa de la UCLM y en las características propias de la titulación, con reuniones periódicas del profesorado implicado en el proyecto.

## **3. Resultados**

La figura del/la tutor/a universitario se presenta como un referente para el/la alumno/a, a lo largo del proceso formativo, asistiéndolo en el recorrido en una labor de amigo crítico que sugiere pero que no obliga, que promueve pero que no impone, que motiva pero que no exige, que recomienda pero que no condiciona. Por tanto, la labor del tutor de carrera podría definirse como: asesor que realiza el trayecto con el alumnado por los distintos itinerarios formativos, no marcando el camino que debe ser responsabilidad de cada uno, pero si ayudando a retirar los

obstáculos que en este recorrido se van presentando. En consecuencia se podría definir la tutoría de carrera universitaria como una labor de ayuda al alumnado, para proporcionar la toma de decisiones y la resolución de dificultades de índole académica, personal y profesional que se presentan a lo largo de los distintos tramos e itinerarios de formación superior y al afrontar la transición sociolaboral [3]. Se debe de dotar de contenido intencional a la tutoría mediante la fijación de metas y objetivos a alcanzar a través de la realización de diversas estrategias.

Se deberá asumir el compromiso de desarrollar e implementar estrategias de aprendizaje de acuerdo a las necesidades de cada tutorizado, evaluando así la efectividad de las mismas. [4]. El profesor tutor necesita preparación pedagógica profesional y la misma deberá estar concebida como parte del proceso pedagógico en que se forma el enfermero [5].

Por tanto a cada estudiante se le asigna un/a profesor/a-tutor/a, que será el/la mismo/a hasta la finalización de los estudio, dada la importancia que supone para los estudiantes, la identificación de la figura del tutor/a como guía académico, es condición necesaria, mantener un compromiso de continuidad por parte del/la docente que realice las funciones de tutorización, con independencia de la incorporación al programa de nuevo profesorado o en caso de ausencia excusable por parte del/la tutor/ra o cuando él o la estudiante pidiera cambio de tutor o tutora, estando este cambio justificado.

La labor del/de la profesor/a-tutor/a a nivel particular con cada alumno/a tutorizado será orientar, ayudar y guiar al o la estudiante en gestiones académicas y en colaborar en la mejora de los procesos formativos, aconsejar sobre itinerarios formativos, estimular el rendimiento y la participación de los y las estudiantes en las actividades relacionadas con su formación, orientar en técnicas de trabajo intelectual, estimular el gusto por el aprendizaje, orientar al alumnado en su proyecto profesional, referenciar al alumnado aquellos servicios de la universidad que mejor puedan ayudarle en aquellas situaciones específicas que el tutor/a no puede afrontar, llevando a cabo estas gestiones dentro de las diferentes reuniones y momentos de reuniones en el desarrollo de su ciclo universitario formativo[6].

De manera particular se le dará apoyo en:

- Facilitar su orientación e integración en el mundo universitario.
- La mediación entre los posibles conflictos que le afecten, si este o esta así lo solicitan.
- Orientarle en la conformación de un perfil profesional mediante la información de las diferentes asignaturas troncales y obligatorias, así como las optativas del plan de estudios.

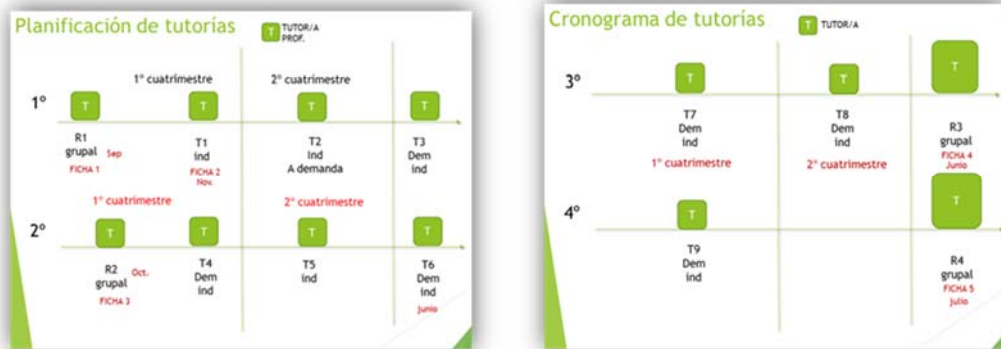
- Facilitar su orientación e integración en el mundo laboral.
- Mostrar las diferentes posibilidades de continuación de estudios.

Para el desarrollo de dicho proyecto se pretenden realizar reuniones periódicas del equipo de profesores y profesoras participantes en el mismo, con el propósito de revisar las opciones propuestas por los docentes dirigidas a estudiante de primer y cuarto curso de Grado en Enfermería, consensuando propuestas de mejora de las tutorías de carrera y las tutorías virtuales especialmente para los estudiantes anteriormente citados, sin obviar que el papel tutorial, proporciona apoyo y motivación para adquirir el conocimiento y habilidades, en la comprensión y capacidad para aplicar ese conocimiento, a la selección crítica de materiales y fuentes, organización de situaciones de aprendizaje, etc. [7]

Así mismo, se pretende habilitar un foro en red, para que el profesorado implicado en la tutorización de alumnos de Grado en Enfermería, aporte sugerencias y propuestas al proyecto a desarrollar. Se realizarán reuniones del profesorado por curso implicado en el desarrollo de las tutorías de carrera y las virtuales, con el propósito de crear una planilla que identifique las actividades a llevar a cabo en las tutorías de carrera, incluyendo en ellas la temporalización, como desarrollar una planilla que recoja las actividades a realizar en las tutorías virtuales, incluyendo los criterios para realizar tutorías virtuales y los recursos o herramientas on-line que se utilizarán. Las reuniones se convocarán de dos formas:

1. A petición del o de la estudiante, y las consultas y sus respuestas podrán realizarse por medios electrónicos (e-mail, redes sociales, etc.) El/la profesor/a-tutor/a hará llegar a la dirección del centro cualquier incidencia que considere oportuna.
2. De forma programada por el/la profesor/a, siguiendo el calendario de reuniones propuesto.

**Croquis de actividades a desarrollar, realizado por los propios autores: reuniones tutor/a – alumno/a**



Fuente. Elaboración propia

## 4. Actividades previstas.

### 4.1 Actividades del Objetivo 1

4.1.1.- Convocar reuniones periódicas del equipo de profesores y profesoras participantes en el proyecto con el propósito de:

- Revisar las opciones propuestas por los docentes implicados especialmente dirigidas a estudiante de primer y cuarto curso de Grado en Enfermería.
- Consensuar propuestas de mejora de las tutorías de carrera y las tutorías virtuales especialmente para estudiantes primer y cuarto curso de Grado en Enfermería.

4.1.2.- Habilitar un foro en red para que el profesorado implicado en la tutorización de alumnos de Grado en Enfermería aporte sugerencias y propuestas para la mejora en el desarrollo de tutorías de carrera presenciales y tutorías virtuales.

### 4.2 Actividades del Objetivo 2

4.2.1.- Reuniones del profesorado por curso implicado en el desarrollo de las tutorías de carrera y las virtuales, con el propósito de:

- Realizar una planilla que identifique las actividades a llevar a cabo en las tutorías de carrera, incluyendo la temporalización.
- Realizar una planilla que recoja las actividades a realizar en las tutorías virtuales, incluyendo los criterios para realizar tutorías virtuales y los recursos o herramientas on-line que se utilizarán.

### **4.3 Actividades del Objetivo 3**

4.3.1.- Reuniones del profesorado por curso implicado en el desarrollo de las tutorías de carrera y las virtuales, con el propósito de:

- Elaborar una encuesta para estudiantes para valorar el desarrollo de las tutorías de carrera y virtuales realizadas según la propuesta.
- Analizar los resultados de la encuesta de estudiantes para valorar el desarrollo de las tutorías de carrera y virtuales.
- A partir del análisis proponer nuevas mejoras del plan tutorial consensuado en lo relativo a las tutorías de carrera presenciales y las tutorías virtuales.

**Temas generales a tratar en el desarrollo de las Tutorías tanto presenciales como virtuales:**

#### **1º Año Grado Enfermería:**

Los temas a desarrollar en el transcurso de las Jornadas de Acogida:

- Presentación de la Universidad: Órganos de representación, comisiones, delegación alumna/no.
- Ayudas y becas.
- Actividades deportivas y culturales.
- Plan de estudios, Vacunaciones, etc.

R1. REUNIÓN INICIAL EN GRUPO: entrega de ficha virtual de datos de estudiantes (Ficha 1).

Temas:

- Revisar información de las Jornadas: (órganos de representación de estudiantes; Ayudas y becas; actividades deportivas y culturales; Reconocimiento de créditos...) y Organización de la Escuela (web de la Escuela): Convalidaciones. Asignaturas llave en su caso; Plan de Acción Tutorial. Esta reunión se realizará en septiembre/octubre.

T1: Reunión tutor/a con estudiante individual.

Ficha 2:

- Condiciones de estudio,
- Situación sociales familiares, etc.
- Planificación del primer semestre.
- Integración grupos de trabajo, etc.

Se realiza en noviembre.

T2: Reunión tutor/a con estudiante individual, a demanda.

Temas:

- Evaluación de resultados académicos del primer cuatrimestre.
- Previsión de Erasmus.

A realizar en Febrero o marzo.

T3: Reunión tutor/a con estudiante individual, a demanda.

Temas:

- Resultados académicos de 1º.
- Orientación a matrícula de 2º.

### ***2º Año Grado en Enfermería:***

R2. REUNIÓN GRUPAL. Tutor/a: Ficha 3 (resultados académicos y condiciones generales)

(Repaso de ficha 2).

Temas:

- Organización del curso: presentación de las asignaturas.
- Prácticas clínicas.
- Convalidaciones.
- Compra de material (libros, ordenador, material técnico)
- Ayudas/becas/ de la Universidad.
- Estancias en el extranjero.
- Cursos de formación.
- Idiomas.
- Participación en órganos representativos de la Universidad, Octubre

T4: Reunión tutor/a con estudiante individual, a demanda.

Temas:

- Según necesidades del o de la estudiante.

A realizar en Octubre Noviembre.

T5: Reunión tutor/a con estudiante individual, a demanda.

Temas:

- Según necesidades del o de la estudiante.

A realizar en Febrero Marzo.

T6: Reunión tutor/a con estudiante individual, a demanda.

Temas:

- Orientación a la matrícula.
- Necesidades del o de la estudiante.

A realizar en Junio.

### ***3º Año Grado en Enfermería:***

Se continuará con el desarrollo de reuniones entre alumnado y tutores/ras de carrera de manera correlativa, comenzando a desarrollarse según se indica a continuación:

T7: Reunión tutor/a con estudiante individual, a demanda.

Temas:

- Según necesidades del o de la estudiante.

A realizar en Octubre Noviembre.

T8: Reunión tutor/a con estudiante individual, a demanda.

Temas:

- Según necesidades del o de la estudiante.

A realizar en Marzo-abril.

R3: REUNIÓN GRUPAL. Tutor/a y estudiantes:

Ficha 4 (Resultados académicos y condiciones generales).

(Repaso de Ficha 3).

Temas:

- Formalización matrículas.
- Practicum
- TFG: información de las líneas existentes, docentes de líneas, etc.
- Idiomas: Acreditación nivel B1

Reunión a realizar en el mes de junio.

### ***4º Año Grado en Enfermería:***

Se continuará con el desarrollo de reuniones entre alumnado y tutores/ras de carrera de manera correlativa, comenzando a desarrollarse según se indica a continuación:

T9. Reunión tutor/a con estudiante individual, a demanda.



Temas:

- Según necesidades del o de la estudiante.

A realizar en Octubre o Noviembre.

R4. REUNIÓN GRUPAL. Tutor/a y estudiantes: Ficha 6

Temas:

- Orientación laboral.
- Salidas profesionales
- Formación, master, doctorado, EIR.

A realizar en Mayo.

## **ENCUESTAS**

Este proyecto contará con la realización de dos encuestas, siendo de gran valor la información que generen, pues indicará cambios sustanciales sobre la forma de proceder ante el desarrollo de las tutorías virtuales entre docentes/discentes.

A continuación se indican los contenidos de las encuestas así como el enlace a las mismas.

1.- Profesorado sobre tutorías:

Elaboración de encuesta. (<http://goo.gl/forms/EfKFmYYL1D>).

Contenidos generales de la encuesta:

- Valorar PAT actual.
- Valoración propuesta del equipo del proyecto
- Recoger propuestas de PAT Reservar
- Realización en google drive/ envío a profesorado

2.- Alumnado sobre tutorías:

Pendiente de la elaboración de encuesta tanto para el alumnado de 1º Grado de Enfermería como de 2º Grado de Enfermería.

## **4. Conclusión:**

Se ha percibido como cuestión fundamental el diseño de un Plan de Acción Tutorial que trata de implicar, tanto al colectivo docente como al estudiantil, haciendo especial incidencia en este último, ya que ante el nuevo contexto de universidad, dominado por nuevas

metodologías pedagógicas, se ha hecho necesario abrir nuevas alternativas de comunicación y cooperación en la universidad.

En definitiva, la acción tutorial se considera una vía para fomentar la autonomía del alumnado, como pilar básico en la educación universitaria, que se crea con la finalidad de que los alumnos y alumnas sean libres y capaces de buscar sus recursos por sí mismos, mediante la implementación de procesos de enseñanza/aprendizaje que adoptará un papel activo, provechoso y adecuado mediante la tutorización a lo largo de su camino educativo en la universidad.

Para ello es esencial afrontar progresivamente la implantación de la acción tutorial en los cursos formativos que confieren el Grado en Enfermería, como vía para fomentar una mayor participación por parte de los/las docentes y discentes dentro de la vida universitaria.

En este contexto la tutoría se convierte en un apoyo indispensable en el proceso de enseñanza/aprendizaje, donde se deben tener en cuenta al menos cuatro elementos:

- el funcionamiento del centro
- la calidad discente
- la calidad docente
- la formación de los tutores/as

Con un fin común: crear universitarios que en su momento formen parte de la sociedad, elevando al máximo su compromiso participativo, desde el conocimiento y la responsabilidad. Para el buen desarrollo de dichas tutorías de carrera, el profesorado del proyecto elaborará una planilla de actividades a llevar a cabo en las tutorías de carrera y las tutorías virtuales de primer y cuarto curso que será aplicada en el curso académico 2015/16.

El equipo docente estudiará el plan de acción tutorial reformado, elaborado por los/las docentes componentes del proyecto para ser implantado en el curso académico 2016/17. Se realizará una discusión en equipo docente del documento definitivo de reforma del plan tutorial para su aplicación en el curso académico 2016/17. Todas las reuniones realizadas tanto por el Equipo del Proyecto de Innovación docente (PAT) como por parte del Equipo Docente, se recogerán en acta por parte del/la secretaria tanto del Proyecto como del Equipo Docente.

Al abordarse la tutoría desde un modelo de carrera, se establece una clara proyección hacia el desarrollo profesional del alumnado a lo largo de los estudios que cursa, estableciéndose con el/la tutor/ra de carrera una relación próxima que permitirá la resolución de los distintos problemas que irán apareciendo a lo largo de los años formativos.

## Bibliografía

- 1 Rodríguez-Espinar, S. (coord.) (2004). Manual de tutoría universitaria. Recursos para la acción. Barcelona: Octaedro-ICE-UB.
- 2 ANECA. Libro Blanco. Título de Grado en Enfermería. [Consultado 24 junio, 2005] Disponible en: [http://www.aneca.es/modal\\_eval/docs/libroblanco\\_jun05\\_enfermeria.pdf](http://www.aneca.es/modal_eval/docs/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf)
- 3 Álvarez Pérez, PR., González Alfonso, MC. El asesoramiento y la tutoría de carrera en la Enseñanza Superior: resultados de un programa de atención del alumnado en la Universidad de la Laguna. 2007. p 95-110.
- 4 Sanz Oro, R. Integración del estudiante en el sistema universitario. La tutoría. Cuadernos de Integración Europea. Septiembre 2005. p 81. [Consultado 24 abril de 2015]. Disponible: <http://www.cuadernosie.info>.
- 5 Rodríguez López M., Morera Negre MM., García Puentes E. (2013). The tutor profesor in Nursing Studie. Rev Ciencias Médicas vol.17 no.5 Pinar del Río sep.-oct.
- 6 Gómez Sánchez, TF., Rumbo, B. La Acción tutorial en la educación universitaria. La experiencia de la UDC. See discussions, stats, and author profiles for this publication. [Consultado 26 octubre de 2015]. Disponible: <http://www.researchgate.net/publication/41105766>
- 7 Bolívar, A. Diseño de planes de estudio de las titulaciones, Vicerrectorado de Planificación, Calidad y Evaluación Docente, Universidad de Granada.2003.

# Evaluación del Máster de Investigación en Cuidados de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid

## Evaluation of master of research in health care of UCM

*José María Blanco Rodríguez [et al.]<sup>1</sup>*

*([jmblanco@ucm.es](mailto:jmblanco@ucm.es))*

*Universidad Complutense de Madrid*

### **Resumen**

Se presenta la evaluación del Máster de Investigación en Cuidados impartido por la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la UCM, llevada a cabo a través de los indicadores de su Sistema de Garantía De Calidad y de las encuestas de satisfacción de los estudiantes con la Titulación cursada durante los cursos 2010-2011 y 2013.

La baja tasa de eficiencia del curso 2012-2013 podría relacionarse más con las dificultades de tiempo de estudio que pudieran tener los estudiantes, por motivos de su actividad laboral, que por la dificultad de las materias (o exceso de créditos) que componen el plan de estudios del máster.

El resto de los resultados son muy similares e indican una alta efectividad en el progreso del máster así como un buen nivel de calidad mantenido.

### **Palabras clave:**

Máster; Investigación; Cuidados; Evaluación

---

<sup>1</sup> José María Blanco Rodríguez ([jmblanco@ucm.es](mailto:jmblanco@ucm.es)); Jorge Diz Gómez ([dizgomez@ucm.es](mailto:dizgomez@ucm.es)); Esther García García ([esgarcia@ucm.es](mailto:esgarcia@ucm.es)); Enrique Pacheco del Cerro ([quique@ucm.es](mailto:quique@ucm.es))  
Departamento de Enfermería; Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología Universidad Complutense de Madrid

## **Abstract**

The evaluation of the Master Research conducted by the School of Nursing, Physiotherapy and Podiatry UCM, conducted through indicators of its Quality Assurance System and surveys student satisfaction with care is presented cursada degree during the 2010-2011 and 2013 courses.

The low rate of efficiency during 2012-2013 could relate more to the difficulties of study time that students may have, for reasons of their work, that the difficulty of the subjects (or excess credits) that make up the plan studies the master.

The rest of the results are very similar and indicate a high effectiveness in the progress of the master and kept a good level of quality.

### **Keywords:**

Master, Research, Care, Evaluation

## **Introducción**

El Máster en Investigación en Cuidados de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid inició su andadura en el año 2007 siendo un Máster con el objetivo de ser una vía de acceso hacia el doctorado, ya que hasta entonces si un enfermero, fisioterapeuta o podólogo quería ser Doctor tenía que acceder a través de otras licenciaturas. Comenzó con un plan de estudios de 120 créditos en dos años para poder llegar a los 300 créditos ECTS que exigía el doctorado.

El primer curso consistía en un programa de asignaturas que se orientaban al desarrollo profesional, y el segundo poseía un programa de investigación con el fin de elaborar un proyecto de investigación. Este Máster fue el primer Máster Oficial de España de enfermería.

Se decidió crear un Máster en Investigación y no en otra temática dada la necesidad que existía de formación en investigación en la enfermería, fisioterapia y podología y que crear un máster profesionalizante en aquellos años tenía una serie de complicaciones legales y además no aseguraba el acceso el doctorado debido a que se requería una formación mínima en investigación.

En el año 2011 debido a la aparición del Grado en Enfermería que constaba de 240 créditos, se pasó a que el Máster constara de 60 créditos ECTS y un año lectivo.

## 1. Objetivo

Evaluar la calidad del Máster desde que consta de 60 créditos ECTS.

## 2. Metodología

La evaluación se llevó a cabo a través de dos estrategias principales: los datos que son proporcionados del Sistema de Garantía Interna de Calidad del Máster y las encuestas VERIFICA (grado de satisfacción de los estudiantes respecto a la Titulación cursada)

Las dos fuentes de datos son: los clientes externos y los sistemas de información.

## 3. Resultados

1. Clientes externos: Alumnos del Máster a través de encuestas de satisfacción y del programa VERIFICA.

**Tabla 1. Satisfacción de los alumnos del Máster de Investigación en Cuidados de Salud**

	Curso 10/11		Curso 11/12		Curso 12/13	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Satisfacción Global de la Titulación	<b>5,15</b>	2,50	<b>6,21</b>	1,99	<b>6,50</b>	1,80

Fuente. Elaboración propia

2. Sistemas de información: Memorias del Máster elaboradas para el Sistema de Garantía Interno de Calidad tal

**Tabla 2. Tasas de resultados del Máster de Investigación en Cuidados de Salud**

	Curso 10/11	Curso 11/12	Curso 12/13
Tasa de eficiencia	100%	100%	32,9%
Tasa de abandono	0%	0%	11,3%
Tasa de graduación	88,8%	80,6%	98,9%
Tasa de rendimiento	98,7%	91,4%	89,75%
Tasa de éxito	100%	98,8%	98%
Tasa de doctorado			6,75%
Tesis leídas + Tesis Activas			17,35%

Fuente. Elaboración propia

## 4. Conclusiones

La baja tasa de eficiencia del curso 2012-2013 podría relacionarse más con las dificultades de tiempo de estudio que pudieran tener los estudiantes por motivos de su actividad laboral, que por la dificultad de las materias (o exceso de créditos) que componen el plan de estudios del máster.

El resto de los resultados son muy similares e indican una alta efectividad en el progreso del máster así como un buen nivel de calidad mantenido.

## Bibliografía

1 Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. (BOE, nº 260, 30 de Octubre de 2007)

2 Real Decreto 861/2010 de 2 de Julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de Octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. (BOE, nº 161, 3 de Julio de 2010, páginas 58454 a 58468)

3 Orientaciones para la elaboración del procedimiento de evaluación. [Monografía en Internet] Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación; 2007. Disponible en: [http://www.aneca.es/var/media/215773/docentia\\_orientaciones\\_070302.pdf](http://www.aneca.es/var/media/215773/docentia_orientaciones_070302.pdf)

# Producción científica del cuerpo docente a tiempo completo del Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”, Universidad de Sevilla

## Scientific production of full-time faculty of the University Center of Nursing "San Juan de Dios" University of Sevilla

Dolores Torres Enamorado <sup>1</sup>

[dtorres1@us.es](mailto:dtorres1@us.es) <sup>2</sup>

*Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”. Universidad de Sevilla*

### Resumen

El Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios” (CUESJD), Universidad de Sevilla, abre sus puertas en 2007 y con la llegada de Grado, en 2009, los requerimientos para el profesorado en materia de calidad docente aumentan, siendo necesario el acceso al tercer ciclo y aumentar la producción científica.

En la enfermera como en otras disciplinas las publicaciones constituyen una estrategia de comunicación científica esencial y desde el ámbito académico, somos responsables.

El objetivo de este trabajo es describir la producción científica registrada por el profesorado a tiempo completo del CUESJD, Universidad de Sevilla.

Para ello hemos desarrollado un estudio descriptivo de corte transversal. El material empleado lo constituyen las memorias de actividades elaboradas por el centro durante los cursos académicos 2009/2010; 2010/11; 2011/12; 2012/13; 2013/14. Análisis con el paquete estadístico SPSS. 18.

Entre los resultados encontramos que el profesorado a tiempo completo lo forma un hombre con título de Doctor y 5 mujeres Doctorandas. En el período analizado se han registrado una

---

<sup>1</sup> Dolores Torres Enamorado<sup>1</sup>; Almudena Arroyo Rodríguez<sup>2</sup>; M<sup>a</sup> Socorro Morillo Martín<sup>2</sup>; Rocío Romero Serrano<sup>2</sup>; Inmaculada Lancharro Tavera<sup>2</sup>; Isabel M<sup>a</sup> Calvo Cabrera<sup>2</sup>

<sup>2</sup> [dtorres1@us.es](mailto:dtorres1@us.es); [almudena.arroyo@sjd.es](mailto:almudena.arroyo@sjd.es); [mariasocorro.morillo@sjd.es](mailto:mariasocorro.morillo@sjd.es); [rocio.romero@sjd.es](mailto:rocio.romero@sjd.es); [inmaculada.lancharro@sjd.es](mailto:inmaculada.lancharro@sjd.es); [isabelmaria.calvo@sjd.es](mailto:isabelmaria.calvo@sjd.es);



participación en 91 eventos, obtenido una media de 18,2 por año. En cuanto al material: 30 publicaciones, 34 comunicaciones orales, 14 formato poster, 3 conferencias y 5 ponencias. Se ha participado en 1 ó 2 jurados de investigación anualmente, 2 comités científicos, 2 mesas redondas, varios grupos de trabajo y banco de revisión de distintas revistas. Se ha obtenido 7 premios de investigación y 3 reconocimientos.

Concluimos que la producción científica del CUESJD muestra un profesorado comprometido con la disciplina y con la mejora de la calidad.

### **Palabras claves**

Producción científica; profesorado; calidad.

### **Abstract**

The University Center for Nursing "San Juan de Dios" (CUESJD), University of Seville, opened in 2007 and with the arrival of degree, in 2009, the requirements for teachers in teacher quality increases, access being necessary the third cycle and increase the scientific production.

In nursing and other disciplines publications are an essential strategy of scientific communication and from academia, are responsible.

The aim of this paper is to describe the scientific production recorded by full-time faculty CUESJD, University of Seville.

So we've developed a descriptive cross-sectional study. The material is made up memories of activities developed by the center during the academic years 2009/2010; 2010/11; 2011/12; 2012/13; 2013/14. Analysis with SPSS. 18.

The results found that full-time faculty is formed by a man with a PhD and 5 women PhD students. In the analyzed period there have been 91 events a share, earned an average of 18.2 per year. As for the material: 30 publications, 34 oral presentations, 14 poster format, 3 lectures and 5 papers. Has participated in 1 or 2 juries research annually, 2 scientific committees, 2 round tables, various working groups and bank review various magazines. It has won 7 awards and 3 awards research.

We conclude that scientific production of CUESJD shows a faculty committed to the discipline and the improvement of quality.

### **Keywords**

Scientific production; faculty; quality

## **Introducción**

El Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios” (CUESJD), Universidad de Sevilla, abre sus puertas en 2007. Años más tardes, con la llegada de Grado en Enfermería, en 2009, los requerimientos para el profesorado en materia de calidad docente aumentan, siendo necesario el acceso al tercer ciclo y aumentar la divulgación de resultados de trabajos de investigación.

En la disciplina enfermera es necesaria una producción científica que aporte cuerpo y contenido a la comunicación y difusión efectiva entre sus profesionales. Esto es un requisito para cualquier área de conocimiento que se hace aún más relevante cuando hablamos de disciplinas jóvenes como es el caso de la enfermería<sup>1</sup>.

Las publicaciones constituyen una estrategia de comunicación científica esencial y desde el ámbito académico, somos responsables; tanto como productores/as de recursos, como garantes de la calidad y del mantenimiento de dicho diálogo.

### **1. Objetivo**

El objetivo de nuestro trabajo de investigación es describir la producción científica registrada por el profesorado a tiempo completo del Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios” (CUESJD), adscrito a la Universidad de Sevilla.

### **2. Metodología**

Para la consecución del objetivo planteado diseñamos un estudio descriptivo de corte transversal utilizando como fuente de recogida de datos todas las memorias de actividad elaboradas por el centro perteneciente a los cursos académicos: 2009/2010; 2010/2011; 2011/2012; 2012/2013 y 2013/2014.

El tratamiento de los datos se ha llevado a cabo utilizando como soporte el paquete estadístico PASW Statistic 18.

### **3. Resultados**

La muestra está formada por la producción científica publicada en las memorias de actividad publicadas por el centro desde 2009, por el profesorado a tiempo completo.

Ésta plantilla la forman 5 mujeres y un hombre. Sólo éste último ostenta el título de doctor en enfermería, el resto se encuentran cursando los estudios de doctorado.

En el período analizado se han registrado una participación en 91 eventos, obtenido una media de 18,2 por año. En cuanto al material: 30 publicaciones (1 libro de texto y 29 artículos), 34 comunicaciones orales (dos también como capítulos de libro), 14 formato poster, 3 conferencias y 5 ponencias. Se ha participado en 1 ó 2 jurados de investigación anualmente, 2 comités científicos, 2 mesas redondas, varios grupos de trabajo y banco de revisión de distintas revistas. Se ha obtenido 7 premios de investigación y 3 reconocimientos.

#### **4. Conclusiones**

La producción científica del CUESJD muestra un profesorado comprometido con la disciplina y con la mejora de la calidad. En 5 años, todo el profesorado a tiempo completo, ha iniciado el tercer ciclo y constituye un grupo activo de trabajo representando al CUESJD en 91 eventos científicos y difundiendo material propio de sus investigaciones y experiencias docentes. Aun así esta producción científica debería aumentar y diversificarse.

#### **Bibliografía**

- 1 Jiménez, JA et cols. Evolución de las publicaciones periódicas españolas de enfermería. Análisis cuantitativo. Index Enferm v.16 n.56 Granada primavera 2007
- 2 Escuela Universitaria de Enfermería “San Juan de Dios”. Memoria del Curso 2009/10. Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”. 2010. Sevilla
- 3 Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”. Memoria del Curso 2010/11. Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”. 2011. Sevilla
- 4 Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”. Memoria del Curso 2011/12. Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”. 2012. Sevilla
- 5 Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”. Memoria del Curso 2012/13. Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”. 2013. Sevilla
- 6 Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”. Memoria del Curso 2013/14. Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”. 2014. Sevilla

# Semillero de Investigación “José Bueno González O.H.”

## Seed Research “José Bueno Gonzalez OH”

Dolores Torres Enamorado <sup>1</sup>

[dtorres1@us.es](mailto:dtorres1@us.es) <sup>2</sup>

*Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”. Universidad de Sevilla*

### Resumen

El Semillero de Investigación “José Bueno González O.H.”; surge en un contexto académico donde se potencia el aprendizaje por descubrimiento.

Objetivo: describir el Semillero de Investigación “José Bueno González O.H.”, las actividades realizadas durante el curso 2014/15 y su prospectiva. Analizar la experiencia del alumnado participante.

Estudio descriptivo utilizando el proyecto del Semillero, actas de reuniones, producción científica y documentos de redacción abierta sobre la experiencia personal del alumnado en el proyecto. El semillero surge en noviembre de 2014. Participan profesoras y alumnos/as del CUESJD. Los documentos se analizan apoyándonos en QSR Nudist NVivo 10.

Resultados: El semillero está formado por 6 profesoras y alumnado interno de 1º y 2º de grado (6 en total) seleccionados/as por la comisión de investigación del centro. Se plantea un plan de trabajo anual que incluye actividades de formación, así presentación y difusión de resultados en eventos científicos. Hemos desarrollado 12 reuniones. Se asistió a 2 jornadas de investigación con participación activa. Como prospectiva: trabajar la implementación de herramientas TICs, realizar un Programa de Educación para la Salud, ahondar en técnicas metodológicas y continuar con divulgación científica.

---

<sup>1</sup> [Dolores Torres Enamorado](mailto:dtorres1@us.es)<sup>1</sup>; [Almudena Arroyo Rodríguez](mailto:almudena.arroyo@sjd.es)<sup>2</sup>; [María Rosario Martínez Jiménez](mailto:maria.rosario.martinez@sjd.es)<sup>1</sup>; [Isabel Mª Calvo Cabrera](mailto:isabelmaria.calvo@sjd.es)<sup>2</sup>; [Rocío Romero Serrano](mailto:rocio.romero@sjd.es)<sup>2</sup>; [Mª Socorro Morillo Martín](mailto:m.socorro.morillo@sjd.es)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> [dtorres1@us.es](mailto:dtorres1@us.es); [almudena.arroyo@sjd.es](mailto:almudena.arroyo@sjd.es); [maria.rosario.martinez@sjd.es](mailto:maria.rosario.martinez@sjd.es); [isabelmaria.calvo@sjd.es](mailto:isabelmaria.calvo@sjd.es); [rocio.romero@sjd.es](mailto:rocio.romero@sjd.es); [mariasocorro.morillo@sjd.es](mailto:mariasocorro.morillo@sjd.es)

Tras analizar los documentos de redacción abierta, se cubren los objetivos marcados inicialmente en el proyecto, asimismo emergen categorías que visibilizan el impacto en la motivación, además del alto nivel de concienciación del alumnado sobre la importancia de una investigación para enfermería.

Conclusiones: Se han cubierto las expectativas en cuanto a actividades desarrolladas y competencias trabajadas.

Emerge la categoría de sentimiento del alumnado sobre la necesidad de la investigación rigurosa por enfermería y para la enfermería.

### **Palabras claves**

Producción científica; investigación; alumnado.

### **Abstract**

The Seed Research "José González OH Good"; It arises in an academic context that discovery learning is enhanced.

Objective: To describe the Seed Research "José Bueno Gonzalez OH" activities during the course of 2014/15 and its prospective. Analyze the experience of participating pupils.

Descriptive study using the Seed project, minutes of meetings, scientific production and documents open essay on the personal experience of students in the project. The seedlings emerged in November 2014. Participating teachers and students / ace

Results: The seed consists of 6 teachers and domestic students of 1st and 2nd degree (6 in total) selected / as the commission's research center. Annual work plan that includes training and presentation and dissemination of results in scientific events arise. We have developed 12 meetings. He attended two days of research with active participation. As prospective: ICT implementation work tools, conduct a program of health education, deepen methodological techniques and continue with science.

After analyzing the documents of open wording, the targets are covered in the project initially also emerging categories that make visible the impact on motivation, besides the high level of awareness of students about the importance of research to nursing.

Conclusions: We have met the expectations in terms of activities undertaken and skills worked.

Emerge feeling the category of students on the need for rigorous research on nursing and nursing

### **Keywords**

Scientific production; investigation; students.

## **Introducción**

El Semillero de Investigación “José Bueno González O.H.”, del Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios” (CUESJD), adscrito a la Universidad de Sevilla; surge en un contexto académico enmarcado en el Espacio Europeo de Educación Superior<sup>1</sup>, donde se potencia el aprendizaje utilizando una metodología de enseñanza-aprendizaje por descubrimiento<sup>2</sup>.

Quedan recogidas en el libro blanco y en la memoria de verificación del título las competencias transversales que soportan y dan razón de ser a este proyecto<sup>3,4</sup>. Entre ellas, destacamos: la competencia 2.18 Habilidades de investigación; la competencia 2.13. Trabajo en equipo; la competencia 2.7. Capacidad de análisis y síntesis y la competencia 2.26 Habilidades de gestión de información.

### **1. Objetivo**

- Describir el Semillero de Investigación “José Bueno González O.H.” del CUESJD de Sevilla, las actividades llevadas a cabo durante el curso 2014/15 y su prospectiva.
- Analizar la experiencia del alumnado participante.

### **2. Metodología**

Para la consecución del objetivo planteado diseñamos un estudio descriptivo utilizando el proyecto inicial del Semillero, las actas de las reuniones, la producción científica y documentos de redacción abierta sobre la experiencia personal del alumnado en el proyecto.

El semillero surge en noviembre y se desarrolla hasta finalizar el curso académico 2014/15. Las personas participantes son profesoras y alumnos/as del CUESJD son todas pertenecientes.

Los documentos se analizan con una metodología cualitativa apoyándonos en el software QSR Nudist NVivo 10.

### **3. Resultados**

Entre los resultados más relevantes obtenemos que el semillero está formado por 6 profesoras y alumnado interno de 1º y 2º de grado (6 en total). Todos ellos/as fueron seleccionados/as por la comisión de investigación del centro que, tras evaluar el expediente y una entrevista personal, publicaba la selección y la asignación tutoras puesto que cada alumna/o tiene asignado una profesora referente.

Se plantea un plan de trabajo anual con una propuesta inicial por parte del profesorado que incluye actividades de formación en diferentes técnicas de análisis en metodología cualitativa y cuantitativa, así como en la presentación y difusión de resultados en eventos científicos. Se han llevado a cabo 4 reuniones con el grupo completo y 8 reuniones con pequeñas comisiones operativizando así el trabajo, todas con actas oficiales.

Se asistió a 2 jornadas de investigación con participación activa mediante comunicaciones orales y poster y como ponentes en una mesa redonda. Por último, como prospectiva: trabajar la implementación de herramientas TICs, realizar un Programa de Educación para la Salud, ahondar en técnicas metodológicas y continuar con la divulgación científica.

Tras analizar los documentos de redacción abierta, se cubren los objetivos marcados inicialmente en el proyecto, asimismo emergen categorías que visibilizan el gran impacto en la motivación, además de alto nivel de concienciación del alumnado sobre la importancia de una investigación rigurosa de y para enfermería.

## **4. Conclusiones**

Podemos concluir diciendo que se han cubierto las expectativas en cuanto a actividades desarrolladas y competencias trabajadas. Así como que emerge la categoría de sentimiento del alumnado sobre la necesidad de la investigación rigurosa por enfermería y para la enfermería.

## **Bibliografía**

1 Declaración de Bolonia. Adaptación del sistema universitario a sus directrices. Universidad de Deusto. Disponible en: <https://www.uco.es/organizacion/cees/documentos/normas-documentos/otros/Adaptacion%20en%20Espana%20a%20las%20directrices%20de%20Bolonia.pdf>

2 Amat, O: “Métodos pedagógicos”. Cap 4. En:”Aprender a enseñar” Ediciones Gestión 2000,S.A

3 Universidad de Sevilla. Memoria para la verificación del título oficial de graduado o graduada en enfermería por la Universidad de Sevilla. Disponible en: [http://webapps.us.es/fichape/Doc/MV/157\\_memVerifica.pdf](http://webapps.us.es/fichape/Doc/MV/157_memVerifica.pdf)

4 Libro Blanco Título de Grado de Enfermería. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. 2004.

# Sentido de Coherencia y Nivel de Autocuidados en estudiantes de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

## Sense of Coherence and Appraisal of Self-care Agency Scale in Nursing Assistant students.

Natura Colomer Pérez <sup>1</sup>

*natura.colomer@uv.es*

*Departament d'Infermeria. Facultat d'Infermeria i Podologia. Universitat de València*

### Resumen

La posesión de un Sentido de Coherencia fue descrita por Antonovsky como la posibilidad personal de construcción de experiencias coherentes en la vida; para su evaluación se utiliza el cuestionario SOC. Mediante la escala de Valoración de la Agencia de Autocuidados (ASA) conocemos la potencialidad de una persona para realizar operaciones de autocuidados.

El objetivo del presente estudio es analizar la relación entre el SOC y potencialidad de autocuidado en estudiantes de CFGM en Cuidados Auxiliares de Enfermería del CIPFP La Costera-Xàtiva, Valencia.

La metodología utilizada es observacional, descriptiva y transversal. Se recogieron datos sobre variables sociodemográficas y se valoró el SOC y la ASA. Posteriormente, se realizó análisis descriptivo de los datos mediante medidas de tendencia central o distribución de frecuencias y se analizaron correlaciones entre variables y diferencias de medias mediante pruebas no paramétricas. En el análisis de los resultados encontramos que la mayoría de los sujetos indica tener un umbral de renta bajo o medio-bajo; puntúan en las escalas ASA:  $96,95 \pm 8,56$  y en la SOC:  $57,64 \pm 8,07$  presentando niveles óptimos de SOC y niveles de autocuidado suficientes.

---

<sup>1</sup> Elena Chover Sierra, [elena.chover@uv.es](mailto:elena.chover@uv.es). Departament d'Infermeria. Facultat d'Infermeria i Podologia. Universitat de València.



Se encontró relación estadísticamente significativa entre nivel de renta y las puntuaciones globales de ambas escalas, de lo que concluimos que estudiantes con niveles de SOC más elevados obtienen también resultados más elevados en potencialidad de autocuidado. Ambas escalas están relacionadas con factores no modificables (edad y sexo) como modificables (situación laboral y nivel de renta).

### **Palabras clave**

Enfermería; Sentido de Coherencia; potencial de autocuidado; estudiantes cuidados auxiliares de enfermería.

### **Abstract**

The Sense of Coherence attribute was described by Antonovsky as the personal ability to build up coherent experiences in life; SOC questionnaire is used in its evaluation. By rating Appraisal of self-care Agency Scale (ASA) is possible to know the potential of a person to perform self-care operations.

The aim of this study is to analyze the correlation between SOC and self-care levels in Nursing-assistant Vocational Training students at CIPFP La Costera-Xàtiva, Valencia.

Methods used were observational, descriptive and transversal. Social and demographic data were collected; likewise SOC and ASA were assessed. Subsequently, descriptive data analysis was performed using measures of central tendency and frequency distribution and correlations between variables and mean differences were analyzed by nonparametric tests. Analyzing the results, we found that most population has a low or medium-low income threshold; ASA score result is:  $96.95 \pm 8.56$  and SOC score result is:  $57.64 \pm 8.07$  SOC, both presenting optimal levels.

Statistically significant relationship between income level and overall scores of both scales was found; therefore, we concluded that students with higher levels of SOC also obtain higher results in potential self-care. Both scales are related to non-modifiable factors (age and sex) as modifiable (employment status, income level).

### **Keywords**

Nurse; Sense of coherence; Self-care level; nursing assistant students.

## Introducción

Algunas personas se mantienen saludables a pesar de la influencia de un gran número de factores de riesgo. De esta premisa parte el concepto salutogénico, que trata de explorar y examinar dichos factores, observando y prestando atención a los responsables de la creación de los estados de salud y su mantenimiento, enfocándose desde el polo saludable dentro del continuum del proceso salud-enfermedad.

La salutogénesis (1) es un modelo de análisis médico-sociológico que toma base en los orígenes de la salud y bienestar, donde la principal preocupación se centra en el mantenimiento de los mismos. Es por tanto un modelo de salud biopsicosocial positivo en contraposición al resto de modelos de prevención y promoción de la salud que se articulan bajo la perspectiva del déficit y la carencia.

A través del estudio de los activos de salud (2-4) (assets), se contempla como perspectiva viable en Salud Pública que los factores estresantes no deben ser intrínsecamente negativos, sino que existe la posibilidad de que estos puedan tener consecuencias saludables o beneficiosas. En definitiva, todo razonamiento se encuentra íntimamente ligado a las características, las capacidades y / o habilidades personales para resolver estos agentes estresores.

En este sentido, Aaron Antonovsky (5-7) propugna que el principio básico de la existencia humana no es el equilibrio y la salud, sino el desequilibrio, la enfermedad y el sufrimiento. Los organismos humanos tienden a perder su estructura organizada y nuestro propósito de estudio será intentar entender esa capacidad humana para reordenar de nuevo. De esta manera, la salud está siendo continuamente re-creada.

La herramienta que desarrolla el autor para realizar esta compleja exploración se fundamenta en la Teoría de los Recursos Generales de Resistencia (RGRSS) y el Sentido de Coherencia. En cuanto a los primeros, entendemos los factores biológicos, materiales y psicosociales como los conceptos principales que los conforman.

Sin embargo, el concepto clave de su teoría reside en la posibilidad personal de construcción de experiencias coherentes en la vida, es decir, en la posesión de un Sentido de Coherencia (SOC) y una orientación hacia la vida (OLQ). Este concepto puede ser medible mediante la aplicación y posterior análisis del cuestionario que el autor diseñó y desarrolló rigurosamente.

Dicho test se encuentra compuesto por tres componentes clave, tres variables relacionadas teoría y empíricamente (8):

- **Comprensibilidad.** Es considerado el componente cognitivo del constructo; la convicción de que un problema puede ser claro, comprensible y estructurado -opuesto a caótico- pudiéndose entender los hechos que lo acontecen. Los individuos con su comprensibilidad perciben los estímulos a los que se enfrentan dotándolos de un marco cognitivo y considerado la información como ordenada, consistente, estable, predecible, estructurada y clara en lugar de caótica, desordenada, azarosa, accidental o impredecible. Hace referencia a la sensación de comprender lo que sucede. Aumenta las expectativas y la capacidad de una persona para asimilar y modificar experiencias y sucesos. Este componente capacita a la persona para aportar conductas adaptativas y realistas a la vida y una actitud flexible a los cambios futuros.

- **Manejabilidad.** Describe la extensión de las creencias y confianza básicas de una persona, los propios recursos para hacer frente a los desafíos vitales; recursos que están a disposición propia bien estén bajo su control o también bajo el control de otros. Esta dimensión la contempla el componente instrumental, conductual o comportamental del constructo. La persona tiene el sentimiento de poder afrontar los retos de la vida, se trata de un sentimiento cognitivo-emocional y está relacionado con la autoeficacia y la competencia. De esta manera incluye una visión positiva de la vida en general.

- **Significatividad.** Comprende la sensación de que la vida propia tiene un significado y merece la pena invertir energía en los problemas que surgen; capacidad para convertir lo que se hace en satisfactorio, valioso y significativo para la propia vida. Concretamente se refiere al valor que el sujeto otorga a lo que le sucede, independientemente de la forma en que ocurra. Se relaciona con el sentimiento de que la vida vale la pena, los retos se merecen los esfuerzos, de los que son significativos y dignos de nuestro compromiso. La persona considera que tiene un significado y un propósito. Una elevada significatividad es síntoma de una visión comprometida en ciertas áreas de la vida por las que merece la pena invertir tiempo y esfuerzo, ya que las demandas a las que se enfrenta la persona son consideradas como retos dignos. Tiene un carácter fundamentalmente emocional y es considerada, por tanto, la dimensión motivacional.

El principal descubrimiento del modelo es que el Sentido de Coherencia correlaciona la salud percibida con la calidad de vida percibida, demostrando que las personas con una puntuación elevada en SOC suelen tener una buena percepción de su salud.

El enfoque salutogénico aboga por redimensionar el planteamiento de la Salud Pública hacia una mirada positiva. Pero va más allá, nos permite también apostar por el empoderamiento de los colectivos y las comunidades, capacitándolas, haciéndolas participar y haciéndolas responsables de sus apreciaciones y decisiones. Mapeando los activos en salud en diferentes grupos de poblaciones podemos descubrir qué aspectos pueden ser reforzados para que estas comunidades saquen las propias herramientas -individuales y colectivas- y dotarlos de recursos efectivos, eficientes e idóneos adaptados a su idiosincrasia.

Asimismo, es sobradamente conocida la relación interdependiente entre los Recursos Generales de Resistencia y la forma en que los individuos introspección individualmente, nos articulamos en sociedad y como no, integramos nuestro proyecto profesional como filosofía de vida.

Al menos, resulta de gran trascendencia conocer estas dimensiones en la profesión que ha sido históricamente la de cuidar personas.

En referencia a los instrumentos que vamos a utilizar para medir dichos fenómenos presentamos los siguientes:

#### SOC (Sense of Coherence) (9-10)

Concepto, como ya hemos avanzado, formulado por Antonovsky que pretende medir una orientación global de la personalidad que facilita la solución de problemas de forma adaptativa en situaciones estresante a las que las personas nos veamos sometidos a la larga de la vida.

Fue concebida con el fin de explicar los motivos por los que algunas personas pueden permanecer saludables al enfrentarse a estos factores estresores mientras que otros tienden a enfermar. De esta forma, el SOC representa la capacidad que posee un individuo para percibir el significado del mundo que lo rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que éstas tienen sobre su entorno.

El instrumento contempla 13 ítems (5 referentes a la comprensibilidad, 4 en la manejabilidad y 4 en la significatividad). Las respuestas ofrecen un continuum de grado de acuerdo al desacuerdo en 7 opciones de respuesta que van del "Nunca" "Rara vez" hasta "Muy a menudo" o "Siempre" dependiendo de lo preguntado.

La escala SOC ha sido validada (11-15) en diferentes idiomas y contextos socio-culturales y profesionales. Como dato trascendente, se ha traducido a 33 idiomas y se ha utilizado en al menos 33 países, el cual es indicio de su aplicabilidad en diferentes culturas.

La versión de 29 ítems fue traducida y validada por Moreno et al. (13) en una muestra española de 161 alumnos de una escuela de adultos. En este estudio la escala demostró una fiabilidad adecuada ( $\alpha$  de Cronbach=0,83; extrayendo los 13 ítems de la versión abreviada, la fiabilidad resultó de 0,82. Además, se observaron correlaciones negativas significativas entre el SOC y las puntuaciones en escalas de síntomas físicos y psicológicos ( $R=-0,28$  a  $-0,46$ ;  $p < 0,001$ ). El puntaje total comprende entre 13 y 91 puntos.

### ASA (Appraisal of Self-care Agency Scale) (16-18)

Este instrumento (Escala de Valoración de la Agencia de Autocuidado) fue desarrollado para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería del Déficit de Orem, agencia del autocuidado, se entiende entonces este concepto como la capacidad de poder de la persona para realizar operaciones de autocuidado. Estas intervenciones son estimativas, transicionales y productivas. Las primeras comprenden la investigación de las condiciones y los factores internos y externos significativos para el autocuidado, las transicionales determinan el tipo de acción o curso que debería tomarse con respecto al autocuidado, mientras que las productivas ejecutan las acciones de autocuidado.

La escala se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de 5 alternativas tipo Likert que van desde el 1 al 5 con opciones desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo". El puntaje comprende de 24 a 120 puntos. Ha sido también validada (15) al español ya que esta es originaria en idioma inglés.

## 1. Objetivos

En el planteamiento del estudio abordamos inicialmente el abordaje de la siguiente pregunta primaria: los y las estudiantes de CFGM Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería en los centros de enseñanza públicos dependientes de la Consejería de Educación de la GVA presentan niveles correlativos en la medición del Sentido de Coherencia y orientación hacia la vida con los niveles de autocuidado ejercidos por los mismos/as, así como en la integración de prácticas y comportamientos más saludables.

De este modo exponemos los objetivos específicos siguientes:

1. Determinar el nivel de SOC en la población de estudiantes en periodo formativo del CFGM en TCAE en el Centro Integrado de Formación Profesional La Costera, población de Xàtiva (Valencia) que forma parte de la red de centros públicos de la Conselleria d'Educació de la Generalitat Valenciana.
2. Determinar el nivel de ASA en la población de estudiantes en periodo formativo del CFGM en TCAE en el Centro Integrado de Formación Profesional La Costera, población de Xàtiva (Valencia) que forma parte de la red de centros públicos de la Conselleria d'Educació de la Generalitat Valenciana.
3. Relacionar las puntuaciones de las escalas anteriores con las variables sociodemográficas de la población estudiada.
4. Entender la correlación existente entre las escalas anteriores y ciertas variables resultado que nos informan sobre prácticas y comportamientos en materia de salud.

## 2. Metodología

El estudio realizado es de carácter observacional, descriptivo y transversal sobre una muestra de estudiantes del CIPFP La Costera-Xàtiva, Valencia y la administración de las encuestas se llevó a cabo en el mes de junio de 2015. Se recogieron datos sobre variables sociodemográficas y se valoró el SOC y la ASA como anteriormente hemos citado.

- Para el análisis de datos y representaciones gráficas se utilizó el software SPSS v.20.
- Posteriormente, se realizó análisis descriptivo de los datos mediante medidas de tendencia central o distribución de frecuencias y se analizaron correlaciones entre variables y diferencias de medias entre dos o más grupos en función de determinadas variables mediante pruebas no paramétricas (Spearman).
- Para el análisis de las diferencias en la media entre dos grupos se utilizó la prueba no paramétrica t de Student y U de Mann-Whitney. En caso de diferencias entre dos o más grupos se utilizó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.
- Se utilizaron también pruebas no paramétricas en función de los resultados que arrojó la prueba Kolmogorov-Smirnoff para el análisis del ajuste de la normalidad de las variables.
- En todos los análisis se estableció un nivel de confianza del 95% ( $P < 0,05$ ).

### 3. Resultados

- Participaron 42 sujetos con una edad media de 34 años ( $34,62 \pm 12,19$ ); de ellos/as, 37 eran mujeres (88,1%) y 5 eran hombres (11,9%). Al respecto de la actividad laboral, 20 de ellos/as (23,8%) referían tener trabajo en el momento del estudio.
- La mayoría de la población (83,4%) indicó tener un umbral de renta bajo (40,5%) o medio-bajo (42,9%).
- En referencia a la puntuación media en la escala ASA encontramos un resultado de  $96,95 \pm 8,56$  y en la escala SOC de  $57,64 \pm 8,07$ .
- Concretamente, los resultados específicos de las subescalas SOC en sus respectivas dimensiones puntúan de la siguiente manera:
  - Manejabilidad:  $18,19 \pm 2,90$
  - Significatividad:  $22,21 \pm 4,75$
  - Comprensibilidad:  $17,24 \pm 2,62$

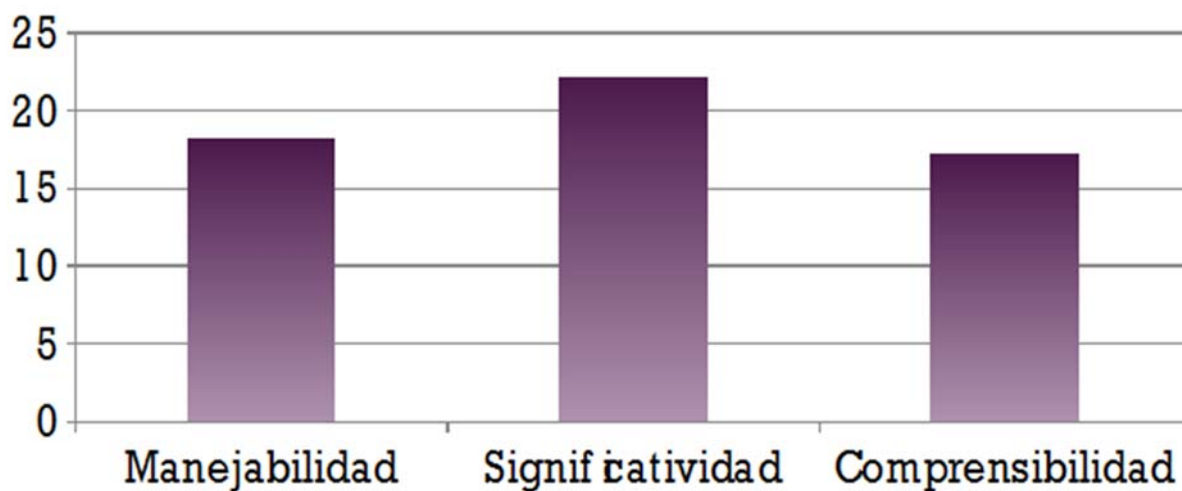
**Ilustración 1. Análisis de resultados I: variables sociodemográficas**

<b>n</b>	<b>42</b>
<b>Edad</b>	<b><math>34,62 \pm 12,19</math></b>
<b>Sexo</b>	<b>Mujer (88,1%) n= 37 Hombre (11,9%) n= 5</b>
<b>Trabaja</b>	<b>Sí (23,8%) n= 10 No (76,2%) n= 32</b>
<b>Umbral de renta</b>	<b>Media-alta (2,4%) n= 1 Media (40,5%) n= 17 Media-baja (42,9%) n= 18 Baja (9,5%) n= 4 NS/NC (4,8%) n= 2</b>

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 2. Análisis de resultados II: Medidas Subescalas SOC

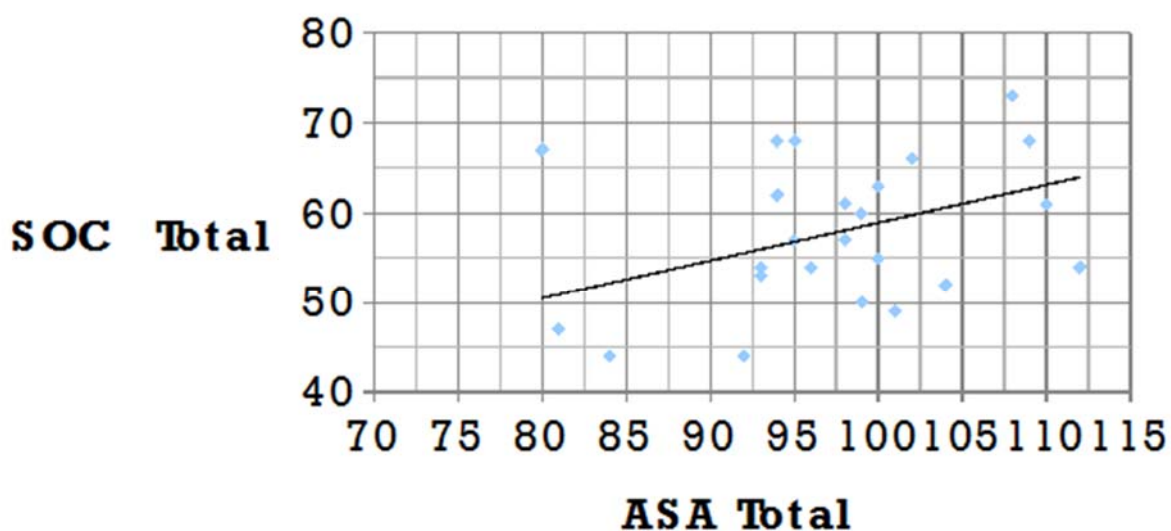
## SUBESCALAS SOC



Fuente: Elaboración propia

- Asimismo, el 85,7% de nuestra muestra presenta un potencial de autocuidado suficiente. Este dato lo afirmamos ya que supera el umbral a partir del cual – y según la escala ASA- estos valores son óptimos y satisfactorios (>89 en escala ASA).

Ilustración 3. Análisis de resultados III: Correlación ASA-SOC

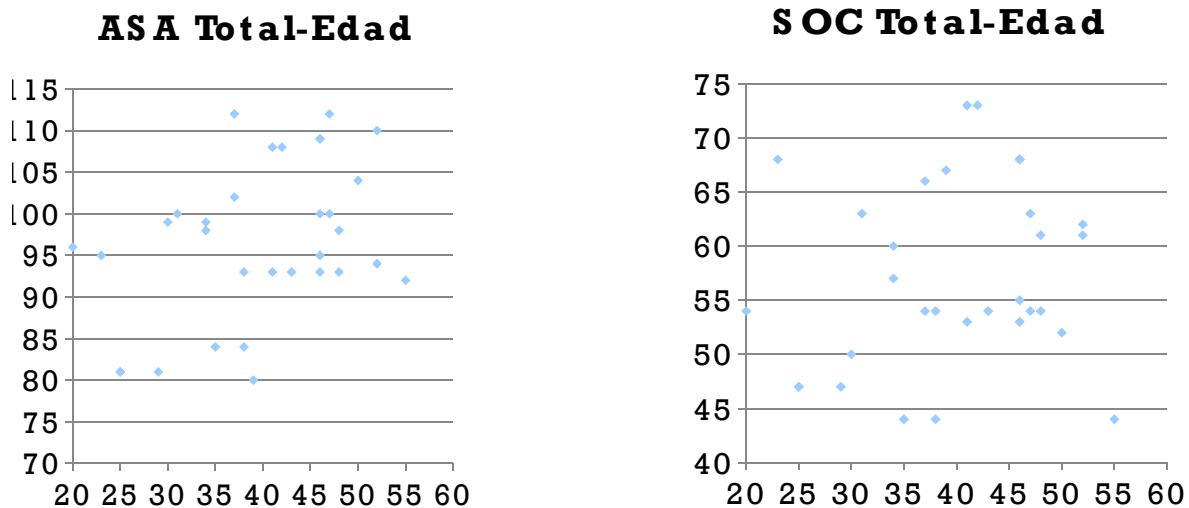


Fuente: Elaboración propia



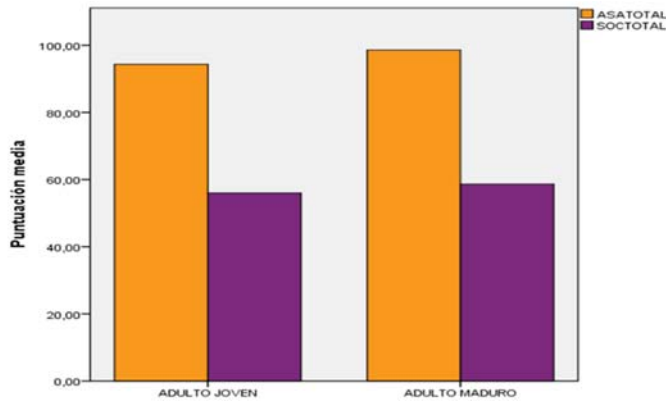
- Se encontró relación estadísticamente significativa entre nivel de renta y las puntuaciones globales de ambas escalas:
  - SOC:  $\rho=0,45$   $p<0,01$
  - ASA:  $\rho=0,39$ ,  $p<0,05$
- Así como también la hubo entre las puntuaciones totales de las escalas ( $\rho=0,41$   $p<0,01$ ).
- No se encontró relación lineal entre la edad y las puntuaciones en ninguna de las escalas, ni tampoco se encontraron diferencias entre estudiantes jóvenes y maduros analizadas mediante test U de Mann-Whitney, aunque los sujetos adultos maduros obtuvieron puntuaciones más elevadas:
  - SOC:  $58,65 \pm 8,33$
  - ASA:  $98,57 \pm 8,8$

Ilustración 4. Análisis de resultados IV: Correlación Edad-Escalas ASA y SOC



Fuente: Elaboración propia

### Ilustración 5. Análisis de resultados V: Diferencias entre grupo de edad

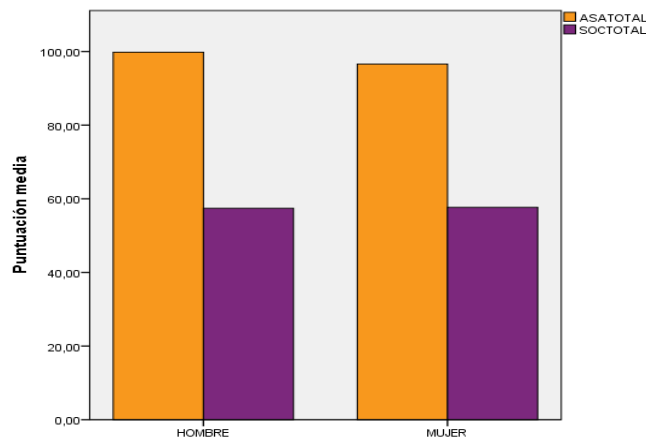


Elaboración propia

- Aunque los hombres tienen mayor puntuación en ASA ( $99,8 \pm 6,68$ ) y las mujeres más puntuación en SOC ( $57,67 \pm 8,35$ ), encontramos que estas diferencias no son estadísticamente significativas según el test U de Mann-Whitney.
- Las puntuaciones más elevadas en ambas escalas corresponden a umbrales de renta más bajos:
  - SOC:  $64,5 \pm 4,04$
  - ASA:  $109,5 \pm 0,58$

Sin embargo descubrimos que estas diferencias son estadísticamente significativas únicamente para la escala ASA ( $p < 0,05$ ), según el test de Kruskal-Wallis.

### Ilustración 6. Análisis de resultados VI: Diferencias en función de sexo

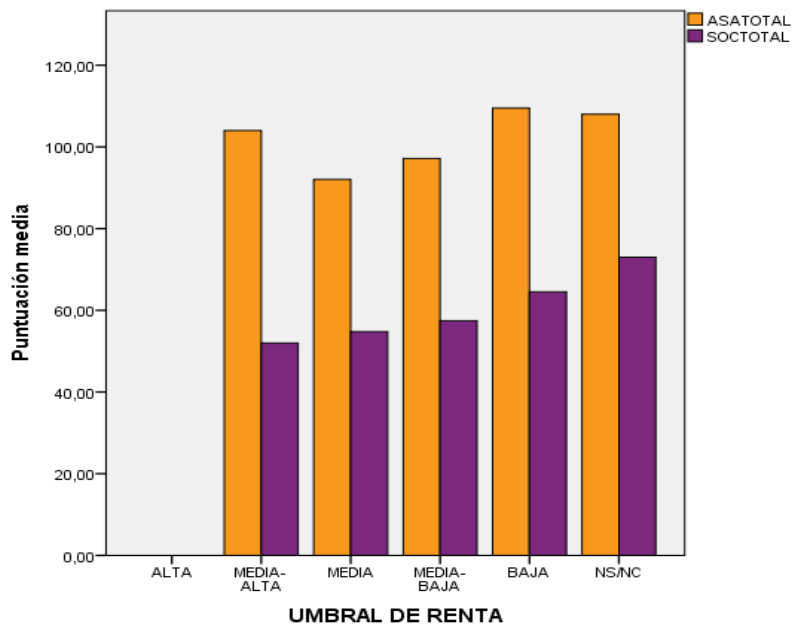


Elaboración propia

- Por otro lado, apreciamos que los sujetos que no desarrollan una actividad laboral obtienen mayores puntuaciones:

- SOC:  $59,5 \pm 8,25$
  - ASA:  $98,12 \pm 7,33$
- Siendo estas diferencias también estadísticamente significativas ( $p < 0,05$  en ASA y  $p < 0,01$  en SOC), según el test U de Mann-Whitney.

**Ilustración 7. Análisis de resultados VII: Diferencias en función de umbral de renta**



## 4. Conclusiones

Los estudiantes con niveles de SOC más elevados obtienen también resultados más elevados en potencialidad de autocuidado.

Tanto el sentido de coherencia (SOC) como la potencialidad de autocuidado (ASA) están relacionados con factores no modificables (edad y sexo) como modificables (situación laboral y nivel de renta).

## Bibliografía

- 1 Álvarez-Dardet C, Cantero MT. Patrimonio de Salud. ¿Son posibles las políticas salutogénicas? *Rev Esp Salud Pública*. 2011; 85:131-135.
- 2 Morgan A, Ziglio E. (2007) Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*; 14; 17.
- 3 Mariano Hernán García M, Lineros González C. (2009) Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. EASP. Granada.
- 4 Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Rodríguez Mariano CM, Hernán García, M. Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2011; 85:129-139.
- 5 Antonovsky A. (1987) *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass, San Francisco.
- 6 Antonovsky A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health. Promotion International*.
- 7 Antonovsky A. (1993) Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science and Medicine* 8:969-981.
- 8 Erikson E, Lindström B. (2005) Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J.Epidemiol. Community Health* 59:460–466.
- 9 Antonovsky A. (1993) The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine* 6:725-733.
- 10 Geyer S. (1997) Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science and Medicine* 44:1771–1779
- 11 Malagón C et al. (2012) Sentido de coherencia de las enfermeras y validación del cuestionario SOC-13. *Metas Enferm* 15(9):27-31.
- 12 Malagón C et al. (2012) El sentido de coherencia en el colectivo enfermero. *Enferm Clínica*. 22(4):214-218
- 13 Christian Endler P., M. Haug, Spranger H. (2008) Sense of Coherence and Physical Health. A “Copenhagen Interpretation” of Antonovsky's SOC Concept. Interuniversity College for Health and Development Graz, Castle of Seggau, Austria.
- 14 Virués, J, Martínez P, Barrio JL, Lozano L. Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina clínica*, ISSN 0025-7753, Vol. 128, Nº. 13, 2007, pags. 486-492.

15 Moreno B, Alonso M, Álvarez E. Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*. 1997; 9:115-35. 20.

16 Gallegos CE. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: Valoración de las Capacidades de Autocuidado. *Desarrollo Cientif. Enferm*. 1998; 6, pags. 260-266.

17 Manrique-Abril F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Universidad Aquichán ISSN 1657-5997, Vol. 9 N°3, 2009*, pags. 222-235.

18 Rivera Álvarez LN. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidados: (revisión). *Av. Enferm* 2006; 24:91-98.9.

19 Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Rev Esp Psicopatol Psicol Clín*. 1994; 4:163-80.

20 Paredes-Carbonell JJ, et al. Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores. *Rev Esp Sanid Penit*.2013; 15(3):87-97.

# Qué investigan las enfermeras. Producción científica del Máster en Investigación Sociosanitaria de la UCLM (2009-2015)

## What are nurses investigating? Scientific production in the Master in Social and Health research in the University of Castilla-La Mancha (2009-2015)

Alberto González García et al <sup>1</sup>

*alberto.gonzalez@uclm.es*

*Centro de Estudios Sociosanitarios. Universidad de Castilla-La Mancha<sup>19</sup>*

### Resumen

La Declaración de Bolonia hizo posible que las enfermeras pudiesen acceder directamente a estudios de máster y doctorado. En este marco, el Centro de Estudios Sociosanitarios (CESS) de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM) desarrolló los estudios de Máster en Investigación Sociosanitaria y el programa de doctorado homónimo. El objetivo es analizar la producción científica de las enfermeras que han cursado estudios de posgrado en el CESS a través de los trabajos fin de máster (TFM) y tesis doctorales defendidos. Para ello se ha realizado un estudio descriptivo transversal de los TFM defendidos desde 2009/2010 (n = 113) y de las tesis doctorales leídas desde 2011/2012 (n = 24). Las variables analizadas han sido: número de trabajos presentados por curso académico, temáticos, estructura, metodología y aplicación clínica. Las fuentes han sido los informes de citación de los tribunales y la base de datos TESEO para las tesis. El 35,4% de las matriculaciones fueron de enfermería. El 53,1% de los TFM defendidos eran de enfermeras. Entre las enfermeras, las temáticas preferidas son la Comunitaria (28,3%), la Obstetricia (20%) y la Médico-Quirúrgica (15%). En total se han defendido 24 tesis doctorales, 10 corresponden a titulados en enfermería. De estas, la temática más frecuente es la Geriátrica (50%). La metodología más frecuente en nuestro escenario corresponde a la investigación cuantitativa. La clínica y la epidemiología son elementos

---

<sup>1</sup> Blanca Notario Pacheco ([blanca.notario@uclm.es](mailto:blanca.notario@uclm.es)); Montserrat Solera Martínez ([montserrat.solera@uclm.es](mailto:montserrat.solera@uclm.es)); María Martínez Andrés ([maria.martinezandres@uclm.es](mailto:maria.martinezandres@uclm.es)); Lidia Lucas de la Cruz ([lidia.lucas@uclm.es](mailto:lidia.lucas@uclm.es)); Celia Álvarez Bueno ([celia.alvarezbueno@uclm.es](mailto:celia.alvarezbueno@uclm.es)).

<sup>19</sup> Centro de Estudios Sociosanitarios. Universidad de Castilla-La Mancha.

importantes en la práctica investigadora de la enfermería. La prioridad de estos estudios de máster ha sido contribuir a una mayor eficiencia de los servicios de salud.

### **Palabras clave**

Enfermería; investigación; máster; doctorado; Centro de Estudios Sociosanitarios.

### **Abstract**

The Bologna Declaration made possible that nurses could directly access to master and doctorate studies. In this framework, the Health and Social Research Center (CESS) of the University of Castilla-La Mancha (UCLM) developed the Master in Social and Health research and the homonymous Doctoral Program. The objective is to analyze the scientific production of the nurses who have completed postgraduate studies in the CESS through master thesis dissertations (TFM) and doctoral thesis defended. It has conducted a cross-sectional descriptive study of TFM defended since 2009/2010 (n = 113) and doctoral thesis red from 2011/2012 (n = 24). The variables analyzed were: number of papers presented by academic year, theme, structure, methodology and clinical application. Sources have been reports of citation by the courts and the TESEO database for theses. 35.4% of applicants were nurses. 53.1% of the TFM defended were made by nurses. Among nurses, the favorite themes are Public Health (28.3%), Obstetrics (20%) and the Medical-Surgical (15%). From a total of 24 doctoral theses, 10 were defended by nurses. Of these, the most frequent theme is Geriatrics (50%). The most frequent methodology was quantitative research. The clinic and epidemiology were important elements in nursing research practice. The priority of these studies has been to contribute to a greater efficiency of health services.

### **Keywords**

Nursing; research; master; doctorate; Health and Social Research Center.

## **Introducción**

La salud y la calidad de vida constituyen dos pilares básicos de la sociedad en los países occidentales. Es por ello que las políticas de salud deben desarrollar una línea estratégica que permita aplicar los conocimientos y recursos sanitarios existentes a las necesidades y demandas sociales (1).

La investigación en enfermería ha de dar respuesta a las necesidades sociales que están relacionadas con procesos de salud/enfermedad, condiciones y calidad de vida de las personas,

familias y comunidades, en todos los grupos de edad (2, 3). Si bien la producción del conocimiento no ha sido una tarea fácil para la disciplina enfermera, en los últimos años se han dado pasos para producir conocimiento útil que permita el fortalecimiento de la profesión y muestre la evidencia de un cuidado cualificado a la sociedad en general y a la comunidad científica en particular acerca de sus aportaciones a la ciencia (4).

Promover la investigación en cuidados y desarrollo de la enfermería requiere preparación educativa en investigación, pero lo cierto es que hasta la primera década del siglo XXI la disposición de los estudios de enfermería no permitía el acceso a los programas que facilitaban la actividad investigadora (1), aunque de forma excepcional los diplomados de enfermería comenzaron a realizar sus tesis doctorales en la medida en que también eran licenciados en otras disciplinas. Así pues, sí había una investigación de enfermeros, pero las realizadas de forma estricta sobre enfermería no eran reconocidas como tales. La realidad tendrá su marco definitivo con la transformación de la formación, y la conversión de los estudios de enfermería en estudios de grado (5).

Gran parte del avance en investigación enfermera comenzó puntualmente con hechos como el reconocimiento en 1987 por parte del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) de la capacidad investigadora de los enfermeros y la introducción de estos en comisiones técnicas de evaluación (1), aunque las primeras bases de la investigación se localizan en Estados Unidos con la publicación en 1952 de la *Nursing Research*, primera revista oficial de las organizaciones profesionales con reportes de investigación (6).

El desarrollo normativo iniciado tras la Declaración de Bolonia de 1999 hizo posible que los enfermeros pudiesen acceder directamente a estudios de máster y de doctorado (7, 8). En este marco legislativo, el Centro de Estudios Sociosanitarios (CESS), centro de investigación de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM), pretende evaluar de la eficacia de las actividades preventivas dirigidas a mejorar la salud y la calidad de vida de la población. Las líneas de investigación de este Centro están dirigidas a aportar conocimiento científico en los problemas de salud relacionados con la dependencia, la salud mental, la prevención de la obesidad o la relación entre la actividad física y la salud (9). Estas líneas de investigación se materializan en los estudios de Máster en Investigación Sociosanitaria, implantado en el curso 2009/2010, y en el programa de doctorado homónimo.

El contexto actual de desarrollo académico de los estudios de grado, máster y doctorado, así como los procesos de verificación de títulos universitarios representan una buena oportunidad de difusión de resultados y de evaluación, al igual que para formular planes de mejora.



# 1 Objetivo

El objetivo de esta comunicación es analizar la producción científica desarrollada en el Centro de Estudios Sociosanitarios a través de los trabajos fin de máster defendidos desde la implantación del título de máster y de las tesis doctorales defendidas en el programa de doctorado.

## 2 Metodología

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal de todos los trabajos fin de máster (TFM) defendidos entre los cursos 2009/2010 y 2014/2015 (n = 113), así como de las tesis doctorales leídas desde el curso 2011/2012 (n = 24).

Las variables analizadas en el caso de los trabajos fin de máster han sido: número de trabajos fin de máster presentados por curso académico; temática del trabajo elegido por el alumnado (comunitaria, geriatría, gestión sanitaria, infantil, médico-quirúrgica, obstetricia, psiquiatría); y estructura de los trabajos (artículo original, proyecto de investigación o revisión sistemática).

Las variables analizadas en las tesis doctorales han sido: número de tesis defendidas por curso académico y temática de las mismas (cardiovascular, nutrición, fisiología del ejercicio, fisioterapia, geriatría, ginecología, historia de la ciencia, medicina preventiva y salud pública, y psicología).

La recogida de los datos se efectuó al finalizar cada convocatoria a través de los informes de citación de los diferentes tribunales donde constaba el autor, título del trabajo y tipología del mismo. En el caso de las tesis doctorales, además, se consultó la base de datos TESEO del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (10) para conocer los descriptores UNESCO con los que se indexó cada tesis doctoral.

La información obtenida se ha introducido en una base de datos analizada posteriormente mediante el programa estadístico SPSS versión 22.

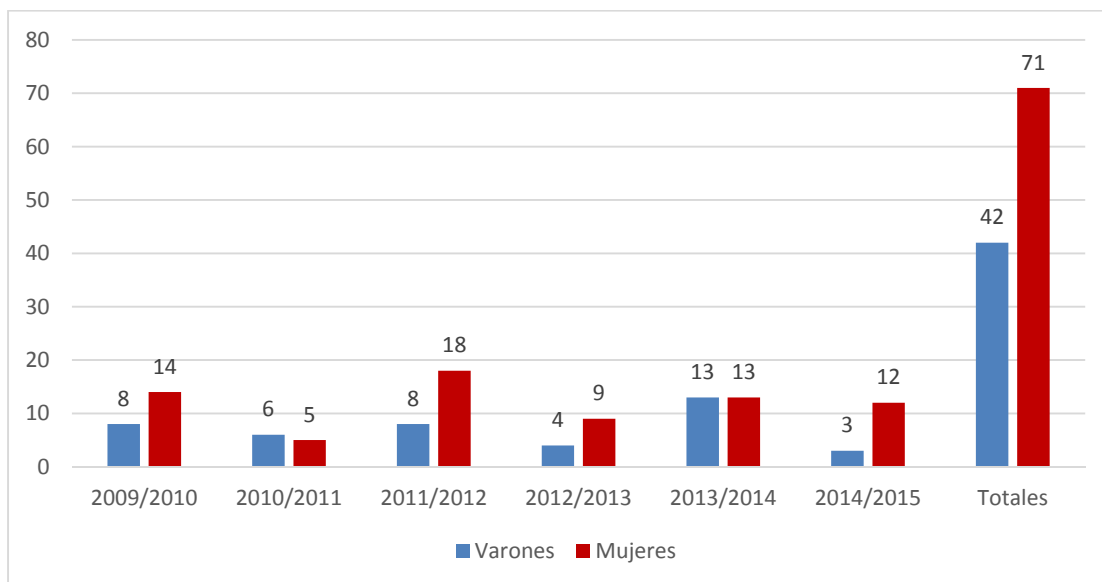
En lo relativo a las consideraciones éticas, en el estudio no se recogen datos personales del estudiantado ni de los tutores, ni se muestra información a través de la cual sea posible la identificación de persona alguna.

## 3 Resultados

El número medio de matriculados durante los seis años de vida de los estudios de máster es de 29, el 35,4% de las cuales fueron de titulados en enfermería. El número medio de trabajos fin de máster defendidos por curso académico en el mismo periodo es de 19, el 53,1% de titulados

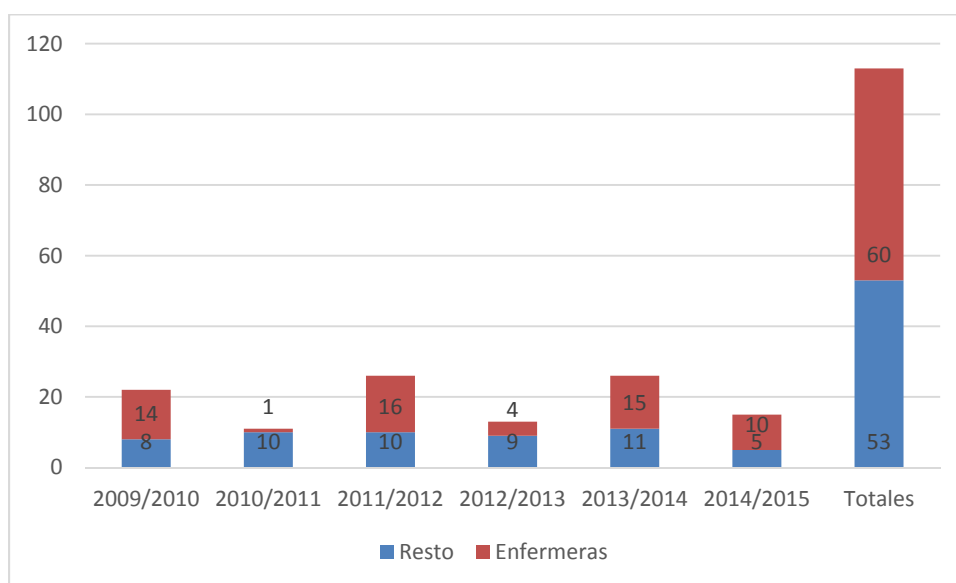
en enfermería. En total se han defendido 113 trabajos fin de máster (37,2% varones, 62,8% mujeres). La distribución de trabajos fin de máster defendido por curso académico según sexos puede verse en el gráfico 1. La proporción de trabajos fin de máster defendidos por enfermeras puede verse en el gráfico 2.

**Gráfico 1. TFM defendidos por curso académico según sexo**



Elaboración propia a partir de los datos de matriculación del máster y de las citaciones de los tribunales.

**Gráfico 2. TFM defendidos por titulados en enfermería por curso académico**



Elaboración propia a partir de los datos de matriculación del máster y de las citaciones de los tribunales.

La temática del trabajo preferida por el alumnado es la de Comunitaria (23,9%), seguida de la Gestión Sanitaria (20,4%) y la Obstetricia (16,8%). El 84% abordan el adulto como sujeto de estudio. El 91,5% de los trabajos realizados tienen aplicación clínica. Entre los titulados en enfermería, las temáticas preferidas son la Comunitaria (28,3%), la Obstetricia (20%) y la Médico-Quirúrgica (15%). El 86% abordan el adulto como sujeto de estudio. El 96% de los trabajos realizados tienen aplicación clínica (Tabla 1).

**Tabla 1. Temática de los TFM defendidos (2009-2015)**

	N	Porcentaje	Enfermería	Porcentaje
Comunitaria	27	23,9	17	28,3
Geriatría	9	8,0	5	8,3
Gestión Sanitaria	23	20,4	8	13,3
Infantil	13	11,5	5	8,3
Médico-Quirúrgica	14	12,4	9	15,0
Obstetricia	19	16,8	12	20,0
Psiquiatría	8	7,1	4	6,7
TOTALES	113	100	60	100

**Elaboración propia a partir de los datos de matriculación del máster y de las palabras clave de los TFM.**

La estructura de trabajo más frecuente es el protocolo de investigación (27,4%), seguida del artículo original (24,8%) y la revisión sistemática (19,5%). También es el protocolo de investigación la estructura más frecuente entre las enfermeras (Tabla 2). A nivel global, el 61% de los trabajos utiliza la metodología cuantitativa. Sin embargo, entre el colectivo de enfermeras este porcentaje es menor (46%).

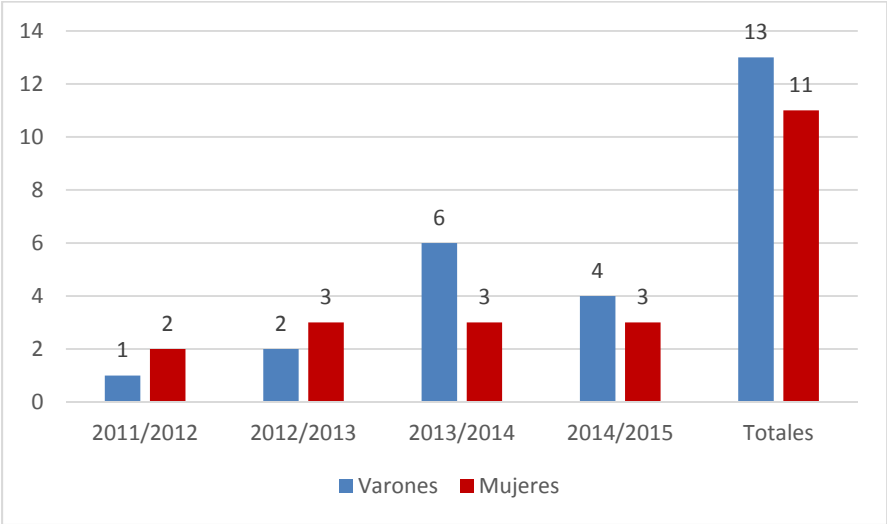
**Tabla 2. Estructura de los TFM defendidos (2009-2015)**

	N	Porcentaje	Enfermería	Porcentaje
Artículo original	28	24,8	9	15,0
Protocolo de investigación	31	27,4	23	38,3
Revisión sistemática	22	19,5	14	23,3
Sin clasificar	32	28,3	14	23,3
TOTALES	113	100	59	100

**Elaboración propia a partir de los datos de matriculación del máster y de la estructura del TFM.**

El número medio de tesis doctorales leídas durante los cuatro cursos académicos analizados es de 6. En total se han defendido 24 tesis doctorales (54,2% varones, 45,8% mujeres). La distribución de tesis doctorales por curso académico según sexos puede verse en el gráfico 3.

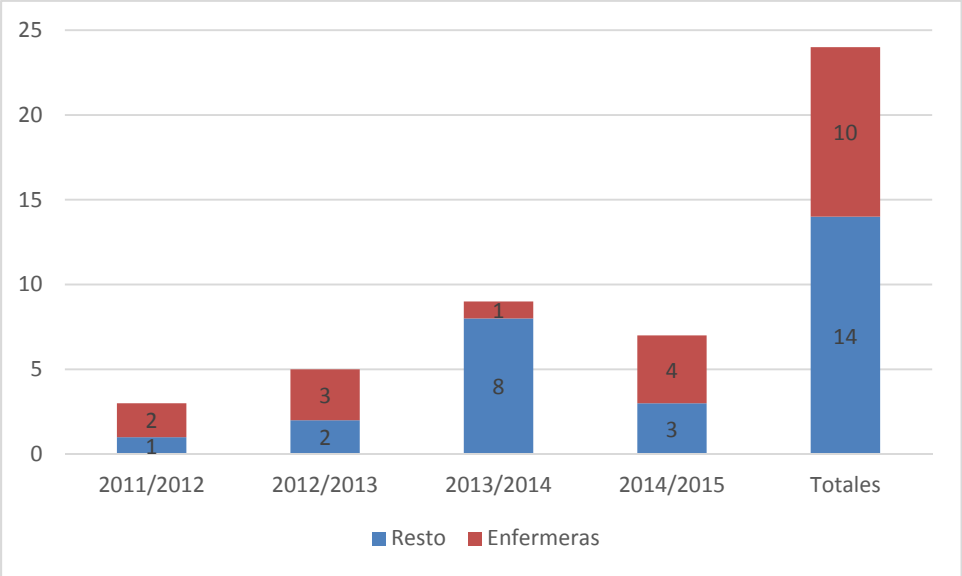
**Gráfico 3. Tesis doctorales defendidas por curso académico según sexo**



Elaboración propia a partir de los datos de secretaría del programa de doctorado.

Del total de tesis defendidas, un total de 10 corresponden a tesis defendidas por titulados en enfermería (Gráfico 4). De ellas, el 50% de las tesis han sido defendidas por mujeres.

**Gráfico 4. Tesis doctorales defendidas por titulados en enfermería (2011-2015)**



Elaboración propia a partir de los datos de secretaría del programa de doctorado.

La temática de las tesis doctorales atendiendo a la clasificación por descriptores UNESCO de la base de datos TESEO se resume en la Tabla 3. El 25% de las tesis doctorales defendidas se incluyen en el ámbito de la Medicina Preventiva y la Salud Pública; el 20,8% en Geriatria; y el 16,7% la Fisioterapia. Fisiología del ejercicio, Ginecología, Historia de la Ciencia y Psicología son ámbitos poco abordados en estos estudios de doctorado. El 83% de las tesis doctorales defendidas utilizan la metodología cuantitativa.

Centrándonos en enfermería, la temática más frecuente es la Geriatria (50%), seguida de la Medicina Preventiva y Salud Pública (20%). El 70% de las tesis doctorales defendidas en enfermería utilizan la metodología cuantitativa.

**Tabla 3. Temática de las tesis doctorales defendidas (2011-2015)**

	N	Porcentaje	Enfermería	Porcentaje
Cardiovascular	3	12,5	1	10,0
Nutrición	2	8,3	-	-
Fisiología del ejercicio	1	4,2	-	-
Fisioterapia	4	16,7	-	-
Geriatria	5	20,8	5	50,0
Ginecología	1	4,2	1	10,0
Historia de la Ciencia	1	4,2	1	10,0
Medicina Preventiva y Salud Pública	6	25,0	2	20,0
Psicología	1	4,2	-	-
<b>TOTALES</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Elaboración propia a partir de los descriptores UNESCO indexados en TESEO.**

## 4 Discusión

Al realizar este análisis de los trabajos fin de máster y tesis doctorales defendidos por profesionales de enfermería en los últimos años se ha dado a conocer qué investigación se está llevando a cabo en el sector enfermero en el marco del Máster en Investigación Sociosanitaria de la UCLM. Sirve para poner de manifiesto el esfuerzo realizado por los profesionales de enfermería en estos años, el cual es el sustrato para que se desarrolle con mayor profundidad en un futuro no muy lejano.

Tras realizar este análisis se han hecho patentes varios aspectos principales. El primero es que la metodología más frecuente en nuestro escenario corresponde a la investigación cuantitativa, lo cual es compatible tanto con el modelo de enseñanza como con la habilidad investigadora de los estudiantes, dado su perfil clínico-profesional (2).

En segundo lugar, en la práctica investigadora de la enfermería se encuentra una gran diversidad de estudios sobre el elemento técnico instrumental. Estos trabajos se orientan a definir la eficacia o la efectividad de los procedimientos realizados, teniendo como criterios de evaluación indicadores fisiológicos o indicadores de tipo administrativo. En otros casos también se utilizan como indicadores lo expresado por el paciente o usuarios de servicios de salud, en términos de expresión de comodidad o aceptación. Los elementos clínico y epidemiológico se tornan como un fructífero terreno de estudios, lo cual es compartido con el resto de las profesiones interesadas en los procesos de salud y enfermedad. La clínica y la epidemiología son elementos importantes para la práctica de la enfermería; sin embargo, como miradas localizadas en la enfermedad, delimitan una forma de relación que se caracteriza por la detección de factores de riesgo, signos y síntomas y por lograr que el paciente cumpla con las prescripciones del tratamiento o la prevención (6).

No hay que olvidar que, en general, el primer propósito de cualquier investigación debe ser producir e incrementar el conocimiento de la disciplina con el fin de delinear las bases científicas de conocimiento para la práctica. Esto significa desarrollar las bases teóricas que guíen la práctica y sirvan para construir la disciplina, y así lo recuerda la Conferencia Internacional de Enfermería (CIE). El análisis desarrollado en este trabajo pone de manifiesto que la prioridad de estos estudios de máster ha sido contribuir a una mayor eficiencia de los servicios de salud y de enfermería con el propósito de asegurar la calidad y la efectividad en la relación coste-beneficio, dejando en un segundo plano la generación de conocimiento disciplinar, el cual se relaciona con el desarrollo conceptual y teórico de la profesión. La trayectoria investigadora de estos estudios de posgrado se sitúa, por tanto, en línea con un concepto de investigación científica que sólo considera válido el conocimiento que se produce bajo el prisma de la experimentación, la generalización y la objetividad medible a través de indicadores (11).

Desde 1988, cuando se presenta la primera tesis con el título referido a enfermería, el número medio de tesis doctorales defendidas en España ha ido aumentando hasta situarse en la década final del siglo XX en 2,5 por año, cifras que son relativamente modestas. No será hasta 2003 cuando la cifra de las tesis sobre enfermería en Universidades españolas aumente de forma más sustancial, hasta las 10 tesis defendidas anualmente desde 2008 (5). No obstante, estas cifras hay que manejarlas con cautela, ya que los descriptores UNESCO utilizados para la indexación de las tesis doctorales en la base de datos del Ministerio no reconocen las Ciencias de la enfermería, por lo que la producción científica puede verse infravalorada o invisible debido a límites institucional-académicos ajenos a la profesión (12).

En este sentido, el número de medio de tesis defendidas en el programa de doctorado que hemos analizado es similar al de 2003-2004. En lo que respecta a la distribución por sexos de los doctorandos, a nivel nacional se refleja, de forma algo atemperada, una feminización en la defensa de tesis (5); en el caso de nuestro programa de doctorado están repartidas al 50%.

Para que la investigación en enfermería se pueda desarrollar deben existir las condiciones de un reconocimiento de dicha investigación, la enfermería necesita tener un reconocimiento social que permita crear una imagen social como profesión autónoma e independiente (13). Con los datos disponibles, podemos decir que la enfermería ha dado muestras de su crecimiento y desarrollo en la investigación con evidencia de una disciplina en construcción. Sin embargo, debemos plantearnos si queremos avanzar no solo en la contribución a la salud y el bienestar de las personas, sino completar el ciclo de conocimiento con la incorporación de las teorías y metodologías que sustentan la producción de conocimiento, con el fin de obtener los mejores resultados (4).

## 5 Conclusiones

La metodología más frecuente en nuestro escenario corresponde a la investigación cuantitativa. La clínica y la epidemiología son elementos importantes en la práctica investigadora de la enfermería, con una temática que transita desde la Enfermería Comunitaria en el nivel de máster hasta la Geriátrica en el nivel de doctorado. La media de tesis defendidas en el programa de doctorado analizado se sitúa en los niveles que existían a nivel nacional en 2003. La prioridad de estos estudios de máster ha sido contribuir a una mayor eficiencia de los servicios de salud, dejando en un segundo plano tanto la generación de conocimiento disciplinar como el desarrollo conceptual de la disciplina.

## Bibliografía

- 1 Barros Medina E, García García I. ¿Qué investigan los enfermeros? Análisis de diez años de investigación. En: Innovación e Investigación. Granada: Ediciones Sider; 2010: 10 p.
- 2 Murrain Knudson E. Tendencias de la investigación en enfermería. Repertorio de Medicina y Cirugía 2009; 18 (2): 90-96.
- 3 Meneses Monroy A, Pacheco del Cerro E, Diz Gómez J, Blanco Rodríguez JM. Análisis de los trabajos fin de grado de enfermería. Metas de Enfermería 2012; 15 (8): 72-76.
- 4 Zárata Grajales RA. La investigación un desafío para la Enfermería en la región de las Américas. Enfermería Universitaria 2012; 9 (4): 4-8.

- 5 García García I, Gozalbes Cravioto E. Investigación en enfermería y en historia de la enfermería en España. *Index de Enfermería* 2012; 21 (1-2): 100-104.
- 6 Duque Páramo MC. Una mirada al desarrollo de la investigación en enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 1999; 1 (1): 25-32.
- 7 Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. *Boletín Oficial del Estado* 161; 3 jul 2010: 58454-58468.
- 8 Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. *Boletín Oficial del Estado* 260; 30 oct 2007: 44037-44048.
- 9 Centro de Estudios Sociosanitarios: Presentación [recurso en internet]. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha [acceso 09 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://muis.masteruniversitario.uclm.es/presentacion.aspx>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consulta de la Base de datos de Tesis Doctorales (TESEO) [recurso en internet]. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte [acceso 09 de octubre de 2015]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/>
- 10 Fawcett J. Tendencias de investigación en enfermería. *Aquichan* 2014; 14 (3): 289-293.
- 11 Mirón González R. La historia de la enfermería como línea de investigación en el doctorado de ciencias de la salud. En: VII Jornadas de Profesorado de Facultades de Enfermería. Almería: CNDE; 2013: 3 p.
- 12 Varela Curto MD, Sanjurjo Gómez ML, Blanco García FJ. La investigación en enfermería. Rol de la enfermería. *Enfermería en Urología* 2012; 121: 19-21.



# Desarrollo de competencias genéricas en el grado de enfermería del Centro Universitario de Mérida.

## Title of Communication in English

Rafael Gómez Galán <sup>1</sup>

[rgomez@unex.es](mailto:rgomez@unex.es)

*Departamento de enfermería de la UEX* <sup>2</sup>

### Resumen

Tener un título de grado universitario o incluso un master es hoy más que nunca *conditio sine qua non* para acceder a un puesto de trabajo, pero ello no significa que los conocimientos y habilidades adquiridas durante el proceso de formación sean las más adecuadas a las necesidades que demandan las empresas. Según la opinión de los empresarios el altísimo desempleo juvenil en España se debe a la falta de trabajadores con las competencias necesarias.

Existen perfiles profesionales en el mercado laboral que la formación actual no cubre, considerándose que la formación recibida por los estudiantes universitarios presentes resulta incompleta. Planteándonos la lejanía del actual modelo educativo en su objetivo de transformar a los estudiantes en profesionales empleables en el entorno globalizado y cambiante de hoy día. En este trabajo se diseñó una estrategia de desarrollo de competencias transversales/genéricas para las titulaciones del Centro Universitario de Mérida, tras analizar el bajo grado de satisfacción de los estudiantes con dichas competencias que les aleja de integrarse en el mercado laboral.

El proyecto trata de conseguir una formación que posibilite el acceso al trabajo de los titulados, así como su progreso en puestos de responsabilidad dentro de las organizaciones, para lo que se diseñaron actividades específicas, niveles de dominio de las competencias y sistemas de evaluación de la asimilación por parte de los estudiantes de las mismas.

---

<sup>1</sup> Rafael Gómez Galán, [rgomez@unex.es](mailto:rgomez@unex.es), coordinador del título de grado en enfermería.

<sup>2</sup> Departamento de enfermería de la Universidad de Extremadura, Centro Universitario de Mérida.

**Palabras clave:**

Modelo educativo; evaluación; competencias transversales.

**Abstract**

Having a bachelor's degree or even a master is more than ever essential precondition for access to a job, but this does not mean that the knowledge and skills acquired during training are best suited to the needs required by companies. In the opinion of entrepreneurs the high youth unemployment in Spain is due to the lack of workers with the necessary skills.

There are professional profiles in the labor market does not cover the current lineup, considering that the training received by university students present is incomplete. Asking ourselves by posing the remoteness of the current educational model in its goal of making students employable professionals in the rapidly changing global environment today.

In this paper a strategy of development of generic / general skills to the degrees of the University Center of Merida was designed after analyzing the low level of student satisfaction with such powers that distances them from entering the labor market.

The project aims to get a training that enables access to employment of graduates and their progress in responsible positions within organizations, for which specific activities, levels of mastery of skills and evaluation systems are designed the assimilation by students of the same.

**Keywords**

Educational model; evaluation; transversal skills.

**Introducción.**

Tener un título de Formación Profesional, un grado universitario o incluso un master es hoy más que nunca *conditio sine qua non* para acceder a determinados puestos de trabajo. Fundamentalmente a empleos de mejor calidad y que garantizan, al menos de partida, poder emprender una carrera laboral con garantías de progresión y promoción.

Pero ello no significa que los conocimientos y habilidades adquiridas durante ese proceso de formación sean las más adecuadas a las necesidades actuales y venideras de las empresas. Según el último informe McKinsey [1] centrado en la relación entre educación y empleo, el altísimo desempleo juvenil en el entorno laboral (en España, 54% de los menores de 25 años) se debe, en opinión de los empresarios, a la falta de trabajadores con las competencias necesarias.

Es una situación paradójica. Numerosos informes [2] y empresarios afirman que hay dos millones de empleos vacantes por falta, en muchos casos, de cualificación necesaria por parte

de los trabajadores. Es decir, existen un desajuste entre las competencias demandadas por el mercado laboral y las competencias que poseen los trabajadores.

Según el Informe del Observatorio sobre Innovación en el Empleo (OIE) sobre jóvenes y mercado laboral: *“El camino del aula a la empresa”*, casi la mitad de las empresas -el 47%- cree que hay perfiles profesionales que demandan y que la formación actual no cubre; y un porcentaje aún mayor, el 60%, estima que la formación que reciben los estudiantes es incompleta.

Las empresas ya no se conforman con titulados universitarios, ahora buscan profesionales con capacidades transversales. *“El profesional 360° es alguien con conocimientos específicos en idiomas, informática, que dispongan de algún curso complementario, tenga algún tipo de experiencia y cuente con competencias transversales; es decir, que sea proactivo, dinámico e innovador, entre otros”* según Margarita Álvarez, Secretaria General del OIE y Directora de Marketing y Comunicación de Adecco

El futuro no sólo está dando paso a nuevas profesiones que exigen adquirir nuevos conocimientos, sino que también obliga a los profesionales del mañana a contar con cualidades y habilidades que hasta ahora ni se conocían.

Considerando todo lo anterior y desde el contexto planteado en el informe McKinsey ya referenciado, el modelo educativo actual queda muy lejos de ser eficiente en su objetivo de transformar a los estudiantes en profesionales empleables en un entorno de globalización y competitividad cada vez más cambiante. No sólo los empleadores, también los estudiantes, se quejan de la brecha cada vez más profunda entre la formación universitaria y las necesidades reales del mercado laboral.

## **1. Objetivos.**

Nuestro objetivo fue diseñar una estrategia de desarrollo de competencias genéricas en todas las titulaciones de Grado del Centro Universitario de Mérida, así como diseñar un sistema de implantación, desarrollo y evaluación de dichas competencias con el fin de lograr una posición de ventaja competitiva de nuestros alumnos a la hora de incorporarse al mercado laboral.

## **2. Metodología.**

Gracias al tipo de docencia desarrollada antes de la entrada en vigor del Espacio Europeo de Educación Superior y todavía mayoritaria, las competencias profesionales, técnicas o específicas se desarrollan adecuadamente en los títulos de Grado. Los estudiantes del Centro Universitario de Mérida (en adelante CUM), a través de las encuestas de satisfacción de los estudiantes con la titulación (de elaboración propia), mayoritariamente (en torno al 85%) valoran positivamente,

en todas las asignaturas, el cumplimiento de los objetivos docentes y consecuentemente la adquisición significativa de este tipo de competencias.

Por el contrario, en cuanto a las competencias transversales, a pesar de estar recogidas igualmente en los planes de estudio y en las fichas docentes de cada asignatura, los resultados de satisfacción de los estudiantes no arrojan resultados tan satisfactorios (sólo alrededor de un 50% afirman estar satisfechos con la formación recibida). Además, desde nuestro punto de vista, más que de una formación adecuada y de la evaluación efectiva por parte del profesorado del grado de adquisición de las mismas, parte de esta afirmación proviene del hecho de que mediante nuestro programa formativo conozcan a que nos referimos con competencias transversales/genéricas y que las perciban como muy necesarias, no sólo para conseguir un puesto de trabajo sino para progresar a puestos de responsabilidad en las organizaciones privadas y entidades públicas. A la vista de todo lo anterior, los resultados obtenidos son del todo insuficientes, por lo que siendo conscientes de su vital importancia el siguiente paso a dar es fomentarlas a través de actividades diseñadas específicamente para ello y evaluarlas para medir el grado de asimilación por parte del estudiante.

Así, partiendo del objetivo general de diseñar una estrategia de desarrollo de competencias transversales para los grados impartidos en el Centro Universitario de Mérida, pretendemos en el desarrollo de cada competencia transversal:

1. Establecer sus dimensiones e indicadores y/o niveles de dominio.
2. Recopilar y diseñar prácticas efectivas para la formación de las mismas.
3. Definir criterios y herramientas para su evaluación.

Con esta estrategia y el pertinente andamiaje al profesorado del CUM, pretendemos que la formación, desarrollo y evaluación de las competencias transversales sea una realidad en nuestros Grados el próximo curso 2014/2015. El estudiante del CUM debe dejar de ser una persona que aparece un buen día por la institución, que durante unos años transita por el Centro, para abandonarlo finalmente sin dejar rastro, partiendo rumbo a la “jungla” del mundo laboral, dotado de un bagaje, sin duda bueno, de conocimientos técnicos, aunque quizás no tan bien provisto de otras competencias igualmente necesarias para la vida laboral.

El profesorado participante en este proyecto incluye el Grupo de Mejora multidisciplinar oficialmente constituido en la Comisión de Calidad del CUM. Este grupo se creó para analizar, tras implantarse los grados en su totalidad, los mapas competencias de los grados respecto a las competencias transversales y desarrollar la estrategia que, como Centro, se establecerá para fomentar las competencias transversales en nuestro alumnado. Es, por tanto, un proyecto de

innovación docente ambicioso cuyos resultados tendrán impacto en todas las titulaciones del centro.

Para ello se diseñó un plan de trabajo (de Marzo de 2014 a Julio de 2014) que contemplaba las siguientes fases:

1. Estudiar los procesos de implantación de competencias genéricas en otras instituciones universitarias. (Marzo 2014)
2. Por titulación, establecer los niveles de competencia y/o dimensiones de cada competencia genérica, indicadores y descriptores. Los participantes del proyecto se distribuirán por equipos: un equipo por titulación para trabajar con las competencias genéricas de cada título. Se instará a cada equipo que trabaje con la Comisión de Calidad de la Titulación correspondiente. (2ª quincena de marzo 2014 - Abril 2014).
3. Por titulación, definir los mapas de competencias, es decir, por cada competencia, asignar cada uno de los niveles de dominio a las distintas asignaturas. Los participantes del proyecto se distribuirán por equipos: un equipo por titulación para trabajar con las competencias genéricas de cada título. Se instará a cada equipo que trabaje con la Comisión de Calidad de la Titulación correspondiente (Mayo 2014 - Julio 2014).
4. Recopilar y diseñar las actividades/tareas más efectivas para la formación de las competencias transversales. Se intentará definir actividades/tareas que promuevan aprendizaje significativo y que sean transversales a todas las titulaciones. Los participantes del proyecto se distribuirán por equipos. Cada equipo trabajará en un conjunto de competencias transversales. (Abril 2014 - Julio 2014).
5. Por competencia, establecer los criterios y herramientas para evaluar la competencia. La evaluación se puede realizar diferentes formas: test psicométricos, resolución de ejercicios específicos, rúbricas, etc. (Abril 2014 - Julio 2014).

En el curso 2012/2013 se graduaron los estudiantes de la primera promoción de los nuevos títulos de Grado del Centro Universitario de Mérida, a excepción del Grado en Ingeniería Informática en Tecnologías de la Información que lo hicieron en el curso 2013/2014. Estos títulos se centran en proporcionar una base consistente de competencias, tanto profesionales/específicas como transversales/genéricas, al estudiante.

Cada uno de estos títulos de Grado se ha creado a partir de un perfil académico-profesional que explicita las competencias específicas y genéricas que se desea formen parte de la persona/profesional que salga de la universidad. Estas competencias deben distribuirse en los cursos que configuran la titulación, articulando un mapa coherente de competencias [3].

### 3. Resultados

Efectivamente, cada titulación dispone de un mapa de competencias pero, en nuestra opinión, deficiente por varios motivos:

1. Mapas competenciales excesivamente densos. Observemos la tabla 1, en concreto, la última columna que expresa la relación porcentual entre el número medio de competencias genéricas por asignatura y el total de éstas en cada título de grado impartido en el CUM.

**(\*) La última columna que expresa la relación porcentual entre el número medio de competencias genéricas por asignatura y el total de éstas en el título.**

Titulación de Grado	Número total de competencias genéricas (Según verifica)	Número medio de competencias por asignatura	% (*)
Enfermería	30	18,34	61,13%
Ingeniería en Diseño Industrial y Desarrollo de Producto	15	9,25	61,66%
Ingeniería Informática en Tecnologías de la Información	13	7,34	56,47%
Ingeniería en Geomática y Topografía	15	10,89	72,63%
Ingeniería Telemática	16	6,63	41,46%

**Tabla 1: elaboración propia.**

A la vista de lo anterior, se ha constatado que las asignaturas trabajan demasiadas competencias. Según Pérez et al. [4] es difícil que una asignatura puede trabajar con suficiente profundidad más de una o dos de dichas competencias. En nuestros títulos de grado, la generalidad es que una asignatura indique que va a incidir sobre más de seis.

2. En las memorias de verificación de los títulos y en los planes docentes de las asignaturas no se ha obligado a detallar como se van a desarrollar y evaluar las competencias genéricas.

3. Falta de coordinación entre las asignaturas que van a trabajar una misma competencia en la misma titulación.

4. Desconocimiento por parte del profesorado de como incardinar el desarrollo de competencias genéricas en la práctica académica actual.

Según esto, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿debe graduarse un estudiante que haya conseguido asimilar de forma satisfactoria las competencias específicas de la titulación pero del que no se tenga evidencias del grado de formación adquirida en algunas competencias como liderazgo, creatividad, capacidad de negociación, etc. suponiendo que forman parte del perfil académico-profesional de la titulación?

La Universidad de Extremadura, ante la falta de criterios y estrategias de formación /evaluación en estas competencias por parte de Facultades y Centros, ha establecido su propio mecanismo.

El Servicio de Orientación y Formación Docente ha puesto en marcha el “Plan de Formación en Competencias Transversales para Alumnos de Planes de Acción Tutorial de la UEX 2013 - 2014” [5]. Es un programa formativo donde se trabajan las siguientes competencias transversales:

1. Reunir e interpretar datos relevantes para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas de carácter social, científico o ético.
2. Transmitir información, ideas, problemas y soluciones tanto a un público especializado como no especializado.
3. Planificar y organizar el trabajo personal, así como saber trabajar en equipo.
4. Prepararse para el aprendizaje autónomo de nuevos conocimientos, métodos y técnicas; y para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.
5. Dominar las Tecnologías de la Información
6. Leer y comprender textos académicos complejos.
7. Sentido de la iniciativa y espíritu de empresa

El Plan Formativo tiene una duración de 24 horas más 10 horas de tutoría personalizada (a demanda del estudiante o del tutor del Plan de Acción Tutorial) lo que consideramos insuficiente. El plan formativo mencionado puede resultar interesante como complemento para que los estudiantes de último curso, de cara a su inserción en el mercado laboral, ya que pudieran reforzar aquellas competencias donde demostraran carencias.

En nuestra opinión, el desarrollo de las competencias transversales debería realizarse a lo largo del Grado y en las asignaturas que forman el título. Es obligación del profesorado porque así aparece en el plan de estudios, compartida con los centros educativos quienes deben cuidar cómo articularlas, diseñando la planificación y dando soporte a los docentes y estudiantes para la práctica en el aula.

Resultará primordial partir del planteamiento de que las competencias no solo hay que desarrollarlas sino también evaluarlas. La evaluación se podrá llevar a cabo de diferentes formas: test psicométricos, resolución de problemas específicos, portfolios, rúbricas,...

Recientemente, la ANECA ha comenzado el proceso de certificación de los títulos de grado y postgrado. Esto implica que debe existir, entre otras cosas, un modelo implantado que contemple la formación, el desarrollo y la evaluación de aquellas competencias genéricas que en la memoria del título se han explicitado.

Por ser labor de todos pero de nadie específicamente, tienen el grave peligro de quedarse en una declaración de intenciones, sin traslación real a la práctica del aula y, lo que es más grave, sin incidir en el aprendizaje por parte del alumnado.

A través de este proyecto de innovación docente hemos pretendido definir un modelo para el desarrollo (formación, desarrollo y evaluación) eficaz de las competencias genéricas en las titulaciones de Grado del CUM. Si bien en este texto, atendiendo al foro en el que nos encontramos, tan solo nos centraremos en las del título de enfermería.

- Se optó por definir cada competencia genérica en términos de dimensiones, de forma que cada una de las dimensiones se define en términos de objetivos a tres niveles, y son los objetivos de un determinado nivel de cada dimensión lo que se encarga a las asignaturas. De esta forma, una misma asignatura puede trabajar distintas dimensiones de una competencia genérica, cada una de ellas a un nivel diferente.

- Filtrado de competencias. Una vez examinado el catálogo de competencias genéricas por cada una de las titulaciones, se localizaron aquellas que eran comunes para todas o algunas de las distintas titulaciones, atendiendo a su presencia serian tomadas como principales o no, al respecto de enfermería ,se concluyó que:

- o El Grado de Enfermería incorpora 30 competencias transversales.

- o Tres no se considerarían como tales: CT2 -Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica, CT4 -Conocimientos generales básicos del área de estudio, CT5 -Conocimientos básicos de la profesión.

- o Cuatro son competencias más propias de titulaciones de Máster (según Sanz de Acedo (2010)): CT20 -Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar, CT23 -Habilidad para trabajar en un contexto internacional, CT26 -Diseño y gestión de proyectos, CT9 -Habilidades de investigación.

➤ Catálogo de competencias comunes en los 5 grados:

- o Pensamiento Crítico

- o Pensamiento Analítico (Análisis y Síntesis)

- o Planificación (y organización)

- o Gestión del tiempo

- o Comunicación verbal

- o Comunicación escrita

- o Comunicación en Lengua Inglesa

- o Comunicación interpersonal

- o Toma de decisiones

- o Resolución de problemas

- o Trabajo en equipo

- o Diversidad e interculturalidad



- Sentido ético (Compromiso con la identidad, desarrollo y ética profesional)
- Orientación a la calidad.
- Catálogo de competencias comunes a 4 grados
  - Orientación al aprendizaje (Informática) : Apertura hacia el aprendizaje a lo largo de toda la vida
  - Gestión del conocimiento y competencias informacionales (Diseño)
  - Adaptación al entorno (Topografía): Adaptación a situaciones nuevas
  - Creatividad (Topografía)
- Catálogo de competencias comunes a 3 grados
  - Liderazgo (Diseño y Topografía)
  - Iniciativa y espíritu emprendedor (Informática y Telemática)
  - Uso de TICs (Informática y Telemática)
- Otras competencias
  - Automotivación (Enfermería)
  - Tratamiento de conflictos y negociación (Telemática)
  - Innovación (Diseño)
  - Orientación al logro (Telemática)
  - Sensibilidad hacia temas medioambientales (Diseño + Topografía).

**Tabla 2: Organización de las competencias genéricas del centro universitario de Mérida por áreas.**

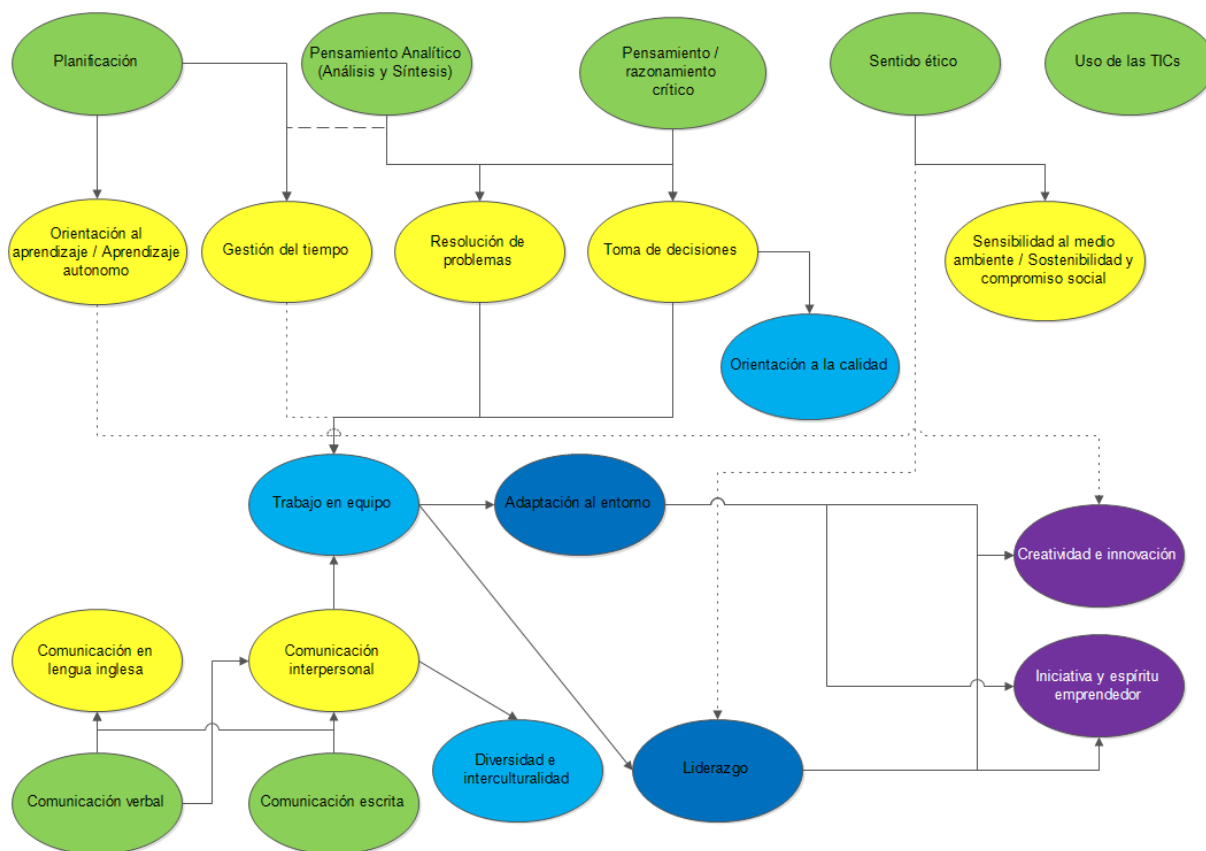
INSTRUMENTALES	COGNITIVAS	PENSAMIENTO ANALÍTICO
		PENSAMIENTO CRÍTICO
	METODOLÓGICAS	GESTIÓN DEL TIEMPO
		RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS
		TOMA DE DECISIONES
		ORIENTACIÓN AL APRENDIZAJE
		PLANIFICACIÓN
	TECNOLÓGICAS	USO DE LAS TIC
	LINGÜÍSTICAS	COMUNICACIÓN VERBAL
		COMUNICACIÓN ESCRITA
COMUNICACIÓN EN LENGUA EXTRANJERA		
INTERPERSONALES	INDIVIDUALES	DIVERSIDAD E INTERCULTURALIDAD
		RESISTENCIA Y ADAPTACIÓN AL ENTORNO
		SENTIDO ÉTICO
	SOCIALES	COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

		TRABAJO EN EQUIPO
SISTÉMICAS	ORGANIZACIÓN	ORIENTACIÓN A LA CALIDAD
		RESPECTO HACIA EL MEDIO AMBIENTE
	CAPACIDAD EMPRENDEDORA	CREATIVIDAD E INNOVACIÓN
		INICIATIVA Y ESPÍRITU EMPRENDEDOR
LIDERAZGO	LIDERAZGO	

**Elaboración propia.**

También se pudieron determinar las dependencias de unas competencias frente a otras, creando una jerarquía de cinco niveles, de tal manera que la planificación que se realizase no pudiese incluir la formación de una competencia de un nivel superior sin previamente haberse formado en la de los niveles inferiores. De esta forma se crea un itinerario recomendado en la adquisición de las sucesivas competencias genéricas, atendiendo a su dificultad y a esa jerarquía determinada por los cinco niveles, así las de mayor dificultad y niveles superiores se basan en las previas de menor dificultad y niveles inferiores, y que por tanto deberán adquirirse previamente. Aun teniendo en cuenta lo dicho, el itinerario admite cierta flexibilidad, como puede apreciarse en la siguiente figura 1.

**Figura 1: Organización de las competencias genéricas del centro universitario de Mérida atendiendo a sus interdependencias.**



**Elaboración propia.**

Atendiendo a esa jerarquía, se realizó la planificación que se puede observar en la siguiente tabla 3 para el título de grado en enfermería. Debe apreciarse como algunas competencias se trabajan en distintos momentos del desarrollo de la formación del grado, trabajando en cada uno de esos momentos niveles de dominio (Md) distintos, en primer lugar lo más general y fácil para más adelante en su formación trabajar niveles de dominio más especializados y complejos.

También conviene llamar la atención sobre el particular de que durante algunos de estos semestres los alumnos se encontraran realizando sus *practicum*, lo que debe ser considerado a la hora de realizar la panificación global de adquisición de las competencias genéricas.

**Tabla 3: Organización de las competencias genéricas del grado de enfermería por semestres.**

Curso	Semestre	Competencias abordadas			
1°	1	Comunicación escrita (1)	Sentido ético (1)	Gestión del tiempo	Uso de las TICs
	2	Diversidad e interculturalidad	Comunicación en lengua inglesa	Comunicación verbal	Orientación al aprendizaje
2°	3	Sensibilidad ante temas medioambientales	Resolución de problemas (1)	Adaptación al entorno (1)	Pensamiento crítico (1)
	4	Trabajo en equipo	Iniciativa y espíritu emprendedor	Orientación a la calidad (1)	Pensamiento analítico (1)
3°	5	Trabajo en equipo (2)	Resolución de problemas (2) grupos	Comunicación verbal (2)	Pensamiento crítico (2)
	6	Organización y planificación	Creatividad e innovación	Toma de decisiones	Comunicación interpersonal
4°	7	Comunicación escrita (2)	Comunicación en lengua inglesa (2)	Adaptación al entorno (2)	Pensamiento analítico (2)
	8	Organización y planificación (2)	Sentido ético (2)	Orientación a la calidad (2)	Liderazgo

**Elaboración propia.**

Como en estas líneas sería imposible el desarrollo en las 21 competencias genéricas principales acordadas en lo que se refiere a los niveles de dominio (Nd) entrenados, sus indicadores del nivel desarrollado, la denominación de las actividades, objetivos, tiempo de trabajo del profesor y del estudiante (presencial y no presencial), recursos, así como su evaluación; por esto, hemos optado por presentar seguidamente tan solo una de las fichas de actividad, en particular y a modo de ejemplo se presenta la de competencia de pensamiento crítico, que se desarrolla con tres niveles de dominio diferenciados, a fin de que sirva de modelo para abordar trabajos similares en otros Centros.

**Ficha de actividad de Pensamiento Crítico**

- **Competencia principal y otras competencias desarrolladas**
  - PENSAMIENTO CRÍTICO, además comunicación verbal y escrita, pensamiento analítico, resolución de problemas trabajo en equipo.
- **Nivel de dominio entrenado de la competencia principal**

○ Nd1: Hacerse preguntas sobre la realidad que le rodea a uno y participar activamente en los debates en torno a la misma, analizando los juicios que se formulan y reflexionando sobre las consecuencias de las decisiones propias y ajenas.

- **Indicadores del nivel de la competencia desarrollado**

- Juicios propios
- Análisis de juicios
- Criterios de juicios
- Implicaciones prácticas
- Responsabilidad

- **Denominación de las actividades, objetivos, tiempo de trabajo del profesor y del estudiante (presencial y no presencial), recursos (documentación / material necesario / requisitos tecnológicos / tipo de aula / núm. estudiantes, etc.)**

**Actividad 1. Lectura Crítica:** La enseñanza del pensamiento crítico a través de la escritura (u otro medio emisor) tiene como propósito final formar un lector (receptor independientemente del medio) crítico, es decir, alguien que no acepta las cosas de buenas a primeras sólo porque están escritas (emitidas, difundidas) formalmente; a la vez, un lector (oyente, receptor) crítico considera los temas desde diversas perspectivas, ojalá en una mirada interdisciplinaria; un lector crítico está de acuerdo y en desacuerdo a la vez con un texto, hasta que finalmente se encuentra en condiciones de adoptar una postura al respecto.

Un buen lector no es quien solamente puede descifrar un texto y aprender lo que dice en su superficie sino que además puede captar los fundamentos de la comunicación, sus propósitos inconfesos, los pros y contras que tendría para aceptar sus términos.

La importancia de la lectura crítica radica en que es importante en la vida cotidiana, en la que se vota por candidatos políticos, se comparan opiniones de médicos acerca de la propia salud, o se firma una hipoteca. A la vez, la lectura crítica permite construir una voz propia para discutir diversos temas. Con ello, los sujetos pueden convertirse en pensadores más independientes.

Leer críticamente se asocia fuertemente con la capacidad de escribir con claridad. En el caso de un profesor o un estudiante, la calidad de sus productos se asociará no solamente a cuánto han leído sino que a cómo y con qué enfoque lo han hecho.

La competencia de lectura crítica en cuanto propósito educacional implica la habilidad de evaluar ideas tanto teórica como social y políticamente. Para ello, el sujeto debe ser capaz de analizar, evaluar y sintetizar lo que lee. Son la habilidad para ver relaciones entre las ideas y utilizarlas como una ayuda en la lectura.

Para llegar a leer críticamente, los estudiantes y cualquier ciudadano debe tener presente que los textos, en particular los mediáticos, abundan en opiniones y prejuicios, lo que hace difícil cualquier proceso de lectura crítica, debiendo estar atentos y en guardia. (Tiempo estimado entre 60 y 90 minutos).

Entre las principales destrezas, se consideran:

- Aprender a decir Sí, No o Quizás a las ideas, por sí mismo.
- Estar abierto a la reevaluación de las creencias y valores personales actuales.
- No pasar por alto lo que no se entiende; leer entre líneas; leer cada palabra individualmente y luego colectivamente. ¿Por qué el autor eligió esas palabras para su planteamiento? ¿Qué significa que el autor parezca tener un cierto punto de vista?
- Analizar muchas veces. ¿Tiene importancia que el autor sea hombre o mujer? ¿Su edad afectará su perspectiva? ¿Su definición sexual? ¿Su origen nacional o étnico?
- Tomar notas en los márgenes.
- Resumir los puntos principales.
- Releer rápidamente para asegurarse que se ha comprendido.
- ¿Qué preguntas suscita esta lectura? ¿Qué respuestas a las preguntas personales aporta?

**Actividad 2. Estudio de casos:** Los casos pueden describirse como ejemplos complejos en los que el estudiante dispone de una visión de un problema en contexto, ilustrando de esta manera su real magnitud. Los estudios de casos son actividades centradas en el estudiante, estructurados en torno a tópicos que ponen en juego conceptos teóricos en su contexto de aplicación.

Entre las principales razones que hacen preferible un estudio de casos se encuentran:

- Permiten la aplicación de conceptos teóricos, estableciendo una interfase entre la teoría y la práctica, contribuyendo a cerrar una brecha que suele estar abierta en la enseñanza universitaria.
- Proporciona al estudiante la oportunidad de obtener una visión de la complejidad de las situaciones reales, viendo en la práctica como intervienen e interactúan diversas variables, actores, procesos.
- Estimula el aprendizaje activo de los sujetos, involucrándolos en la resolución de problemas concretos de la profesión.
- Proporciona oportunidades únicas para el desarrollo de competencias fundamentales en el ejercicio de la profesión, entre las cuales se encuentran las competencias comunicacionales, de trabajo colaborativo, de enfrentamiento de problemas múltiples, de argumentación y consenso.

Los casos suelen ser historias reales acerca de problemas que enfrentan personas u organizaciones. Los estudiantes deben pensar y reflexionar acerca de qué ha fallado y cómo arreglarlo. Por su parte, los casos son seleccionados porque ilustran principios generales y buenas prácticas; por ello, las respuestas correctas y los hechos tienen una alta prioridad.

El desarrollo de un caso requiere decisiones como los temas o tópicos sobre los que se centrará, el tipo de análisis requerido para que los estudiantes enfrenten dichos temas, los datos requeridos por el caso para realizar apropiadamente el análisis, lugar donde pueden obtenerse los datos, etc. Habitualmente, deben incluir aspectos como

- Iniciarse con el planteamiento de un problema que atraiga la atención del lector.
- Centrarse sobre aspectos que sean relevante a las preocupaciones del lector y a la vez se refieran a aspectos próximos (personales o del entorno más próximo) que el propio lector pueda considerar de forma real participar en su transformación.
- Tener una organización bastante evidente, expresada en títulos específicos e informativos.
- Enfatizar los aspectos relacionados con enseñanza y aprendizaje, así como con el medio ambiente circundante.
- Sostenerse por sí solos, sin requerir información adicional para comprender la tarea puesta por el problema
- Demandar de los estudiantes una cierta organización para resolver el caso, ya sea ejerciendo roles o bien llevando a cabo tareas específicas. (Tiempo estimado entre 60 y 90 minutos).
- Procedimientos e Instrumentos de evaluación ¿Qué, cómo y con qué se va a evaluar?, ver rúbrica que sigue, tabla 4:

Tabla 4: Adaptación de la propuesta de Villa y Poblete. Aprendizaje basado en competencias. ICE, Universidad de Deusto. Bilbao, 2007. [6].

Nivel de dominio primero	Indicadores	Descriptorios				
		5	4	3	2	1
		Excelente (9-10)	Destacado (7-8)	Adecuado (6)	Básico (5)	Inadecuado (0-4)
Hacerse preguntas sobre la realidad que le rodea a uno y participar activamente en los debates en torno a la misma, analizando los juicios que se formulan y reflexionando sobre las consecuencias de las decisiones propias y ajenas.	Muestra una actitud crítica ante la realidad.	Formula juicios y valoraciones propios a partir de su reflexión sobre la realidad.	Hace preguntas e indaga la realidad, reflexionando sobre la misma.	Muestra actitud crítica ante la realidad en la que está inmerso.	Cuestiona ciertas situaciones de la realidad en la que vive.	Nunca se cuestiona la situación o la realidad en la que vive.
	Diferencia hechos de opiniones, interpretaciones, valoraciones, etc., en las argumentaciones de otros.	Analiza acertadamente juicios o decisiones basadas en opiniones, valoraciones, etc.	Diferencia entre hechos objetivos y opiniones o valoraciones.	Cuestiona juicios o decisiones basadas en opiniones, valoraciones, etc.	Acepta sin cuestionarse juicios o decisiones basadas en opiniones, valoraciones, etc., como si fueran hechos objetivos	Asume como propios juicios o decisiones basadas en opiniones, valoraciones, etc., como si fueran hechos objetivos.
	Participa activamente en los debates.	Es punto de referencia constructivo para los demás en los debates.	Participa constructivamente en los debates y contribuye a la construcción de una reflexión rica y compartida.	Participa activamente en los debates.	Le cuesta participar en situaciones de debate.	Se mantiene pasivo en los debates.
	Hace una previsión de las implicaciones prácticas de las decisiones y propuestas.	Valora adecuadamente los pros y contras de las decisiones y propuestas	Analiza pros y contras de los efectos de las decisiones y propuestas.	Prevé las implicaciones prácticas de las decisiones y propuestas.	Prescinde de las implicaciones prácticas de las decisiones y propuestas.	Desconoce los efectos de las decisiones y propuestas.
	Reflexiona sobre las consecuencias y efectos que sus decisiones tienen sobre los demás.	Pide, valora y tiene en cuenta el feedback de los otros en relación a su conducta.	Reconoce y asume sus propios errores.	Reflexiona sobre las consecuencias y efectos que sus decisiones tienen en los demás.	Se limita a asumir las observaciones y críticas de los demás en relación con su conducta.	No piensa sobre las consecuencias de sus acciones.



- **Competencia principal y otras competencias desarrolladas**
  - PENSAMIENTO CRÍTICO, además comunicación verbal y escrita, pensamiento analítico, resolución de problemas trabajo en equipo.
- **Nivel de dominio entrenado de la competencia principal**
  - Nd2: Analizar la coherencia de los juicios propios y ajenos, y valorar las implicaciones personales y sociales de los mismos.
- **Indicadores del nivel de la competencia desarrollado**
  - Juicios propios
  - Análisis de juicios
  - Criterios de juicios
  - Implicaciones prácticas
  - Responsabilidad
- **Denominación de las actividades, objetivos, tiempo de trabajo del profesor y del estudiante (presencial y no presencial), recursos (documentación / material necesario / requisitos tecnológicos / tipo de aula / núm. estudiantes, etc.)**

**Actividad 1. Simulaciones:** Reproducción dinámica aunque simplificada o reducida, de una situación o situaciones, que reproducen un sistema o proceso (existente o hipotético), frente a las cuales deberá adoptar decisiones fundadas y profesionales, de manera tal que satisfagan las demandas de los referentes principales (clientes, pacientes, estudiantes, público).

Hay dos usos principales de la simulación: como recursos de enseñanza y como recurso evaluativo formal. La simulación permite estimar el desarrollo del estudiante en aspectos como capacidad de búsqueda e interpretación de datos, identificación de problemas, juicio sobre conducta a seguir, conocimientos prácticos, habilidades profesionales.

Entre los referentes teóricos de la técnica de la simulación como estrategia didáctica se encuentran:

- El conocimiento se transforma, lo que sucede a través de la actividad intelectual del aprendiz, experimentando soluciones a partir de los conocimientos previos y la nueva información.
- Aprender es un acto social, el cual se produce en el flujo de los consensos progresivos en una comunidad discursiva; la adquisición de nuevos conocimientos es resultado de la interacción de gente que participa en una tarea compartida; según lo cual el conocimiento se produce en la relación activa entre un sujeto y su entorno, con diferentes tipos de relaciones entre ellos.

Las simulaciones dan cuenta de todos estos referentes teóricos a través de su estructura, dinámica y resultados.

En esta técnica, el rol mediador del profesor es claro en dos sentidos al menos. Primero, es mediador en cuanto define la simulación, sus componentes, variables, y las circunstancias específicas de aplicación. El segundo sentido se refiere al papel del docente propiamente, como animador, orientador, potenciador. (Tiempo estimado entre 60 y 90 minutos).

**Actividad 2. El aprendizaje basado en problemas:** El aprendizaje basado en problemas (PBL, Problem Based Learning) es descrito como una estrategia que se centra en el razonamiento crítico para lograr un alto grado de compromiso del estudiante con el aprendizaje.

Este modelo se define como un proceso multinivel que genera, evalúa, desarrolla, refina e implanta soluciones a oportunidades y problemas. El modelo se desarrolla en cinco etapas, aunque frecuentemente se le agrega una sexta al inicio, llamada “messfinding”, hallar/buscar en la mescolanza, que implica localizar el problema o desafío al cual aplicarlo. Las seis etapas son (según Davis, 1998):

- 1 Formular el objetivo a partir del caos inicial (Messfinding)
- 2 Encontrar los hechos
- 3 Encontrar el problema
- 4 Encontrar la idea
- 5 Encontrar la solución (Evaluación de la idea)
- 6 Hallar la aceptación (Implementación de la idea).

El énfasis en la creatividad fortalece la mirada sobre el carácter más divergente que convergente que requiere esta metodología en la didáctica. Esto plantea demandas importantes al docente, no sólo por efectos de la conducción del proceso sino referidos a la evaluación y orientación del mismo desde el propio inicio de su concepción como tal hasta el juicio final sobre la calidad del trabajo realizado. (Tiempo estimado entre 60 y 90 minutos).

- **Procedimientos e Instrumentos de evaluación ¿Qué, cómo y con qué se va a evaluar?, ver rúbrica que sigue, tabla 5:**

Nivel de dominio segundo	Indicadores	Descriptorios				
		5	4	3	2	1
		Excelente (9-10)	Destacado (7-8)	Adecuado (6)	Básico (5)	Inadecuado (0-4)
Analizar la coherencia de los juicios propios y ajenos, y valorar las implicaciones personales y sociales de los mismos.	Formula juicios y valoraciones propias	Define con convicción sus valoraciones y juicios	Fundamente de forma adecuada sus juicios y valoraciones.	Formula sus propios juicios y valoraciones.	Se deja influir al emitir sus propios juicios y valoraciones.	Incapaz de emitir juicios y valoraciones propias.
	Considera los juicios de otros.	Incorpora en sus razonamientos y juicios ideas de otros.	Analiza de forma adecuada puntos fuertes y débiles de las opiniones ajenas.	Considera los juicios de otras personas.	Adepta sin cuestionarse los juicios de otros.	Desinterés por los juicios u opiniones ajenas.
	Emite juicios en función de criterios internos (consistencia interna, coherencia, congruencia, fiabilidad, etc.)	Analiza la coherencia de una argumentación en relación con un modelo o patrón de referencia.	Crítica con acierto la congruencia y consistencia de las argumentaciones.	Suele introducir en sus juicios criterios de coherencia interna o congruencia.	A veces introduce criterios de consistencia interna y coherencia en sus opiniones.	Juzga de forma arbitraria las opiniones de otros.
	Valora las implicaciones prácticas de las decisiones y propuestas.	Mejora notablemente la propuesta / decisión tras la valoración realizada.	Reconsidera las propuestas y decisiones en función de la reflexión y valoración de sus implicaciones.	Valora las implicaciones que pueden tener las decisiones y propuestas.	Considera las implicaciones prácticas pero sin valorarlas adecuadamente.	Prescinde de las implicaciones prácticas.
	Ante un problema o propuesta identifica las implicaciones en cuanto a derechos de las personas (dignidad, autoestima, etc.)	Defiende los derechos de las personas y grupos frente a posiciones e intereses particulares.	Toma posición en situaciones donde están implicados los derechos de otros.	Suele identificar la relación entre ciertas situaciones y los derechos de las personas.	En ocasiones expresa su desacuerdo ante situaciones que no respetan los derechos los derechos de los demás.	Solo valora las situaciones para sus propios intereses.

Tabla 5: Adaptación de la propuesta de Villa y Poblete. Aprendizaje basado en competencias. ICE, Universidad de Deusto. Bilbao, 2007. [6].

- **Competencia principal y otras competencias desarrolladas**
  - PENSAMIENTO CRÍTICO, además comunicación verbal y escrita, pensamiento analítico, resolución de problemas trabajo en equipo.
- **Nivel de dominio entrenado de la competencia principal**
  - Nd3: Argumentar la pertinencia de los juicios que se emiten y analizar la coherencia de la propia conducta, apoyándolos en los principios y valores que los sostienen.
- **Indicadores del nivel de la competencia desarrollado**
  - Juicios propios
  - Análisis de juicios
  - Criterios de juicios
  - Implicaciones prácticas
  - Responsabilidad
- **Denominación de las actividades, objetivos, tiempo de trabajo del profesor y del estudiante (presencial y no presencial), recursos (documentación / material necesario / requisitos tecnológicos / tipo de aula / núm. estudiantes, etc.)**

**Actividad 1. Mayéutica socrática:** El rol del docente en el método socrático es de mediador cultural, que pone la duda en el sujeto que aprende, ayudándolo a enfocar de diversas maneras el objeto de estudio, sacando a la luz también los propios sentimiento y las propias preconcepciones. Al hacerse consciente el sujeto de lo que piensa, hace, siente, y dice, está en mejores condiciones de sostener sus opiniones y creencias.

El método socrático se estructura sobre la base de preguntas. Se distingue entre las preguntas “*de prueba*” en las cuales el profesor ya conoce la respuesta y sólo desea saber si los estudiantes la conocen como él, y las “*preguntas auténticas*” que son más interesantes y desafiantes porque también quien las hace está personalmente perplejo y busca información. Las preguntas auténticas corresponden a la herencia intelectual de Sócrates quien acostumbraba interrogar sistemáticamente a otra persona con el propósito fundamental de lograr definir ideas, en su permanente búsqueda de la verdad y el conocimiento. En este sentido, el método socrático estimula a desarrollar preguntas abiertas, auténticas, no orientadas a verificar si un sujeto sabe o no, que tenga más de una respuesta plausible.

El modelo general de interrogación socrática comprende cuatro componentes:

- Los conocimientos previos y la construcción de posibles respuestas.
- Buscar evidencia o argumentación que sustente cada una de las posiciones.
- Consideración comparativa de las evidencias y argumentos.

- Análisis de las implicancias y consecuencias de cada una de las posiciones.

La utilización del método socrático no es algo que pueda improvisarse. Requiere cierto entrenamiento de parte del profesor, así como disponer cuidadosamente del material sobre el que se trabajará. (Tiempo estimado entre 60 y 90 minutos).

**Actividad 2. Club de debate:** La dinámica es bien conocida por todos al formar parte de las actividades que nuestra Universidad tiene articuladas a modo de concurso entre los distintos centros y facultades para sus alumnos. A modo de recordatorio breve, consiste en realizar dos grupos de 5 o 6 personas que debatirán sobre un tema controvertido que deben preparar de antemano, sin conocer si su posicionamiento será a favor o bien en contra (este posicionamiento se sorteara momentos antes de comenzar), los grupos intervienen alternativamente en intervalos de tiempo prefijados, argumentando cada grupo su postura y pudiendo intervenir posteriormente en turnos de réplica y dúplica. El público asistente (resto del alumnado) debe establecer el grupo vencedor. El profesor debe indicar que aspectos serán relevantes a la hora de evaluar y que serán coincidentes con los indicadores para este nivel de dominio. (Tiempo estimado entre 60 y 90 minutos).

- **Procedimientos e Instrumentos de evaluación ¿Qué, cómo y con qué se va a evaluar?, ver rúbrica que sigue, tabla 6:**

Nivel de dominio tercero	Indicadores	Descriptorios				
		5	4	3	2	1
		Excelente (9-10)	Destacado (7-8)	Adecuado (6)	Básico (5)	Inadecuado (0-4)
Argumentar la pertinencia de los juicios que se emiten y analizar la coherencia de la propia conducta, apoyándolos en los principios y valores que los sostienen.	<b>Fundamenta y argumenta los juicios que emite.</b>	Su capacidad de argumentación hace que otros se cuestionen sus ideas o creencias.	Fundamenta y argumenta los puntos fuertes y débiles de los juicios u opiniones que emite.	Justifica los juicios y valoraciones que emite.	Formula juicios que no es capaz de defender.	Carece de juicios, valoraciones u opiniones propias.
	<b>Identifica ideas, principios, modelos y valores subyacentes en los juicios críticos.</b>	Argumenta los juicios desde los modelos teóricos y los valores que los fundamentan.	Relaciona las afirmaciones y juicios con los valores que las sostienen.	Identifica los principios o ideas que sustentan un juicio.	Asocia con poco rigor ciertas afirmaciones con determinadas posiciones.	Prescinde de lo que fundamenta una afirmación.
	<b>Emite juicios en función de criterios externos (utilidad, viabilidad, validez, etc.)</b>	Analiza con los criterios apropiados la pertinencia y relevancia de argumentaciones y propuestas.	Selecciona con acierto el criterio externo a utilizar a la hora de argumentar un juicio.	Valora los planteamientos en función de algún criterio externo.	En ocasiones se apoya en criterios externos para emitir sus juicios.	Prescinde de criterios externos al formular sus juicios.
	<b>Actúan con coherencia y responsabilidad en sus decisiones y conductas.</b>	En su conducta busca la coherencia con los valores que declara.	Analiza la coherencia entre sus creencias y sus acciones.	Asume la responsabilidad de sus acciones y conductas.	Analiza a posteriori las consecuencias de sus acciones.	Evita reflexionar sobre su conducta.

Tabla 6: Adaptación de la propuesta de Villa y Poblete. Aprendizaje basado en competencias. ICE, Universidad de Deusto. Bilbao, 2007. [6].

## 4. Conclusiones.

El tránsito del aprendizaje por objetivos del profesor al aprendizaje de competencias por el estudiante aún no se ha culminado. Precisa “un periodo de acomodación, de superación de inercias ancestrales, de individualismo, de formación docente para el trabajo en equipo y con estrategias creativas y de concienciación” [7]. Debe incluir la formación en competencias y destrezas para que se produzca un acercamiento real entre universidad y empresa [8].

La incorporación de las competencias genéricas al perfil académico-profesional de un título de grado representa un desafío y, al mismo tiempo, una oportunidad para repensar el objetivo de la educación, pasando de ser la acumulación exclusiva de conocimientos académicos a una combinación de estos con el desarrollo de una serie de competencias relevantes que se necesitan para poder integrarse en el mercado laboral [9].

La situación actual respecto a la formación de competencias en los títulos de grado del CUM es sin duda mejorable. El Centro Universitario tiene una amplia experiencia en desarrollar y evaluar las competencias específicas, pero las competencias genéricas suponen un nuevo reto que es preciso abordar ya. Los mapas competenciales actuales son muy densos, es decir, todas las asignaturas trabajan un número muy elevado de competencias transversales. Además no se han establecido niveles de competencia ni se ha dado la coordinación necesaria entre el profesorado para asignar cada uno de estos niveles a las distintas asignaturas. Por último, no se han explicitado en los planes docentes de las asignaturas las actividades/tareas en las que se trabajarán las competencias transversales asumidas. En definitiva, no hay estrategia definida ni en el Centro, ni en los departamentos, ni de un grupo de profesores para el desarrollo eficaz de las competencias transversales en las titulaciones de Grado impartidas en el CUM.

La finalidad de este proyecto de innovación docente fue definir una estrategia para el desarrollo de las competencias transversales válida para todas las titulaciones de Grado del CUM. Esta estrategia se concretará en el establecimiento de los niveles de competencia para cada una de las competencias genéricas y a su asignación a las asignaturas del título para obtener así un nuevo mapa competencial. Cada asignatura tendrá la responsabilidad de trabajar un número limitado de competencias y, cada una de ellas, a un determinado nivel de dominio (Nd). Para lograrlo debemos plantear actividades/tareas que posibilite entrenarlas y también establecer criterios y herramientas de evaluación para determinar el grado de aprendizaje significativo de las mencionadas competencias. También de forma implícita el presente proyecto posibilitará el aumento de la empleabilidad de nuestros estudiantes gracias al fomento de unas competencias que les harán mucho más atractivos

para una empresa que el hecho de tener un título universitario. Cabe recordar aquí el sorprendente resultado de la investigación realizada a nivel mundial por el Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations [10]: el éxito profesional se debe en un 23% a las capacidades intelectuales y en un 77% a nuestras aptitudes emocionales.

## **Bibliografía.**

- 1 <http://www.slideshare.net/carlosmagro/education-toemployment-finalmckinsey> (6/9/2014).
- 2 <http://www.good.is/posts/four-ways-postsecondary-education-can-bridge-the-skills-gap> (5/9/2014) o [http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic\\_reports/145EN.pdf](http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/145EN.pdf) (14/9/2014).
- 3 Villa, A y Poblete, M. Evaluación de competencias genéricas: principios, oportunidades y limitaciones. Bordón. 2011; 63 (1), 147-170. ISSN: 0210-5934.
- 4 Pérez, JE, García, J, Sierra, A. Desarrollo y evaluación de competencias genéricas en los títulos de grado. Revista de Docencia Universitaria. 2013; 11 (Número Especial): 175-196. ISSN: 1887-4592.
- 5 [http://www.unex.es/organizacion/servicios/sofd/areas/oym/plan\\_alumnos\\_competencias1314.pdf](http://www.unex.es/organizacion/servicios/sofd/areas/oym/plan_alumnos_competencias1314.pdf) (2/9/2014).
- 6 Villa A, Poblete M. Aprendizaje basado en competencias. ICE, Universidad de Deusto. Bilbao: ed. Mensajero; 2007.
- 7 De la Torre S. “Estrategias creativas en el aula universitaria” Revista Digital Universitaria 10 (12), 2009.
- 8 Del Val C. La integración del alumno al mundo laboral. El paradigma de la Inteligencia Emocional en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Estudios sobre el Mensaje Periodístico. 2013; 19 (Especial Marzo): 129-138.
- 9 Garagorri X. Currículo basado en competencias. Aproximación en estado de la cuestión. Aula de innovación educativa. 2007; 161.
- 10 Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations. The Business Case for Emotional Intelligence, 2009.



# Participación de la Facultad de Enfermería de Valladolid en el Programa ACP-UE. Cooperación en la educación superior (EDULINK II) Fortalecimiento de programas agroforestales en la educación superior para la seguridad alimentaria en África subsahariana-SAPHE

Cao Torija, MJ; Castro Alija MJ, Jiménez Pérez JM;

*Universidad: Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid*

*Correo electrónico: [mjcao@enf.uva.es](mailto:mjcao@enf.uva.es)*

## **Resumen**

La situación en el Cuerno de África y en le Sahel muestra lo mucho que el deterioro de los alimentos y los cultivos, puede repercutir en la salud de la población.

SAPHE: propuesta para formación universitaria diseñada por la demanda en los programas de Universidades subsaharianas de acuerdo a prioridades establecidas por la Unión Europea y necesidades de los implicados respecto al control de la amenaza sobre la inseguridad alimentaria y ambiental.

La Facultad de Enfermería de Valladolid, a través de la implicación de sus profesores con el desarrollo de cursos de formación, contribuye al fortalecimiento de la capacidad técnica, análisis y desarrollo de sistemas de alerta y vigilancia respecto a situaciones que ponen en peligro la seguridad alimentaria, en este caso con el desarrollo de un curso que potencia el manejo de recursos naturales para el control y mejora de la sintomatología de las enfermedades infecciosas.

## **Palabras claves**

Formación universitaria; colaboración salud; seguridad alimentaria

## **Abstrac**

The situation in the Horn of Africa and in le Sahel shows just how far the deterioration of food and crops, can affect the health of the Poblacion.

SAPHE: proposal for university training designed by the demand in the programs of sub-Saharan universities according to priorities set by the European Union and needs of those involved as regards control of the threat on food and environmental insecurity.

The Faculty of nursing of Valladolid, through the involvement of their teachers with the development of training courses, contributes to the strengthening of the technical capacity, analysis and development of alert and surveillance systems with respect to situations which endanger food security, in this case with the development of a course that power the management of natural resources for the control and improvement of the symptoms of infectious diseases.

### **Keyword**

University education, health, food safety.

## **1. Objetivos:**

Implementar el fortalecimiento en programas agroforestales y de entrenamiento cruzado a través de la Educación para la seguridad alimentaria

## **2. Material y método**

Es un contrato dentro de la convocatoria competitiva ACP-EU Co-operation Programme in Higher Education (EDULINK II) financiado por EuropeAid (Unión Europea): Secretariado de la Organización de Países ACP (África, Caribe y Pacífico) por un importe de 476.418 €.

Se desarrolla a través de la formación de Working groups de las universidades participantes (Universidad de Valladolid como beneficiario y coordinador de la acción en colaboración con Hawassa University (Etiopía), Arba Minch University (Etiopía), Université de Maradi (Niger) y el Institut Polytechnique Rural de Formation et de Recherche Appliquée (Mali), además de diversos institutos de investigación) con el siguiente sistema de trabajo:

- Diagnóstico de situación, establecimiento de prioridades, edición de materiales docentes, formación de profesorado y actividades de extensión universitaria que alcancen a la población rural, en materias agroforestales y otras transversales como la salud.

Establecidas las líneas de actuación en reuniones de los grupos, se decide que la Facultad de Enfermería de Valladolid se encarga de la formación: RECURSOS AGROFORESTALES Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS, que se expone a continuación:

### Objetivo general

Promocionar salud, por medio de estrategias de mejora de las enfermedades infecciosas, a través de la optimización del uso de recursos agroforestales naturales

### Resultados de aprendizaje

Al finalizar el periodo educativo el alumno será capaz de:

1. Establecer el concepto de salud y sus determinantes
2. Evaluar el estado nutricional de la población a lo largo del ciclo vital
3. Determinar el concepto de alimentación saludable en consideración con los recursos de cada país
4. Considerar las relaciones que existen entre la salud nutricional y la respuesta ante enfermedades infecciosas
5. Considerar los principales recursos agroforestales en cada país
6. Conocer plantas con valor alimentario para mejorar la nutrición y la respuesta inmune
7. Reconocer y emplear plantas medicinales que contribuyen al tratamiento de infecciones y sus síntomas.

### Unidades didácticas:

- Unidad Didáctica 1:

Objetivos específicos:

Establecer el concepto de salud y sus determinantes

Contenidos

Tema 1: Concepto de salud y sus determinantes:

- a. Biológicos
- b. Socioeconómicos y ambientales
- c. Estilo de vida
- d. Sistema sanitario

Tema 2: El correcto estado nutricional como pilar de la salud

- Unidad Didáctica 2

Objetivos específicos:

Evaluar el estado nutricional de la población a lo largo del ciclo vital

Determinar el concepto de alimentación saludable en consideración con los recursos de cada país.

Considerar las relaciones que existen entre la salud nutricional y la respuesta ante enfermedades infecciosas.

Contenidos:

Tema 3: Evaluación del estado nutricional

- a. Lactante y primera infancia
- b. Infancia y adolescencia
- c. Edad adulta
- d. Gestación y lactación
- e. Menopausia y tercera edad.

Tema 4: Necesidades nutricionales en las distintas etapas de la vida

Tema 5: Concepto de alimentación saludable y riesgo de ingesta inadecuada

Tema 6: Adaptación de la alimentación y optimización de recursos.

Tema 7: Doble relación entre nutrición e infección; Estrategias de actuación

- Unidad Didáctica 3

Objetivos específicos:

Considerar los principales recursos agroforestales en cada país

Conocer plantas con valor alimentario para mejorar la nutrición y la respuesta inmune

Reconocer y emplear plantas medicinales que contribuyen al tratamiento de infecciones y sus síntomas

Contenidos:

Tema 8: Recursos agrícolas en cada país:

Tema 9: Uso de alimentos autóctonos de cultivo habitual.

Tema 10: Algunas plantas con valor alimentario para mejorar la nutrición y la respuesta inmune:

- a. Moringa oleifera
- b. Vitellaria paradoxa o Karité
- c. Eragrostis tef.....

Tema 11: Plantas medicinales que contribuyen al tratamiento de infecciones y/o sus síntomas:

- a. Aloe Vera
- b. Arnica
- c. Ocimum latifolium
- d. Plantago lanceolata
- e. Tomillo
- f. Eucalipto

### Metodología:

Exposiciones teóricas con apoyo audiovisual

Presentación de material de lectura para elaboración de conclusiones por parte de los estudiantes que se llevarán a plenaria del grupo. Discusión de los resultados.

Propuestas de búsquedas bibliográficas, documentales o de campo para completar la formación del estudiante y la información local

Talleres prácticos dirigidos de resolución de problemas y adquisición de habilidades

### Temporalización:

Unidad Didáctica 1 = 5 horas

Unidad Didáctica 2 = 12,5 horas

Unidad Didáctica 3 = 12,5 horas Total = 30 horas

### Evaluación:

1. Evaluación inicial con objeto de establecer el marco general en el que va a tener lugar la acción docente, es decir el punto de partida de los alumnos y las posibilidades y las potencialidades del entorno. Podría resumirse de la siguiente forma: conseguir saber lo que tenemos para actuar en consecuencia.
2. Evaluación formativa que se llevará a cabo en el transcurso del curso por las docentes durante el proceso de aprendizaje para modificar las estrategias de enseñanza y las actividades didácticas para mejorar los resultados.
3. Evaluación continua de estudiantes: Análisis de tareas y pruebas objetivas para discriminar niveles de aprendizaje y reforzar en caso de dilación en algún estudiante concreto.

### Bibliografía de apoyo en el desarrollo del curso

- Acción Social. (2006). Manual de Formulación para Proyectos de Cooperación Internacional. Imprenta Nacional de Colombia.
- Anyonge, C. H., Rugalema, G., Kayambazinthu, D., Siteo, A., & Barany, M. (2004). Leña, alimentos y medicinas: el papel de los bosques frente al VIH/SIDA en las zonas rurales de África austral.
- Asociación Abay. (Mayo de 2015). Clima y Geografía de Etiopía. Obtenido de <http://www.abayetiopia.org/conoce-etiofia/clima-y-geografia-de-etiofia>
- Buchot, E. (2009). Fauna y Flora en Mali. Obtenido de [http://www.voyagesphotosmanu.com/fauna\\_flora\\_mali.html](http://www.voyagesphotosmanu.com/fauna_flora_mali.html)

- Buchot, E. (2009). Fauna y Flora en Níger. Obtenido de [http://www.voyagesphotosmanu.com/fauna\\_flora\\_niger.html](http://www.voyagesphotosmanu.com/fauna_flora_niger.html)
- European medicines agency. (Mayo de 2015). Science medicines health. Obtenido de <http://www.ema.europa.eu/ema/>
- FAO. (2003). Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Obtenido de Aprender a vivir con VIH/SIDA. Manual sobre cuidados y apoyos nutricionales a los enfermos con VIH/SIDA: <http://www.fao.org/docrep/006/y4168s/y4168s00.htm>
- Medicos del Mundo. (2013). La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Prosalus.
- Mills, E., Cooper, C., Seely, D., & Kanfer, I. (2005). África hierbas medicinales en el tratamiento de VIH: Hypoxis y Sutherlandia. Una visión general de las pruebas y la farmacología. Nutrition Journal, 4: 19-19.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Obtenido de [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2013/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/es/)
- Real Academia de Ingeniería. (2008). Agricultura, sistema agroforestales y bosques. Obtenido de <http://www.raing.es/sites/default/files/CAP%C3%8DTULO%20%20-%20CRA.pdf>

### 3. Conclusiones:

La participación de Enfermería en proyectos internacionales contribuye a visibilizar las capacidades profesionales y a mejorar la salud de la población.

### Bibliografía:

- 1 Medicos del Mundo. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Prosalus 2013
- 2 Mills, E., et al. (2005). África hierbas medicinales en el tratamiento de VIH: Hypoxis y Sutherlandia. Nutrition Journal, 2005 4: pp. 19-19.
- 3 OMS. (2013). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Disponible en: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2013/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/es/)

# **Revisión de la valoración enfermera del dolor postoperatorio. Estudio comparativo diez años después.**

## **Nursing assessment review of postoperative pain. Comparative study ten years later.**

Isabel del Puerto Fernández <sup>1</sup>

[Isabel.Puerto@uclm.es](mailto:Isabel.Puerto@uclm.es)

*E.U. Enfermería y Fisioterapia de Toledo. UCLM* <sup>2</sup>

### **Resumen**

**Revisión de la valoración enfermera del dolor postoperatorio. Estudio comparativo diez años después.**

Objetivo: Conocer la evolución del tratamiento y de las intervenciones de Enfermería en el dolor postoperatorio, diez años después de un primer estudio realizado sobre este tema. Las conclusiones de aquel trabajo fueron que, al no realizarse valoraciones del dolor, no se tenía en cuenta las indicaciones que hacía el paciente de su dolor para planificar las intervenciones enfermeras, por lo que los cuidados al paciente quirúrgico eran insuficientes.

Material y método: Para este estudio se ha utilizado, como en el anterior trabajo, una herramienta de valoración del dolor (adaptada de McCaffery). Ésta se pasó a los pacientes a las 24 horas de la intervención. Los datos obtenidos se compararon con los del estudio anterior, para conocer si había cambios en el tratamiento y en las intervenciones de Enfermería.

Resultados: No hay diferencias significativas en cuanto a la intensidad del dolor y la prescripción analgésica sigue siendo bastante uniforme, aunque ha cambiado. El alivio del dolor ha mejorado situándose entre el 85 y 90%. El 50% tiene planificadas intervenciones de Enfermería para el dolor

---

<sup>1</sup> Isabel del Puerto Fernández; [Isabel.Puerto@uclm.es](mailto:Isabel.Puerto@uclm.es); TU de Enfermería Médico-Quirúrgica. Blanca Escobar Medina; Marta gago Cabezudo.

<sup>2</sup> Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional; Área de Enfermería. E. U. de Enfermería y Fisioterapia de Toledo. Universidad de Castilla –la Mancha (UCLM).

y evaluación de la eficacia analgésica, pero no se realizan valoraciones del dolor, sólo en algún caso se utilizan escalas.

Conclusiones: Ha habido cambios en la planificación de intervenciones (NIC) y actividades de Enfermería, por lo que pensamos que la utilización de una herramienta permitiría establecer resultados esperados (NOC) realistas y pertinentes, lo que aumentaría la calidad de los cuidados.

**Palabras clave:** enfermería; dolor postoperatorio; evaluación; cuestionarios.

## **Abstract**

### **Nursing assessment review of postoperative pain. Comparative study ten years later.**

Objective: To determine the course of treatment and nursing interventions in postoperative pain, ten years after a first study conducted on this subject. The findings of that study were that, because assessments on pain were not conducted, patient's instructions about his pain were not taken into account to plan nursing interventions. As a result, the surgical patient care was insufficient.

Material and method: For this study, as in the previous work, it was used a pain assessment tool (adapted from McCaffery) that was distributed among patients 24 hours after surgery. The data obtained were compared to the results of the previous study, with the aim of seeing if there were changes in the treatment and nursing interventions.

Results: There are no significant differences in pain intensity and analgesic prescription remains fairly constant, although it has changed. Pain relief has improved reaching between 85 and 90%. In 50% of the cases have planned nursing interventions for pain and evaluation of analgesic efficacy, but no pain assessments are carried out, only in some cases scales are used.

Conclusions: There have been changes in the planning of interventions (NIC) and nursing activities, so we think that the use of a tool would establish realistic and relevant expected results (NOC), which would increase the quality of care.

**Keywords:** nursing; postoperative pain; assessments; questionnaires.

## **Introducción**

Este proyecto tenía como objeto conocer la evolución del tratamiento y de las intervenciones de enfermería ante el dolor postoperatorio diez años después de un primer estudio realizado sobre este tema por las mismas autoras (1). El propósito de ese trabajo fue demostrar el poco uso que las enfermeras hacían de instrumentos para la valoración del dolor, considerando que sin esa



valoración no se podía hablar de eficacia en el tratamiento. Al mismo tiempo se quería enfrentar a los alumnos a esa realidad y entrenarles en el uso de un instrumento o herramienta concreta. De los resultados obtenidos en aquel trabajo, destacamos que no se utilizaban instrumentos de medición del dolor ni en los casos en que la analgesia estaba prescrita a demanda. Asimismo no existía correlación entre la intensidad de dolor y la prescripción de analgesia, que en su mayoría eran AINES. Por tanto la conclusión final fue que los planes de Cuidados al paciente quirúrgico eran insuficientes. En este momento y a pesar de los avances realizados en este campo, los datos publicados por un estudio europeo de 2007 concluían que "el dolor postoperatorio está muy mal tratado en los hospitales de Europa" (2-4). Así mismo los datos publicados el 17 de octubre de 2011, con motivo del Día Mundial contra el Dolor, señalan que tres de cada cuatro hospitales españoles no miden el dolor de sus pacientes (5), lo que se explica, según Josep Lluís Aguilar coordinador del Grupo de Trabajo de Dolor Agudo de la Sociedad Española del Dolor (SED), porque no cuentan con programas específicos para su abordaje, es decir protocolos actualizados, ya que el abordaje del dolor sigue siendo un asignatura pendiente, tanto en la formación de los profesionales sanitarios como en la asistencia a los pacientes en los hospitales y en los centros de Atención Primaria. Hay que intentar terminar, en todos los profesionales de la Salud y en concreto en las enfermeras, con la frase:

“Doler, le tiene que doler y dentro de que le duela, es normal” (6)

En base a estos datos se planteó conocer cómo había evolucionado el tratamiento del dolor en un hospital de Toledo, teniendo como referencia la valoración y evaluación enfermera del dolor postoperatorio y apoyando la máxima de que es necesario cambiar los hábitos culturales sobre el tratamiento del dolor posquirúrgico, tanto en pacientes como en profesionales (7) . Por este motivo seguimos entrenando a los estudiantes en el manejo de una herramienta concreta para la valoración del dolor. Entendemos que el entrenamiento es útil para cambiar actitudes ante el dolor, como indican trabajos revisados y algunas reflexiones de los estudiantes durante su período de prácticas, tras pasar una escala (no un cuestionario) de valoración del dolor a una paciente:

“La paciente decía que sus dolores de cabeza eran muy fuertes cuando le aparecían, que podría poner en la escala incluso un 9 o un 10 de intensidad. A esto la enfermera le dijo, mejor te ponemos un 7 o así, porque un 9 o 10 de intensidad es mucho. En este momento yo pensé: ¿Se debe cuestionar el dolor que siente un paciente? ¿Sabe alguien mejor que la misma persona que lo sufre cómo es su dolor?”.

Este trabajo continua planteando la hipótesis, apoyada en los estudios anteriormente citados, de que existe una deficiencia en la aplicación de los métodos para la evaluación del dolor por parte de las enfermeras, a pesar de que forma parte de sus competencias profesionales (8), lo que se traduce en una falta de eficacia de las medidas antiálgicas y que supone, en la mayoría de los casos, una alteración en el bienestar de los pacientes que puede contribuir a un retraso en la recuperación posquirúrgica, ya que el dolor dificulta la movilidad, la ventilación pulmonar, provoca ansiedad y todo ello se traduce en numerosas alteraciones tanto físicas como psicológicas que afectan negativamente al paciente y su entorno (9). Además, considerando la influencia del modelo real frente al teórico, los estudiantes conocen la herramienta pero no su aplicación en la práctica, por lo que el entrenamiento de su uso podría ser eficaz para cambiar el modelo de atención en esta área.

El objetivo general de este segundo estudio es conocer los cambios introducidos en el manejo del dolor agudo postquirúrgico en estos últimos años teniendo en cuenta las variables y comparar las distintas demandas de Cuidados en los diferentes pacientes postoperados.

Los objetivos específicos son:

1. Conocer los cambios introducidos en la analgesia prescrita.
2. Analizar la evolución de la atención de enfermería ante el dolor postquirúrgico y valorar si se ha introducido planificación de intervenciones para el mismo, además de las farmacológicas.
3. Continuar con el entrenamiento de los alumnos, enfrentándolos a la realidad en las primeras etapas de la socialización profesional, para intentar cambios en la actitud ante el dolor de nuestros futuros profesionales.

## **1. Material y método**

Para este trabajo se ha utilizado, como en el anterior, un instrumento (herramienta) de valoración del dolor. Este instrumento, adaptado del modelo de McCaffrey, se ha adecuado a la teoría impartida, por lo que se han introducido algunas modificaciones, no sustanciales, para facilitar su utilización por los alumnos/as. La herramienta incorpora un lenguaje que permite a las enfermeras españolas y a los estudiantes de Enfermería, a través del entrenamiento durante sus años de formación, la realización de una valoración completa del dolor. Esta herramienta se basa en la valoración que el paciente realiza de su propio dolor, utilizando una escala numérica (1 al 10) para medir la intensidad del dolor así como el nivel aceptable de dolor y las descripciones del

Cuestionario de McGill para describir el tipo (calidad) de dolor, completándose con el registro por parte del alumno de la analgesia prescrita y las intervenciones (NIC) y actividades de Enfermería planificadas para el paciente, relacionadas con el dolor (10). Además se ha incorporado una hoja de Consentimiento Informado para la realización de este estudio, de acuerdo con la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, según el dictamen de aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del hospital.

El método utilizado ha sido la recogida de datos por los estudiantes, a través del instrumento de valoración del dolor, previa firma del consentimiento informado por los pacientes como participantes en este estudio. La valoración del dolor se realizó a los pacientes intervenidos al menos 24 horas antes, en las distintas Unidades donde los alumnos realizaban sus prácticas. Las especialidades valoradas para este estudio han sido: cirugía general, traumatología, cirugía vascular, urología y neurocirugía. Los estudiantes habían sido entrenados previamente por las profesoras responsables del proyecto.

Posteriormente se analizaron los datos obtenidos y se compararon con los del estudio anterior, para conocer si ha habido cambios en el tratamiento del dolor postoperatorio y, sobre todo, en las intervenciones de Enfermería ante ese tipo de dolor. Para este proyecto, como ya se ha dicho, se contó con la autorización del comité de Ética del hospital para recoger los datos necesarios para el estudio.

## 2. Resultados

Para el estudio se han analizado 56 valoraciones de pacientes de las distintas especialidades quirúrgicas (57,2% hombres y 42,8% mujeres). Se han excluido las valoraciones que no estaban correctamente cumplimentadas. Según las especialidades se distribuyen en:

- 16 de cirugía general (50% mujeres con una edad media de 45 años y 50% hombres con una edad media de 42 años).
- 18 de traumatología (44,4% mujeres con una edad media de 76,6 años y 55,6% hombres con una edad media de 50 años).
- 8 de urología (87,5% hombres con una edad media de 66,2 y 12,5 % mujeres con una edad media de 84 años)
- 6 de cirugía vascular (16,6% mujeres con una edad media de 88 años y 83,4% hombres con una edad media de 59,6 años).
- 8 de neurocirugía (25% hombres con una edad media de 70 años y el 75% de mujeres con una edad media de 55 años). Esta especialidad no se valoró en el estudio anterior, porque no había

aún en el hospital y sí se valoró Ginecología, por lo que es la única especialidad que no se ha podido comparar, aunque sí que se han analizado.

Las variables que también se han considerado para este estudio son:

- La intensidad y el tipo de dolor.
- El nivel aceptable de dolor para el paciente.
- Los mecanismos desencadenantes del dolor.
- El alivio del dolor.
- La analgesia prescrita.
- Las intervenciones de Enfermería ante el dolor.

Los resultados que hemos obtenido tras la evaluación y el análisis de los datos recogidos, según las especialidades quirúrgicas, son:

- ✓ En Cirugía General manifiestan padecer un dolor intenso el 100% de los pacientes (8-10), siendo el 56,25% con una intensidad de 10.  
El 68,75% describe el dolor como punzante, el 18,75% opresivo y el resto como tirantez.  
El alivio del dolor, el 93,75% informa que se produce con la analgesia, el resto con posición antiálgica, siendo el desencadenante principal la movilidad para el 87,5% y realizar esfuerzos para el resto  
La analgesia prescrita es 100% AINES Metamizol o Dexketoprofeno y paracetamol pautado y el 18,75% tienen además opioides (Dolantina) de los que sólo el 6,25% está pautado  
En cuanto a los cuidados el 50% carece de intervenciones de enfermería para el dolor y el otro 50% establece medidas no farmacológicas (como posiciones antiálgicas)
- ✓ En Traumatología declaran padecer un dolor moderado el 11,11%, el resto dolor intenso, siendo el 75% con una intensidad de 9 y 10.  
El 37,5% describe el dolor como punzante, el 25% como opresivo y el resto como dolorimiento, escozor o calambres.  
El alivio del dolor el 88,88% informa que se produce con la analgesia, el resto (11,22%) con el reposo, siendo el desencadenante principal la movilidad  
La analgesia prescrita es 100% AINES pautados, Metamizol o Dexketoprofeno, (no está relacionado con la intensidad) y Paracetamol alternos. El 61,11% tienen además opioides,

el 63,63% Dolantina a demanda, el 27,27% Morfina a demanda y el 9% Fentanilo pautado.

En cuanto a los cuidados, el 72,22% carece de intervenciones de enfermería para el dolor y el otro 27,78% establece medidas no farmacológicas como posiciones antiálgicas. Sólo el 5,5% realiza evaluación de la eficacia analgésica.

- ✓ En Urología revelan padecer un dolor intenso el 87,5% de los pacientes, siendo el 50% con una intensidad de 9 y 10  
El 50% describe el dolor como punzante, el resto como calambres, escozor y quemazón  
En cuanto al alivio del dolor, el 87,5 indica que se produce con la analgesia, siendo el desencadenante principal la movilidad.  
La analgesia prescrita es 100% AINES, el 37,5% Paracetamol pautado, el 25% Metamizol y Paracetamol pautado y 37,5% sólo Metamizol. En algunos casos se une un antiespasmódico (Buscapina) a los AINES (37,5%).  
Respecto a los cuidados, el 50% carece de intervenciones de Enfermería para el dolor y el otro 50% establece medidas no farmacológicas y evaluaciones de la eficacia analgésica.
  
- ✓ En Cirugía Vascular manifiestan padecer un dolor intenso el 83,3% de los pacientes, siendo el 50% con una intensidad de 9.  
El 66,6% describe el dolor como punzante, el 33,3% como opresivo continuo  
En el alivio del dolor, el 100% informa que se produce con la analgesia, siendo el desencadenante principal la movilidad  
La analgesia prescrita es 83% % AINES, Metamizol y Paracetamol pautado y el 50% tienen además opioides (Morfina) a demanda (rescate).  
En cuanto a los cuidados el 50% carece de intervenciones de enfermería para el dolor y el otro 50% establece medidas no farmacológicas y evaluaciones de la eficacia analgésica
  
- ✓ En Neurocirugía el 75% manifiestan padecer un dolor intenso, siendo el 25% con una intensidad de 9 y 10. Un 25% manifiesta un dolor moderado (4-5)  
El 37,5% describe el dolor como punzante, el resto lo describen como dolorimiento, opresivo o calambres.  
El 62,5% informa que alivio del dolor se produce con la analgesia, el 37,5% con posición antiálgica. El desencadenante principal es la movilidad para el 50%, la posición para otro 37,5% y las condiciones ambientales y los procedimientos de Enfermería para el 12,52%.

La analgesia prescrita es 100% AINES, de los que el 50% sólo tienen Metamizol y de estos el 50% a demanda. El resto tiene Paracetamol pautado intravenoso (12,5%) y Paracetamol y Metamizol pautado el 37,5%.

Con relación a los cuidados, el 87,5% tiene algún tipo de intervenciones de enfermería para el dolor, el 62,5% establece medidas no farmacológicas movilizaciones y posiciones antiálgicas y el 37,5% evalúa la eficacia de los analgésicos.

Comparando los resultados con el trabajo anterior podemos ver:

1. No hay diferencias significativas en cuanto a la intensidad del dolor postoperatorio, en las cuatro especialidades quirúrgicas comparadas.
2. La prescripción analgésica sigue siendo bastante uniforme, aunque ha cambiado y los ANES suelen estar pautados. Respecto a los opioides, aunque se han incorporado al tratamiento, la mayoría se prescriben a demanda (rescate). No se tiene en cuenta la intensidad del dolor para establecer la prescripción.
3. El alivio del dolor está entre el 85 y 90%, lo que es significativo respecto al estudio anterior que era de un 50 a 60%.
4. El 50% tiene planificadas intervenciones de Enfermería para el dolor, frente a un 24,2 % anteriormente.
5. El 50% tiene establecida la evaluación de la eficacia analgésica, mientras que hace diez años sólo 3,2 % lo hacía.
6. No se tienen en cuenta los desencadenantes del dolor para establecer las intervenciones de enfermería.
7. No se realizan valoraciones del dolor por parte de las enfermeras, sólo en algún caso se utilizan escalas.

### **3. Conclusiones**

Ha habido cambios respecto a la prescripción analgésica y eso queda patente en el aumento del alivio del dolor que manifiestan los pacientes, aunque siguen sin tener en cuenta la intensidad de dolor para establecer la prescripción y tampoco conocemos la eficacia analgésica real (disminución de la intensidad del dolor).

En cuanto a la planificación de NIC y actividades de Enfermería ha habido avances significativos y se está incorporando la utilización de escalas para medir el dolor postquirúrgico, así como la evaluación de la eficacia analgésica.

Al no realizarse valoraciones de dolor mediante cuestionarios (11), no se puede tener un análisis completo del estado del paciente respecto a su dolor. La utilización de una herramienta (cuestionario) para la valoración enfermera del dolor permite realizar un análisis completo de las características del dolor de los pacientes. Realizar la valoración y continuidad de los cuidados del enfermo con dolor. Este análisis facilita la planificación de intervenciones (NIC) y actividades de Enfermería teniendo en cuenta no solo la intensidad del dolor, sino también la localización y el tipo de dolor, los desencadenantes y efectos del mismo sobre el paciente, así como la analgesia prescrita, lo que aumentaría la calidad de los cuidados. Además contempla el nivel aceptable de dolor para el paciente, lo que permite establecer resultados esperados (NOC) (12) realistas y pertinentes.

Esta herramienta sería el medio para abordar esa asignatura pendiente que los profesionales sanitarios tienen respecto al dolor y que debe ser fundamental en su formación (13, 14). En los centros públicos y privados de asistencia sanitaria, tanto de atención primaria como especializada, la utilización de la herramienta para la valoración enfermera del dolor incrementaría la calidad asistencial y redundaría en una disminución del tiempo y del costo al establecer un mejor control del dolor de los pacientes. Así está contemplado en un estudio sobre la actualidad de la Enfermería Española (15), que indica que el incremento de enfermeras profesionales provocaría, entre otros beneficios, una reducción de dolor de los pacientes, así como elevados ahorros para los hospitales. El dolor es indescriptible, escribe Virginia Woolf:

“Se pueden conocer los pensamientos de Hamlet, pero no se puede realmente describir una jaqueca: el dolor destruye el lenguaje” (16)

Las enfermeras, como profesionales que están más cerca y durante más tiempo con los pacientes, deben ser las encargadas de poner las palabras necesarias al dolor, a través de la herramienta de valoración, porque como apuntaba Elaine Scarry en 1985, en su obra sobre el dolor del cuerpo:

“El dolor se resiste a convertirse en objeto del lenguaje. Por eso el dolor es expresado mejor por quienes no lo sienten pero hablan en su nombre” (17)

Hay que promover en los estudiantes, en los profesionales y en los propios pacientes, un cambio de actitud ante el dolor que destierre lo que se denomina la “ley del 50%” en el tratamiento del mismo: se prescribe el 50% de lo necesario, se administra el 50% de lo prescrito y se demanda el 50% de lo que se necesita.

## Bibliografía

- 1 Del Puerto Fernández I, Escobar Medina B, Gago Cabezudo M. Valoración enfermera del dolor postoperatorio. *Metas de Enfermería*, 2000; vol. 26: 10 – 16.
- 2 Fernández-Galinski D. L., Gordo F., López-Galera S., Pulido C., Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [revista en Internet]. 2007 Ene [citado 2015 Ago 27]; 14(1): 3-8. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462007000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000100002&lng=es)
- 3 Vidal M. A., Torres L. M., Andrés J. A. de, Moreno-Azcoitia M. Estudio Observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España: PATHOS. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [revista en Internet]. 2007 Dic [citado 2015 Ago 28]; 14(8): 550-567. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462007000800002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000800002&lng=es).
- 4 Torres L. M. El 50% de los hospitales europeos trata inadecuadamente el dolor posquirúrgico. Disponible en <http://dp.areastematicas.com/noticia.php?id=18>. Actualizado el 29 -11- 2007
- 5 Caba Barrientos F., Benito Alcalá M.C., Montes Pérez A., Aguilar Sánchez J.L., Torre Liébana R. de la, Margarit Ferri C. Encuesta nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [revista en Internet]. 2014 Feb [citado 2015 Ago 28]; 21(1): 3-15. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462014000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000100002&lng=es).
- 6 Lalanda, M. Doler, duele. Disponible en <http://www.elmundo.es/elmundosalud/blogs/profesion sanitaria.html>. Actualizado el 11- 03 – 2010.
- 7 Montes Pérez A., García Álvarez J., Trillo Urrutia, L. Situación actual del dolor postoperatorio en el “Año Global Contra el Dolor Agudo”. *Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación*. 2011; 58: 269-272
- 8 Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- 9 Díez Álvarez E. et al. Valoración del dolor agudo postoperatorio. *Rev. Calid. Asist.* 2009; 24(5): 215–221. Disponible en <http://www.elsevier.es> el 27/08/2015.
- 10 VV.AA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2013.



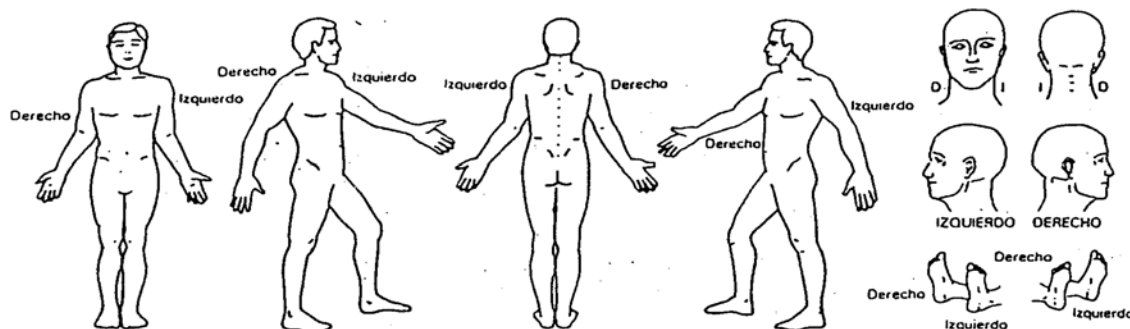
- 11 Moreno-Monsiváis MG, Muñoz-Rodríguez MR, Interrial-Guzmán MG. Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2014; 14 (4): 460-472. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.2
- 12 Moorhead, S. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): medicion de resultados en salud*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2014.
- 13 Sánchez-Sánchez R. M., Pernía J. V., Calatrava J... Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería. *Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]*. 2005 Mar [citado 2015 Oct 25]; 12(2): 81-85. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462005000200003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000200003&lng=es).
- 14 Benbunan Bentata B., et al. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007, vol. 7; (1): pp. 197-205
- 15 Sindicato de Enfermería. *Radiografía de la Enfermería Española. Visión política y visibilidad social*. Madrid: Sindicato de Enfermería; 2015
- 16 Woolf, V. *Estar enfermo*. Traducción Laura Emilia Pacheco. México DF: UNAM; 2007.
- 17 Elaine Scarry: *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*. Oxford University Pres; 1985.



**HERRAMIENTA PARA LA VALORACION INICIAL DEL DOLOR AGUDO**

Paciente: Sexo: ..... Edad: ..... Fecha: .....  
 Diagnóstico médico: .....

**I. LOCALIZACION. El paciente o la enfermera señalan las zonas o puntos dolorosos.**



**II . INTENSIDAD. Puntuación que el paciente hace del dolor (escala de 0 a 10):.**

Dolor en este momento:.....  
 El mayor dolor que sufre:.....  
 El menor dolor que sufre:.....  
 Nivel aceptable de dolor:.....

**III. TIPO (Use las palabras del paciente, p. ej: punzada, dolorimiento, quemazón, opresivo, pulsátil) :...**

**IV. INICIO, DURACION, VARIACIONES, RITMOS: .....**

**V. MANERA DE EXPRESAR EL DOLOR:.....**

**VI. ¿QUÉ ALIVIA EL DOLOR? : .....**

**VII. ¿QUÉ DESENCADENA O AUMENTA EL DOLOR?:.....**

**VIII. EFECTOS DEL DOLOR (Anótese la disminución de la función o de la calidad de vida)**

Síntomas acompañantes (P.ej. náuseas): .....  
 Sueño.....  
 Apetito.....  
 Actividad física: .....  
 Relaciones con los demás (p. ej. , irritabilidad): .....  
 Emociones (P. ej., cólera, llanto, tendencias suicidas): .....  
 Concentración: .....  
 Otros:.....

**IX. ANALGESIA PRESCRITA: .....**

**X. INTERVENCIONES (NIC) Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA: .....**

Anexo 2

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROYECTO:**

**REVISIÓN DE LA VALORACIÓN ENFERMERA DEL DOLOR POSTOPERATORIO:  
Estudio comparativo 10 años después.**

De acuerdo con la *LEY 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica*.

Yo, D/Dña ....., como participante en el estudio (o D./Dña ....., como su representante), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente:

EXPONGO que he sido debidamente INFORMADO/A por D....., en entrevista personal realizada el día ..... de .....de ....., que entro a formar parte de un estudio sobre la valoración del dolor postoperatorio .

Afirmo que he recibido explicaciones sobre la naturaleza y propósitos del estudio y sobre la privacidad de los datos recogidos (Los datos personales recogidos solo se utilizarán para este estudio. Estos datos serán confidenciales. De acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal). Si desea más información puede contactar con el siguiente teléfono 925268800 extensión 5815 o bien por correo electrónico a [isabel.puerto@uclm.es](mailto:isabel.puerto@uclm.es).

MANIFIESTO: que he entendido y estoy satisfecho de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el proceso citado.

Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que me sea realizado este estudio.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento.

Y, para que así conste, firmo el presente documento. Toledo, a ..... de ..... de 20.....

Firma del investigador  
principal

Firma del estudiante  
colaborador

# Estudio de las líneas de investigación en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería POVISA.

## Study of research in nursing at POVISA Nursing School

M<sup>a</sup> Concepción Agras Suárez [et al.] <sup>1</sup>

[subdirección@cepovisa.com](mailto:subdirección@cepovisa.com)

E. U. Enfermería Povisa. Universidad de Vigo.

### Resumen

Enfermería tiene una responsabilidad importante, en el cuidado de la vida de las personas y la salud, por lo tanto, debe dar prioridad a la investigación para asentar las bases para las buenas prácticas.

### Objetivo principal:

Analizar el tipo de investigación científica en los trabajos de fin de grado de los estudiantes de enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería Povisa desde el año 2010- hasta el 2013, y clasificar aquellos que realmente suponen el uso de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE).

La población total del estudio 188, son todos los Trabajos fin de Grado (TFG) realizados por los estudiantes de Grado en Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de POVISA y guardados en el archivo de la Escuela Universitaria de POVISA.

### Resultados:

Un 28,7% de los TFG fueron cualitativos, un 52,1% cuantitativos y un 7,4% fueron cualitativos/cuantitativos, además un 8% fueron analíticos, un 72,3% fueron descriptivos y un 8%

---

<sup>1</sup> M<sup>a</sup> Concepción Agras Suárez; [subdirección@cepovisa.com](mailto:subdirección@cepovisa.com). E. U. Enfermería Povisa. Universidad de Vigo. M<sup>a</sup> del Carmen Vallejo Curto: [Mari.carmen.vallejo.curto@sergas.es](mailto:Mari.carmen.vallejo.curto@sergas.es) Profesora de la E. U. Enfermería Povisa. Universidad de Vigo y Graduada en Enfermería en Servicio Galego de Saúde; Manuel Antonio Adan Iglesias; [manucarelo@hotmail.com](mailto:manucarelo@hotmail.com). Graduado en Enfermería. Leicester Royal Infarmacy.UHL (Universuty Hospitals of Leicester)

fueron descriptivos analíticos, se incluyen un 13,3% prospectivos, un 47,3% retrospectivos y un 27,7% transversales y un 13,3% fueron EBE.

### **Conclusiones:**

El tipo de trabajo predominante, es el cuantitativo, descriptivo, de corte retrospectivo.

Los ámbitos en los que más trabajos hay, son el de Gestión y calidad asistencial, y el de Cirugía. La enfermería basada en la evidencia (EBE), no es uno de los pilares en investigación en esta escuela, tendencia que debemos cambiar en el futuro.

### **Palabras clave**

Investigación; Trabajo fin de Grado; Enfermería basada en la evidencia.

### **Abstract**

Nursing has a major responsibility in caring for people's lives and health, therefore, should prioritize research to build the foundations for good practice.

### **Main goal**

Analyze the type of scientific research since 2010 until 2013, also classify those who really involve the use of Evidence-Based Nursing (EBN). The total study population (188), are all of them EOG work by students of Degree in Nursing, at the POVISA University Nursing School, & kept on file at the School.

### **Results**

The 28.7% of EOG work were qualitative, 52.1% quantitative & 7.4% qualitative/quantitative. Also were a 8% of analytical, 72.3% descriptive & 8% analytical-descriptive; also are included a 13.3% of prospective, 47.3% retrospective, 27.7% retrospective-cross & 13.3% are evidence-based nursing (EBN).

### **Conclusions**

- Predominant type of work: quantitative, descriptive & retrospective.
- Predominant areas of work: Management and Quality of Care & Surgery.
- The evidence-based nursing (EBN) is not a fundamental base of research in this school, which is a trend we must change in the future.

### **Keywords**

Research; End of degree work; evidence-based nursing (EBN).

# INTRODUCCIÓN

Enfermería como profesión reglada tiene una responsabilidad importante en el cuidado de la vida de las personas y de la salud de las mismas. Por lo que es prioritaria la investigación para asentar las bases para las buenas prácticas, y la formación de las nuevas generaciones es imprescindible para este siglo. Como Hildegard Peplau ha dicho, la pregunta de hoy de enfermería no se trata de lo que hace, se trata de lo que se sabe y como se aplica este conocimiento.

Es bien sabido por todos que la enfermería no ha sido ajena a la investigación y esto es de vieja data pues fue Florence Nightingale quién la introdujo por primera vez considerando que la observación y la recolección sistemática de datos, era un aspecto importante del trabajo de enfermería, por lo que hace más de 150 años señaló la necesidad de medir los resultados de la atención médica y de los cuidados de enfermería (Nightingale 1859). No solo sugirió actividades investigativas sino que también Nightingale utilizó este método en el estudio realizado sobre el estado de salud de los soldados durante la guerra de Crimea. Este estudio valga la pena decir, condujo a una variedad de reformas en la sanidad Británica (Palmer 1977), es por ello que se considera a Florence Nightingale la primera enfermera investigadora.

Al introducir la investigación en la práctica clínica, la reforma de la enfermería, desde sus inicios, ofrece la posibilidad de mejorar y desarrollar la profesión tanto en su componente disciplinar como clínico. Sin embargo tuvieron que pasar alrededor de 100 años, para que la investigación fuese un hecho en la actividad enfermera. Primero se comenzó por la académica y ha sido solo hace unos años que se ha introducido en la práctica o en el campo clínico. Desde el año 1977 con la entrada de la Enfermería en la Universidad, la investigación en enfermería se desenvuelve con diferentes ritmos y enfoques. Posteriormente con el desarrollo de la educación superior y la elaboración del Libro Blanco, aprobado en junio de 2005, de la Titulación de Enfermería, fue un factor decisivo para que proliferaran estudios de investigación realizados por profesionales enfermeros/as.

En la actualidad la investigación está integrada a la práctica profesional con diferentes niveles (1) (2)

Es raro hoy en día, encontrar alguien que cuestione si la enfermería es capaz o no de investigar, o si precisa de la investigación en sus cuidados profesionales, parece ya indiscutible que nuestro ejercicio ha de estar basado en la investigación, en las evidencias, y que el desarrollo profesional precisa de este método.

A pesar de todos los cambios históricos que ha sufrido la profesión en las últimas décadas, ya sea en cada una de sus funciones, es en la investigadora donde desde la implantación del nuevo plan Bolonia se hace más hincapié, dado que las otras funciones están más instauradas en la profesión que esta última que hemos citado. Diciendo así que la función sanitaria y docente son parte de la profesión, y esto nos lleva a que la puesta en escena del trabajo de fin de grado (en adelante TFG) sea un punto de inflexión para que los estudiantes comiencen, ya casi finalizada su formación, a realizar trabajos basados en la investigación científica y en la evidencia para ampliar los horizontes de esta nuestra profesión; enfermería. (3)

## **EL CONOCIMIENTO**

Es un proceso intelectual que permite averiguar la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. El acto de conocer origina una vinculación entre la persona interesada y la realidad por conocer o conocida, el conocimiento se convierte así en la acción y el efecto de conocer, el sentido de cada una de las actitudes que tiene el individuo de percibir, por medio de los sentidos corporales, las impresiones de los objetos externos. Es todo aquello capaz de ser adquirido por una persona en el subconsciente, convirtiéndose en la gnosología o la ciencia o teoría del conocimiento.

Esta teoría del conocimiento es el sistema que explica las relaciones entre el pensamiento y los objetos; es decir entre el hombre y el mundo.

Tipos de conocimiento:

Empírico: Es el adquirido al azar sin métodos por observaciones personales.

Científico: Es el que se basa en la observación, descripción, explicación y predicción, mediante procedimientos y métodos, análisis, síntesis,... Para adquirir conocimientos se utiliza el método de la investigación. (4)

## **INVESTIGACIÓN:**

Lo que hoy denominamos investigación, se inició de una manera originaria en el momento en el que el hombre se enfrentó a problemas y, frente a ellos, comenzó a interrogarse sobre el porqué, como y para que, es decir, cuando decidió dar respuestas a esos interrogantes.

Tanto en las formas más iniciales y primitivas de la investigación, como en las más complejas y sofisticadas, aparece la misma causa originaria: el intento de solucionar un problema.

De acuerdo con esto la situación-problema es lo que está al comienzo de la tarea investigadora, en cuanto actividad humana orientada a descubrir lo que no se conoce.

Aplicada al campo de la ciencia, la investigación es un proceso reflexivo sistemático controlado y crítico que tiene por finalidad descubrir o interpretar los hechos y fenómenos, relaciones y leyes de un determinado ámbito de la realidad. (5)

Como proceso la investigación supone un conjunto de fases:

1. Proponer un conjunto de preguntas bien formuladas y verosímiles.
2. Generar hipótesis y respuestas, fundadas y contrastables con la experiencia, para contestar las preguntas.
3. Concebir técnicas para someter las hipótesis a contrastación.
4. Recoger, sistematizar y elaborar datos provenientes de la realidad investigada.
5. Analizar la información obtenida de los datos.
6. Formular deducciones y proposiciones generales.
7. Estimar y probar las hipótesis a partir de las deducciones.
8. Determinar los espacios para los cuales estas hipótesis y estas técnicas valen.
9. Formular nuevos programas de intervención originados por la investigación.
10. Formular nuevas preguntas de investigación. (6)

### **TIPOS DE INVESTIGACIÓN:**

**1.- CUANTITATIVA:** Pretende medir los fenómenos que se estudian.

- Recoge y analiza datos cuantitativos sobre variables.
- Estudia la asociación o relación causa-efecto entre variables cuantificadas o codificadas.
- Generalización de los resultados a través de una muestra para inferirla a la población.
- Generar hipótesis de análisis estadístico.
- Contrastar hipótesis y a partir de ellas elaborar teorías generales. (6)

### **DISEÑOS DE INVESTIGACION PARA ESTUDIOS CUANTITATIVOS**

a) Investigación experimental

Características:

- Intervención de la variable independiente (Manipulación)
- Grupo experimental y grupo control
- Distribución de los sujetos al azar en los distintos grupos de experimento aleatorización.
- Limitación: Aspectos éticos, como económicos, y por el tiempo de respuesta del efecto.

Dentro de la investigación experimental nos encontramos con los Ensayos Clínicos.

Estos se dividen en ensayos clínicos, ensayos de campo y ensayos de intervención comunitaria.



b) Investigación cuasi-experimental

- Los grupos no se seleccionan al azar sino que los decide el investigador
- Investigación no experimental pueden ser:
- Estudios descriptivos; Se encargan de caracterizar o describir los fenómenos epidemiológicos, los factores de riesgo, los factores asociados y la distribución de la frecuencia según las categorías de interés en relación a las variables epidemiológicas de personas tiempo y lugar.
- Estudios analíticos; Consiste fundamentalmente en establecer comparaciones entre grupos de estudio y grupos control, a fin de establecer relaciones de causalidad entre factores de riesgo y los efectivos o viceversa.

Dentro de los estudios cuantitativos pueden producirse sesgos, un error sistemático que se comete en un estudio y que afecta a la validez y a la fiabilidad del mismo, estos pueden ser:

- Sesgo de selección, cuando se adscribe equívocamente a los sujetos en los grupos
- Sesgo de información, se produce un error sistemático en las pruebas diagnosticas utilizadas
- Sesgo de confusión, cuando no se tienen en cuenta determinados factores de riesgo
- Sesgo de observación, error originado por la percepción subjetiva.

## **2.- CUALITATIVA**

- El objetivo fundamental es lograr una descripción holística, con un análisis exhaustivo de una situación o problema en particular
- Su interés se centra en el proceso del problema o situación a investigar, y no intentar determinar la relación de causa y efecto entre dos o más variables
- En ambiente natural y el contexto que se da al asunto o problema es la fuente directa y primaria de la labor del investigador
- La recolección de los datos es una proceso más verbal que cuantitativo
- Se enfatiza tanto el proceso como el resultado
- El análisis de los datos es mayoritariamente inductivo

### **TIPOS DE INVESTIGACION CUALITATIVA (6)**

A) Observación participante:

- a. Anónima
- b. Reconocida

- B) Observación no participativa
- a. Simulaciones
  - b. Estudio de casos
- C) Investigación etnográfica.

<b>DIFERENCIAS ENTRE INVESTIGACION CUANTITATIVA Y CUALITATIVA</b>	
<b>Investigación cuantitativa</b>	<b>Investigación cualitativa</b>
Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico	Centrada en la fenomenología y comprensión
Medición penetrante y controlada	Observación naturista sin control
Objetiva	Subjetiva
Inferencias mas allá de los datos	Inferencias de sus datos
Confirmatoria, inferencial, deductiva	Exploratoria inductiva y descriptiva
Orientada al resultado	Orientada al proceso
Datos sólidos y repetibles	Datos ricos y profundos
Generalizable	No generalizable
Particularista	Holística
Realidad estática	Realidad dinámica

Fuente: [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti\\_cuali/cuanti\\_cuali.asp#diferencias](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp#diferencias)

<b>Ventajas e inconvenientes de los métodos cualitativos vs cuantitativos.</b>	
<b>Métodos cualitativos</b>	<b>Métodos cuantitativos</b>
Propensión a "comunicarse con" los sujetos del estudio.	Propensión a "servirse de" los sujetos del estudio
Se limita a preguntar	Se limita a responder
Comunicación más horizontal... entre el investigador y los investigados... mayor naturalidad y habilidad de estudiar los factores sociales en un escenario natural	
Son fuertes en términos de validez interna, pero son débiles en validez externa, lo que encuentran no es generalizable a la población.	Son débiles en términos de validez interna - casi nunca sabemos si miden lo que quieren medir-, pero son fuertes en validez externa, lo que encuentran es generalizable a la población <sup>1</sup>
Preguntan a los cuantitativos: ¿Cuan particularizables son los hallazgos?	Preguntan a los cualitativos: ¿Son generalizables tus hallazgos?

Fuente: [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti\\_cuali/cuanti\\_cuali.asp#diferencias](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp#diferencias)

## **INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA:**

El cuidado enfermero dedicado a la investigación puede definirse como una actividad caracterizada por la resolución de problemas; una responsabilidad impulsada por la curiosidad diaria o por las diversas necesidades del paciente y/o de la enfermera/o para actuar frente a un problema de salud, para hacer predicciones, para probar una teoría sobre cómo funciona la naturaleza humana o para establecer un contexto de significado y el orden de nuestra cotidianidad.

La investigación en Enfermería surge de la necesidad de profundizar en el cuerpo propio de los conocimientos de forma continua. Ello permite mejorar la calidad de la asistencia prestada por los profesionales y potenciar el desarrollo de la Enfermería. Constituye una parte fundamental para una correcta atención a los pacientes<sup>(7)</sup>

El Código Deontológico de la Enfermería Española, en su Capítulo XI hace referencia a la educación y la investigación de la enfermería incluyendo, en los artículos 69 a 75, la obligación por parte del profesional sanitario de educación continua, así como la inquietud de investigar de manera sistemática en el campo de la actividad profesional, valorando de manera tanto individual las propias necesidades de aprendizaje, como de manera colectiva.

## **IMPLANTACIÓN DEL NUEVO PLAN DE ESTUDIOS**

Desde hace varias décadas, las Universidades han orientado la formación de sus estudiantes hacia la incorporación al mercado laboral. No obstante, los cambios socioeconómicos producidos, especialmente en los últimos años del siglo XX, llevaron a los Estados a plantearse una reforma de los sistemas de educación superior con el fin de facilitar una formación integral de los estudiantes para adaptarse a las necesidades de la sociedad y a los mercados laborales, cada vez más complejos.

El llamado proceso de Bolonia, es realmente el resultado de una serie de conferencias europeas y un conjunto de decisiones políticas que han concluido en la creación del llamado Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). (8)

El 18 de septiembre de 1988, los Rectores de la Universidades Europeas, reunidos en Bolonia, con ocasión del noveno centenario de su Universidad, firmaron la “Carta Magna de las Universidades Europeas” (3) dónde se suscribieron 4 principios fundamentales:

1. Autonomía de la universidad, con independencia moral y científica de todo poder político y económico.
2. Sólida unión entre la actividad docente y la investigadora.
3. Libertad de investigación, de enseñanza y de formación.
4. La universidad, para asumir su misión, debe ignorar toda frontera geográfica o política y debe de llegarse a un conocimiento recíproco y de interacción entre las distintas culturas.

## EL TRABAJO DE FIN DE GRADO

El Trabajo Fin de Grado como materia en los estudios de Grado:

Otra de las novedades del EEES es el cierre de los estudios de Grado con un trabajo o trabajo que recibe la denominación de Trabajo Fin de Grado (TFG). Así, el REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, determina que las nuevas titulaciones deben incluir un Trabajo de Fin de Grado. Y, en su artículo 12.3 especifica que: “Las enseñanzas de grado concluirán con la elaboración y defensa de un trabajo de fin de Grado por parte del estudiante”. Continúa exponiendo que: “El trabajo de Grado tendrá una extensión mínima de 6 créditos y máxima de 30 créditos, deberá realizarse en la fase final del plan de estudios y deberá estar orientado a la evaluación de competencias asociadas a la titulación” (12 créditos en la EUE POVISA). De esta manera, el TFG pasa a ser una materia común en todas las ramas del conocimiento: Artes y Humanidades, Ciencias, Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y Jurídicas e Ingeniería y Arquitectura. Con él se pretende que el estudiante demuestre las competencias que ha adquirido durante el desarrollo de sus estudios.

De forma general, estos trabajos fin de grado, podrían enmarcarse en dos grandes clases:

- **Trabajos de investigación:** según el método científico sobre un tema relacionado con la disciplina.
- **Trabajos de aplicación práctica:** desarrollo de trabajos con fines prácticos que pudieran llevarse a cabo en el mercado.

En realidad, la realización de un trabajo final pretende que el estudiante aglutine los conocimientos adquiridos para plasmarlos en un trabajo. (3)

Cualquier trabajo conlleva un importante componente de trabajo autónomo por parte del estudiante buscando que sea él el que regule y gestione su propio aprendizaje. Los temas de los trabajos son una fuente frecuente de debate, algunas universidades ofrecen temas acotados para la realización de los trabajos, la mayoría de las veces coincidiendo con las líneas de investigación presentes o la trayectoria laboral de los profesores. Sin embargo, cada vez con más frecuencia, las universidades optan por permitir que el estudiante elija libremente el tema sobre el que quiere llevar a cabo su trabajo.

Un aspecto de especial importancia a la hora de abordar la realización de TFG es la elección del director o tutor del trabajo. En esta asignatura o materia, las tutorías adquieren una importancia especial, ya que el tutor es el encargado de facilitar al estudiante las pautas y las claves en cada una

de las fases de elaboración del trabajo. En este sentido, tradicionalmente se ha optado por la tutoría presencial entre estudiante y profesor.

La forma de planificar el TFG es un aspecto clave, conviene tener en cuenta algunos aspectos: el TFG debe enmarcarse dentro de la realidad profesional para la cual habilita una determinada titulación. Resulta por lo tanto de gran valor que, en la medida de lo posible, todo o parte del TFG se realice en contacto con el mundo laboral de tal manera que el estudiante pueda poner en práctica las competencias adquiridas en el contexto del ejercicio profesional real con objeto de que esas competencias puedan ser evaluadas adecuadamente.

El TFG no es ni una Tesis Doctoral ni un Trabajo Fin de Máster, por lo que tanto sus dimensiones como su desarrollo han de ser más acotadas. Sin embargo, tampoco se trata de un trabajo o trabajo más, sino que es el trabajo que cierra la fase de los estudios de Grado, por lo que adquiere una relevancia especial. Debe ser el trabajo más completo y de más relevancia del estudiante hasta ese momento de su formación, y debe permitir al estudiante integrar las competencias adquiridas. (3)

El TFG, como materia propia, que se desarrolla en el último cuatrimestre de los estudios de Grado, no debe ofrecer la posibilidad de ser un trabajo rápido que se lleve a cabo en unas pocas semanas sino que debe realizarse de una forma más o menos continua a lo largo del semestre corrigiendo o matizando aquello que se considere necesario con la ayuda del tutor.

## **EL TRABAJO FIN DE GRADO EN EL GRADO DE ENFERMERÍA**

Los estudios de Grado de Enfermería no son una excepción en lo que se refiere al TFG, en sus condiciones para la realización de los créditos el trabajo fin de grado debe verificar la adquisición por el estudiante de las destrezas y competencias generales descritas en los objetivos del título, junto a destrezas específicas de orientación académica o profesional. Según este documento, el trabajo fin de grado podrá consistir en un trabajo tutelado de investigación o derivar de la actividad formativa desarrollada en las prácticas. En todo caso, el estudiante deberá demostrar su capacidad para la elaboración de un informe científico o profesional y su exposición en público.

Además, añade que cada Universidad organizará las actividades formativas que considere más adecuadas para facilitar a los estudiantes el desarrollo de los trabajos en sus aspectos metodológicos, de documentación y de presentación. Incluso si se llevan a cabo en dependencias ajenas a la universidad, las prácticas y el trabajo fin de grado deberán realizarse bajo la adecuada tutela del profesorado responsable y proporcionando a los estudiantes las condiciones de trabajo adecuadas para su desarrollo.

Por último, concluye que: “las condiciones para la obtención de créditos para estas actividades las determinará cada universidad”.

Hasta este momento en las carreras sanitarias no venía siendo frecuente la exigencia de un trabajo de fin de grado a los estudiantes, al contrario de lo que ocurre con las ingenierías o la arquitectura, carreras en las cuales si era habitual que el estudiante llevara a cabo la realización y defensa de un trabajo fin de carrera. En el campo de la Enfermería, no son muchas las experiencias en este sentido. (3)

## **ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA**

La Enfermería Basada en Evidencia (EBE) se desarrolla posteriormente a la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) en los países de habla inglesa, tomando inicialmente el marco conceptual positivista de la medicina. El concepto de EBE definido como el “proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas, usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles, o bien como el “uso consciente, explícito y juicioso de información derivada de la teoría y basada en investigación, para la toma de decisiones sobre prestación de cuidados a sujetos o grupos, teniendo en cuenta sus preferencias y necesidades individuales”. Más tarde y ampliando hacia un paradigma cualitativo, la I Reunión sobre EBE realizada en Granada 2002 (Observatorio EBE, 2006) aporta una nueva definición que complementa la visión positivista de las definiciones anteriores: Uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ven tajadas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la MBE, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal, que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico.

Estos dos paradigmas, positivista y cualitativo, nos brindan la posibilidad de abrirnos ante las evidencias que serán necesarias para una toma de decisiones que requiere conocer y manejar los elementos y etapas que conforman la práctica basada en evidencias, así como las barreras y estrategias que se presentan en su implementación. (9)

## **CONTEXTO DE LA ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIAS**

La práctica de Enfermería en las últimas décadas está luchando por conformar un cuerpo de conocimientos propios que le permitan un trabajo independiente de la práctica médica, lo que se logrará, con la articulación de las teorías generales, la investigación y la práctica fundamentada

en evidencias, dicho de otra manera estamos inmersos en la PBE, es decir en la práctica basada en la evidencia. la PBE consta de cuatro elementos principales e imprescindibles para su desarrollo.

- **INVESTIGACIÓN:** aporta la mejor evidencia para realizar una determinada intervención.
- **EXPERIENCIA PROFESIONAL:** conocimientos adquiridos por años de ejercicio profesional, que permite la toma de decisiones acertadas en situaciones difíciles.
- **EXPECTATIVAS, PREFERENCIAS Y/O LOS VALORES DE LOS USUARIOS:** lo que implica dejar de lado la práctica paternalista impuesta hasta el momento.
- **RECURSOS DISPONIBLES:** instrumentos que valoren la validez de las intervenciones.

Además debe constar de un método de trabajo conformado por cinco etapas consecutivas: En la primera se formula la pregunta derivada del problema, duda o incertidumbre que deseamos resolver. Esta pregunta debe tener una estructura en la que se identifiquen claramente la persona o población o situación problema, la intervención habitual frente al problema, la intervención nueva a considerar y por último el efecto o resultado esperado. La pregunta debe ser planteada en forma correcta para traducirse en una estrategia de búsqueda que lleve a encontrar una respuesta rápida y adecuada. Para cumplir con la segunda etapa, debemos buscar la mejor respuesta a nuestra pregunta en las fuentes de información a nuestro alcance, que serían los libros y textos llamados también conocimiento estable, publicaciones periódicas, bases bibliográficas electrónicas, bases de información específicas de PBE y por último la Internet que debe utilizarse haciendo un análisis de la calidad de los sitios visitados y de la información contenida en ellos. También las guías de práctica clínica, que proporcionan recomendaciones a los profesionales y usuarios para tomar decisiones de intervención según la condición clínica presentada. Las evidencias científicas obtenidas en estas fuentes de información pueden ser de nivel primario o investigaciones originales y de nivel secundario o basadas en la revisión sistemática de investigaciones originales.

En la tercera etapa se realiza una evaluación crítica de la evidencia encontrada, y en la cuarta etapa se realiza la implementación de las evidencias en la práctica, con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados entregados a los usuarios y sus familias, logrando que el acto del cuidado sea una actividad reflexiva, deliberada y autónoma. En la última etapa de la EBE deben ser evaluadas las consecuencias de aplicar la intervención elegida. Etapa de gran importancia para la práctica de enfermería, pues permite la retroalimentación permanente entre la investigación y la clínica. La aplicación de la EBE en la disciplina permite el desarrollo de la investigación, al convertir dudas planteadas en la clínica en problemas de investigación, como a su vez desarrollar la capacidad de lectura crítica de investigaciones reportadas. Estos conocimientos obtenidos de la investigación

en enfermería son luego utilizados en la práctica diaria al crear guías y protocolos de atención que permiten entregar cuidados óptimos en todos los niveles de atención en salud. (9)

## 1. Objetivos

### **Objetivo general:**

Analizar el tipo de investigación científica (cualitativa, cuantitativa, analítica, descriptiva, retrospectiva, prospectiva y transversal).

Cuantificar aquellos que realmente suponen el uso de la enfermería basada en la evidencia (EBE).

### **Objetivo específico:**

Estudiar las posibles correlaciones entre las distintas variables:

- 1.- Sexo
- 2.- Profesional o estudiante
- 3.- Tipo de trabajo
- 4.- Director de tesis
- 5.- Ámbito del trabajo
- 6.- Enfermería basada en la evidencia

## 2. Metodología

### **Tipo de Estudio**

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte retrospectivo.

El ámbito en el cual realizamos la investigación fue en la Escuela de Enfermería Povisa, perteneciente a la Universidad de Vigo.

### **Población de Estudio**

La población de estudio estuvo compuesta por todos los trabajos fin de grado, de los estudiantes que han realizado el Grado de Enfermería y el curso puente o curso de adaptación al grado, en la Escuela Universitaria de Enfermería de POVISA en las promociones que terminaron en los cursos 2010/2011, 2011/2012, y 2012/2013.



## Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

- Todos los TFG tanto de estudiantes como de profesionales que hayan realizado el Grado de Enfermería en la Escuela Universitaria de POVISA o bien el curso puente o curso de adaptación al grado.

Exclusión:

- De todos aquellos estudiantes matriculados en las promociones de grado, se han excluido 22 de los trabajos de fin de grado por no encontrarse físicamente en la Escuela Universitaria de POVISA.

Las variables que se han utilizado para la realización de este estudio son:

- Curso
- Edad
- Sexo
- Director de trabajo (medico o enfermería)
- Tipo de trabajo 1 (cualitativo cuantitativo o cuantitativo/cualitativo)
- Tipo de trabajo 2 (descriptivo, analítico o descriptivo/analítico)
- Tipo de trabajo 3 ( retrospectivo, prospectivo o transversal)
- EBE ( SI se trata o no de un trabajo de enfermería basada en la evidencia)
- Ámbito (clasificación hecha en la escuela y detallada en resultados)

Toda la información obtenida fue tratada de forma totalmente confidencial, según la normativa de la Ley Orgánica 15/ 1999 de Protección de datos personales.

### 3. Resultados

VARIABLES		PORCENTAJES	CASOS
SEXO	Varón	18,1%	34
	Mujer	81,9%	154
CURSO	2010/2011	31,4%	59
	2011/2012	33%	62
	2012/2013	35,6%	67
OCUPACION	Profesional	66,5%	125
	Estudiante	33,5%	63

<b>TIPO DE TRABAJO 1</b>	Cuantitativo	52,1%	98
	Cualitativo	28,7%	54
	Cuantitativo/cualitativo	7,4%	14
<b>TIPO DE TRABAJO 2</b>	Analítico	8%	15
	Descriptivo	72,3%	136
	Descriptivo/analítico	8%	15
<b>TIPO DE TRABAJO 3</b>	Retrospectivo	47,3%	89
	Prospectivo	13,3%	25
	Transversal	27,7%	52
<b>DIRECTOR DE TRABAJO</b>	Enfermero	18,6%	35
	Enfermera	21,8%	41
	Medico	47,9%	90
<b>EBE</b>	Si	13,3%	25
	no	89%	141
<b>AMBITO</b>	Cirugía	14,4%	27
	Cuidados críticos	6,4%	12
	Educación sanitaria	12,2%	23
	Enfermería	1,1%	2
	Ética/legislación	3,2%	6
	Farmacología	4,3%	8
	Geriatría	2,1%	4
	Gestión/calidad	14,9%	28
	Materno	2,1%	4
	Medica	11,2%	21
	Oncología	5,3%	10
	Pediatría	2,7%	5
	Salud mental	4,3%	8
	Terapias alternativas	1,1%	2
	Urgencias	3,2%	6

Tabla 1. RESUMEN DATOS ELABORACION PROPIA

De toda la población de estudio un 81,9% (n=154) fueron mujeres y un 18,1% (n=34) fueron hombres

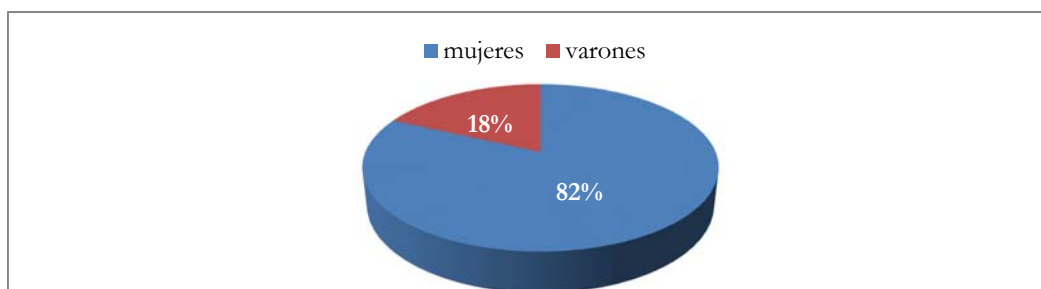
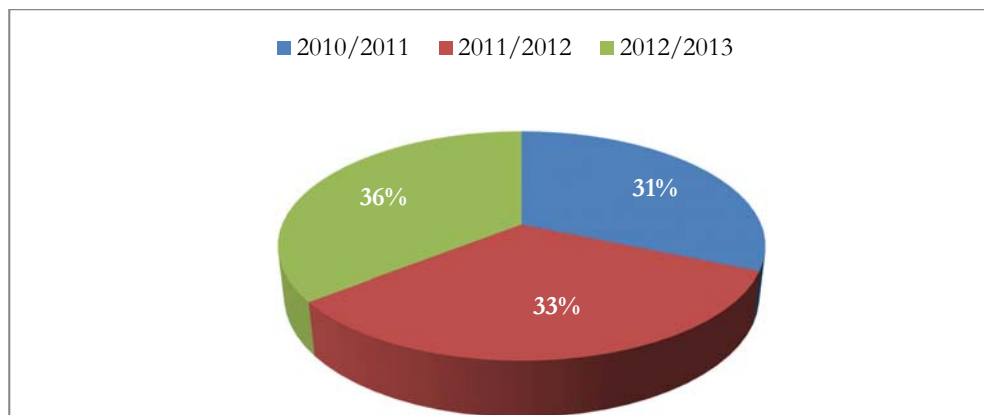


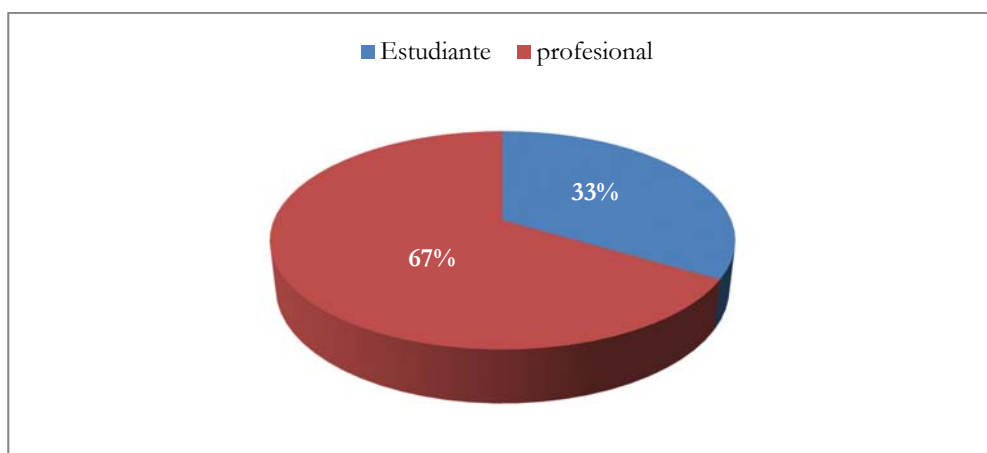
Figura 1: Sexo

Teniendo en cuenta el año de graduación un 31,4% (n=59) corresponden a 2010/2011, un 33% (n=62) corresponden a 2011/2012 y un 35,6% (n=67) corresponden a 2012/2013.



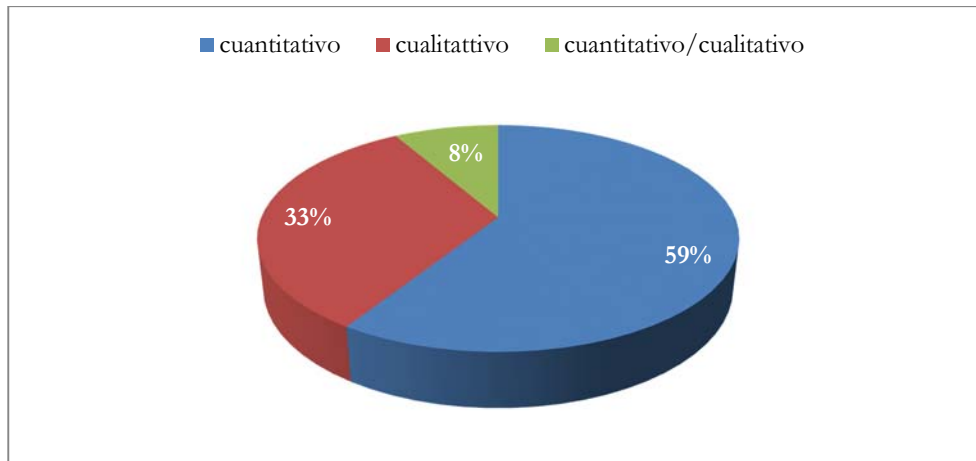
**Figura 2: Curso académico**

Atendiendo a la ocupación un 33,5% (n=63) fueron estudiantes y un 66,5% (n=125) fueron profesionales.



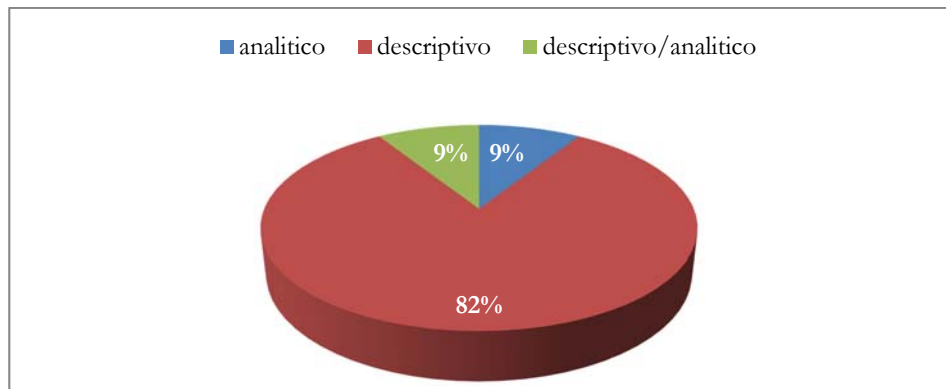
**Figura 3: Ocupación durante la realización del TFG**

Atendiendo a la primera clasificación del tipo de trabajo un 28,7% (n=54) fueron cualitativos un 52,1% (n=98) cuantitativos y un 7,4% (n=14) fueron cualitativos/cuantitativos.



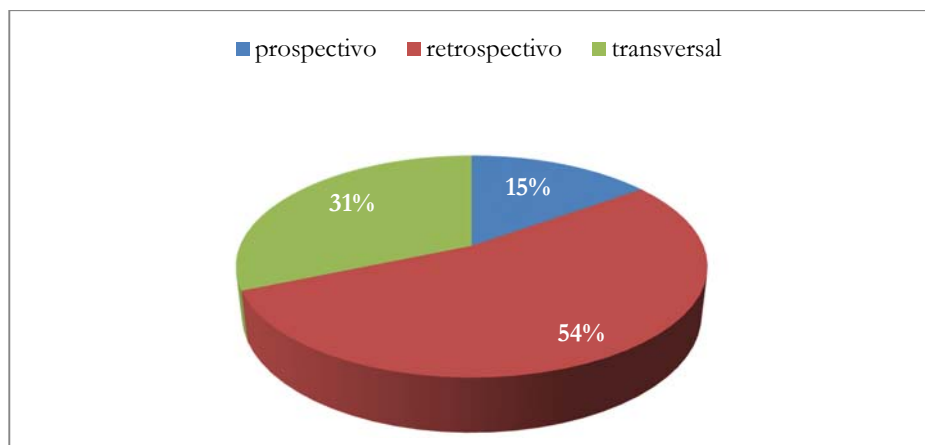
**Figura 4: Tipo de trabajo según la primera clasificación**

Atendiendo a la segunda clasificación del tipo de trabajo un 8% (n=15) fueron analíticos 72,3% (n=136) fueron descriptivos y un 8% (n=15) fueron descriptivos analíticos.



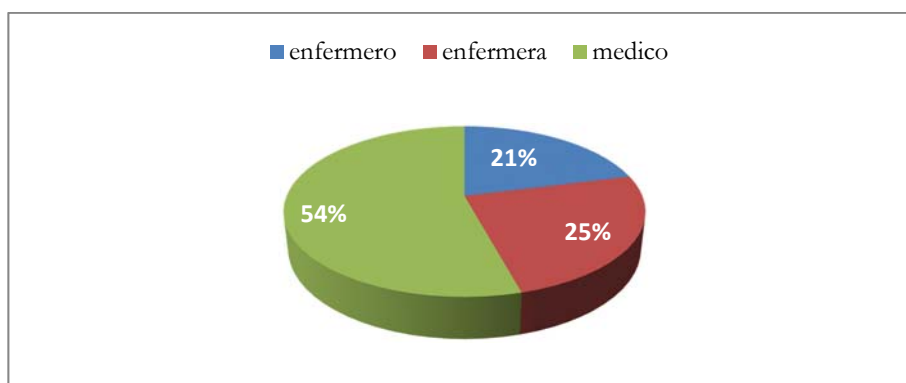
**Figura 5: Tipo de trabajo según la segunda clasificación**

Atendiendo a la tercera clasificación del tipo de trabajo un 13,3% (n=25) fueron prospectivos, un 47,3% (n=89) fueron retrospectivos y un 27,7% (n=52) transversales. Se han eliminado de los gráficos la variable de tipo longitudinal, debido a que no se han encontrado trabajos que sigan esta línea de investigación.



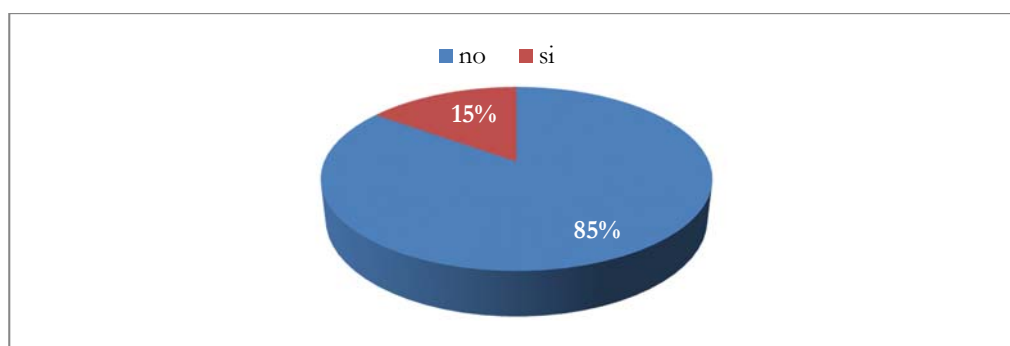
**Figura 6: Tipo de trabajo según la tercera clasificación**

En cuanto al director de la tesis un 21,8% (n=41) fueron enfermeras, un 18,6% (n=35) fueron enfermeros y un 47,9% (n=90) fueron médicos.



**Figura 7: Director de Trabajo**

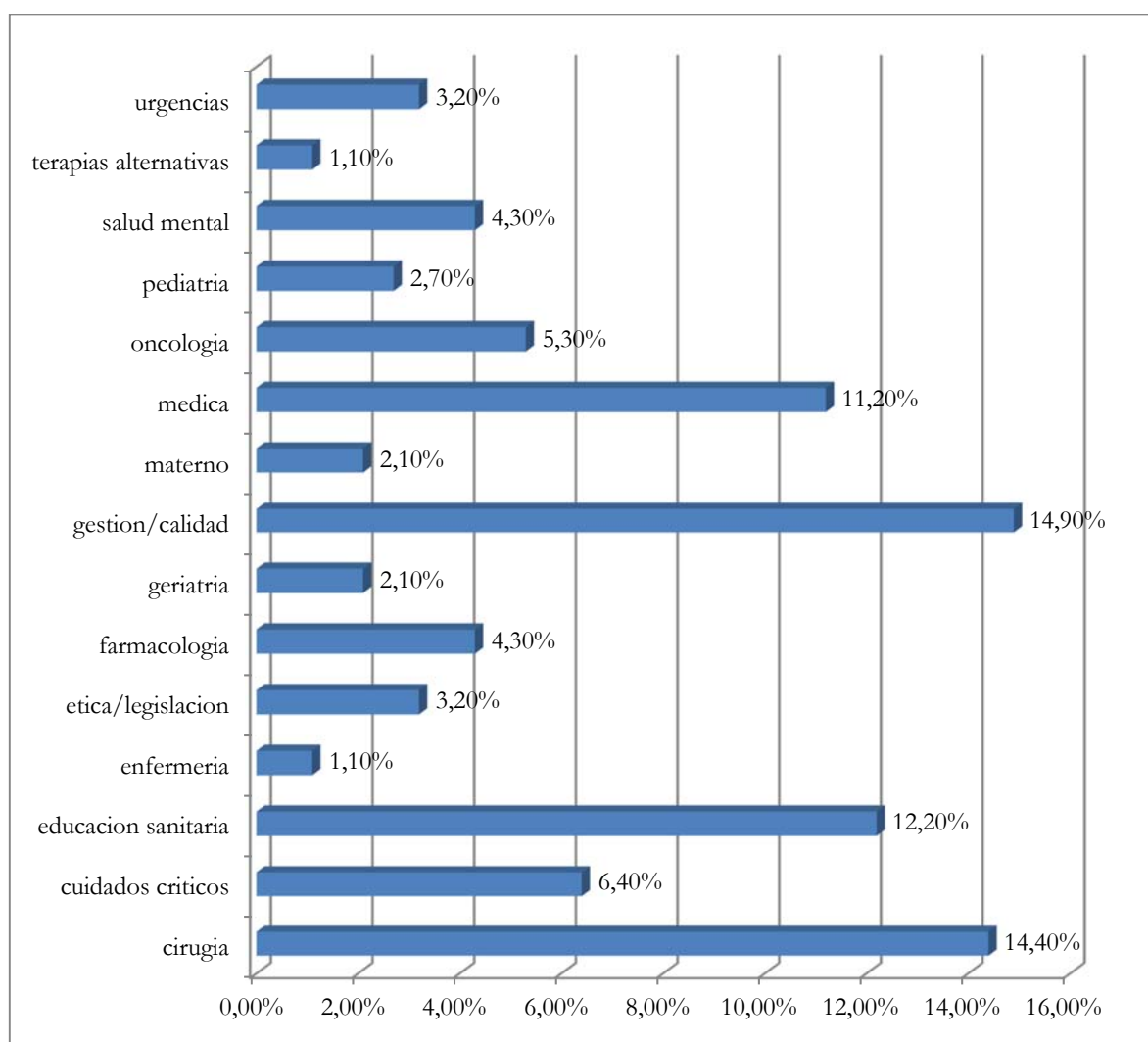
Fueron trabajos de enfermería basada en la evidencia un 13,3% (n=25) y no lo fueron un 75% (n=141)



**Figura 8: Basados o no en enfermería basada en la evidencia**

En cuanto al ámbito en el que se clasifican los trabajos, la mayoría ya estaban clasificados por normativa de la escuela, solo los del último curso de estudio (2012/2013) que no estaban clasificados se han clasificado atendiendo a los criterios anteriores.

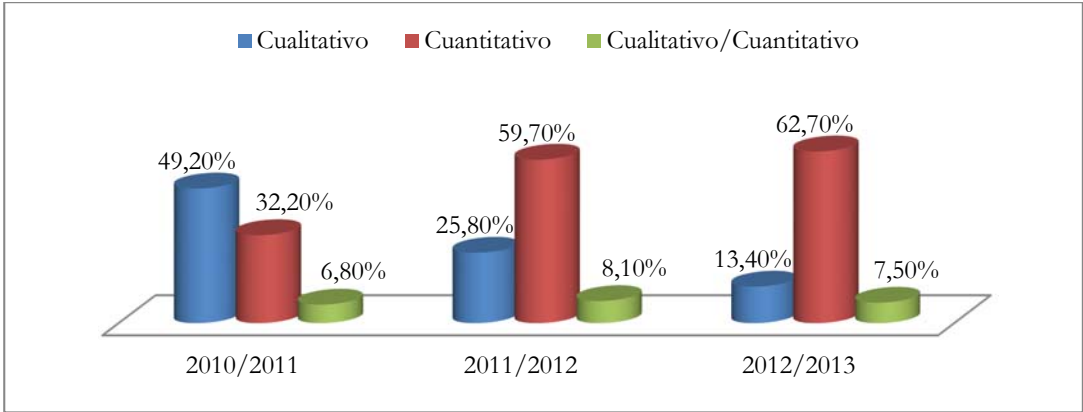
Por lo tanto un 3,2% (n=6) son del ámbito de urgencias, un 1,1% (n=2) de terapias alternativas, un 4,3% (n=8) de salud mental/psiquiatría un 2,7% (n=5) de pediatría, un 5,3% (n=19) de oncología, un 11,2% (n=21) de medica, un 2,1% (n=4) de materno, un 14,9% (n=28) de gestión/calidad, un 2,1% (n=4) de geriatría, un 4,3% (n=8) de farmacología, un 3,2% (n=6) de ética/legislación, un 1,1% (n=2) de enfermería, un 12,2% (n=23) de educación sanitaria, un 6,4% (n=12) de cuidados críticos y un 14,4% (n=27) de cirugía.



**Figura 9: Clasificación según ámbitos (elaboración propia)**

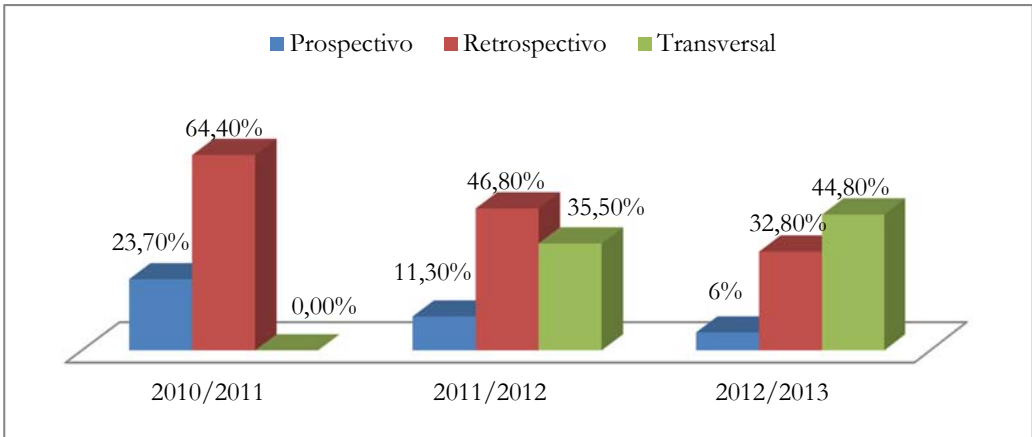
Realizadas las correlaciones entre variables, se han a la elaborado tablas de contingencia, obteniendo unos valores, que aplicando el chi cuadrado han dado resultados diversos, de los cuales se han incluido en este estudio solo los que han sido significativos.

Atendiendo a la relación entre los cursos y el primer tipo de trabajo analizado fueron; en el curso 2010/2011, de tipo cualitativo un 49,2% (n=29), de tipo cuantitativo un 32,2% (n=19) y de tipo cualitativo/cuantitativo un 6,8% (n=4); en el curso 2011/2012, fueron de tipo cualitativo un 25,8% (n=16), de tipo cuantitativo un 59,7% (n=37), y de tipo cualitativo/cuantitativo un 8,1% (n=5); y en el curso 2012/2013, fueron de tipo cualitativo un 13,4% (n=9), de tipo cuantitativo un 62,7% (n=42) y de tipo cualitativo/cuantitativo un 7,5% (n=5).



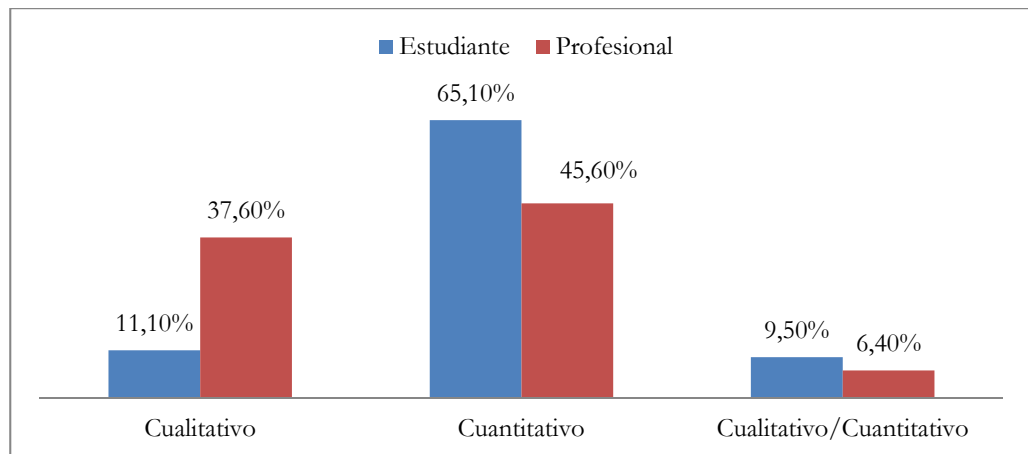
**Figura 10: Correlación entre cursos y el tipo de trabajo según la primera clasificación**

Atendiendo a la relación que entre los cursos y el tercer tipo de trabajo analizado fueron; en el curso 2010/2011, de tipo prospectivo un 23,7 % (n=14), de tipo retrospectivo un 64,4% (n=38) y de tipo transversal un 0% (n=0); en el curso 2011/2012, fueron de tipo prospectivo un 11,3% (n=7), de tipo retrospectivo un 46,8% (n=29), y de tipo transversal un 35,5% (n=22); y en el curso 2012/2013, fueron de tipo prospectivo un 6% (n=4), de tipo retrospectivo un 32,8% (n=22) y de tipo transversal un 44,8% (n=30).



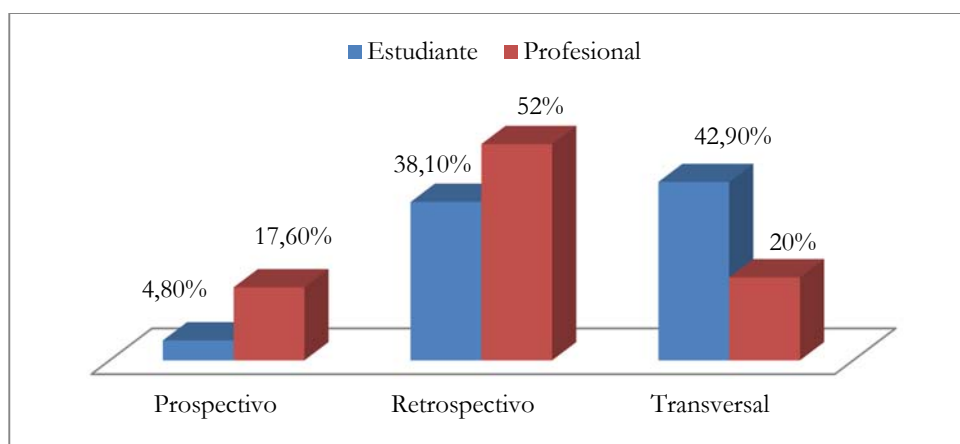
**Figura 11: Correlación entre cursos y el tipo de trabajo según la tercera clasificación**

En cuanto a la relación entre la ocupación y el primer tipo de trabajo analizado, han resultado de tipo cualitativo un 11,1% (n=7) lo han hecho estudiantes y un 37,6% (n=41) profesionales; de tipo cuantitativo un 65,1% (n=41) lo han hecho estudiantes y un 45,6% (n=57) profesionales; y de tipo cualitativo/cuantitativo un 9,5% (n=6) lo han hecho estudiantes y un 6,4% (n=8) profesionales.



**Figura 12: Correlación entre tipo de trabajo según la primera clasificación y la ocupación.**

En cuanto a la relación entre la ocupación y el tercer tipo de trabajo analizado ha resultado que de tipo prospectivo un 4,8% (n=3) lo han hecho estudiantes y un 17,6% (n=22) profesionales; de tipo retrospectivo un 38,1% (n=24) lo han hecho estudiantes y un 52% (n=65) profesionales; y de tipo transversal un 42,9% (n=27) lo han hecho estudiantes y un 20% (n=25) profesionales.

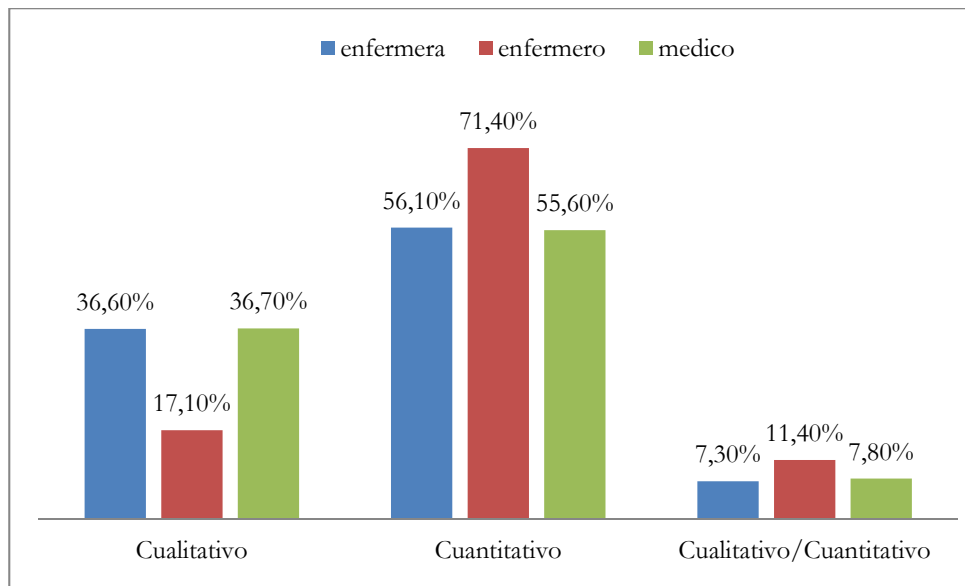


**Figura 13: Correlación entre tipo de trabajo según la tercera clasificación y la ocupación**

Atendiendo a la relación entre el primer tipo de trabajo y el director de TFG, los resultados fueron; de tipo cualitativo los han dirigido con un 36,6% (n=15) una enfermera, con un 17,1 (n=6)

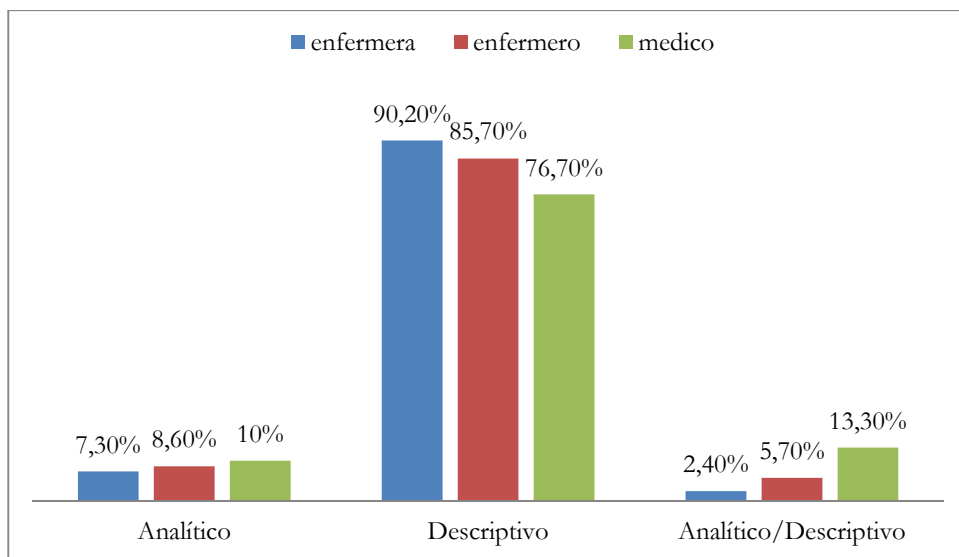


un enfermero, y con un 36,7% (n=33) un medico; de tipo cuantitativo los han dirigido con un 56,1% (n=23) una enfermera, con un 71,4% (n=25) un enfermero, y con un 55,6% (n=50) un medico; y de tipo cualitativo/cuantitativo los han dirigido con un 7,3% (n=3) una enfermera, con un 11,4% (n=4) un enfermero, y con un 7,8% (n=7) un médico.



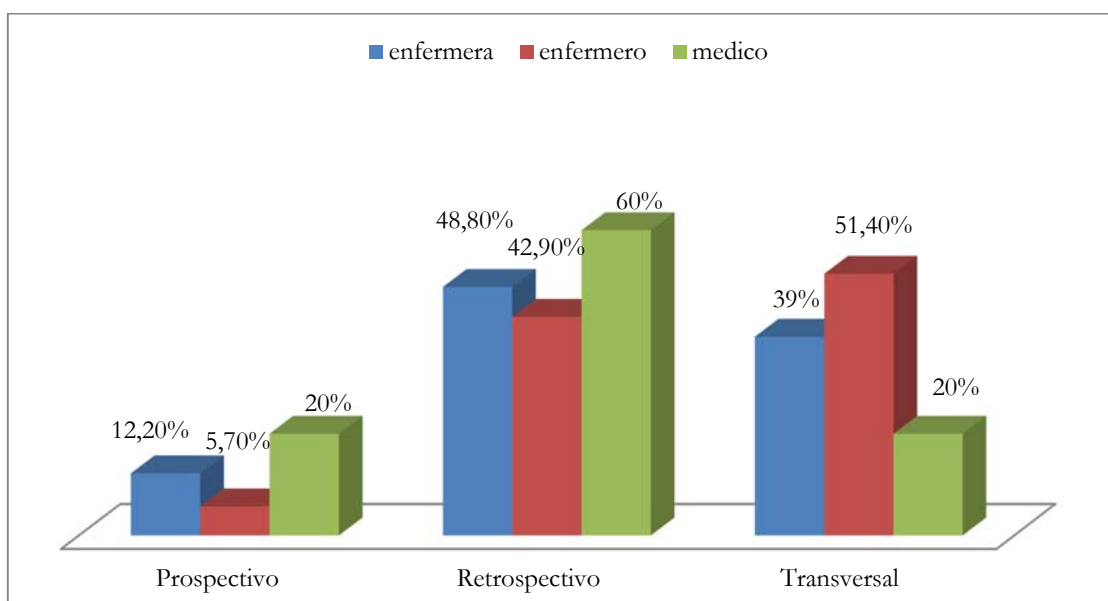
**Figura 14: Correlación entre tipo de trabajo según la primera clasificación y el director de TFG**

En cuanto a la relación entre el segundo tipo de trabajo y el director de TFG, los resultados fueron; de tipo analítico lo han dirigido con un 7,3% (n=3) una enfermera, con un 8,6% (n=3) un enfermero, y con un 10% (n=9) un medico; de tipo descriptivo los han dirigido con un 90,2% (n=37) una enfermera, con un 85,7% (n=30) un enfermero, y con un 76,7% (n=69) un medico; y de tipo analítico/descriptivo los han dirigido con un 2,4% (n=1) una enfermera, con un 5,7% (n=2) un enfermero, y con un 13,3% (n=12) un medico.



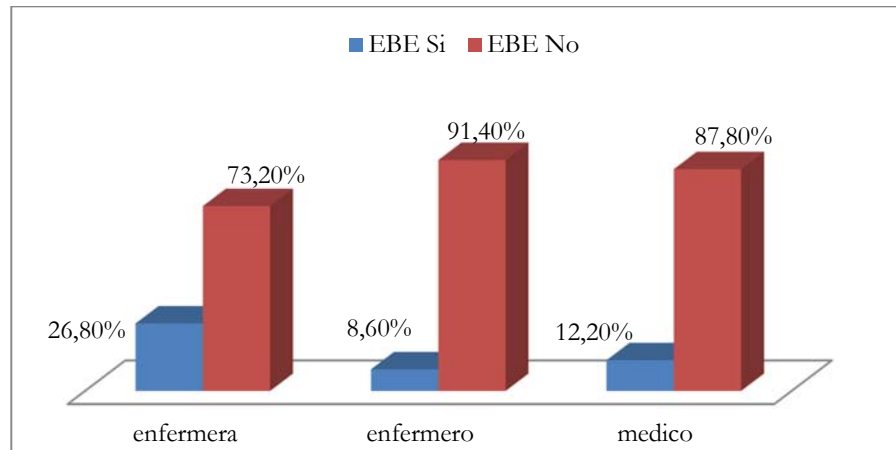
**Figura 15: Correlación entre el tipo de trabajo según la segunda clasificación y el director de TFG**

En cuanto a la relación entre el tercer tipo de trabajo y el director de TFG, los resultados fueron; de tipo prospectivo lo han dirigido con un 12,2% (n=5) una enfermera, con un 5,7% (n=2) un enfermero, y con un 20% (n=18) un medico; de tipo retrospectivo los han dirigido con un 48,8% (n=20) una enfermera, con un 42,9% (n=15) un enfermero, y con un 60% (n=54) un medico; y de tipo transversal los han dirigido con un 39% (n= 16) una enfermera, con un 51,4% (n=18) un enfermero, y con un 20% (n=18) un médico.



**Figura 16: Correlación entre tipo de trabajo según la tercera clasificación y el director de TFG**

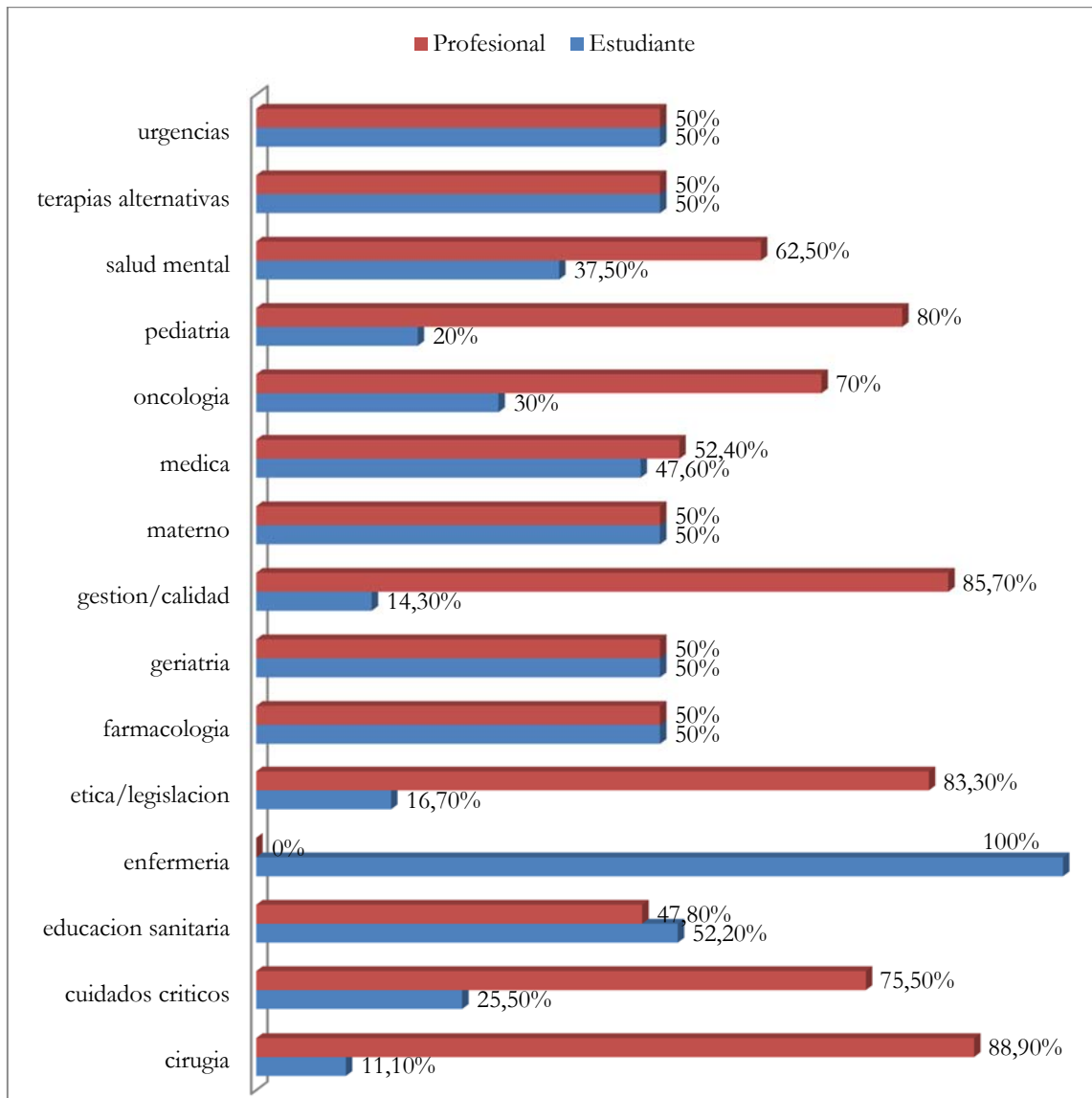
Otras variables que se relacionaron son las de Director de TFG, con si la variables de Enfermería basada en la evidencia; los resultados fueron que, de los trabajos dirigidos por una enfermera un 26,8% (n=11) sí fueron de EBE, y un 73,2% (n=30) no lo fueron; de los que fueron dirigidos por un enfermero un 8,6% (n=3) sí fueron de EBE, y un 91,4% (n=32) no lo fueron; y de los que fueron dirigidos por un medico un 12,2% (n=11) sí fueron de EBE y un 87,8% (n=79) no lo fueron.



**Figura 17: Correlación entre director de TFG y Enfermería basada en la evidencia**

Otras de las variables que se han correlacionado entre ellas, han sido la de ocupación, y el ámbito en el que se aloja el TFG; los resultados fueron que del ámbito de urgencias un 50% (n=3) fueron estudiantes, y un 50% (n=3) fueron profesionales; del ámbito de Terapias Alternativas un 50% (n=1) fueron estudiantes y un 50% (n=1) fueron profesionales; del ámbito de Salud Mental/Psiquiatría un 37,5% (n=5) fueron estudiantes, y un 62,5% (n=3) fueron profesionales; del ámbito de pediatría un 20% (n=1) fueron estudiantes, y un 80% (n=4) fueron profesionales; del ámbito de oncología un 30% (n=3) fueron estudiantes, y un 70% (n= 7) fueron profesionales; del ámbito de medica un 47,6% (n=10) fueron estudiantes, y un 52,4% (n=11) fueron profesionales; del ámbito de materno-infantil un 50% (n=2) fueron estudiantes, y un 50% (n=2) fueron profesionales; del ámbito de gestión/calidad un 14,3% (n=4) fueron estudiantes, y un 85,7% (n=24) fueron profesionales; del ámbito de geriatría un 50% (n=2) fueron estudiantes, y un 50% (n=2) fueron profesionales; del ámbito de farmacología un 50% (n=4) fueron estudiantes, y un 50% (n=4) fueron profesionales; del ámbito de ética/legislación un 16,7% (n=1) fueron estudiantes, y un 83,3% (n=5) fueron profesionales; del ámbito enfermería el 100% (n=2) fueron estudiantes; de ámbito educación sanitaria un 52,2% (n=12) fueron estudiantes, y un 47,8% (n=11) fueron profesionales; del ámbito cuidados críticos un 25% (n=3) fueron estudiantes, y un 75% (n=9)

fueron profesionales; y por último en el ámbito de cirugía un 11,1% (n=3) fueron estudiantes, y un 88,9% (n=24) fueron profesionales.



**Figura 18: Correlación entre ámbito del TFG y la ocupación. (Elaboración propia)**

La última tabla significativa que se ha obtenido es en la que se correlaciona el ámbito donde se ha ubicado el estudio y el director de TFG que lo ha dirigido.

Por lo tanto los resultados que se han obtenido son los siguientes; para el ámbito de urgencias un 16,7% (n=1) lo ha dirigido una enfermera, un 16,7% (n=1) un enfermero, y un 66,7% (n=4) un médico; para el ámbito de terapias alternativas un 50% (n=1) lo ha dirigido una enfermera, y el otro 50% (n=1) un médico; para el ámbito de salud mental un 25% (n=2) lo ha dirigido una enfermera, mientras que el 75% (n=6) lo ha dirigido un médico; en el ámbito de pediatría el 60%

(n=3) lo ha dirigido un enfermero, y el 40% (n=2) lo ha dirigido un médico; para el ámbito de oncología el 20% (n=2) lo ha dirigido una enfermera, el 10% (n=1) un enfermero, y el 70% (n=7) un médico; Para el ámbito de médica un 19% (n=4) lo ha dirigido una enfermera, un 23,8% (n=5) un enfermero, y un 57,1% (n=12) un médico; siguiendo con el ámbito de materno-infantil un 25% (n=1) lo ha dirigido un enfermero, y un 75% (n=3) un médico; en el ámbito de gestión/calidad un 35,7% (n=10) lo ha dirigido una enfermera, un 10,7% (n=3) un enfermero, y un 53,6% (n=15) un médico; mientras que en el ámbito de geriatría un 25% (n=1) lo ha dirigido una enfermera, y un 75% (n=3) un médico; en el ámbito de farmacología un 25% (n=2) lo ha dirigido una enfermera, un 25% (n=2) un enfermero, y un 50% (n=4) un médico; en el ámbito de ética/legislación un 50% (n=3) lo ha dirigido una enfermera, y el otro 50% (n=3) un enfermero; mientras que en el ámbito de enfermería un 50% (n=1) lo ha dirigido un enfermero, y el otro 50% (n=1) un médico; para el ámbito de educación sanitaria un 43% (n=10) lo ha dirigido una enfermera, un 34,8% (n=8) un enfermero, y un 21,7% (n=5) un médico; para el ámbito de cuidados críticos un 25% (n=3) lo ha dirigido una enfermera, un 16,7% (n=2) un enfermero, y un 58,3% (n=7) un médico; y por último en el ámbito de cirugía un 7,4% (n=2) lo ha dirigido una enfermera, un 18,5% (n=5) un enfermero, y el restante 74,1% (n=20) han sido dirigidos por un médico.

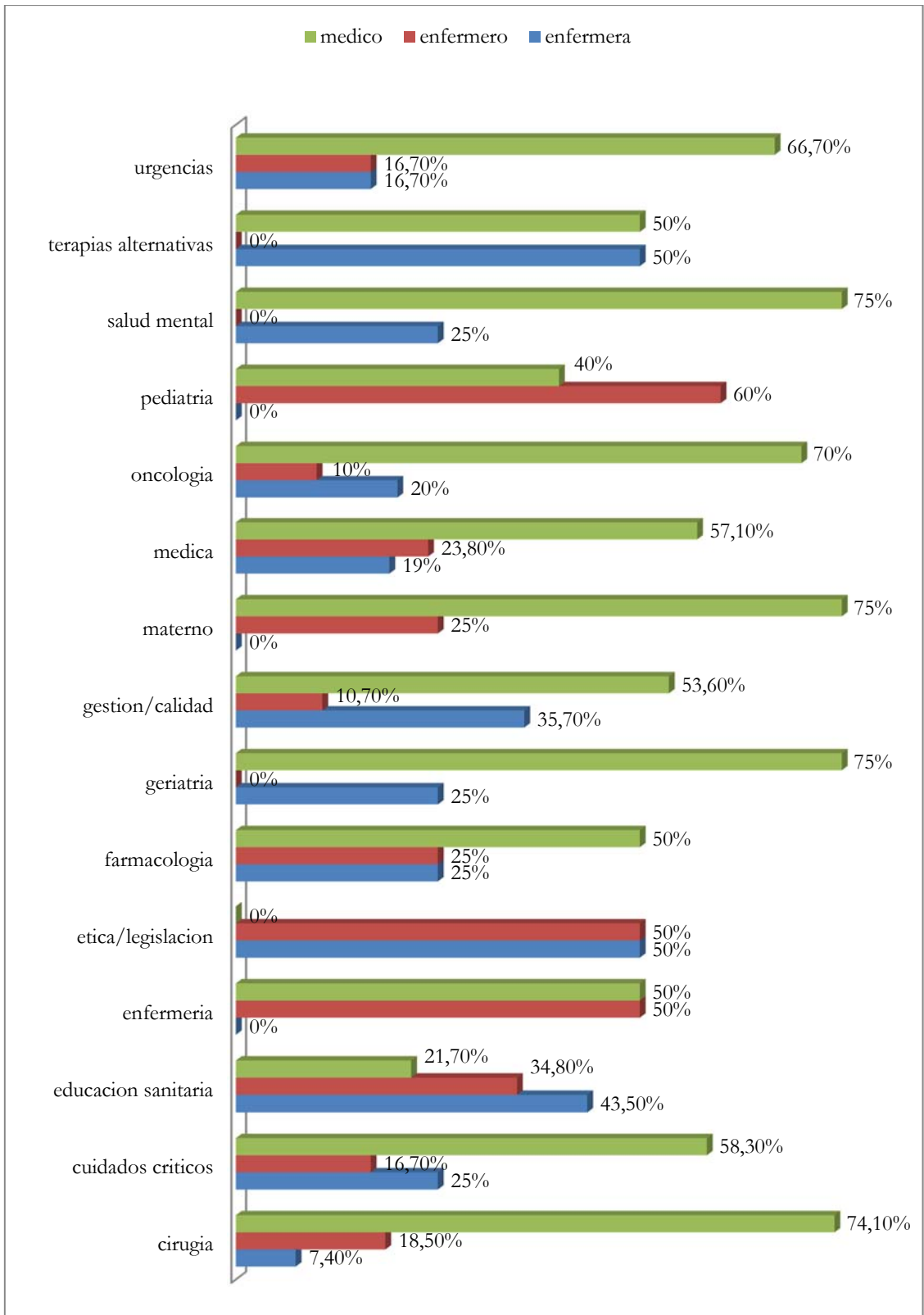


Figura 19: Correlación entre ámbito y director de TFG.(elaboración propia)

## 4. CONCLUSIÓN

Partiendo de los resultados obtenidos en este estudio, se han obtenido las siguientes conclusiones acerca de cuál es el tipo de estudio que prevalece:

- En la primera clasificación de trabajos realizada la mayoría de los trabajos analizados eran de carácter cuantitativo.
- En la segunda clasificación de trabajos realizada la mayoría de los trabajos analizados eran de carácter descriptivo
- En la tercera clasificación de trabajos realizada la mayoría de los trabajos eran de corte retrospectivo.

Después del análisis de las correlaciones entre variables los resultados significativos son:

- La mayoría de los trabajos de fin de grado están realizados por mujeres.
- Llama la atención que en esta escuela, los trabajos realizados por profesionales, que estaban haciendo la adaptación al grado, supere por una cantidad notable al de estudiantes.
- El tipo de trabajo predominante, es el cuantitativo, descriptivo, de corte retrospectivo.
- Los directores de tesis, son casi a partes iguales enfermeros/enfermeras y médicos. Dentro de los enfermeros las del sexo femenino son las que más trabajos han dirigido.
- Los ámbitos en los que más trabajos hay, son el de Gestión y calidad asistencial, y el de cirugía.
- La enfermería basada en la evidencia, todavía no es uno de los pilares en investigación en esta escuela, cosa que seguramente cambiará en el futuro.

## ***BIBLIOGRAFÍA***

1 González O; Martínez, D; Martínez, J. Factores que influyen en la realización de actividades científicas en los estudiantes de enfermería en la universidad centro occidental Lisandro Alvarado. Tesina. Barquisimeto: Universidad Lisandro Alvarado, Decanato de ciencias de la salud; 2012.

2 Triviño, Z. Paradigmas de investigación en enfermería. Ciencia y enfermería. 2005 Mayo; XI(1).

3 Monroy, AM. El trabajo de fin de grado como evaluador de las competencias profesionales del enfermero generalista. Tesis Doctoral. Madrid: Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid , Departamento de Enfermería; 2011. Report No.: ISBN: 978-84-694-6519-6.

- 4 Cuesta, Cdl. Características de la Investigación cualitativa y su relación con la enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. 1997 septiembre.
- 5 Cuesta, Cdl. Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería. Metas de Enfermería. 2006 marzo; 9(50).
- 6 Pita Fernández, S; Pértegas Díaz, S. Investigación cuantitativa y cualitativa. Trabajo. A Coruña: Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo., Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística.; 2002.
- 7 Icart, MT. La investigación en enfermería a través de los artículos publicados en las revistas Rol y Enfermería Científica. Enfermería Científica. 1991 Noviembre;(116).
- 8 Llor S, Miriam A. Necesitábamos la reforma universitaria y ha llegado Bolonia. Enfermería Global. 2009 Octubre;(17).
- 9 Yáñez, AO. Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. Ciencia y enfermería. 2007 Enero; XIII(1).
- 10 Garcia, JC; Martínez,MR. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. Alicante.
- 11 Cuesta ,Cdl. Investigación cualitativa y práctica de enfermería. Investigación y Educación en enfermería. 1998 julio; I(1).
- 12 Amezcua ,M; Toro, AG. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública. 2002 Septiembre; 76(5).
- 13 Cabrero, J. Análisis de la literatura empírica de la investigación enfermera española. nfermería científica. 1992 Mayo;(122).
- 14 Galvan,JP; Goig, ML. Análisis de referencias Bibliográficas de los artículos originales publicados en Enfermería Intensiva frente a tres revistas de enfermería de ámbito general. Enfermería Intensiva. 1994 octubre; 5(4).
- 15 Crespo ,ML; Moreno, FV; Santamaría ,JMD; Malo, RG. Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. INDEX DE ENFERMERIA. 2004 abril; 44(47).
- 16 Martínez, DE. Boletín 2012/2013. Revista de actividades de la asociación española de enfermería en endoscopia digestiva. 2013;(18).
- 17 Rioja, EC. El espacio europeo de educación superior... dónde estamos ahora? ENFERMERÍA dermatológica. 2009 enero;(6).
- 18 Sánchez, MDC. La formación de grado en enfermería: reto y reconocimiento académico de la profesión. revista noviembre:Maquetación. 2011 noviembre.
- 19 Soriano, MG. Evolución de las Publicaciones de Salud Pública, y Enfermería Comunitaria en 6 revistas españolas durante 10 años. Enfermería Clínica. 1997 marzo; 7(5).



- 20 García, JC. Producción Científica internacional. Rol de enfermería. 1999 noviembre; 22(761).
- 21 Burns N, K. GS. Investigación en Enfermería. Tercera edición ed. EdiDe S, editor. Barcelona: Elsevier España; 2011.
- 22 Burns N, Grove SK. Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. quinta edición ed. EdiDe S, editor. Barcelona: Elsevier Saunders; 2012.
- 23 Salamanca Castro, AB. El aeiou de la investigación en Enfermería. Primera edición. ed. Fuden . Madrid: Fuden; 2013.
- 24 Serrano, P. Trabajo fin de Grado en Ciencias de la salud. Primera edición ed. Enfermería DAE, editor. Madrid: DAE SL; 2012.
- 25 Fernández-Lasquetty B. Introducción a la Investigación en Enfermería. Primera edición ed. AE , editor. Madrid: DAE SL; 2012.

# ¿Vida? o MUERTE: Eutanasia.

## Life? or Death: Euthanasia.

Manuel Pabón Carrasco <sup>1</sup>

[mpabon@cruzroja.es](mailto:mpabon@cruzroja.es)

*Centro de Enfermería de Cruz Roja, Adscrito a la Universidad de Sevilla.*

### **Resumen.**

**Objetivo:** En este estudio se presenta la visión general de las enfermeras/os sobre la eutanasia por tanto se mide el grado de acuerdo y desacuerdo del personal sanitario enfermero frente a una posible muerte asistida a un paciente.

**Metodología:** Se entrevistarán a 60 enfermeras/os graduados del personal sanitario del Hospital Virgen Macarena, a los que se les pasará un cuestionario con opción múltiple.

**Resultados:** El concepto de eutanasia en términos generales es bien conocido por los enfermeros del Hospital Universitario Virgen Macarena. Se encuentran dificultades a la hora de relacionar la eutanasia pasiva con la omisión del tratamiento. Así mismo, un 97% de ellos tienen consciencia de la existencia del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas y al 81,67% no le suponen sus creencias religiosas un impedimento para aplicar la eutanasia. El 100% piensa que enfermería debería ser un pilar en este debate.

**Conclusión:** Los enfermeros tienen unas ciertas nociones con el marco de los cuidados paliativos. No obstante, podría ser mejorable al detectarse déficit en algunas parcelas de conocimiento.

Tampoco se han encontrado verdaderos obstáculos en caso de legalizarse este recurso.

**Palabras claves.** **Eutanasia**, **Encarnizamiento terapéutico**, **Anestesia terminal**, **Omisión terapéutica**.

---

<sup>1</sup> Manuel Pabón Carrasco, Eva del Rocío Martínez Alfonso, Lorena Giles Cózar, Paloma Gómez Hinojosa, Blanca Montes Serrano. Email: [mpabon@cruzroja.es](mailto:mpabon@cruzroja.es) , [conroc2@yahoo.es](mailto:conroc2@yahoo.es) Centro de Enfermería de Cruz Roja, Adscrito a la Universidad de Sevilla.

## **Abstract.**

**Aim.** In this study, it is presented the nurses' general view about euthanasia. In addition, it is measured the personal medical staff's degree of agreement and disagreement in case of a possible assisted death situation along their career development.

**Methodology.** It will be carry out a survey among 60 Virgen Macarena Hospital's graduated nurses, they will be given a questionnaire which has multiple options.

**Results:** Euthanasia, in general terms, is properly known by Virgen Macarena Hospital's nurses. However, identification problems about passive euthanasia and treatment omission were perceived. Moreover, an amount of 97% acknowledged the existence of RVA. Religion was not an obstacle towards euthanasia. All of them thought nurses should be a reference in the debate.

**Conclusions:** Hence, nurses are acquainted with palliative care treatment. Although, it could be improve. Real obstacles were not found either.

**Keywords.** **Euthanasia. Overtreatment. Terminal anesthesia Therapeutic omission.**

## **Introducción**

Etimológicamente la palabra eutanasia significa <<Buena muerte>>, sin embargo, debido a la controversia del término ha empezado a cargarse de muchos significados éticos y morales que han hecho que ya no sea precisa y por ese motivo necesita de una nueva definición.

Actualmente, el concepto de eutanasia engloba aspectos como: Muerte del paciente de forma directa e intencionada, realizada por petición expresa del mismo y en pleno uso de sus facultades, ante el sufrimiento por una enfermedad terminal y por personal sanitario que está en contacto diario con él. <sup>1</sup> El desarrollo de la medicina en nuestra sociedad ha hecho que se prolongue significativamente la vida de las personas y mejore su calidad de vida. No obstante, ha conllevado a que en algunas ocasiones se alargue el sufrimiento de personas con enfermedades irreversibles. Todo ello también relacionado con la evolución del concepto de <<muerte>>. Hubo un tiempo en el que los enfermos se llevaban a sus viviendas para que pudieran morir rodeados de sus seres queridos, se recorrían las calles de los pueblos y ciudades con el féretro con el objetivo de conmemorar al fallecido. Sin embargo, desde hace algunos años, con la institucionalización de los cuidados esto ha cambiado. Las personas estamos asustadas a la muerte y por ello queremos que se desarrolle en silencio y lo más alejado de nuestras vidas como sea posible. Nos creamos así una utopía de que no existe solo porque no la vemos, como la avestruz que esconde la cabeza en la tierra. Derivado de esta interpretación de la muerte, nace el recelo a aceptar que una persona

expresen su deseo de dejar de vivir. Quizás la clave esté en integrar a la muerte como parte de la vida.<sup>2</sup>

En el tratamiento de pacientes con enfermedades terminales, hay una fina línea entre los tratamientos pertinentes y la encarnización terapéutica u obstinación médica. La obstinación médica son aquellas prácticas con fines diagnósticos o terapéuticos que en lugar de suponerle un beneficio al enfermo, le suponen un sufrimiento inútil. Detrás de esta conducta se encuentran otros intereses y un déficit de la competencia profesional, siendo aún en la actualidad contraria a la ética profesional.<sup>3</sup>

Entre las enfermeras que participaron en la encuesta realizada en un hospital, el 83% está en contra de la prestación de atención médica cuando se sabe que no traerá ningún efecto, al tiempo que aumenta el sufrimiento y la prolongación de la muerte. El 45% de los encuestados considera inaceptable la eutanasia, el 41% piensa que la eutanasia se puede realizar en los casos en que el sufrimiento del paciente no puede ser relevado.<sup>4</sup>

Hay que diferenciar entre eutanasia pasiva que se define como la no actuación o el abandono del tratamiento iniciado, no interviniendo en frenar el proceso de muerte con todos los recursos que tenemos a nuestro alcance y la eutanasia activa que consiste en la aplicación de algún tipo de sustancia con el objetivo de acabar con la vida de la persona.<sup>5</sup> En algunas ocasiones, en la unidad de cuidados paliativos, se hace uso de un recurso por expreso deseo del paciente que es la sedación terminal, consiste en la administración de fármacos para reducir el nivel de consciencia en aquellos enfermos cuyos síntomas son muy intensos o por no reaccionar ante los tratamientos indicados.<sup>6</sup> El 42,6 % de los encuestados en un estudio realizado entre los médicos y enfermeras del área de cuidados paliativos de un hospital de Brasil afirman que es la familia el impedimento más importante para la realización de procedimiento y el 65,6% de los encuestados, cree que el tiempo de supervivencia de un paciente en la fase final no fue un factor determinante para la indicación de esta medida.<sup>7</sup>

En España existe un Registro de Voluntades Vitales Anticipadas que consiste en una manifestación escrita en la que se expresa las instrucciones y deseos en el ámbito sanitario que deben respetarse en aquellas situaciones clínicas donde el paciente no puede expresar personalmente su voluntad. Es necesario que a fecha de su realización el individuo esté en plenas facultades y tome la decisión libremente.<sup>8</sup>

El personal sanitario debe tener constancia del mismo para cumplir los deseos del paciente.

Uno de los principales motivos que nos ha llevado a elegir el tema de la eutanasia como eje fundamental del estudio es que es un tema de máxima actualidad. Hace unos años, se dio el caso de un doctor, Luis Montes, que fue acusado de administrar altas dosis de sedantes con la finalidad

de ayudar a morir a los pacientes que así lo deseaban. Tras el juicio, fue declarado inocente pero ha seguido participando activamente en grupos a favor de legalizar la eutanasia.<sup>9</sup> Con razón, ha sido llevado a varios ámbitos de la sociedad; como son el político, ocupando un importante puesto en los programas electorales de muchos partidos emergentes<sup>10,11,12</sup>; el jurídico, puesto que, como sabemos, la eutanasia no puede practicarse de forma legal en España (aunque sí en algunos países europeos y ciertos estados de EE.UU); el ético, puesto que no debemos olvidar que si hablamos de eutanasia, estamos evaluando si es moralmente adecuado proporcionar una muerte a un paciente o proporcionarle un suicidio asistido si este lo desea; y el sanitario, que es precisamente el que más nos interesa. Son los profesionales que trabajan en la sanidad, principalmente en cuidados paliativos, los que cargan con la responsabilidad de cuidar a estas personas y facilitar el difícil trance que supone estar en los últimos momentos de vida. Es en este contexto donde nace nuestro interés por saber si los enfermeros, que son las personas en mayor contacto directo con el paciente, tienen los conocimientos necesarios y están preparados moralmente para hacer frente a estas situaciones. Por ejemplo, en un estudio realizado a un grupo de médicos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Grecia, se puso de manifiesto el desconocimiento sobre la correcta definición del concepto eutanasia ya que un tercio de los encuestados así lo demostraron.<sup>13</sup>

## **1. Objetivos.**

Objetivos generales

- Determinar el grado de conocimiento y actitud de los/as enfermeros/as del hospital Virgen Macarena (Sevilla) ante la eutanasia.

Objetivos específicos:

- Analizar las diferencias de opiniones entre las enfermeras de las distintas unidades consideradas (UCI, Paliativos, Oncología, Medicina Interna y Neonatal).
- Valorar si la religión influye en la actitud ante la eutanasia.

## **2. Metodología.**

Tras la realización de una búsqueda bibliográfica de artículos anteriores relacionados con el tema para conocer los puntos que se habían tratado hasta el momento se sienta las bases para

la creación de un pilotaje cuya línea de investigación será el conocimiento y las actitudes sobre la eutanasia.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal en el que se mide el grado de conocimiento y actitud de los enfermeros/as ante la eutanasia.

La recogida de datos se realiza mediante un cuestionario de 22 ítems destinados unos a medir el grado de conocimiento y otros la actitud, de elaboración propia por el equipo ya que no se encontró ningún cuestionario previamente validado.

Posteriormente, se solicita el acceso al Hospital Universitario Virgen Macarena para lo que es necesario que nuestro protocolo sea aprobado por un comité ético.

Tras recibir la aprobación del mismo, se pasa a formar los grupos de estudios. Un total de 60 enfermeras constituyen la muestra que participa al reunir las características solicitadas. Se excluyen todas aquellas que no tengan la titulación de Enfermera y que no pertenezcan a una de las siguientes unidades: Medicina Interna, Oncología, Cuidados Paliativos, Neonatología y UCI, seleccionándose 12 de ellas por categoría. Se acuerda un día con los coordinadores de cada unidad que colaboran con el equipo de investigación en el que se lleva el cuestionario. Este, se deja durante 5 días en la unidad para que puedan participar 2 turnos de enfermeros ya que si no, no habría el número suficiente de participantes de cada grupo.

6 Acto seguido, una vez recogido los cuestionarios se realiza la introducción de los datos en la plataforma informática Epiinfo® y de esta forma se analizan los datos estadísticos. Las

variables consideradas son año en el que se recibió la titulación, unidad a la que pertenece la enfermera y edad.

7 En el programa se codifica la siguiente simbología: 0(Sí), 1(No), 2(No sé), en preguntas sobre grado de conocimiento y en preguntas sobre la actitud, 0(Totalmente de acuerdo), 1(De acuerdo), 2(En desacuerdo), 3(Totalmente en desacuerdo).

Acto seguido, se comparan con los resultados de otras investigaciones y a partir de ahí se extraen las conclusiones.

### 3. Resultados.

La edad media de las enfermeras es de  $46,5 \pm 14,5$ , siendo en su mayoría mujeres 86 %.

Se realiza una recogida de 12 cuestionarios por unidad estudiada haciendo un total de 60 cuestionarios.

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
Si	44	73,33%	(60,34-83,93)
No	16	26,67%	(16,07-39,66)

**Tabla 1: Conocen el término eutanasia**

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
Si	31	51,67%	(38,94-64,77)
No	25	41,67%	(29,07-55,34)
N/S	4	6,67%	(1,85-16,20)

**Tabla 2: Conocen el término eutanasia pasiva.**

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
Si	34	56,67%	(43,94-69,49)
No	14	23,33%	(13,37-36,04)
N/S	12	20,00%	(10,78-32,33)

**Tabla 3: Conocen el término encarnizamiento terapéutico.**

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
Si	28	46,67%	(43,94-69,49)
No	28	46,67%	(13,37-36,04)
N/S	4	6,67%	(10,78-32,33)

**Tabla 4: Eutanasia equivale a muerte digna.**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	18,33%
No	49	81,67%

**Tabla 5: Mis creencias religiosas me influyen en participar en la Eutanasia**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	52	86,67%
No	8	13,33

**Tabla 6: Prefiere añadir vida a los años que años a la vida**

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
Si	55	91,67%	(81,94-97,24)
No	3	5,00%	(1,37-13,04)
N/S	2	3,33%	(0,41-11,33)

**Tabla 7: Conoce el Registro de Voluntades Anticipadas.**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	13,33%
No	52	86,67%
N/S	0	0



**Tabla 8: La eutanasia es un fracaso en nuestro deber de salvar la vida.**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	47%
No	28	47%
N/S	4	6%

**Tabla 9: Eutanasia equivale a muerte digna.**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	100%
No	0	0%
N/S	0	0%

**Tabla 10: Enfermería debería participar en el debate de la eutanasia.**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	63,34%
No	16	26,67%
N/S	6	10%

**Tabla 11: Considera una forma de eutanasia la administración de mórficos sabiendo que pueden acortar la vida del paciente.**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	58,33%
No	17	28,33%
N/S	8	13,33%

**Tabla 12: Debe existir la libertad para practicar la eutanasia de acuerdo a la autodeterminación (Principio de autonomía) del enfermo.**

Servicios	Si	No
UCI	12	0
Medicina Interna	9	3
Neonatología	4	8
Paliativos	12	0
Oncología	12	0

Tabla 13: Enfermeros por unidad donde alguna vez un paciente le ha expresado su deseo de morir.

#### 4. Discusión.

El término eutanasia nunca estará libre de críticas y múltiples posiciones en contra o a favor, dependiendo de los intereses y juicios realizados por quien emita los comentarios acerca de este tan cuestionado método de dejar morir a una persona atendiendo a su expresa voluntad de no seguir viviendo, cuando sus expectativas de vida y estado actual le producen un grave sufrimiento.

Si revisamos la legislación actual de la profesión de enfermería encontramos que en el artículo 53.2 Sobre la Misión Enfermera , y en el artículo 54.3 Sobre los Cuidados Enfermeros, se entiende que la asistencia en una muerte digna es también competencia de ésta profesión.<sup>14</sup>

Acorde con el estudio realizado en un hospital universitario de Aguas Calientes a 30 médicos y 23 enfermeras donde se observa que un 75% de los participantes fue capaz de definir el concepto de eutanasia frente al 73% de los participantes de nuestro estudio que lo hacen de forma correcta.

En este mismo estudio, el 96.2 % considera que no sería un fracaso en su deber de salvar la vida, aspecto que se refuerza con el 87% de los enfermeros encuestados en esta investigación que comparten la misma idea.<sup>15</sup>

Se ha detectado también una dificultad a la hora de relacionar eutanasia pasiva y omisión al tratamiento, así como en la identificación del encarnizamiento terapéutico al aplicarlo en un caso práctico. Este déficit de conocimientos podría ser suplido con una correcta formación de los profesionales con carácter continuado, ya que manifiestan haber recibido información al inicio de su carrera universitaria. De esta forma, podrían actualizarse sus competencias paulatinamente.

Respecto a la religión, es un ítem que ha sido considerado en muy pocos estudios, sin embargo, se han encontrado dos artículos (2005 y 2009) cuyos autores realizaron una revisión bibliográfica del tema. En ambos, se detecta una influencia de las creencias religiosas en la actitud sobre la eutanasia. A pesar de ello, las enfermeras están haciendo un duro esfuerzo por dejar de lado sus principios religiosos y atender de forma imparcial y objetiva a sus pacientes, intentando no caer en el etnocentrismo.<sup>16-17</sup>

Estos datos nos hacen pensar que probablemente al preguntar de forma directa en nuestro cuestionario acerca de si la religión sería un impedimento, la mayoría de los encuestados han pensado que no, no obstante, en caso de haber hecho preguntas indirectas se hubiera podido identificar que efectivamente este aspecto si crea un conflicto emocional en los profesionales.

Hay discrepancia entre los enfermeros que participaron en este proyecto sobre si eutanasia equivale o no a muerte digna, posicionándose un 46% en ambos extremos.

Se plantea el debate de si una persona con una enfermedad terminal y que decide luchar, no va a tener una "muerte digna" respecto a las que deciden no continuar sufriendo los efectos de su enfermedad.

Recordamos de nuevo la contextualización social en la actualidad de buena muerte, principalmente identificada con un proceso rápido e indoloro.

En la mayoría de la bibliografía consultada, al igual que en nuestro caso, se empleó un cuestionario como herramienta sistemática de recogida de datos ya que permite una fácil clasificación de éstos.

Es difícil en estas situaciones tan debatidas sentir la convicción de haber tomado una decisión correcta. Los enfermeros somos los profesionales que más directamente vamos a intervenir en un proceso de esta índole. Es entonces, cuando tenemos que demostrar los valores y principios como profesionales. No podemos resolverlos de una forma improvisada, sino que son necesarias decisiones coherentes y ser capaces de resolver los conflictos éticos que se deriven de nuestras

acciones, inclusive entre el propio equipo multidisciplinar. Nunca debemos olvidar que el coste de una irresponsabilidad en nuestro ámbito es muy alto.

Quizás es necesaria una regulación de la legislación en relación a la eutanasia, con el fin de unificar un protocolo común que posteriormente se pueda adaptar a las circunstancias concretas de cada usuario del sistema andaluz de salud. En una investigación (2012) realizada a 390 enfermeros en Andalucía, el 70% se posiciona a favor de la eutanasia<sup>18</sup>

Habría que tener en cuenta también que en el abanico de artículos considerados en este estudio, a pesar de que el personal sanitario consideraba necesario la legislación de la eutanasia, la mayoría de ellos no participarían si se diese un caso en su hospital.

Sin lugar a dudas, parece evidente que el profesional de enfermería tiene mucho que decir en el debate sobre la legalización de la eutanasia y su opinión debería tenerse en cuenta.

### **Limitaciones**

Por la dificultad de acceso a la población de estudio, la muestra es pequeña lo que significa que serían necesarias otras investigaciones a mayor escala para confirmar la validez externa. Así mismo, el cuestionario, al ser de creación propia, no ha sido validado por ningún organismo experto.

### **Prospectivas.**

Aumentar el tamaño muestral es fundamental para poder extrapolar las conclusiones que se deriven de esta línea de estudio. Además de realizar una comparativa entre los servicios público y privado.

## **5. Conclusiones**

Los profesionales de enfermería presentan un aceptable grado de conocimiento en lo que respecta a la materia relacionada con la eutanasia, además de una actitud tolerante ante su práctica. No obstante, es un terreno que claramente podría mejorarse con una mayor preparación y cursos de formación ya que existen lagunas en algunos términos relacionados con este tema.

- Las creencias religiosas no supondrían un obstáculo a la hora de practicar la eutanasia.
- Los/as enfermeros/as de UCI, paliativo, oncología y medicina interna presentan mayor grado de experiencia en la materia a tratar, probablemente, debido a que están en contacto con

pacientes cuyas enfermedades disminuyen considerablemente su calidad de vida predisponiéndoles a desear en determinados momentos acabar con su vida.

## Bibliografía

- 1 DMD. Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente [Internet]. Pamplona. 2002. DMD [Citado 18 abril 2015] Eutanasia y suicidio asistido. Disponible en: [www.eutanasia.ws/eutanasia\\_suicidio.html](http://www.eutanasia.ws/eutanasia_suicidio.html)
- 2 Gala M., Lupiani M., Raja R., Guillén C., González JM., Villaverde M<sup>a</sup>.C. et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense. Octubre 2002; 30:1-11.
- 3 Comité Ético de la Sociedad española de Cuidados Paliativos. [Internet] .Navarra 2002. Diario Médico. [Citado 18 abril 2015]. Declaración sobre la eutanasia. [Aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <https://www.unav.es/cdb/secpal2.html>
- 4 Kranidiotis G., Ropa J., Mprianas J., Kyprianou T., Nanas S. Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. Heart & Lungs. 2015; 1(15):62-70.
- 5 Vega, J. Actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situación terminal. Eutanasia: Conceptos, tipos, aspectos éticos y jurídicos. 2000. (1)1-18.
- 6 AECC. Asociación Española Contra el Cáncer. [Internet]. Madrid. 2014. AECC. [Actualizado 27 febrero 2014, citado 18 abril 2015]. Sedación terminal. Cuidados paliativos. Disponible en : <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Sedaci%C3%B3nTerminal.aspx>
- 7 Poreddi V., Nagarajaiah R., Math SB. Euthanasia: the perceptions of nurses in India. Int J Palliat Nurs. 2013; 19(4):187-93.
- 8 RVA. Registro de Voluntades Adelantadas. [Internet]. Andalucía. RVA. [Citado 09 mayo 2015]. Información. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/salud/rv2/informacion.action?0=0&idMenu=22>
- 9 Losada, C. Bueno, G. Tealdi, JC. Amo, M. Gogna, M. [Internet] Madrid. Bioéticas. [Actualizado 27 octubre 2000, citado 18 abril 2015]. Guía internacional de bioética: Luis Montes Mieza. [Aprox.2 pantallas]. Disponible en: <http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo43>
- 10 Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Vol 1. Junta de Andalucía. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2007; 1: 19-143.

- 11 Serrano JM., Cano C., López T., Postigo E., Abellán JC., Prensa L. Eutanasia y Derechos Humanos. Vol 1. Madrid. 2006; 1; 1- 20.
- 12 Serrano JM. La cuestión de la eutanasia en España: consecuencias jurídicas. Cuadernos de Bioética. 2007; 18(1): 11-54
- 13 Spineli VM., Kurashima AY., De Gutiérrez M.G. The process of palliative sedation as viewed by physicians and nurses working in palliative care in Brazil. Palliat Support Care. 2014; (20).1-7.
- 14 Lletget R.A. Muerte digna y su aplicación en la práctica clínica. Series Trab Fin de Máster. 2010; 2(1): 115-129.
- 15 Ortiz Arredondo, J. Conocimientos y actitudes ante la distanasia y ley de voluntad anticipada del personal de salud y usuarios de los servicios de urgencias y adultos y medicina interna del Hospital General Tercer Milenio. 2010; 1:45-79.
- 16 Gielen J., Van den Branden S., Broeckaert B. Religion and Nurses' Attitudes to Euthanasia and Physician Assisted Suicide. Nursing Ethics. 2009; 16(3):303-318.
- 17 Berghs, M. Dierckx de Casterlé , B. Gastmans, C. The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: a review of the literature. 2005; 31(8):441-446
- 18 Simón P., Cruz M., Tamayo M<sup>a</sup>I. Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). Nursing Ethics. 2012; 19(5):677-689.

# Conocimiento y cumplimiento de las madres sobre el Programa de Vacunación Infantil en Andalucía.

## Knowledge and fulfillment of the mothers about Vaccines for Children Program (VFC) in Andalusia.

*Manuel Pabón Carrasco [et. al]<sup>1</sup>*

[mpabon@cruzroja.es](mailto:mpabon@cruzroja.es)

*Centro de Enfermería de Cruz Roja,  
Adscrito a la Universidad de Sevilla*

### Resumen.

Las vacunas son una de las medidas más eficaces en la prevención de importantes enfermedades que afectan a todos los ciudadanos, con especial repercusión en la infancia y la adolescencia. Desde el nacimiento y hasta los 14 años, todos los niños y niñas deben vacunarse para evitar determinadas enfermedades, así como sus consecuencias y complicaciones, ya que para la mayor parte de estas enfermedades no existe un tratamiento efectivo y **las vacunas son la mejor prevención, sin embargo empieza a crecer una corriente en contra de la vacunación sistemática, sobre todo en los países anglosajones. Esta circunstancia está provocando que enfermedades controladas se vuelva a reproducir en nuestra sociedad.**

El objetivo de este estudio es conocer el grado de conocimiento y actitud de las madres sobre el programa de vacunación infantil.

Se propone un estudio piloto, descriptivo, observacional y transversal sobre cómo influyen las creencias y la opinión de las madres en el cumplimiento del programa de vacunación infantil de Andalucía. Se realiza un muestreo de conveniencia donde se estima una muestra constituida por 56 madres. Como resultado se obtiene que las madres tienen un conocimiento amplio del calendario vacunal (91,07%) sin embargo se detecta falta de información y adherencia en algunas vacunas. Destacar la falta de conocimientos un 50% en la vacunación de la varicela y un 48% que no vacunaran a sus hijas del virus del papiloma humano.

---

<sup>1</sup> Maria Montes Rodríguez; Cristina Suárez Gómez; Lucía Macarena Olea Ramírez. Centro de Enfermería de Cruz Roja. Adscrito a la Universidad de Sevilla.

**Palabras clave:** Vacunación infantil, anti-vacunas, seguridad de la vacunación, protección ante enfermedad grave, campañas de vacunación.

**Abstract.**

Vaccines are one of the most effective measures in the prevention of important diseases that affect all the citizens, with special repercussion on children and teenagers. From the birth and up to 14 years, all the children must be vaccinated to avoid certain diseases, as well as their consequences and complications, because most of these diseases haven't an effective treatment, so vaccines are the best prevention. The aim of this study is to know the knowledge of mothers about the Program of Vaccine for Children. It is propose an observational descriptive transverse study on how the beliefs and the opinion of the mothers take part in the fulfillment of the Program of Vaccines for Children in Andalusia. A sampling of convenience will be realized. There is estimated a sample constituted by 56 mothers. As a result as mothers have extensive knowledge of the immunization schedule (91.07%) but a lack of information and adherence is detected in some vaccines. Highlighting the lack of knowledge 50% in vaccination varicella and 48% who do not vaccinate their daughters of the human papilloma virus.

**Keywords:** VFC (Vaccines for Children), anti-vaccine, vaccination safety, protection of serious illness, vaccination campaigns.

## **Introducción.**

Una de las estrategias más eficaces para prevenir las enfermedades, discapacidades y mortalidad en la población infantil ha resultado ser la vacunación, la cual consiste en la inducción y producción de una respuesta inmunitaria específica protectora por parte de un individuo sano a diversas patologías, estimulando así el sistema inmunológico para producir anticuerpos. Ésta es uno de los logros más importantes de la salud pública y de la pediatría. Los programas que se han llevado a cabo sobre vacunación han logrado la erradicación mundial de algunas enfermedades y una reducción muy importante de otras enfermedades contagiosas (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que las vacunas evitan cada año en el mundo “entre 2 y 3 millones de defunciones por difteria, tos ferina y sarampión.”

A pesar de ello se detecta grupo en contra de la vacunación que se fundamenta en la existencia de falsas creencias actuales sobre las vacunas (2).



1. "Las enfermedades ya empezaron a desaparecer antes de introducir las vacunas, debido a unas mejores condiciones de higiene y sanidad pública."
2. "La mayoría de gente que padece estas enfermedades han sido vacunadas."
3. "Las vacunas causan muchos efectos secundarios, enfermedades, incluso la muerte."
4. "Las enfermedades que se pueden prevenir con vacunas han sido casi eliminadas de nuestro país, por lo que no es necesario vacunar más (2)."

Aunque en España estos movimientos no tienen la fuerza existente, es esperable su crecimiento y difusión (primer caso de muerte por difteria desde hace años), por lo que tanto profesionales como autoridades sanitarias deben establecer estrategias para poder contrarrestar sus efectos negativos sobre las coberturas vacunales y los planes de erradicación y eliminación de enfermedades vacunables (3).

Las instancias y el personal sanitario deben comprender la vital importancia de la inmunización, cuestión indispensable para mantener el apoyo a los programas nacionales de inmunización y ofrecer información acerca de nuevas vacunas y tecnologías. Los padres y madres deben comprender por qué deben inmunizar a sus hijos (4).

Por último, también es importante destacar la justificación de la vacunación infantil, desde un punto de vista costo-efectivo para las organizaciones sanitarias, puesto que sólo la repercusión en la mortalidad infantil sería argumento suficiente para utilizar las vacunas en los países en desarrollo, la reducción de la discapacidad a largo plazo entre los niños y el ahorro de costos derivado de la disminución de las visitas a dispensarios y las hospitalizaciones justifican sobradamente su uso en niños en todas partes (4).

### **Antecedentes y estado actual del tema**

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a mediados de la década de los años setenta nació el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), concebido para fijar y coordinar, a escala mundial, el uso sistemático de las vacunas en programas nacionales de inmunización y con ello proteger al mayor número posible de niños en el mundo contra seis enfermedades infecciosas (difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, poliomielitis y tuberculosis). (3)

A pesar de los esfuerzos realizados desde la comunidad científica se ha producido un descenso en algunos países en la tasa de vacunación, en particular en los de habla anglosajona. M. Mulet en su libro "Medicina sin engaños" comenta que en algunos barrios de California la tasa de vacunación está al nivel de Sudán del Sur. Este hecho se constata con un pico de casos de sarampión acontecidos en Disneyland® donde más de 100 niños contrajeron esta enfermedad. En España recientemente se ha registrado el primer caso de muerte por difteria desde que se controló en el año 1987.

## 1 Marco teórico.

Las vacunas son una de las medidas más eficaces en la prevención de importantes enfermedades que afectan a todos los ciudadanos, con especial repercusión en la infancia y la adolescencia (2).

Desde el nacimiento y hasta los 14 años, todos los niños y niñas deben vacunarse para evitar determinadas enfermedades, así como sus consecuencias y complicaciones, ya que para la mayor parte de estas enfermedades no existe un tratamiento efectivo y **las vacunas son la mejor prevención (2)**.

Las vacunas que se encuentran en el calendario vacunal se administran de forma gratuita a las edades que figuran en el mismo y existen **1.492 puntos de vacunación en Andalucía**, para que nadie se encuentre desprotegido. En la actualidad y gracias a la investigación, las vacunas son cada día más eficaces, seguras y con menos efectos indeseables (2).

La vacunación en la infancia debe efectuarse lo antes posible, cuanto antes se vacunen los niños, antes se protegen. Sin embargo, algunas vacunas requieren que se tenga el sistema de protección desarrollado y que las defensas transmitidas por la madre no afecten a la vacuna; por lo que cada vacuna tiene un momento adecuado para ponerse (2).

El calendario de vacunaciones no es algo estático, se evalúa y actualiza periódicamente para adaptarse a los cambios epidemiológicos de las enfermedades prevenibles y a los continuos avances científicos y técnicos en el campo de las vacunas. Estos cambios se acuerdan para todo el Estado Español, aunque existen pequeñas diferencias entre las Comunidades Autónomas (2).

Vacunas infantiles en Andalucía (2, 5).

- Hepatitis B (recién nacido)
- Hib, Poliomieltis, Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Hepatitis B (2 meses)
- Hib, Poliomieltis, Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Meningococo C (4 meses)
- Hib, Poliomieltis, Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Hepatitis B (6 meses)
- Triple vírica (paperas, sarampión y rubeola), Meningococo C (12 meses)
- Hib, Poliomieltis, Difteria, Tétanos, Tos Ferina (18 meses)
- Triple vírica (paperas, sarampión y rubeola) (3 años)
- Difteria, Tétanos, Tos Ferina (6 años)
- Varicela (escolares sin vacunar o que no la hayan padecido), Meningococo C (12 años)
- Difteria, Tétanos, Papiloma Humano (niñas) (14 años)

El movimiento antivacunación tiene su origen en una investigación del médico británico Andrew Wakefield publicada en 1998 en la revista *The Lancet*. Tras examinar a doce niños autistas, él y sus colaboradores aseguraron que había una conexión entre la administración de la triple vírica. Poco

después se demostró que había motivos económicos tras este estudio, sin embargo sus argumentos ya habían sido expandidos por otros.

Los antivacunas se acogen a las reacciones adversas de la vacunas. Estas son casi constantes e inicialmente pasan inadvertidas, al aumentar la cobertura aumentan cuantitativamente (en cifras absolutas, no de forma cualitativa), lo que unido a la no percepción de la enfermedad (baja incidencia) y la magnificación a través de los medios de comunicación (prensa, radio, TV, internet), aparecen fenómenos de rechazo individual o colectivo y pérdida de confianza que se traducen en descensos de las coberturas vacunales y aparición de nuevos casos de enfermedad. La estrategia en esta situación debe ser tal que la sociedad tenga una información transparente de lo que ocurre (6, 7).

## 2 Objetivos.

### *1.1 Objetivo general:*

- Conocer el grado de conocimiento de las madres sobre el Programa de Vacunación Infantil.
- Conocer las actitudes relacionadas con la vacunación.

### *1.2 Objetivos específicos:*

- Determinar el grado de aceptación y seguimiento de las madres del Programa de Vacunación Infantil.
- Determinar la necesidad o no de una mayor promoción del Calendario de Vacunación Infantil a través de campañas informativas.

## 3 Metodología.

Se propone un estudio piloto de naturaleza descriptiva, observacional y transversal sobre cómo influyen las creencias y la opinión de las madres en el cumplimiento del programa de vacunación infantil de Andalucía.

Es observacional transversal porque las variables se estudian en un momento determinado, no necesitan ningún seguimiento, ni se va a desarrollar ninguna intervención en el tiempo.

El estudio de investigación se realiza a lo largo de los meses de abril a mayo del año 2015.

- *Variables de estudio:*

- Variables sociodemográficas:**

- Sexo
- Edad
- Estado Civil
- Nivel de estudios
- Profesión
- Número de hijos
- Edad de los hijos

**Variable independiente:**

Grado de conocimiento sobre Programa de Vacunación Infantil de Andalucía

**Variable dependiente:**

Cumplimiento del Programa de Vacunación Infantil de Andalucía

- ***Población de estudio:***

Constituirán la población de estudio todas las madres de niños incluidos en el Programa de Control y Seguimiento de niño sano, en Atención Primaria del Centro de Salud Alamillo de Sevilla; madres de los niños matriculados en Educación Infantil y Primaria del colegio San Sebastián de Albaida del Aljarafe; así como otras madres de niños en edad de pertenecer al Programa de Vacunación Infantil captadas a través de otras madres ya incluidas (efecto de bola de nieve).

- ***Muestra/Criterios de inclusión o exclusión:***

**Muestra:** Muestreo de conveniencia constituido por 56 madres, según los criterios exigidos para la elaboración de este estudio de investigación.

**Criterios de inclusión:** Madres con niños de edades comprendidas entre 0-14 años incluidos en el programa de control y seguimiento de niño sano, en Atención Primaria del Centro de Salud referido anteriormente; madres de los niños matriculados en Educación Infantil y Primaria del colegio San Sebastián de Albaida del Aljarafe; así como otras madres de niños en edad de pertenecer al Programa de Vacunación Infantil captadas a través de otras madres ya incluidas (efecto de bola de nieve).

**Criterios de exclusión:** Madres con profesiones relacionadas con el sector sanitario (se produciría un sesgo de selección en el estudio, ya que presumimos que estas madres tendrían mayores conocimientos sobre el tema estudiado).

- ***Métodos y procedimientos de recogida de datos:***

Se remite a la dirección del Centro de Salud Alamillo un escrito para solicitar la autorización pertinente para realizar el estudio a madres con niños con edades comprendidas entre 0-14 años pertenecientes al centro.

Una vez obtenidas las pertinentes autorizaciones y consentimientos se fija con la dirección del centro la fecha del estudio, que se realiza durante los meses de febrero a mayo de 2015.

Por último recogeremos los cuestionarios realizados y los consentimientos firmados por las madres.

- ***Fuentes:***

Las fuentes bibliográficas necesarias para la realización de este proyecto son:

- Catálogo “Revistas-e” de la Biblioteca de Centros de la Salud de la Universidad de Sevilla (acceso a texto completo de artículos).

Fuente de información de campo: Cuestionarios cumplimentados por las madres.

Se utiliza el cuestionario utilizado por Boscan M. en su anterior estudio “*Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años*” (1).

- ***Aspectos éticos:***

Se aplican los principios éticos de la investigación en humanos que se recogen en la Declaración de Helsinki adoptada en junio 1964, así como en el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, o Convenio de Oviedo, del 4 de abril de 1997, que se concretan en los principios básicos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Se respeta la libre participación de los sujetos en el estudio. Para ello, la cumplimentación del Consentimiento Informado es requisito indispensable para la participación en el estudio y se les asegurará la confidencialidad de los datos, por lo que se trabajará con datos anónimos, garantizando así la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

- ***Método de análisis:***

Se realiza un análisis descriptivo mediante el programa EPIINFO 7.0 ®

Las variables cuantitativas se valoran mediante medidas de tendencia central y desviación. La variables cualitativas se valoran mediante tablas de frecuencias y porcentajes.

## **4 Resultados**

### ***Estadística Descriptiva***

La edad media de las madres es de  $37,5 \pm 8,4$ , siendo en su mayoría casadas 86 % con estudios universitarios 41%.

En cuanto al número de hijos un 87 % de las encuestada tienen 1 o 2 hijos siendo con un 56 % la mayoría niño menores de 2 años. En relación al sexo de los niños un 55% eran niñas siendo por tanto un 45 % niño.

- **Análisis descriptivo del Cuestionario**

Tabla 1: Porcentaje madres que conocen nuevas vacunas.

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
<b>Si</b>	23	41,07%	(28,10-59,82)
<b>No</b>	33	58,93%	(44,98-71,90)

Tabla 2: Porcentaje de madres que conocen el calendario vacunal.

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
<b>si</b>	51	91,07%	(80,38-97,04)
<b>No</b>	5	8,93%	(2,96-19,62)

Tabla 3: Porcentaje de madres que piensan que la medicina natural es mejor que las vacunas.

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
<b>Si</b>	6	10,71%	(4,03-21,88)
<b>No</b>	50	89,29%	(78,12-95,97)

Tabla 4: Porcentaje de madres que piensan que serían necesarios más centros de vacunación.

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
<b>Si</b>	38	67,86%	(54,04-79,71)
<b>No</b>	18	32,14%	(20,29-45,96)

Tabla 5: Porcentaje de madres que piensan que las vacunas previenen enfermedades.

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
<b>Si</b>	51	91,07%	(80,38-97,04)
<b>No</b>	5	8,93%	(2,96-19,62)

Figura 1: Porcentaje de madres que han escuchado o visto mensajes de vacunación en el último mes.

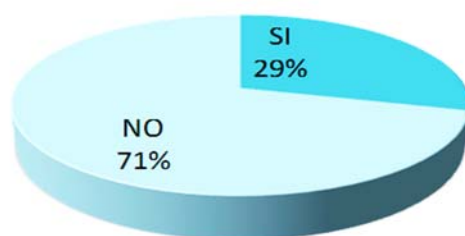


Figura 2: Porcentaje de madres que presentan retraso en el cumplimiento de la dosis de alguna vacuna.

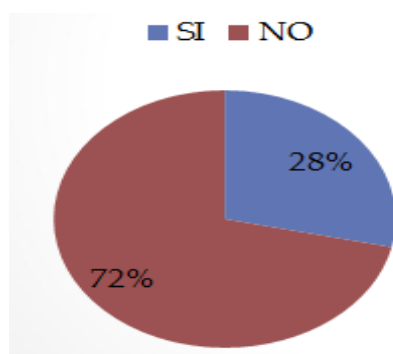


Figura 3. Porcentaje de madres que presentan retraso en el cumplimiento de la dosis de alguna vacuna.

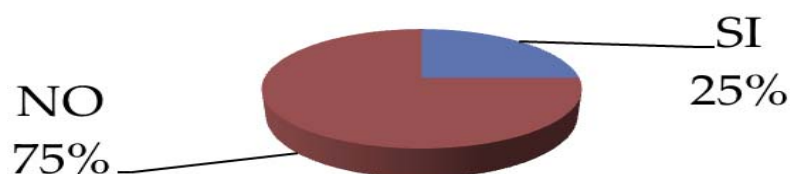


Tabla 6: Porcentaje de madres que saben cuándo por motivos de salud no vacunar a su hijo.

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
<b>Si</b>	36	64,29%	(50,36-76,64)
<b>No</b>	20	35,71%	(23,36-49,64)

Tabla 7: Porcentaje de madres que saben las reacciones adversas de las vacunas.

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
<b>Si</b>	38	67,86%	(54,04-79,71)
<b>No</b>	18	32,14%	(20,29-45,96)

Tabla 8: Porcentaje de madres que sabe que la vacuna de la varicela está incluida o no en el calendario vacunal.

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
<b>Si</b>	28	50%	(36,34-63,66)
<b>No</b>	28	50%	(36,34-63,66)

Tabla 9: Porcentaje de madres que saben que no se puede vacunar a su hijo con fiebre.

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
<b>Si</b>	29	51,79%	(38,03-65,34)
<b>No</b>	27	48,21%	(34,66-61,97)



Tabla 10: Porcentaje de madres que vacunará a su hija del virus del Papiloma Humano.

	Frecuencia	Porcentaje	I.C. 95%
<b>Si</b>	32	57,14%	(43,22-70,29)
<b>No</b>	24	42,86%	(29,71-56,78)

## 5 Discusión.

En nuestro estudio hemos encontrado resultados coincidentes con los estudios realizados con anterioridad por algunos autores, como en el estudio realizado por Bernal, Níguez y Navarro en el año 2001, donde refieren que casi el 99% de los participantes consideran que las vacunas son necesarias, y prácticamente el 100% de los padres vacunaron a sus hijos dentro del Sistema Público. En nuestros resultados, sólo un 11% de las madres encuestadas en nuestro estudio considera mejor la medicina natural frente a las vacunas (9).

En relación a lo anterior, en el estudio de Leandro SV et al, el 94,8% de los encuestados cree que las vacunas son buenas para la salud. Independientemente de esta actitud en general positiva, el 19,6% piensa que las vacunas pueden producir algún problema al niño y refieren como el más frecuente la fiebre (73,2%) (10).

Según el estudio de Bernal, Níguez y Navarro, el pediatra fue la fuente informante más destacada; por el contrario, otro personal sanitario y los medios de comunicación audiovisual obtuvieron el porcentaje más bajo; siendo los conocimientos generales sobre las enfermedades vacunables y vacunas, en general, suficientes. En relación a esto, el 75% de las madres incluidas en nuestro estudio respondieron que recibían información del pediatra acerca de la vacunación de sus hijos, mientras que sólo el 28,57% afirmaron haber escuchado o visto mensajes de vacunación infantil en el último mes (9).

Igualmente, en otro estudio realizado por Leandro SV et al, los datos publicados se asemejan a los datos obtenidos en nuestro estudio respecto a la información sobre las vacunas infantiles, manifestando haberla recibido el 73% de los encuestados, y refieren que ésta procede en su mayor parte del personal sanitario: pediatra en el 31,3% de los casos; enfermera, en el 24,8%, siguiendo a éstos los medios de comunicación (21,5%) como fuente de información. La calidad de la información les parece muy buena al 5,3%, buena al 19,2%, suficiente al 38,3% y solamente el 36,8% la califica como deficiente (10).

En el estudio mencionado anteriormente de Bernal, Níguez y Navarro, aunque el 87% de los padres reconocen que las reacciones adversas a las vacunas son leves, sólo cerca del 40% manifiestan estar tranquilos y sin miedo al ir a vacunar a sus hijos por primera vez. Así, en nuestro proyecto de investigación, el 92,86% de las madres piensan que es necesario conocer las reacciones adversas de las vacunas; sin embargo, cabe destacar, que sólo el 67,86% de las madres incluidas en nuestro estudio conocen las reacciones adversas de las vacunas (9).

Una gran mayoría de los padres incluidos en el estudio de Bernal, Níguez y Navarro vacunarían a sus hijos en verano; pero no si están resfriados y/o con fiebre. En relación a esto, el 51,79% de las madres que encuestamos saben que no se puede vacunar a su hijo con fiebre; el 64,29% saben cuando por motivos de salud no vacunar a su hijo; y el 23,21% piensa que una enfermedad leve de su hijo no es motivo para no ponerse una vacuna (9).

Asimismo, el estudio llevado a cabo por Leandro SV et al, con respecto a los mitos y creencias sobre vacunas, el 23,2% contesta que no vacunaría a su hijo en verano y el 55% no vacunaría a sus hijos con resfriado y sin fiebre (10).

En un estudio realizado por Bozcan, M. obtuvo que el 56.3% de madres han presentado retraso en el cumplimiento de la dosis de alguna vacuna, este hallazgo no coincide con nuestro estudio pues solo un 25% de las madres tenían retraso en la vacunación. Así mismo en el estudio citado se determinó que las madres en un 94,4 % refirieron conocer el calendario de vacunas, mientras que el 43% negó haber visto o escuchado mensajes sobre vacunación en el último mes para el momento de la encuesta, y el 40,8% desconoce la presencia de nuevas vacunas. Estos datos coinciden con nuestros estudios (1).

Finalmente, en relación a los conocimientos que poseen las madres incluidas en nuestro estudio sobre distintos aspectos de la vacunación de sus hijos, la gran mayoría de las madres (91,07%) conocen el calendario vacunal de sus hijos y piensan que las vacunas previenen enfermedades de éstos; y el 75% contestaron de forma negativa a la pregunta sobre si pensaban que las vacunas curan enfermedades de sus hijos. En estos datos nuestro estudio difiere de los resultados obtenidos por Carrasco P, Gil de Miguel A, Hernández V, Vázquez S, Jiménez I y Jiménez R, en su estudio realizado en cinco Comunidades Autónomas españolas entre 1993 y 2003, en el cual afirman que el conocimiento de 5 de las 7 vacunas recomendadas ha empeorado en el periodo de estudio, por lo que el conocimiento ha disminuido en este periodo respecto a años anteriores. Coincidiendo con esto, en nuestro estudio también se describe que es mayor el porcentaje (58,93%) de madres que desconoce la existencia de nuevas vacunas respecto a las madres que lo conocen (11).

### ***Limitaciones***

Debido a que el tamaño estimado de la muestra es pequeño, 56 madres, los resultados que se obtengan en este estudio no serán extrapolables a la población.

Debido a la falta de cuestionario validado relacionado con el tema tratado en nuestro proyecto de investigación, utilizamos un cuestionario realizado para el estudio de abril de 2012 de Boscán M, Salinas B, Trestini ML, Tomat M. Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años.

### ***Prospectivas***

Aumentar el tamaño muestral para valorar en mayor profundidad la problemática y así poder abordar diferentes temas como la comparación con el medio rural y el nivel socioeconómico de las personas. Además de profundizar en la falta de adherencia y promoción de la vacunas nuevas.

## **6 Conclusiones**

1. La mayor parte de las madres encuestadas en nuestro estudio, 91,07% de estas, presenta un conocimiento general adecuado sobre el Programa de Vacunación Infantil en Andalucía, sin embargo se detecta déficit en el conocimiento de nuevas vacunas como la varicela y el virus del papiloma humano.
2. La actitud de las Madres encuestada muestra un apoyo a la vacunación en detrimento de técnicas naturales.
3. La aceptación, el seguimiento y cumplimiento del Programa de Vacunación Infantil en Andalucía por parte de las madres, ha sido positivo en la mayoría de la muestra analizada; concretamente las tres cuartas partes de las madres han mostrado un cumplimiento adecuado del Programa.
4. En relación a la necesidad o no de una mayor promoción del Calendario de Vacunación Infantil en Andalucía, a través de campañas informativas, se ha demostrado en nuestro estudio que existe la necesidad de una mayor promoción, ya que casi tres cuartas partes de las madres encuestadas reconocían no haber recibido información a través de mensajes de vacunación durante los últimos mes.

## Bibliografía.

1. Boscan M, Salinas B, Trestini M L, Tomat M. Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. *Salus* [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2015 Abr 06]; 16(1): 33-41. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-71382012000100006&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382012000100006&lng=es)
2. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales de Andalucía. Vacunación Infantil. [Internet]. [Última revisión: 23/10/2012]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion\\_General/c\\_3\\_c\\_4\\_salud\\_andalucia\\_24\\_horas/vacunacion\\_infantil](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_4_salud_andalucia_24_horas/vacunacion_infantil)
3. Gomez JJ, Zamanillo I. Grupos Anti-vacunas. Análisis de sus causas y consecuencias. Situación en España y resto de países. *RCE AP*, 2003; 1-5.
4. OMS, UNICEF, Banco Mundial. Vacunas e inmunización: situación mundial. 3ª edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2010. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243563862\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243563862_spa.pdf)
5. Riaño I, Martínez C, Sánchez M, Comité de Bioética de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para la toma de decisiones ante la negativa de los padres a la vacunación de sus hijos: análisis ético. *Anales de Pediatría* [revista en Internet]. Barcelona. 2013. Volumen 79 (1): 50.e1-50.e5. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403313000210>
6. De Ory F, Sanz JC, García IM. La vacuna triple vírica: viejos virus, nuevos problemas. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* [revista en Internet]. 2007. Vol 25 (04). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-la-vacuna-triple-virica-viejos-13100461>
7. Oostvoet PM, van der Avoort HGAM, Mulders MN, van Loo AM, Conyn-van Spaendonck MAE, Rümke HC et al. Poliomyelitis outbreak in an unvaccinated community in the Netherland 1992-1993. *Lancet* 1994;344:665-70.
8. Gangarosa EJ, Galazka AM, Wolfe CR, Phillips LM; Gangarosa RE, Millar E et al. Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: The untold story. *Lancet* 1998;351.356-61
9. Bernal PJ, Níguez JC, Navarro JA. Actitudes, conocimientos, creencias y grado de satisfacción de los padres, en relación con las vacunaciones de sus hijos en la región de Murcia. *Vacunas* [revista en Internet]. 2001. Volume 2 (4): 142-148. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1576988701702555>
10. Leandro SV et al. Vacunación infantil: Cobertura, conocimientos y actitudes de la población. Estudio en un Área de Salud. *Anales Españoles de Pediatría* [revista en Internet]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-5-14.pdf>
11. Carrasco P, Gil de Miguel A, Hernández V, Vázquez S, Jiménez I, Jiménez R. Conocimientos de los padres españoles sobre la vacunación de sus hijos durante la década 1993-2003. Datos por comunidades autónomas. *Vacunas* [revista en Internet]. 2006. Volume 7 (4):144-150. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1576988706732010>.

# Calidad de vida autopercebida en adultos con Parálisis Cerebral

## Quality of Life sensed by Cerebral Palsied adults

*Alba Maestro González [et. al]<sup>1</sup>*

*[maestroalba@uniovi.es](mailto:maestroalba@uniovi.es)*

*Departamento Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.*

*Universidad de Oviedo.*

### **Resumen**

La Parálisis Cerebral (PC) es un grupo de **trastornos del desarrollo** psicomotor que causan una limitación de la actividad de la persona atribuida a problemas en el desarrollo **cerebral** del **feto** o del niño.

La Calidad de Vida refleja las condiciones deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la existencia de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

El objetivo de este trabajo es presentar la escala GENCAT para medir la calidad de vida en personas con PC. Metodología: revisión bibliográfica en la que se describe la escala GENCAT de calidad de vida para personas con PC. Contenido: Es una escala validada y adaptada a población española y con gran aceptación a nivel nacional e internacional, organizada como una escala tipo Likert con 69 ítems. El continuo de las respuestas oscila entre cuatro opciones, desde “siempre o casi siempre” hasta “nuca o casi nunca”. La escala GENCAT divide la calidad de vida en ocho dimensiones (Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión Social y Derechos). Conclusión: Esta escala parece adecuada para ser utilizada de forma rutinaria para evaluar la calidad de vida en

---

<sup>1</sup> David Zuazua Rico, María Sierra Rico, Pilar Mosteiro Díaz, Cristina del Río Arenas; Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo.

población con discapacidad. Consideramos de vital importancia disponer de una escala validada y adaptada a población española para medir la calidad de vida en personas con discapacidad.

**Palabras clave:** Discapacidad, Calidad de vida, Parálisis cerebral.

### **Abstract**

Cerebral Palsy (CP) is a group of psychomotor development disorders that cause a personal activity limitation attributed to foetus or child cerebral developmental problems.

Quality of Life (QoL) reflects people's desired conditions regarding eight basic needs that represent the nucleus in everyone's existence: emotional, economic and physical well-being, interpersonal relationships, personal development, self-determination, social inclusion and rights

The aim of this paper is to present GENCAT scale in order to measure cerebral palsied people QoL. Methods: Review describing GENCAT scale in order to measure cerebral palsied people QoL. Content: It is a validated scale and adapted to Spanish population and it has national and international approval. It uses a Likert scale with four different response options, varying from «never or almost never» to «always or almost always» depending on their agreement with the proposed statement. The 69-items survey is divided in the 8 factors that define the concept of quality of life: emotional, economic and physical well-being, interpersonal relationships, personal development, self-determination, social inclusion and rights. Conclusions: This scale seems to be appropriate to be usually used to evaluate disabled population's QoL. We consider of vital importance to dispose a validated scale and adapted to Spanish population in order to measure disabled population's QoL.

**Keywords:** Disability, Quality of Life, Cerebral Palsy.

## Introducción:

A lo largo del embarazo y en el transcurso de nuestros primeros años de vida, el cerebro se desarrolla rápidamente y se van asentando las capacidades mentales. Es en este momento tan importante cuando una lesión altera todo ese desarrollo cerebral que se encontraba en ebullición. Más tarde, aunque el factor causal ya no exista, quedan unas secuelas que no permiten a esa zona funcionar de manera normal. Dependiendo la localización de la misma afectará unas capacidades u otras. Si el área afectada es la motriz hablamos de parálisis cerebral.

Ésta no es una enfermedad o un síndrome concreto, y bajo este término se agrupa un conjunto heterogéneo de personas con trastornos de causa y pronóstico diferentes que tienen un denominador común que los define. El concepto de parálisis cerebral ha evolucionado a lo largo del tiempo y en la actualidad se entiende como un: “grupo de **trastornos del desarrollo** psicomotor, que causan una limitación de la actividad de la persona, atribuida a problemas en el desarrollo **cerebral** del **feto** o del niño. Los desórdenes psicomotrices de la PC están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones, de trastornos del comportamiento”. De la definición se desprende que el daño cerebral temprano afecta a todo el desarrollo de la persona, no sólo a la esfera motora (1).

En la evolución de este concepto ha jugado un papel importante el cambio de paradigma de discapacidad que pasó de considerarse de la teoría del déficit a una concepción biopsicosocial avalada por la importancia del ambiente y la importancia de la participación de las personas con discapacidad. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, recoge esta conceptualización y sirve de base para comprender el papel en la comprensión de las personas con Parálisis Cerebral.

Además, esta discapacidad es actualmente la causa más frecuente de discapacidad física en la infancia. Su prevalencia en países desarrollados se estima en 2-2,5 casos por cada 1000 recién nacidos vivos (2, 3), aunque en EEUU la proporción de personas en edad escolar diagnosticadas de PC oscila entre 3 y 4 personas de cada 1000. La población mundial afectada por este trastorno excede los 17 millones de personas y el 25% de los niños con PC nunca podrán caminar.

Una vez analizadas las características fundamentales de las personas con PC que son los sujetos principales de este estudio, abordamos a continuación el modelo de Calidad de Vida como objeto que dirige la investigación.

El concepto de Calidad de Vida (CV) es relativamente nuevo en la evaluación de la salud. No es un término simple, por lo que una definición exacta es algo compleja de abordar. Aunque ya Platón y Aristóteles hablaban de bienestar y felicidad (4), el concepto de calidad de vida apareció

en la década de los años 60 en un intento de comprender la vida del individuo y/o grupo social de una manera completa (5).

Se trata un constructo social que se convirtió en un vehículo a través del cual se podría alcanzar la igualdad centrada en el consumidor y el incremento de la satisfacción con las condiciones de vida (6).

Aunque aún no existe una unidad total de criterios, la definición más aceptada por la comunidad científica internacional es la que propuso Robert Schalock en 1996: “Calidad de Vida es un concepto que refleja las condiciones deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la existencia de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos”.

La perspectiva actual de la calidad de vida es integradora y comprehensiva porque contempla variables objetivas y subjetivas, pero interpretadas teniendo desde la escala de valores de cada persona.

Otro aspecto a tener en cuenta es la importancia que en los últimos años comienza a tomar la autodeterminación de las personas discapacitadas como una característica disposicional que implica participar en el control de las oportunidades y decisiones de la vida de uno mismo y de las condiciones ambientales (7). Esto hace que las personas con discapacidad dejen de ser sujetos pasivos de la investigación y pasen a formar parte activa de cualquier trabajo que apueste por la búsqueda de respuestas a sus necesidades.

Teniendo en cuenta los anteriores aspectos generales, el presente trabajo encuentra justificación en las siguientes consideraciones:

- La relevancia que, en este momento, tiene la calidad de vida autopercibida en las personas con parálisis cerebral.
- La escasez de trabajos de investigación acerca del tema y especialmente en población adulta sin otra discapacidad asociada.

Ahora bien, a la hora de seleccionar un tema de investigación debemos revisar los trabajos que le preceden. En este sentido hemos podido comprobar que el tema de calidad de vida en personas con discapacidad comienza a investigarse en los años 90 del pasado siglo y el colectivo que dispone de mayor volumen de estudios es el de discapacidad intelectual. Los trabajos sobre personas con parálisis cerebral son muy escasos y si nos centramos en la edad adulta, con el criterio de selección de no tener discapacidad intelectual asociada, no encontramos ninguna referencia. En



cuanto al contenido de las investigaciones revisadas observamos que la mayoría de las realizadas en personas con parálisis cerebral, son estudios descriptivos que tienden a estudiar la calidad de vida en niños y adolescentes y en muchos casos recogiendo información de familiares o profesionales que están en contacto directo con ellos.

Es por esto que el objetivo de este estudio es describir una escala que mida la Calidad de Vida autopercebida en personas adultas con parálisis cerebral.

## **1 Objetivo principal**

Describir una escala que mida la Calidad de Vida autopercebida en personas adultas con parálisis cerebral.

## **2 Material y método**

Para la realización de este trabajo, hemos llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos que se citan a continuación:

- Medline
- Cochrane
- Instituto Joanna Briggs
- Wok

## **3 Escala GENCAT**

Se trata de un instrumento de evaluación objetiva, diseñada de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de CV propuesto por Schalock y Verdugo (parte de los autores de la escala) en los años 2002/2003, que en la actualidad cuenta con gran aceptación a nivel internacional. Cabe destacar que los resultados obtenidos tras su aplicación en Cataluña han sido muy positivos y respaldan su aplicación (8).

Esta escala ha sido realizada con rigor metodológico y combina metodologías cuantitativas y cualitativas y ha desarrollado un proceso de elaboración que ha servido como modelo en otros países para la construcción de escalas en CV multidimensionales centradas en el contexto.

Para facilitar la comprensión y la evaluación de las actitudes, la escala GENCAT está diseñada como una escala tipo Likert. El continuo de las respuestas oscila entre cuatro opciones: “siempre o casi siempre”, “frecuentemente”, “algunas veces” y “nunca o casi nunca”, en función de que el sujeto estuviera más o menos de acuerdo con la afirmación que se proponía.

La escala GENCAT divide la CV en ocho dimensiones. A éstas las entendemos como “*un conjunto de factores que componen el bienestar personal*”.

A continuación definiremos cada dominio y los indicadores seleccionados para operativizar las mismas. [Tomado de Escala GENCAT<sup>9</sup>]

1. **Bienestar Emocional (BE):** *Hablamos de bienestar emocional cuando una persona se encuentra tranquila, segura, sin agobios. Lo evaluamos con los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.*

2. **Relaciones interpersonales (RI):** *Nos referimos a relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.*

3. **Bienestar Material (BM):** *Tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (pensión, ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).*

4. **Desarrollo personal (DP):** *Se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/Capacidades, Acceso a nuevas tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).*

5. **Bienestar físico (BF):** *Tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.*

6. **Autodeterminación (AU):** *Decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y preferencias personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones.*

7. **Inclusión social (IS):** *Ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.*

8. **Derechos (DE):** *Ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.*

La escala está compuesta por 69 ítems que recogen apreciaciones y afirmaciones agrupadas en torno a una serie de factores relacionados con ámbitos o marcos sociales fundamentales como son las 8 dimensiones explicadas anteriormente:

**1. Bienestar Emocional (BE):** Formado por los ítems:

- Satisfacción con su vida presente
- Presentar síntomas de depresión
- Encontrarse alegre y de buen humor
- Sentirse incapaz o inseguro
- Tener ansiedad
- Satisfacción con uno mismo
- Tener problemas de comportamiento
- Sentirse motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.

**2. Relaciones Interpersonales (RI):** Consta de los ítems:

- Realización de actividades que le gustan con otras personas.
- Mantener la relación deseada con la familia.
- Falta de amistades estables.
- Valorar negativamente las relaciones de amistad.
- Sentirse infravalorado por la familia.
- Dificultad para iniciar una relación de pareja.
- Mantener buena relación con sus compañeros de trabajo o centro.
- Sentirse querido por las personas importantes para él.
- Las personas con las que interactúa tienen discapacidad.
- Tener una vida sexual satisfactoria.

**3. Bienestar Material (BM):** Compuesto por los ítems:

- El lugar donde reside le impide llevar un estilo de vida saludable.
- El lugar de trabajo cumple con las normas de seguridad.
- Poseer los bienes materiales necesarios.
- Reticencia sobre el lugar donde vive.
- Limpieza del lugar de residencia.

- Recursos económicos necesarios para cubrir las necesidades básicas.
- Recursos económicos insuficientes para permitirse caprichos.
- Lugar de residencia adaptado a sus necesidades.

**4. Desarrollo personal (DP):** Formado por los ítems:

- Problemas en la adaptación en situaciones nuevas.
- Acceso a nuevas tecnologías.
- Posibilidad de aprendizaje en el trabajo o centro.
- Dificultad para resolver con eficacia os problemas que se presentan.
- Desarrollo de su trabajo de una manera competente y responsable.
- El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y el aprendizaje de habilidades nuevas
- Participación en el programa habitual
- Desmotivación en el centro o trabajo.

**5. Bienestar físico (BF):** Consta de los ítems:

- Tener problemas de sueño
- Poseer las ayudas técnicas necesarias.
- Hábitos de alimentación saludables.
- Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.
- Buen aseo personal.
- Supervisión de la medicación que toma en el centro.
- Dolor y malestar relacionado con sus problemas de salud
- Dificultades de acceso a los recursos de atención sanitaria.

**6. Autodeterminación (AU):** Compuesto por los ítems:

- Tener metas, objetivos e intereses personales.
- Posibilidad de elección sobre cómo pasar el tiempo libre.
- En el centro al que acude cuentan con sus preferencias.
- Defiende sus ideas y opiniones.
- Otras personas deciden sobre su vida personal.
- Otras personas deciden cómo gastar su dinero.

- Otras personas deciden la hora de acostarse.
- Organización de su propia vida.
- Posibilidad de elección sobre con quién vivir.

**7. Inclusión social (IS):** Formado por los ítems:

- Utilización de entornos comunitarios.
- Apoyo familiar.
- Barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.
- Falta de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida social
- Sus amistades le apoyan cuando es necesario.
- El centro al que acude fomenta su participación en diversas actividades.
- Sus amigos son sólo los que asisten al mismo centro.
- Rechazo de los demás.

**8. Derechos (DE):** Consta de los ítems:

- Su familia vulnera su intimidad.
- Ser tratado con respeto en su entorno.
- Conocimiento de sus derechos fundamentales.
- Dificultad para defender sus derechos.
- Respeto a la intimidad en el centro al que acude.
- Respeto a las posesiones y el derecho a la propiedad.
- Limitación de algún derecho legal.
- El centro al que acude respetan y defienden sus derechos.
- El servicio respeta la privacidad de información.
- Situaciones de explotación, violencia o abusos.

Está diseñada para personas mayores de 18 años. Presenta un conjunto de aspectos observables de distintas áreas que conforman la calidad de vida de una persona y que pueden ser objeto de planes de apoyo personalizados por distintos tipos de servicios sociales.

Como comentamos anteriormente, está validada a nivel nacional e internacional y existen diferentes baremos según el tipo de población estudiada (baremo para la muestra general, baremos para personas mayores (a partir de 50 años), baremos para personas con discapacidad intelectual,

baremos para personas del resto de colectivos (personas con drogodependencias, VIH/SIDA, **discapacidad física** y problemas de salud mental).

De todas las escalas analizadas, escogimos esta última para este trabajo, puesto que está basada en el modelo multidimensional que defendemos y es la única que dispone de las características psicométricas necesarias para personas con discapacidad física.

Una vez analizadas los principales instrumentos de CV, hemos elegido para nuestro estudio la Escala CENCAT de Calidad de Vida, por considerar que es la que de forma más válida y fiable puede aportar información sobre la calidad de vida del colectivo de personas adultas con parálisis cerebral que el objetivo central de nuestro trabajo.

### **Normas de aplicación**

La Escala GENCAT es una escala multidimensional diseñada para obtener el perfil de calidad de vida de un individuo. El instrumento es completado por un informador que conoce bien a la persona cuya calidad de vida se quiere evaluar. Ésta es aplicable a cualquier usuario con una edad mínima de 18 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado, en el que un informador – preferentemente un profesional de los servicios sociales– responde a cuestiones observables de la CV del usuario. El tiempo de cumplimentación oscila entre 10 y 15 minutos, pero puede alcanzar unos 30 minutos si sumamos el tiempo de lectura del manual donde se facilita al profesional toda la información necesaria para poder responder de forma autónoma.

En este caso, al trabajar con personas con PC y no tener afectada el área cognitiva, hemos considerado necesario que sean ellos mismos quienes contesten esta escala, promoviendo así sus derechos y libertades de expresión y su autodeterminación, papel fundamental en nuestro estudio. De esta manera, también evitamos sesgos por parte del evaluador y el informador como observadores externos, intentando garantizar la veracidad y exactitud de los datos recopilados. De este modo es el mismo entrevistado la persona fundamental en el proceso de la evaluación de la CV. El tiempo requerido para cada persona varía en función de la afectación de cada uno de ellos, pero estimamos que el tiempo oscila entre 30 y 45 minutos

Para marcar su respuesta, deberá tener en cuenta la siguiente clave de puntuación.

### Imagen 1. Modalidades de respuesta

Si la respuesta fuera "totalmente de acuerdo", marcará "siempre o casi siempre".

Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
4	3	2	1

Si la respuesta fuera "de acuerdo", marcará "frecuentemente".

Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
4	3	2	1

Si la respuesta fuera "en desacuerdo", marcará "algunas veces".

Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
4	3	2	1

Si la respuesta fuera "totalmente en desacuerdo", marcará "nunca o casi nunca".

Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
4	3	2	1

[Tomado de escala GENCAT, pág. 22]

Los ítems se refieren a cuestiones concretas y fáciles de comprender, aunque alguna de ellas tiene matizaciones para su mejor comprensión.

### ***Fiabilidad:***

En cuanto a la fiabilidad compuesta de las variables latentes (fiabilidad de constructo) y la varianza media extractada, los valores obtenidos indican una consistencia interna adecuada, especialmente en las dimensiones de *Autodeterminación*, *Bienestar emocional*, *Desarrollo personal* y *Derechos*. Al igual que sucedió en el análisis de la fiabilidad, resulta más baja la fiabilidad compuesta de las dimensiones *Bienestar material*, *Relaciones interpersonales*, *Bienestar físico* e *Inclusión social*.

### ***Validez:***

La validez de contenido del cuestionario viene determinada por dos razones principales: los ítems que la forman se han decidido tras una cuidadosa revisión y adaptación; se ha obtenido una importante evidencia de que el contenido de los ítems se refiere al constructo “Calidad de vida en personas con parálisis cerebral” y sus correlatos (opiniones, creencias...). El análisis factorial determina la existencia de ocho factores, que dan lugar a ocho subescalas: Bienestar emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico, Autodeterminación, Inclusión Social y Derechos.

La Escala GENCAT tiene validez convergente, pues se consideraron las saturaciones factoriales estandarizadas, la varianza media extractada y la fiabilidad compuesta. El 81.3% de las saturaciones factoriales supera el valor de 0,50 y que todas ellas resultaron estadísticamente significativas con valores t superiores a 2,58 ( $p < ,01$ ).

La validez discriminante se determinó comparando, para cada par de variables latentes, la varianza media extractada y el coeficiente de determinación. De las 28 comparaciones efectuadas, en 21 el valor de la varianza media extractada supera al correspondiente coeficiente de determinación, lo que aporta evidencia a la validez discriminante en la medida en que cada constructo latente debe explicar las medidas que lo componen mejor que las correspondientes a otro constructo cualquiera del modelo. En este sentido, los mayores problemas de validez discriminante se encuentran entre relaciones interpersonales e inclusión social por un lado, y desarrollo personal e inclusión social por otro.

## **4 Conclusión**

Esta escala parece adecuada para ser utilizada de forma rutinaria para evaluar la calidad de vida en población con discapacidad. Consideramos de vital importancia disponer de una escala validada y adaptada a población española para medir la calidad de vida en personas con discapacidad.



## Bibliografía

1. Haak P, Lenski M, Hidecker MJ, Li M, Paneth N. Cerebral palsy and aging. *Dev Med Child Neurol*. 2009 Oct; 51(4):16-23.
2. Heinsleigh PA, Fainstat T, Spencer R. Perinatal events and cerebral palsy. *Am J ObstetGynecol* 1986; 154: 978- 981.
3. Hagberg B, Hagberg G, Beckung E, Uvebrant P. Changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VIII. Prevalence and origin in the birth year period 1991-1994. *ActaPaedriatr* 2001; 90: 271-7.
4. Schalock RL. Quality of life. Vol 1: Its conceptualization, measurement and use. Washington DC. American Association on Mental Retardation. 1996.
5. Iraurgi I. Evaluación de Resultados en Trastornos Adictivos: Calidad de Vida como Indicador y Puntuación fiable de cambio como estimador [tesis doctoral]. San Sebastián. Universidad del País Vasco; 2010.
6. Verdugo MA, Jordán de Urríes FB. Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad. Salamanca. Amarú. 2001.
7. Wehmeyer, M. L. (1992). Teaching self-determination to students with disabilities: basic skills for succesful transition. Baltimore: Paul H. Brookes; 1992.
8. Schalock RL, Verdugo MA. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza; 2003.
9. Servicio de Información sobre Discapacidad [Sede Web]. Salamanca: Universidad de Salamanca - Instituto Universitario de Integración en la Comunidad; 1999 [Fecha de acceso: 14 de mayo de 2011]. Escala GENCAT: formulario de la Escala GENCAT de calidad de vida. Disponible en: <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/20924/8-1/escala-gencat-formulario-de-la-escala-gencat-de-calidad-de-vida.aspx>
10. Barton L. *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata; 1998.

# Rol enfermero en la evacuación de cuidados intensivos.

## Nurses role in the evacuation of the intensive care unit.

*David Zuazua Rico [et. al]<sup>1</sup>*

[zuazuadavid@uniovi.es](mailto:zuazuadavid@uniovi.es)

*Departamento Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.*

*Universidad de Oviedo.*

### **Resumen**

Los desastres hospitalarios (DH) constituyen una amenaza poco estudiada en España dada su baja aparición pero no por ello dejan de ser un riesgo. En las unidades de cuidados intensivos (UCI), la difícil situación de salud sumada a la urgencia del evento, constituye un reto para los profesionales que se enfrentan con este trabajo. Objetivo: Conocer el rol enfermero ante un desastre en UCI. Material y método: Revisión y análisis de aspectos implicados en la evacuación de una UCI. Contenido: Reino Unido recoge 500 incendios hospitalarios anuales de media entre 1994-2005; Estados Unidos (EEUU) 275 evacuaciones durante el periodo 1971-1999; la explosión de Fukushima, obligó a evacuar 8 hospitales. Naciones Unidas junto con la Organización Mundial de la Salud promueven la seguridad hospitalaria desde 2008. Países como EEUU disponen de protocolos estructurados en caso de desastre en UCI. En España el R.D.393/2007 así como el ministerio de sanidad establecen recomendaciones sobre preparación en desastres. Triage, dependencia, personal, necesidades materiales, identificación e historia clínica, aparecen como los puntos más importantes en evacuación. La enfermería posee características únicas entre las profesiones sanitarias: posee habilidades y conocimientos que llevan a cabo de manera natural, adaptándose al entorno en que se encuentran. La formación en desastres es una necesidad reconocida por la OMS. Conclusión: La formación en desastres es una necesidad esencial para todos los enfermeros. El concepto de seguridad en el paciente debe ir más allá de la reducción de patología asociada al ingreso hospitalario.

**Palabras clave:** Evacuación; Cuidados intensivos; Desastres; Enfermería.

---

<sup>1</sup> María Sierra Rico, Emilio Velasco Castañón, Gemma Nevado Vega; Hospital Universitario Central de Asturias.

## **Abstract:**

Hospital disasters are a less studied threat in Spain by their low appearance tax nonetheless, they are a continuous danger. At intensive care units, the health plight, as well as the rush of the situation, make this a challenge for the health workers. Objective: To know the nurses role during an internal disaster in an intensive care unit.

Methodology: Review and analysis of the aspects implicated in the evacuation of the intensive care unit. Content:

United Kingdom has an average per year of 500 hospitals fires during 1994-2005. United States 275 hospitals evacuations during 1971-1999, the Fukushima incident obliged to evacuate 8 hospitals. United Nations and World Health Organization promote hospitals safety since 2008. Nations like United States have structured protocols to apply in case of ICU disaster. In Spain, laws like R.D.393/2007 and health ministry establish recomendations about disaster preparation.Triage, dependency, staff, material needs, identification and clinic history are the main points in the evacuation of an intensive care unit. Nurses have unique features between health professions, they have skills and knowledge that apply naturally everywhere. Disaster formation is a need established by the World Health Organization.Comments: Disaster formation is an essential need for all nurses. Patient safety concept may go beyond the associated hospitalisation pathology.

**Key words:** Evacuation; Intensive care; Disasters; Nursing.

## **Introducción**

La preocupación por la calidad de los servicios, se convierte en una filosofía de gestión que promueve la mejora continua en todas las áreas de organización. Los esfuerzos se centran en perseguir la excelencia a través del análisis permanente de los resultados en las organizaciones. Conceptos como adaptabilidad, flexibilidad..., se incorporan generando una filosofía de cambio y adaptación constante a la demanda, necesidades y expectativas.

En todo el mundo, las organizaciones que prestan servicios se enfrentan al desafío de proporcionar calidad, que sean efectivos y que se traduzcan en resultados óptimos.

La calidad así concebida se convierte en un elemento estratégico, generando un profundo cambio en la gestión de los recursos, con el fin de minimizar riesgos y prevenir complicaciones.

En ese sentido, la actuación en desastres hospitalarios constituye un factor poco desarrollado en España. Normas como la ISO 31000 sobre la gestión del riesgo, constituyen hoy por hoy uno de los máximos exponentes en cuanto a esta materia se refiere. La unión con la legislación vigente en materia de autoprotección debería inducir un cambio en la sociedad sanitaria acerca de cómo desenvolverse en el día a día.

La inclusión de los planes de emergencia hospitalarios como criterio de calidad en atención sanitaria, debe constituir una máxima para cualquier organización dada la repercusión que un incidente hospitalario tiene a día de hoy en la sociedad, no sólo desde el punto de vista de la pérdida de vidas sino a nivel económico. Este concepto, abre una visión en la que los elementos propios

de cualquier organización (personas, recursos, procesos y resultados) interactúan de manera recíproca.

Los planes formativos, que deben incluir conceptos generales especificando cómo actuar en situación de gravedad extrema poniendo en el menor riesgo posible tanto a trabajadores como a usuarios del sistema, se perfilan como la opción a seguir tanto con ejercicios de simulación como con jornadas divulgativas.

La enfermería de cuidados críticos está enfocada al manejo de pacientes con situaciones de riesgo vital importante y altamente inestables. El conocimiento de los principales factores que afectan a un proceso de desastre sumado a una buena planificación, constituyen una medida de vital importancia a la hora de salvar vidas.

La necesidad de formación a los profesionales constituye una necesidad desatendida hoy por hoy en nuestro país que hay que realzar y fomentar en todos los ámbitos a partir de datos y experiencias internacionales, con el fin de luchar contra la descoordinación y negligencias que pueden suceder en un ambiente tan estresante.

La sensación de falsa seguridad que se vive en nuestros días en España, no debería ser motivo para un comportamiento tranquilo en materia de prevención.

La justificación de este tema, así como de futuras investigaciones en este ámbito, se centra no solo en la prevención de costes económicos, sino humanos derivados de una catástrofe.

## **1. Objetivos**

### ***1.1 Objetivo General:***

- Conocer el rol de la enfermería ante un desastre en una UCI hospitalaria.

### ***1.2 Objetivos Específicos:***

- Revisar la bibliografía existente sobre desastres hospitalarios.
- Identificar las técnicas y procedimientos más comunes de evacuación de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos.
- Revisar la legislación Española e internacional sobre prevención y actuación en desastres hospitalarios.
- Revisar las experiencias de enfermería en situaciones de desastre.
- Identificar aspectos implicados en una situación de evacuación hospitalaria.

## 2. Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de carácter sanitario mediante terminología DeCS/MeSH y aplicando booleanos.

Se consultó la legislación nacional vigente en materia de seguridad hospitalaria, así como las recomendaciones existentes por parte de Naciones Unidas (UNISDR), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermería (ICN).

## 3. Desarrollo

Un desastre puede definirse como:

*“Una seria interrupción en el funcionamiento de una comunidad o sociedad que ocasiona una gran cantidad de muertes al igual que pérdidas e impactos materiales, económicos y ambientales que exceden la capacidad de la comunidad o la sociedad afectada para hacer frente a la situación mediante el uso de sus propios recursos”.*(1)

### ***3.1 Epidemiología de los desastres hospitalarios:***

Haciendo una revisión de la literatura sobre evacuaciones hospitalarias, encontramos que entre los años 1980 y 2008, a nivel internacional se realizaron 69 evacuaciones hospitalarias, alguna de ellas cercana como la producida en Italia tras el terremoto de L’Aquila. (2)

En el Reino Unido, durante la década de 1994-2005, un informe del National Health Service (NHS) recoge una media de 500 incendios anuales. (3)

Otra revisión realizada en Estados Unidos de América (EUA) arroja cifras de 275 evacuaciones durante el periodo 1971-1999. (4)

Incidentes más recientes como la explosión del reactor de la central nuclear de Fukushima en Japón en el año 2011, obligó a evacuar de forma súbita a 8 hospitales y diversos centros sanitarios. (5)

En 2012, el huracán Sandy obligó a evacuar 8 unidades de cuidados intensivos en Nueva York. (6)

En España, en la década 2002-2012, se producen 47 incendios hospitalarios que en algún caso obliga a una evacuación de tipo parcial (7). En nuestra región podemos recordar las inundaciones de junio de 2010 que obligaron a una evacuación parcial del Hospital del Oriente.

### ***3.2 Riesgos:***

Los riesgos que existen se pueden clasificar en dos tipos:

- Naturales: Terremotos, tsunamis, erupciones volcánicas, huracanes, inundaciones, movimientos de tierras, sequías y epidemias.
- Producidos por el hombre: Guerras (terrorismo), explosiones, incendios, accidentes, deforestación, contaminación y colapsos.

Existe una dualidad de opiniones en cuanto a la causa principal de evacuación hospitalaria, por un lado, revisiones realizadas en EUA, muestran al fuego y las sustancias peligrosas, como las causas que más hospitales obligan a evacuar, los terremotos aparecen como la primera causa de origen natural (4). Por otra parte, revisiones más recientes, muestran a los terremotos como la causa más importante a la hora de desencadenar una evacuación hospitalaria. (2)

### ***3.3 Protocolos y legislación:***

La Organización Mundial de la Salud (OMS) así como la UNISDR (Secretaría de la Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de Desastres) inició en 2008 una campaña denominada “Hospitals Safe from Disasters” (8) dentro del “Marco de Acción de Hyogo 2005-2015: Aumento de la Resiliencia de las Naciones y Comunidades frente a los Desastres”, en que se hacía especial hincapié en la necesidad de adecuar las estructuras sanitarias para resistir y mantener la actividad en caso de desastre. En este mismo apartado hacen referencia a la necesidad de que cada centro hospitalario cuente con un plan de emergencia. Definen aquí el concepto de Hospital seguro, que para ellos debe cumplir una serie de características como:

- Resistencia de la estructura.
- Operacionalidad en situaciones de desastre.
- Existencia de un plan de emergencia y que éste se encuentre implantado entre el personal del centro.

Diversas sociedades científicas alrededor del mundo han realizado trabajos, todos basados en experiencias vividas con anterioridad en otros países, o incluso en el propio y han lanzado protocolos y recomendaciones ante una posible situación de evacuación hospitalaria, y más concretamente en cuidados intensivos.

Así por ejemplo, el Colegio de médicos de terapia respiratoria de los EEUU junto con la Asociación Americana de Enfermería en Cuidados Críticos y la Federación Mundial de Sociedades de Cuidados Críticos, publica una guía de recomendaciones en el 2014 sobre evacuación de centros hospitalarios, en la que se recogen 43 recomendaciones a seguir ante la previsión, impacto y

evacuación de pacientes críticos durante un desastre, que se resumen en 13 puntos fundamentales (9), todo ello arropado por un plan nacional de respuesta ante desastres.

En Méjico, el Instituto de Seguro Social elaboró en 2013 un protocolo en el que se incluyen criterios de triage, así como recomendaciones de personal y material para operar en caso de evacuación de una unidad de cuidados intensivos.) (10)

El Reino Unido de una guía sobre evacuación y “albergue” hospitalario en situaciones de desastre. (11)

En España, el R.D. 393/2007 establece la “norma básica de autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias que puedan dar origen a situaciones de emergencia”. (12)

En el apartado 1.2 de la norma se define la autoprotección como:

*“Sistema de acciones y medidas encaminadas a prevenir y controlar los riesgos sobre las personas y los bienes, a dar respuesta adecuada a las posibles situaciones de emergencia y a garantizar la integridad de estas actuaciones con el sistema público de protección civil. Estas medidas y acciones deben ser adoptadas por los titulares de las actividades, públicos o privados, con sus propios medios y recursos, dentro del su ámbito de competencia”.*

Estos planes de autoprotección tienen la obligatoriedad de ser creados por la empresa e implementados entre los trabajadores, formando este parte activo de los mismos. En esta norma se encuentran incluidos los centros hospitalarios.

Ya el INSALUD, creó en 1993 una guía para la elaboración de planes de catástrofes en hospitales, basándose en la anterior normativa sobre protección civil de 1984. (13)

Más recientemente el Ministerio de Sanidad y Política Social en su guía de estándares y recomendaciones para unidades de cuidados intensivos hace mención a la necesidad de tener un plan de autoprotección disponible frente a desastres internos o externos (14), pero al final esta planificación de las evacuaciones hospitalarias queda en mano de la autogestión del propio centro.

Una adecuada planificación supone el ahorro de costes económicos y sociales, gestiones incorrectas como las realizadas en Japón o Nueva Orleans han supuesto 50 y 215 vidas respectivamente (15).

### **3.4 Cuidados Intensivos:**

Una situación de catástrofe interna en una Unidad de Cuidados Intensivos que requiera la evacuación de los pacientes ingresados merece un estudio meticuloso. La peculiaridad de los pacientes críticos reside en la gravedad de su patología que le conduce a un estado crítico, el

desarrollo de la medicina ha permitido que gran parte de las funciones vitales se puedan soportar parcial o totalmente por fármacos o aparataje de gran complejidad. De ahí derivan los requerimientos de recursos humanos cualificados para su manejo, a todos los niveles de personal sanitario. Esto ha supuesto un gran avance y mejora en la supervivencia y en las secuelas de los pacientes críticos pero tiene, como contrapartida, una complejidad inmensa en su manejo y que ante cualquier traslado que precise el paciente, para realizar una prueba complementaria, traslado a quirófano,... la preparación del paciente y su movilidad son excepcionalmente difíciles.

Será por lo tanto preciso disponer de un protocolo de actuación lo más estructurado y estandarizado posible para tratar de evacuar al mayor número de pacientes en las mejores condiciones y en el menor tiempo posible.

Este plan de actuación estará englobado en el plan general de catástrofes del hospital.

Este documento recoge de manera extensa el análisis de riesgos del edificio, los medios de autoprotección disponibles y los protocolos de actuación frente a situaciones de emergencia específicas en función del servicio afectado y de la persona interviniente, además de un protocolo de actuación general. Recoge la composición del gabinete de crisis, que se debe encargar de la coordinación, supervisión y puesta en marcha del plan, así como de la implantación del mismo y comunicación con otras entidades relacionadas con las emergencias y debe tener conocimiento preciso de todos los recursos disponibles, forma parte de él (16):

- Gerencia.
- Personal médico.
- Personal de enfermería.
- Personal subalterno (en especial mantenimiento y seguridad).

Se definen diferentes tipos de emergencia en función de su gravedad (17):

- *Conato de emergencia*: incidente puntual y localizado que se afronta con los medios disponibles.
- *Emergencia parcial*: Requiere la intervención de más medios presentes en el hospital y la evacuación del servicio.
- *Emergencia general*: Requiere de la intervención de ayuda exterior y la posibilidad de evacuar grandes cantidades de pacientes.

Podemos definir diversos grados de evacuación dependiendo de diferentes factores (16):

- *Evacuación total*: Implica el desplazamiento de todo el personal y pacientes del centro al exterior del edificio.



- *Evacuación parcial:* Únicamente se desplaza una parte de los recursos y pacientes, puede ser intrahospitalaria o necesitar reubicación en otros centros.
- *Evacuación horizontal:* No implica cambios de nivel en el desplazamiento de los recursos y pacientes.
- *Evacuación vertical:* Implica un cambio de altura de los recursos evacuados.
- *Confinamiento:* Implica la permanencia en el lugar, mantenido por los medios de autoprotección disponibles. Estos medios consisten en dispositivos de contención de fuego (puertas anti-incendio, extintores y mangueras)

Diversos factores afectan al proceso de evacuación en sus diferentes puntos y al proceso de cuidado del paciente:

- *Urgencia de evacuación/Triaje:* las características de los pacientes de UCI, por sus requerimientos tecnológicos y humanos, precisan de una evaluación específica y detallada que nos permita establecer un orden determinado y agilice la evacuación de los pacientes en función de su situación clínica y necesidades de soporte vital y de las decisiones sobre su techo terapéutico. Debe ser realizado en conjunto por médico y enfermero para asegurar una correcta aplicación y la coordinación entre ambos estamentos, además de tener una visión global de la situación (17) (anexo I y II), dependiendo del tiempo disponible se evacuará en primer lugar a los pacientes de mayor gravedad, en el caso de una evacuación en la que se disponga de tiempo suficiente; o en último lugar en el caso de una evacuación urgente. (16, 19)
- *Grado de dependencia:* los pacientes con alto grado de dependencia, como es el caso de cuidados intensivos, se desplazan en la propia cama (16). En evacuación vertical, la disponibilidad de un ascensor marca la diferencia puesto que, disponiendo de él, equivale a una evacuación horizontal. En el caso de no disponer de ascensor durante la evacuación se recurre a mover a la persona de su cama hacia un medio alternativo que puede ser una camilla específica de evacuación, o en su defecto medios más rudimentarios como sábanas (19).
- *Personal que realiza la evacuación:* Las necesidades humanas en cuidados intensivos están aumentadas frente a los servicios de hospitalización en cuanto a personal sanitario. El ratio enfermera-paciente en condiciones normales se sitúa en 2:1 (14). En caso de evacuación, las necesidades se incrementan por la urgencia de la situación así como por la posibilidad de tener que superar desniveles (18, 19). Debido a esta situación será necesario contar con más colectivo de profesionales para providenciar la evacuación de todos los pacientes. En

estos casos se recurre al turno entrante a fin de cubrir las necesidades, o bien a personal de otros servicios con conocimiento en cuidados críticos y siempre que la situación lo permita. (13, 20)

- *Necesidades materiales:* normalmente se intenta reducir el material al mínimo posible durante el traslado para evitar problemas relacionados con los mismos (18, 21, 20, 9).
- *Identificación:* se registrará la ubicación del paciente a la hora de realizar el seguimiento del mismo. (9)
- *Historia clínica:* portará una copia completa de todo el historial médico así como de pruebas complementarias (9, 20).
- *Medicación:* portará medicación suficiente para las primeras 24 horas a fin de evitar rotura de almacenaje en el servicio o centro receptor (9).

Debe existir personal de referencia que coordine y facilite la respuesta de la UCI con el resto del hospital además de con los centros receptores de pacientes, si los hubiere. Debe ser conocida por todos los profesionales que componen el equipo. Estará compuesto por médico y enfermero, que serán los encargados de realizar el triage de pacientes así como comunicarse con el comité de emergencias del hospital para informar de las decisiones que se tomen en ambos sentidos y cualquier incidencia que aparezca. Estos profesionales serán los que más conocimientos sobre gestión de desastres posean (9). De una correcta gestión depende el éxito.

### ***3.5 Actuación de Enfermería***

Como se cita en el marco conceptual de la enfermería de desastres elaborado por el consejo internacional de enfermería, la enfermería posee unas características que la hacen única entre las profesiones sanitarias, puesto que tienen habilidades técnicas y conocimientos clínicos que llevan a cabo y ponen en práctica de manera natural, adaptando sus conocimientos al entorno en que se encuentran, incluso en condiciones de extrema austeridad y de la manera más diversa, de ellos depende en gran medida el ahorro de vidas y costes económicos (15, 21, 22).

La enfermería de cuidados intensivos, por su propia idiosincrasia, tiene grandes capacidades para entender los procesos y riesgos que pueden afectar al traslado de un paciente, y es capaz de adaptarse e innovar en situaciones nuevas y en los entornos más diversos.

La formación en materia de desastres de los profesionales enfermeros ya queda reflejada en un documento elaborado por la OMS y el consejo internacional de enfermería acerca de las necesidades en la educación de estos durante su periodo universitario. Este documento expresa los roles que todo enfermero debe adquirir durante su formación como profesional, entre ellos se

encuentra el proveer un ambiente seguro (23), asimismo la OMS en su marco conceptual sobre seguridad en el paciente, marca como riesgo el propio centro y el contenido del mismo (24).

Los ejercicios de simulación constituyen un ejercicio de puesta a prueba para determinar flaquezas y puntos de mejora, por supuesto la autocrítica debe estar presente en todos ellos. La variabilidad de las situaciones que se pueden dar, nos da una idea de que un plan de emergencia debería estar pensado en lo impensable. Se deben contemplar todos los riesgos existentes durante el proceso de movilización y traslado de un paciente crítico, siempre presentes, a los cuales se añade la tensión e incertidumbre del momento; entre los riesgos más comunes que se encuentran, la extracción de los dispositivos de manejo y control de la vía aérea, así como los de acceso venoso, constituyen la principal fuente de problemas durante los procedimientos rutinarios en el traslado de pacientes críticos.

La enfermería está presente en todas y cada una de las fases descritas anteriormente:

- Se encuentra presente en el comité de catástrofes del hospital, donde representa a todos los profesionales y se implica en el análisis de riesgos y actuaciones en su campo.
- Durante la fase de activación de la emergencia, mediante la activación de los dispositivos de alarma.
- Como equipo de primera intervención en el combate de fuego con los medios de autoprotección disponibles.
- En el triage y preparación de los pacientes en la unidad, aplicando los conocimientos y técnicas adquiridas en el cuidado del paciente crítico.
- Coordinando y gestionando material y personal en la fase de desastre.
- Durante el proceso de evacuación acompañando al enfermo y prestando cuidados además de soporte vital cuando sea necesario.

En todo este proceso, el colectivo de familiares no debe ser descuidado por parte del personal sanitario, pudiendo aportar gran ayuda en momentos iniciales, desde el simple traslado de enseres personales, a incluso pacientes que por su gran estabilidad puedan evacuarse sin supervisión de personal especialista en cuidados intensivos (pacientes en situación de pre-alta). La información que reciban ha de ser clara y concisa, se debe tener en cuenta la necesidad de adoptar en todo momento una postura de calma e intentar transmitir seguridad al entorno que nos rodea con el fin de no sembrar el caos entre el personal interviniente y ajeno a la intervención (13, 17).

El proceso de intervención, enfrenta al profesional a una serie de dilemas éticos, pueden surgir conflictos que, en la práctica clínica diaria, requieren un análisis complejo para ser resueltos, más aún, cuando se plantean de forma súbita ante una catástrofe; se han de tener presentes los principios y valores de las circunstancias concretas para tomar las decisiones más prudentes en situaciones

muy complejas caracterizadas por un entorno de emergencia, incertidumbre y cargadas de la máxima intensidad emocional (25, 26).

Basándonos en los principios éticos que ordenan la mente de todo profesional enfermero: beneficencia y no maleficencia, autonomía, justicia, fidelidad, veracidad y confidencialidad; los conflictos que encontramos en todo proceso de evacuación hospitalaria y por consiguiente en una unidad de cuidados intensivos, afectan a la esfera de la beneficencia y no maleficencia, justicia y autonomía.

El principio de justicia recoge la distribución equitativa de los recursos tecnológicos, científicos, humanos y también económicos. Y dado que estos recursos son limitados y finitos, más aún en una emergencia, el personal asistencial se convierte en administrador de los recursos que los ciudadanos ponen en sus manos para gestionarlos de la forma más eficiente posible.

Con respecto a los principios de beneficencia y de justicia, debemos tener en cuenta que existen situaciones en que la realización de soporte vital conlleva riesgos para el propio reanimador o que otras víctimas en estado grave simultáneamente pueden beneficiarse de la atención con mayores probabilidades de supervivencia; de hecho, la atención con maniobras de soporte vital en la atención de múltiples víctimas y medios asistenciales no proporcionados en cantidad pueden representar una actitud maleficente por un daño potencial a otros pacientes en situación de mayor recuperabilidad.

En cuanto al principio de no-maleficencia, también es aplicable en esta situación concreta; la elección de rescatar a un individuo altamente dependiente del soporte vital por diferentes dispositivos y tratamientos, en una situación de emergencia donde no se le asegure la continuidad asistencial, entra en conflicto con esta premisa.

#### **4. Discusión:**

Parece poco probable que en España podamos tener desastres de la envergadura de EEUU o Japón. El dramatismo vivido en esos momentos, sumado a la planificación deficiente en materia de desastres, supone una controversia hoy en día en que se prima la seguridad por encima de todo. Existe poca literatura acerca de los roles de enfermería en un desastre hospitalario más allá de un punto de vista narrativo basado en experiencias vividas en situaciones de desastre, prácticamente toda la literatura versa acerca de procedimientos puramente técnicos en cuanto a rescate o bien clínicos sobre aspectos de triage, esto hace pensar en la necesidad de fomentar la investigación de enfermería en el campo de las evacuaciones hospitalarias.

Basándome en la literatura obtenida, puedo definir entonces un marco teórico de factores que influyen al personal de enfermería en una situación de desastre hospitalario:

#### ***4.1 Formación:***

El desconocimiento del Plan de Emergencia Hospitalario no debería ser justificable hoy por hoy por parte de los trabajadores que deberían ser los primeros demandantes ante la administración de planes formativos en materia de emergencias, aunque esta parece una cuestión difícil de solventar, probablemente la cultura de seguridad en la que vivimos en España, y la escasez de riesgos visibles, hace que los profesionales intuyan un hospital como un ambiente prácticamente exento de riesgos y por ello no le den importancia a la preparación y el conocimiento de aspectos básicos. Por parte de la administración también se debería adoptar una postura de formación activa de los profesionales, poniéndose siempre en el peor de los escenarios posibles.

En nuestro país, nadie se cuestiona a día de hoy una posible emergencia que obligue a algo más que actuaciones puntuales de combate de fuego muy localizado, y aun así, en la mayoría de los casos, nos escandalizamos cuando esto ocurre y la respuesta no ha sido la esperada por parte de la administración o de los trabajadores.

El desarrollo de ejercicios de simulación, que ya se recoge en todas las recomendaciones nacionales e internacionales, con la necesidad de realizarse al menos una vez al año, parece difícil llevarlo a cabo en un centro hospitalario de manera global, aunque sería altamente recomendable realizar ejercicios a pequeña escala de manera periódica y sin pacientes reales, para así tener conciencia de la dificultad de la situación.

En países con mayor incidencia de desastres como Filipinas, inciden en la política de seguridad, formando a todos los profesionales que ejercen en un centro y asignando roles específicos a cada uno de ellos durante un proceso de evacuación, a fin de minimizar la descoordinación que supondría el que nadie tomara el mando de una manera clara y sembrando el caos en el centro.

La preparación en materia de desastres que debería constituir una norma mínima en las facultades/escuelas de enfermería, queda hoy reducida al interés personal de profesionales y tal vez se le presta poca importancia en la formación de los enfermeros Españoles, que tienen que recurrir a formación postgrado. Toda inversión hecha en formación pre-desastre, supondrá un considerable ahorro en vidas y costes económicos.

El conocimiento de los medios de extinción de fuego y los medios de contención del mismo, además de los sistemas de activación que los alerta, deberían formar parte de la educación mínima en nuestro país de todo trabajador sanitario.

La pérdida de una sola vida por una formación inadecuada o deficiente no puede considerarse admisible a día de hoy.

#### ***4.2 Entorno:***

La variabilidad de situaciones que se pueden dar en un desastre hospitalario, pueden llegar a convertir la UCI en un entorno completamente hostil y estresante para el personal que trabaja allí. Aunque se estudia y analizan con minuciosidad los riesgos a los que se somete un centro hospitalario en el plan de emergencias, la posibilidad de eventos no calculados está siempre presente. Parece difícil que la situación en nuestro entorno vaya más allá de un simple incendio o inundación, pero existen factores, cada día más, a tener en cuenta, como un atentado terrorista, una amenaza nuclear o un riesgo epidemiológico que obligue al desalojo de todo un complejo hospitalario.

Los riesgos añadidos a una unidad de cuidados intensivos en condiciones normales frente a otros servicios hospitalarios, quedan poco analizados en la bibliografía existente. Las grandes cantidades de oxígeno utilizadas por los dispositivos de ventilación mecánica además del número de dispositivos electrónicos dispuestos en torno al paciente, generan un ambiente ciertamente peligroso que no se tiene en cuenta entre los trabajadores.

El conocimiento del entorno de trabajo, sus vías de evacuación, los recursos disponibles en la unidad de cuidados intensivos en caso de emergencia, debería estar en la mente, no solo de los gestores sino de cualquier profesional que ejerza su actividad en una UCI.

Podemos poner nuevamente en este apartado la cultura y percepción de seguridad existente en nuestro país y la necesidad de formación en actuación en un entorno hostil. Se hace presente la premisa de pensar en lo impensable.

### ***4.3 Técnico:***

En el apartado técnico, la enfermería de cuidados intensivos desarrolla un enorme arsenal de conocimientos técnicos, procedurales y clínicos, no parece que este sea un campo muy desatendido y es aquí donde el personal de enfermería hace valer la capacidad innata de adaptación e inventiva. Los medios con los que se trabaja hoy por hoy en el ambiente hospitalario y extrahospitalario, facilitan enormemente los procesos de evacuación vertical. Aunque por lo general no se concibe una evacuación vertical sin ascensor de un paciente crítico, más aun sin dispositivos de transporte adecuados a la emergencia y situación clínica, no por ello se debe considerar la opción de no evacuar estos pacientes si la situación lo requiere y los medios no son los suficientes para hacerlo en unas condiciones ideales.

### ***4.4 Ético:***

En el campo de la ética en desastres, existe suficiente literatura aplicable al campo de la emergencia extrahospitalaria, sin embargo, en el campo del desastre hospitalario apenas se puede encontrar más allá de artículos de opinión en revistas de enfermería, fundamentalmente basados en los hechos ocurridos durante el huracán Katrina en el que fueron procesados y posteriormente absueltos dos enfermeros por practicar eutanasia a dos enfermos con poca esperanza de vida que estaban agotando los pocos recursos disponibles para todo un servicio. Realmente este hecho resulta tan cuestionable como el opuesto.<sup>(27)</sup> Abriríamos la caja de Pandora tratando de discernir la opción más acertada en esta actuación.

La ética está presente desde el momento en que decidimos ser enfermeros, pero en situaciones límite, lo que antes nos parecía impensable, ahora se nos puede volver fundamental. Una discusión sobre aspectos éticos de enfermería en desastres hospitalarios merecería un profundo análisis.

Todo ello nos hace pensar que el concepto de seguridad en el paciente debe ir más allá de la reducción de patología asociada al ingreso hospitalario, como pueden ser las infecciones nosocomiales o la reducción de úlceras por decúbito, de un uso seguro del medicamento, o técnicas más eficientes, y empezar por entender que el concepto de seguridad empieza con la percepción del hospital como un entorno no exento de riesgos mayores ante los que debemos saber actuar con celeridad y eficacia.

La calidad de la actuación en una situación de desastre depende de la actitud de todo el personal implicado en la misma y aun habiéndose mejorado en la seguridad de los dispositivos, todavía falta mucho camino por recorrer.

## 5. Conclusiones

1. El conocimiento del Plan de Emergencia Hospitalario así como el manejo de los medios de autoprotección disponibles en el centro es esencial.
2. Los planes formativos, que deben incluir conceptos generales especificando cómo actuar en situación de gravedad extrema poniendo en el menor riesgo posible tanto a trabajadores como a usuarios del sistema, se perfilan como la opción a seguir tanto con ejercicios de simulación como con jornadas divulgativas.
3. La toma de decisiones y ejecución de acciones durante un desastre no se debe dejar en manos de la improvisación.
4. Se debe fomentar la investigación enfermera en materia de prevención e intervención en materia de desastres hospitalarios, generando así una cultura de seguridad.

## Bibliografía

1. Naciones Unidas. Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres. 2009. Recuperado a partir de: [http://www.unisdr.org/files/7817\\_UNISDRTerminologySpanish.pdf](http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf)
2. Bagaria J, Heggie C, Abrahams J, Murray V. Evacuation and sheltering of hospitals in emergencies: a review of international experience. *Prehospital Disaster Med.* 2009;24(05):461-7.
3. Department of Health. Firecode. Health Technical Memorandum 05-03: Part L-NHS Fire Statistics 1994-2005. London: The Stationary Office, 2007.
4. Sternberg E, Lee GC, Huard D. Counting crises: US hospital evacuations, 1971–1999. *Prehospital Disaster Med.* 2004;19(02):150-7.
5. Tanigawa K, Hosoi Y, Hirohashi N, Iwasaki Y, Kamiya K. Loss of life after evacuation: lessons learned from the Fukushima accident. *The Lancet.* 2012;379(9819):889-91.
6. King M, Dorfman M. The brewing storm: ICU evacuation during hurricane Sandy. *Crit Care Med.* 41(12):A143.
7. Cuesta J. Modelado y simulación computacional de los procesos de evacuación en centros hospitalarios. Universidad de Cantabria; 2013.
8. International Strategy for Disaster Risk Reduction (ISDR). Hospitals Safe from Disasters 2008-2009 World Disaster Reduction Campaign. Recuperado a partir de: [http://www.unisdr.org/eng/public\\_aware/world\\_camp/2008-2009/wdrc-2008-2009.html](http://www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2008-2009/wdrc-2008-2009.html)
9. King MA, Niven AS, Beninati W, Fang R, Einav S, Rubinson L, et al. Evacuation of the ICU: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *CHEST J.* 2014;146(4\_suppl):e44S - e60S.



10. Echevarría-Zuno S, Cruz-Vega F, Elizondo-Argueta S, Martínez-Valdés E, Franco-Bey R, Méndez-Sánchez LM. Atención en emergencias y desastres en las unidades de terapia intensiva del Instituto Mexicano del Seguro Social: triage y evacuación. *Cir Cir.* 2013;81:246-55.
11. NHS England EPRR. Planning for the shelter and evacuation of people in healthcare settings. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.england.nhs.uk/ourwork/eprp/>
12. REAL DECRETO 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
13. INSALUD. Guía para la elaboración de planes de catástrofes en hospitales. Instituto Nacional de la Salud. Madrid; 1993.
14. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, editor. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
15. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, International Council of Nurses. ICN framework of disaster nursing competencies. Geneva Switzerland: World Health Organization ; International Council of Nurses; 2009. Recuperado a partir de: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free%5Fpublications/24%5FJune%5F2009%5FDisaster%5FNursing%5FCompetencies%5Flite.pdf>
16. Pan American Health Organization, editor. HOSPITALS DON'T BURN! Hospital Fire Prevention and Evacuation. PAHO. Washington D.C.; 2014.
17. Sánchez-Palacios M, Lorenzo Torrent R, Santana-Cabrera L, Martín García JA, Campos SG, Carrasco de Miguel V. Plan de evacuación de la unidad de cuidados intensivos: ¿un nuevo indicador de calidad? *Med Intensiva.* abril de 2010;34(3):198-202.
18. Manion P, Golden IJ. Vertical evacuation drill of an intensive care unit: design, implementation, and evaluation. *Disaster Manag Response.* 2004;2(1):14-9.
19. Kenneth V. Iserson M MBA. Vertical Hospital Evacuations: A New Method. *South Med J.* 1 de enero de 2013;106(1):3742.
20. Cybulski P. Evacuation of a critical care unit. *Dynamics.* 2003;14(3):21-3.
21. Sebastian SV, Styron SL, Reize SN, Houston S, Luquire R, Hickey JV. Resiliency of accomplished critical care nurses in a natural disaster. *Crit Care Nurse.* 2003;23(5):24-36.
22. Schultz CH, Koenig KL, Lewis RJ. Implications of hospital evacuation after the Northridge, California, earthquake. *N Engl J Med.* 2003;348(14):1349-55.
23. World Health Organization. Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. Geneva: World Health Organization; 2009. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/hrh\\_global\\_standards\\_education.pdf](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf)

24. World Health Organization, editor. Más que palabras. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. Versión 1.1. World Health Organization. Ginebra; 2009. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
25. Biddison LD, Berkowitz KA, Courtney B, De Jong CMJ, Devereaux AV, Kisson N, et al. Ethical considerations: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. CHEST J. 2014;146(4\_suppl):e145S - e155S.
26. Priest C, Bahl M. Nursing During Catastrophic Disaster: A Case Study From New Orleans. J Nurs Law. 1 de diciembre de 2008;12(4):157-64.
27. Priest C. Catastrophic conditions, tough decisions: The roles and responsibilities of nurse leaders in disaster settings. Nurse Lead. 2009;7(3):48-50.

## Anexo I

<i>Grupos asistenciales</i>	
1	SopORTE total.
2	SopORTE total salvo nuevas medidas de reanimación cardiopulmonar.
3	Acerca de medidas invasivas.
	1 Medidas invasivas condicionadas hasta conocer con certeza que la patología inicial o proceso intercurrente no son fase terminal de una enfermedad irreversible; una vez disipadas las dudas, retirar medidas.
	b Sin medidas invasivas consensuadas (ventilación mecánica invasiva, depuración extrarrenal por diálisis o hemodiafiltración, asistencia circulatoria mecánica). Se aceptan medidas generales no invasivas como oxigenoterapia y fisioterapia y control de secreciones respiratorias, antibioterapia, ventilación mecánica no invasiva, fluidoterapia, tratamiento diurético, administración de fármacos vasoactivos o inotropos.
	2 c No incorporar nuevas medidas salvo medidas paliativas de carácter humanitario (como tratamiento del dolor y el disconfort): sin certeza o evidencia suficiente de irreversibilidad del cuadro pero con evolución desfavorable y calidad de vida pobre. Retirada de todas las medidas salvo cuidados básicos y la ventilación mecánica: sin expectativas de recuperación. Las medidas a retirar y no instaurar son la nutrición parenteral, antibióticos, depuración extrarrenal, monitorización hemodinámica, asistencia circulatoria mecánica y fármacos vasoactivos.
	d Retirada de todas las medidas salvo cuidados básicos y la ventilación mecánica: sin expectativas de recuperación. Las medidas a retirar y no instaurar son la nutrición parenteral, antibióticos, depuración extrarrenal, monitorización hemodinámica, asistencia circulatoria mecánica y fármacos vasoactivos.
	e Retirada de ventilación mecánica, bien de forma progresiva en el proceso de destete o weaning o retirada inmediata.
4	Muerte encefálica, retirada de todo tipo de medidas salvo caso de donación de órganos. En el caso especial de los donantes de órganos, se hallan por definición en muerte encefálica y tendrían prioridad especial por el beneficio potencial que pueden aportar a la sociedad.

(Tomado de: Sánchez-Palacios M, Lorenzo Torrent R, Santana-Cabrera L, Martín García JA, Campos SG, Carrasco de Miguel V. Plan de evacuación de la unidad de cuidados intensivos: ¿un nuevo indicador de calidad? Med Intensiva. 2010; 34(3):198-202.)

## Anexo II

<i>Clasificación del orden de evacuación</i>	
1	grupo asistencial 1, conscientes, no precisan ventilación mecánica ni medicación vasoactiva.
2	grupo asistencial 1, conscientes que precisan oxigenoterapia en mascarilla, precisan VMI o VMNI con $FiO_2 < 0.5$ y $PEEP < 7$ cm H <sub>2</sub> O, precisan catecolaminas, adrenalina o noradrenalina a $< 0.5$ mcg/kg/min.
3	grupos asistenciales 2, 3a o 3b, no están conscientes porque precisan sedación o por daño neurológico importante ( $GCS > 5$ ), precisan ventilación mecánica con $FiO_2 0.5-0.8$ y $PEEP$ elevada $< 8-10$ cm H <sub>2</sub> O, precisan catecolaminas en dosis elevadas, adrenalina o noradrenalina a $0.5-1$ mc/kg/min, con índice cardíaco $> 1.8$ l/min/m <sup>2</sup> o necesidad de contrapulsación aórtica.
4	grupos asistenciales 3c, 3d, 3e o 4, no conscientes con daño neurológico grave ( $GCS \leq 5$ ), fallo respiratorio grave con ventilación mecánica y $FiO_2 \geq 0.8$ y $PEEP \geq 10$ cm H <sub>2</sub> O, precisan de catecolaminas, adrenalina o noradrenalina a $> 1$ mcg/kg/min, asistencias circulatoria mecánica o dispositivos de hemodiafiltración.

(Tomado de: Sánchez-Palacios M, Lorenzo Torrent R, Santana-Cabrera L, Martín García JA, Campos SG, Carrasco de Miguel V. Plan de evacuación de la unidad de cuidados intensivos: ¿un nuevo indicador de calidad? Med Intensiva. 2010;34(3):198-202.)

# La Valoración en los Registros Informáticos de Enfermería: Veracidad o Deslealtad

## Assessment in Nursing Computer Records: Truthfulness or Disloyalty

*María Luz Fernández Fernández [et.al]<sup>1</sup>*

[fernandml@unican.es](mailto:fernandml@unican.es)

*Dpto. Enfermería. E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla". U. de Cantabria.*

### Resumen

En los últimos años, profesionales de Enfermería han tenido que adaptar los Registros enfermeros a diferentes aplicaciones informáticas, entre ellos la historia clínica de Enfermería (HCE), teniendo como base un Modelo. El propósito de este trabajo ha sido analizar el grado en que dichas herramientas se ajustan a las bases teóricas del Modelo referencial.

Se ha realizado un estudio analítico, se han muestreado aleatoriamente cuarenta y seis registros de soporte informático, realizados a distintos pacientes atendidos en una unidad de hospitalización y otra de Cuidados Críticos. Los resultados obtenidos mostraron que en menos del 7% de los casos el personal enfermero no cumplimenta los datos, y los que aparecen registrados recogen fundamentalmente los aspectos biológicos, con total ausencia de la dimensión holística. Estos resultados se compararon con los datos obtenidos de la realización de los registros por los autores de este estudio, que aplicaron estrictamente el Modelo de Virginia Henderson y los Patrones de Salud de Gordon, evidenciándose diferencias notables derivadas de una cumplimentación al cien por cien y la valoración holística real. En definitiva, se concluye que algunas herramientas informáticas no aplican verazmente los Modelos enfermeros sobre los que dicen estar construidas. Asimismo, al no ajustarse a la valoración integral de la persona los datos registrados en los recursos informáticos no identifican problemas que son importantes

---

<sup>1</sup> Mario Flores Prieto. Enfermero del Servicio Vasco de Salud Osakidetza; Alexandra Gualdrón Romero Enfermera del Servicio Cántabro de Salud.

para su recuperación del paciente. Por tanto, esta situación pone en entredicho la lealtad de los profesionales de Enfermería respecto a la responsabilidad del cuidado ante la sociedad y la propia profesión.

**Palabras Clave:** registros de enfermería; modelos de enfermería; atención de Enfermería; informática aplicada a la Enfermería.

### **Abstract**

In recent years nurses have had to adapt nursing records to different informatics applications, including the nursing records based on a model. The purpose of this study is to analyze the extent to which these tools conform to the theoretical basis of the reference model. An analytical study, in which forty six patients' records in computerized form were randomly sampled, has been performed. The subjects of the study were individual patients treated at an inpatient unit and at a critical care unit. The findings showed that in less than 7 % cases the nursing staff does not collect the data properly, and that the recorded data primarily collect biological aspects with total absence of a holistic dimension. The registered information was contrasted with the data obtained by the authors of this study when filling in the records strictly applying Virginia Henderson's Model and Gordon's Health Standards, showing clear differences derived from a hundred per cent completion and real holistic assessment. Thus, we can conclude that some informatics tools do not truly apply the nursing models on which they are said to be built. Moreover, the data recorded in the informatics resources do not identify issues that are important for the patient's recovery because they do not conform to the people's comprehensive assessment. Therefore, this situation calls into question the loyalty of nursing professionals regarding their responsibility of caring to society and the nursing profession itself.

**Keywords:** nursing records; nursing models; nursing care; nursing informatics.

## **Introducción**

La implantación y desarrollo de las plataformas informáticas ha supuesto un cambio trascendental en todos los ámbitos de nuestra sociedad actual generando entre otras nuevas formas de registrar, almacenar y difundir la información. Como no podía ser de otra forma, los Centros Sanitarios de nuestro país han ido adecuando su organización y funcionamiento a las nuevas estructuras electrónicas adaptándolas a su propia realidad e idiosincrasia. Por otra parte, la necesidad de evaluar

la eficacia y eficiencia de los procesos que llevan a cabo quienes tienen la responsabilidad directa de la atención y cuidados de los pacientes y usuarios, a fin de determinar los índices de calidad de la organización, ha requerido de la puesta en marcha de herramientas informáticas que facilitaran este proceso. La implementación de las mismas se ha ido produciendo lentamente debido a múltiples factores entre los que podríamos destacar, los económicos pero también, los derivados de la resistencia a los cambios de cultura por parte de los propios profesionales.

En el contexto de lo expuesto anteriormente se encuentra la informatización de la historia clínica electrónica (HCE) que como refieren Emilio González Cocina y Francisco Pérez Torres:

*“es un proceso necesariamente escalonado entre la historia tradicional en papel y un grado máximo de informatización, en el cual toda la información disponible en la historia en papel se encontraría codificada y estructurada, de manera que sería procesable y recuperable automáticamente con la máxima especificidad” (1).*

Por ello, el soporte informático ha de diseñarse teniendo en cuenta los requerimientos que plantean los profesionales con el fin de asegurar una recogida de información completa y veraz del paciente, que además debe sustentarse en el marco legal establecido mediante la Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Esta Ley *“básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”*, hace referencia específica a la historia clínica en el capítulo V y en el punto 2 al contenido mínimo que ha de figurar en la misma, en concreto en el apartado n) *“la aplicación terapéutica de enfermería” (2).*

De manera más reciente, los registros enfermeros han tenido que adaptarse a los requerimientos de la promulgación del Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. El Anexo VII de este Real Decreto, *“Conjunto de datos del Informe de Cuidados de Enfermería”* detalla, entre otros que ha de especificarse el *“Modelo de referencia utilizado” (3).*

Para la elaboración de la historia clínica electrónica de enfermería (HCEE) se están utilizando distintos soportes informáticos como el “Florence” o el “Gacela Care”, apoyando supuestamente, la valoración entre otros, en los Patrones de salud de Marjory Gordon y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

En los últimos años hay estudios relacionados con el índice de calidad que evalúa el grado de cumplimentación de los registros y la importancia de haber puesto en marcha este recurso electrónico. Sin embargo, no existen estudios relacionados con la validez y fiabilidad de estas herramientas, en concreto en lo que concierne a la rigurosidad en la aplicación del Modelo referencial en la valoración (4).

# 1 Objetivo

Analizar la veracidad de la Valoración de Enfermería en la práctica asistencial teniendo en cuenta las herramientas informáticas actuales.

# 2 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado un estudio descriptivo, analítico y transversal, en el que se han muestreado aleatoriamente 46 valoraciones de Enfermería anónimas realizadas a través de la herramienta informática en una unidad de hospitalización del Servicio Cántabro de Salud y que siguen el Modelo de Virginia Henderson, y una unidad de cuidados intensivos del Servicio Vasco de Salud que utilizan los Patrones de valoración de Marjory Gordon, los datos fueron recogidos desde el 1 de Junio hasta el 15 de septiembre de 2015.

Una vez revisadas cada una de las valoraciones que comprenden la muestra, los autores realizaron las mismas en tiempo real aunque ciñéndose estrictamente al Modelo de Virginia Henderson con el fin de contrastarlas con las realizadas por los profesionales de Enfermería de las unidades.

Para lograr el propósito del estudio se establecieron las siguientes variables:

- Realización completa de la valoración.
- Valoración los aspectos físicos; psico-emocionales y socio-culturales de cada necesidad.
- Identificación de respuestas holísticas en la persona.
- Aplicación de un Modelo de Enfermería.

El análisis de datos se realizó a través del software IBM SPSS Statistics 20. Se adoptó un contraste bilateral y un nivel de confianza del 95% realizándose un análisis descriptivo y gráfico mediante barras y sectores, para estudiar las diferencias significativas entre ambos grupos de acuerdo a los parámetros establecidos.

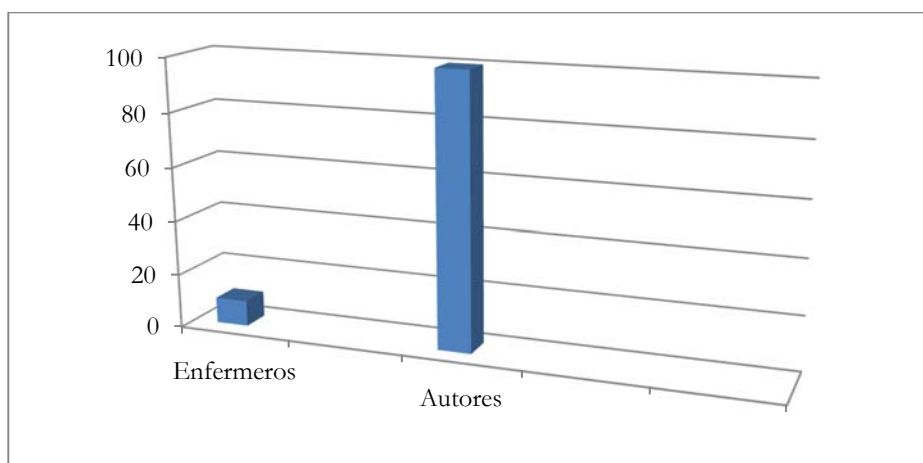
# 3 Resultados

El número total de valoraciones de enfermería obtenidas fue de un total de 46, realizadas previamente por el personal de Enfermería de forma aleatoria y posteriormente por los autores de este estudio.

Los resultados obtenidos muestran gráficamente diferencias significativas en cuanto al grado de cumplimentación siendo del 9,5% las valoraciones realizadas por los diferentes profesionales de Enfermería mientras que los autores registraron cogieron los datos en el 100% de los casos (Gráfico 1).

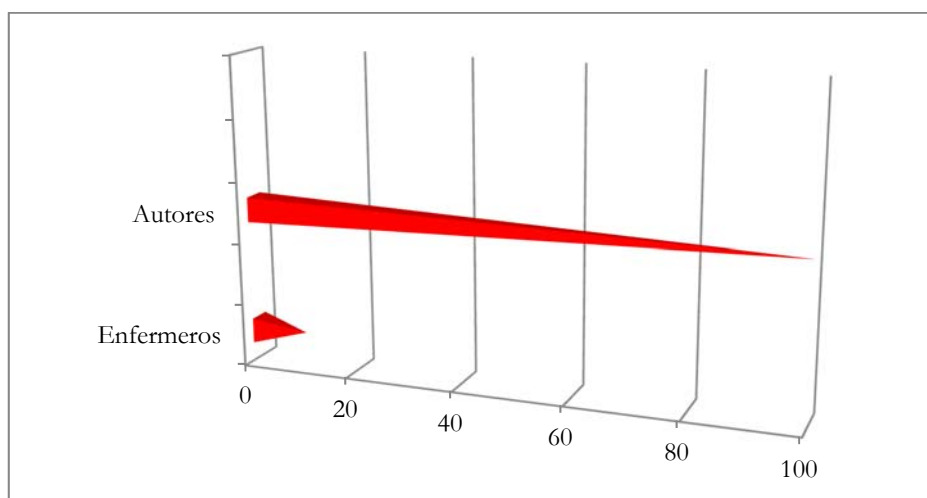


Gráfico 1: Realización completa de la valoración.



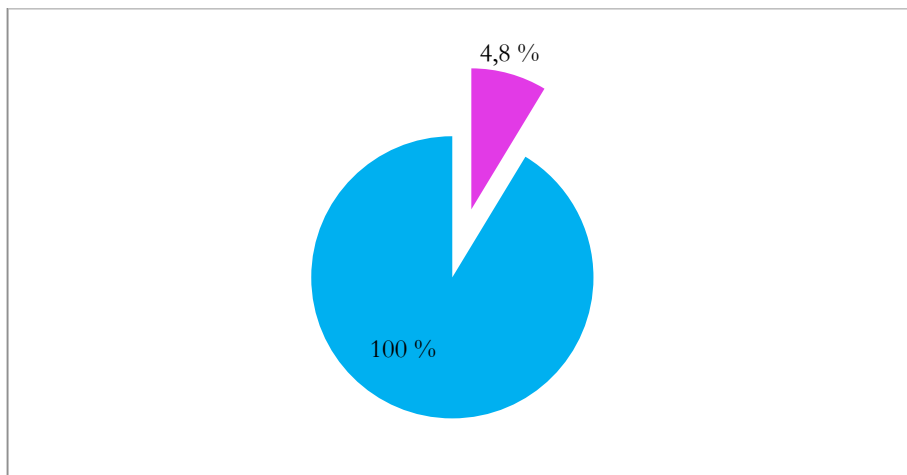
La valoración física completa de cada necesidad según el modelo de Virginia Henderson se llevó a cabo por los profesionales en un 9,5% de los casos, y por parte de los responsables de estudio en un 100% (Gráfico 2).

Gráfico 2: Valoración física de cada necesidad.



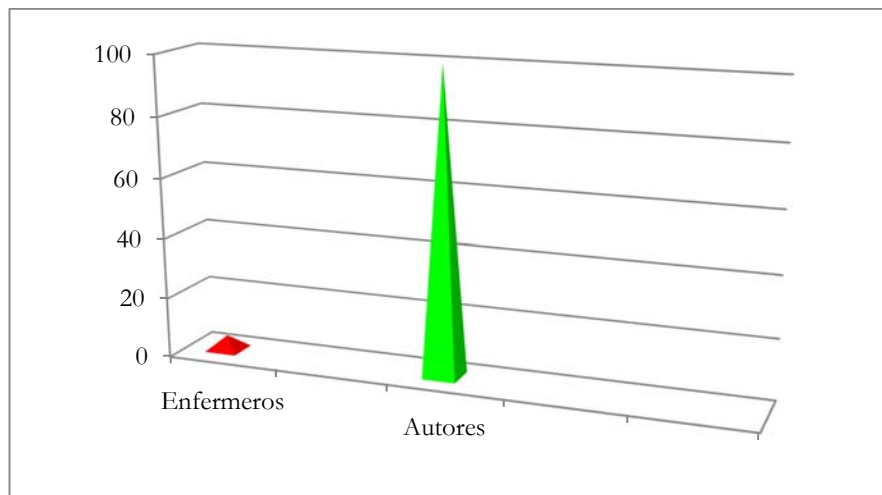
En lo que respecta a los aspectos psico-emocionales y socio-culturales de cada necesidad tan solo estaba registrado en el 4,8% de los pacientes, siendo en el 100% cuando las valoraciones fueron realizadas por los autores. (Gráfico 3)

Gráfico 3: Valoración de los aspectos psico-emocionales y socio-culturales de cada necesidad.



Los resultados pusieron de manifiesto que se consiguió identificar las respuestas holísticas en las personas en el 4,8% de los casos de las valoraciones realizadas por los profesionales, mientras que los autores lo lograron en el 100% de los casos. (Gráfico 4)

Gráfico 4: Identificación de respuestas holísticas en la persona.



El 9,5 % de las valoraciones realizadas por los Enfermeros tiene aplica un modelo de Enfermería de referencia para realizar dichas valoraciones, mientras que las valoraciones de Enfermería realizadas por los autores, lo aplican en el 100% de los casos. (Gráfico 5).

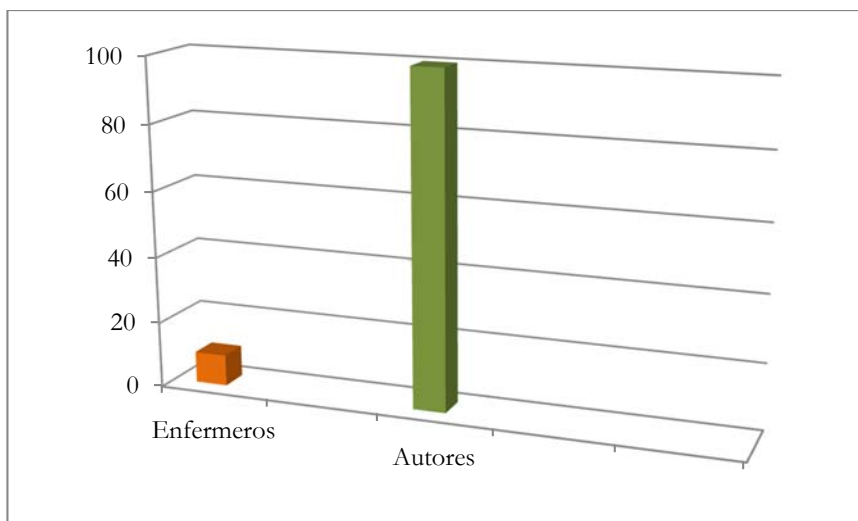


Gráfico 5: Aplicación de un modelo de Enfermería.

En resumen, el análisis descriptivo de las variables puede apreciarse en la tabla 1, en la que puede observarse la distribución por frecuencias obtenidas en cada uno de los grupos de estudio.

Tabla 1: Distribución de frecuencias.

VARIABLES	PROFESIONALES	AUTORES
Realización completa de la valoración	9,5%	100%
Valoración física de cada necesidad	9,5%	100%
Valoración de los aspectos psico-emocionales y socio-culturales de cada necesidad.	4,8%	100%
Identificación de respuestas holísticas en la persona.	4,8%	100%
Aplicación de un Modelo de Enfermería	9,5%	100%

## 4 Conclusiones

Las herramientas informáticas de este estudio no siguen estrictamente los Modelos según los cuales dicen estar construidas. Asimismo, es interesante apreciar, que no se cumplimentan adecuadamente.

Los datos obtenidos en este trabajo muestran que seguir con rigurosidad un Modelo enfermero en la Valoración, permite identificar los problemas de salud de las personas desde una perspectiva integral, lo que sin duda modifica la pauta de cuidados y el resto del Proceso. Esta situación ratifica los resultados descritos en algunas publicaciones en las que se afirma que:

*“las teorías de enfermería no son utilizadas con frecuencia en la práctica clínica diaria. El hecho de que las enfermeras no reconozcan la relación entre teoría y práctica asistencial, no sólo es observado en la experiencia clínica, sino también, es descrito en la literatura. Se plantea que existe una división aparente entre teoría y práctica de enfermería” (5).*

Es evidente la necesidad de investigar con mayor profundidad en esta cuestión ya que aunque la muestra de este estudio es pequeña, los resultados ponen de manifiesto, que existe una falta de veracidad en las valoraciones de enfermería poniéndose en entredicho la lealtad de los profesionales de enfermería responsables ante la sociedad en general, y también ante la propia profesión Enfermera.

## **Bibliografía**

1. González Cocina E, Pérez Torres F. La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia clínica de salud de Andalucía. Revista Española de Cardiología; [revista en la Internet]. 2007, 7; 37C-46C. Disponible en:[http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pident\\_articulo=13108426&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=25&ty=79&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v7nSupl.Ca13108426pdf001.pdf](http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13108426&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=79&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v7nSupl.Ca13108426pdf001.pdf)
2. Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, publicada en el Boletín Oficial del Estado el 15 de noviembre de 2002. Disponible en:<http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
3. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, publicado el 16 de septiembre de 2010. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>
4. Cobos Serrano JL. Impacto, de la implementación de una metodología normalizada y un sistema de registro de información de cuidados de enfermería, en la calidad asistencial. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. 1 (2): 895-912, 2009. ISSN: 1989-5305, 895-912. Disponible en:<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/104>
5. Rodríguez Martínez R. Modelos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano. Revista Cubana de Enfermería [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado

- 2015 Oct 26] ; 28(4): 474-484. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192012000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000400004&lng=es).
6. Armengol M<sup>a</sup> S, Mestres O, Puertas N, Molina T, Artal M, Castaño S. “Experiencia en la implantación del aplicativo informático gacela care en la unidad de neurocirugía del hospital Vall d’hebron de Barcelona”. X Curso de Cuidados de Enfermería en el Paciente Neurocrítico . Disponible en:<http://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/MSoledadArmengol.pdf>
  7. Buergo García O. Análisis de la implantación de planes de cuidados a través de GACELA, en las unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria. NURE Inv [Internet]. Jul-Ago 2013 [citado día mes año]; 10(65):[aprox. 18 p.]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE66\\_original\\_gacela.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE66_original_gacela.pdf)
  8. Cerezo Sanmartín M, Gutiérrez Aranda JM, Perán Artero S, Gómez González G, Carrasco Gutiérrez P. Historia clínica informatizada de enfermería en el Departamento de Torre Vieja salud como instrumento de gestión de calidad. Enfermería Global, 2009, (17). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300014&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300014&script=sci_arttext)
  9. Darvish A, Bahramnezhad F, Keyhanian S, Navidhamidi M. The Role of Nursing Informatics on Promoting Quality of Health Care and the Need for Appropriate Education. Global Journal of Health Science; Vol. 6, No. 6; 2014, ISSN 1916-9736 E-ISSN 1916-9744. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25363114>
  10. Edwards K. Assessing the value of electronic records. Nursing Practice Research Technology. 107 (40), 12-14. Disponible en: <http://www.nursingtimes.net/assessing-the-value-of-electronic-records/5036196.article>
  11. Meißner A , Schnepf W. Staff experiences within the implementation of computer-based nursing records in residential aged care facilities: a systematic review and synthesis of qualitative research. BMC Medical Informatics and Decision Making 2014, 14:54, 1-15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24947420>
  12. Kathryn J Hannah, Peggy A White, Lynn M Nagle, Dorothy M Pringle. Standardizing Nursing Information in Canada for Inclusion in Electronic Health Records: C-HOBIC. J Am Med Inform Assoc. 2009;16:524 –530. DOI 10.1197/jamia.M2974. Disponible:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19261936>

# Nutrición Enteral en las Unidades de Cuidados Intensivos

## Enteral Nutrition in the Intensive Care Units

*Alba Maestro González [et.al]<sup>1</sup>*

[maestroalba@uniovi.es](mailto:maestroalba@uniovi.es)

*Departamento Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.*

*Universidad de Oviedo*

### Resumen

La nutrición enteral (NE) intenta mantener y mejorar la función orgánica, la evolución, la estancia intrahospitalaria y prevenir la desnutrición calórico-proteica y sus efectos negativos, preservando la masa tisular y disminuyendo el uso de depósitos endógenos de nutrientes. Se utiliza en los servicios de cuidados intensivos por ser un método eficaz y seguro de nutrir a los enfermos graves. Metodología: Revisión bibliográfica en la que se describen las indicaciones de la NE según el tipo de patología subyacente. Contenido: Las patologías más frecuentes son: Patologías cardíacas: Predomina la caquexia cardíaca secundaria a complicaciones secundarias a cirugías. Patologías neurológicas: Presentan un intenso catabolismo, que requiere un inicio temprano de soporte nutricional. Septicemias: El empleo temprano de NE permite prevenir complicaciones secundarias como la sobreinfección o el fallo multiorgánico. Politraumatizados: Las lesiones graves en estos pacientes producen un gran estrés metabólico, lo que conlleva a un grave riesgo de desnutrición. Presentan hipermetabolismo e hipercatabolismo por lo que el soporte nutricional metabólico es primordial en el tratamiento. Patologías respiratorias: El soporte nutricional debe ser normocalórico o discretamente hipocalórico. El aporte de micronutrientes debe ser considerado debido a los efectos de algunos de ellos sobre la función ventilatoria. Conclusiones: La elección de la fórmula de NE puede influir de manera positiva en la evolución del paciente. Se debe tener en

---

<sup>1</sup> Cristina del Río Arenas; Gemma Nevado Vega. Departamento Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo.

cuenta que ésta elección puede reducir la incidencia de las complicaciones infecciosas, disminuir las estancias en UCI y una menor mortalidad entre otras.

**Palabras clave:** Nutrición Enteral, Enfermería, Cuidados intensivos.

### **Abstract**

Enteral Nutrition (EN) attempts to maintain and improve organic functioning, the evolution, the time spent in the hospital and to prevent the caloric-protein desnutrition and its negative effects, preserving tissues and diminishing endogenous nutrient stores. It is usually used in critical care units because of being an effective method and a certain way to nourish critical patients. Methods: Review describing the main EN instructions according to the underlying pathology.

**Content:** Most frequent pathologies: Cardiac pathology: Prevails cardiac cachexia secondary to surgery complications. Neurological pathology: Present an intense catabolism, it requires early nutritional support beginning. Septicemia: early use of EN permits to prevent secondary complications like infections or multiorganic fail. Multiple enjuries: Serious damages produce a large metabolic stress, which implies a serious malnutrition risk. They present hypermetabolism and hypercatabolism so it is very important in the treatment. Respiratory pathology: Nutritional support might be normocaloric or discreetly hypocaloric. Micronutrients must be considered by the effects of them in ventilatory function. Conclusions: The EN election could influence in a positive way in patients evolution. We must keep in mind that this election can reduce the infection's incidence, decrease critical care units staying and a less mortality among other things.

**Keywords:** Enteral Nutrition, Nursing, Critical Care.

## Introducción

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una nutrición adecuada (dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) representa un elemento fundamental de buena salud, y por el contrario una nutrición inadecuada puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad (1). Del mismo modo, consideramos la nutrición artificial como aquél tipo de nutrición que se le administra a un individuo cuando éste es incapaz de ingerir cualquier tipo de alimento por vía oral (2). La nutrición artificial se puede clasificar en nutrición enteral (NE) o parenteral (NP).

La NE es el conjunto de productos químicamente definidos y diseñados para situaciones clínicas determinadas. Se utilizan para alimentar exclusiva o parcialmente a pacientes con capacidad limitada para ingerir, digerir, absorber o metabolizar los alimentos habituales; o que presentan unos requerimientos nutricionales especiales que no pueden cubrirse con la alimentación natural. Se trata de una técnica especial de alimentación que consiste, en líneas generales, en administrar elementos nutritivos a través de una sonda, colocada de tal forma que un extremo queda en el exterior y el otro en algún tramo del tubo digestivo, suprimiendo las etapas bucal y esofágica de la digestión (3).

La NP es una forma de tratamiento intravenoso que permite reponer o mantener el estado nutricional a través de la administración de todos los nutrientes esenciales sin usar el tracto gastrointestinal (4).

La finalidad de ambos soportes nutricionales artificiales (NP o NE), es mantener y/o mejorar la función orgánica, la evolución (morbi-mortalidad), la estancia intrahospitalaria y prevenir la desnutrición calórico-proteica y sus efectos negativos, preservando la masa tisular y disminuyendo el uso de depósitos endógenos de nutrientes (5).

Tanto la NE como la NP son ampliamente utilizadas en servicios de cuidados intensivos ya que se trata de un método eficaz y seguro de nutrir a los enfermos graves ingresados en estas unidades. Aunque se desconoce el tiempo que estos pacientes pueden permanecer sin nutrición, el catabolismo acelerado y el ayuno pueden ser muy perjudiciales para ellos, por lo que se recomienda comenzar la nutrición artificial cuando se prevea un periodo de ayuno superior a los siete días.

En el caso de la NE precoz, se ha demostrado que al administrarla en las primeras 48 horas de ingreso, disminuye la incidencia de infecciones nosocomiales en estos enfermos aunque no la mortalidad, salvo en grupos concretos de pacientes, especialmente en quirúrgicos (6).



Desde la década de los 80 se han publicado guías para el empleo de la NE en el paciente adulto. En 1987 la *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN) publicó unas recomendaciones que han sido actualizadas recientemente por la Sociedad Canadiense (4).

## **1 Objetivos**

### ***1.1 Objetivo principal***

Conocer las características básicas de la Nutrición Enteral en pacientes adultos ingresados en una unidad de cuidados intensivos.

### ***1.2 Objetivo secundario***

Señalar las principales indicaciones y contraindicaciones de la Nutrición Enteral del adulto en una unidad de cuidados intensivos.

## **2 Material y métodos**

Para la realización de este trabajo, hemos llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos que se citan a continuación:

- Medline
- Cochrane
- Instituto Joanna Briggs
- Wok

## **3. Resultados**

### **3.1 Nutrición enteral**

En la actualidad, la nutrición del paciente hospitalizado es un tema en auge, debido a su frecuencia e importancia clínica y económica.

Es precisamente en la nutrición del paciente crítico donde toma aún más relevancia. Una de las herramientas terapéuticas más significativas es la nutrición artificial. En la revisión de la literatura dedicada a ello podemos comprobar que existe evidencia en la reducción de la incidencia de

infecciones y morbilidad asociada, aunque a día de hoy no podemos demostrar una reducción de la mortalidad (7).

Una de las vías de elección de la nutrición artificial es la NE, considerada la más segura y económica (6), además de ser una técnica que reduce las estancias hospitalarias en unidades de cuidados intensivos (8).

Sin embargo, también pueden producirse complicaciones como consecuencia de su administración (9) y a su vez, existen estudios que reflejan la discrepancia existente entre el aporte calórico realmente administrado, el pautado por el médico y el teóricamente necesario para el mismo paciente (7).

Tabla 4.1. Ventajas e Inconvenientes de la Nutrición Enteral

<b>VENTAJAS</b>	<b>INCONVENIENTES</b>
Reduce tasa de complicaciones respecto a NP	No está demostrada la reducción de la mortalidad
Económica y segura	Discrepancias dosis a administrar
Reduce la atrofia intestinal	
Vía de elección cuando el sistema gastrointestinal está intacto.	
Preserva la función de barrera del intestino	

### ***Indicaciones***

La NE en pacientes críticos está indicada en aquellas patologías que impiden satisfacer las necesidades nutricionales de forma convencional. Cabe destacar que la funcionalidad y anatomía del aparato digestivo deben estar intactas.

Podemos encontrar diferentes patologías en las que está indicada dicha nutrición, las cuales podemos clasificar en los siguientes grupos:

#### **3.1.1 Alteración y/o Incapacidad en la deglución:**

##### **Mecánicas:**

- Tumores de cabeza y cuello.
- Tumores de esófago y estómago.
- Cirugías otorrinolaringológicas y maxilofacial.

- Estenosis esofágica no tumoral.

#### **Neuromotoras y Neurológicas:**

- Enfermedades neurológicas que cursan con disfagia (Esclerosis múltiple, Esclerosis lateral amiotrofica...).
- Accidente cerebro vascular (ACV).
- Tumor cerebral.
- Parálisis cerebral.
- Retraso mental severo.
- Coma.
- Demencia.
- Traumatismo cráneo-encefálico (TCE).
- Depresión severa.

#### **Enfermedades Gastrointestinales:**

- Pancreatitis.
- Enfermedad inflamatoria intestinal: Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.
- Síndrome de intestino corto.
- Fístulas.
- Malabsorción.
- Neoplasias.

#### **Aumento de las Necesidades Nutritivas:**

- Malnutrición.
- Fibrosis quística.
- Sepsis.
- Politraumatismos.
- Grandes quemados.
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Anorexia, mala dentición.
- Insuficiencia renal.
- Hepatopatías.
- Quimioterapia y radioterapia.

- Ventilación mecánica.
- Trasplante de órganos.

#### **Necesidades Relativas de Reposo Intestinal:**

- Preparación intestinal preoperatoria.
- Nutrición postoperatoria inmediata (5), (10). (11).

#### **3.1.1.1 Indicaciones según el tipo de patología subyacente:**

En las unidades de cuidados intensivos existen una variedad de pacientes con diferentes patologías que requieren de una nutrición específica e individualizada.

La elección de la fórmula de NE puede influir de manera positiva en la evolución del paciente. Se debe tener en cuenta que ésta elección puede reducir la incidencia de las complicaciones infecciosas, disminuir las estancias en UCI y una menor mortalidad entre otras.

Algunas de las patologías más frecuentes en estas unidades son:

#### **Patologías Cardiacas**

En la enfermedad cardíaca pueden aparecer dos tipos de desnutrición: caquexia cardíaca, que aparece en la insuficiencia cardíaca congestiva crónica y la desnutrición debida a complicaciones secundarias a cirugías.

La NE debe iniciarse de forma temprana cuando la función cardíaca está gravemente comprometida.

La dieta indicada en estos pacientes consiste en la administración de fórmulas poliméricas, es decir, nutrientes macromoleculares, con alto contenido proteico y un aporte nutricional de 20 a 25 kcal/kg/día de acuerdo con el estado nutricional previo. Tanto el sodio como el volumen infundido, deben estar restringidos. La fuente principal de energía para los miocitos es la glutamina que protege de la isquemia miocárdica.

Se debe controlar la glucemia las primeras 24 horas, así como estado hemodinámico del paciente (12).

#### **Patologías Neurológicas**

Estos pacientes presentan un intenso catabolismo por lo que requieren un inicio temprano de soporte nutricional. Éste produce complicaciones gastrointestinales en mayor medida que en

otras patologías, siendo la más frecuente el aumento del residuo gástrico. Al igual que en otros pacientes críticos se debe monitorizar la glucemia capilar, manteniéndola por debajo de 150mg/dl. Se establece la administración de 20-30 kcal/kg/día, que dependerá del periodo de evolución clínica; y la infusión de una dieta hiperproteica (13).

### **Septicemias**

El empleo temprano de NE permite prevenir complicaciones secundarias como la sobreinfección o el fallo multiorgánico. Los requisitos de proteínas y calorías, son a veces, difíciles de administrar a través de la NE, en tal caso se recurrirá a la NP muy segura en este grupo de pacientes, empleándose la glutamina, que sin tener evidencia científica de beneficio, se administra dada la ausencia de efectos adversos.

Debe asegurarse un aporte adecuado de elementos traza esenciales (oligoelementos) y vitaminas (14).

### **Politraumatizados**

Las lesiones graves en estos pacientes producen un gran estrés metabólico, lo que conlleva a un grave riesgo de desnutrición. Se requieren fórmulas enterales hiperproteicas y suplementación con glutamina (15).

### **Grandes Quemados**

Estos pacientes están caracterizados por un hipermetabolismo y un hipercatabolismo por lo que el soporte nutricional metabólico es primordial en el tratamiento.

El cálculo de requerimientos calóricos y proteínicos es complicado debido a la alta pérdida de proteínas y de dióxido de carbono a través de la piel, por lo que están indicadas altas dosis de farmaconutrientes con una alta dosis de micronutrientes (16).

### **Patologías Respiratorias**

Con el fin de evitar la sobrecarga ventilatoria, el soporte nutricional debe ser normocalórico o discretamente hipocalórico. El aporte de micronutrientes debe ser considerado debido a los efectos de algunos de ellos (P, Mg, Se) sobre la función ventilatoria. La modificación cualitativa del aporte lipídico y el empleo de antioxidantes, parecen ser los mecanismos más importantes en este sentido (17).

## 4 Conclusiones:

La nutrición enteral es considerada como un método eficaz de alimentación en pacientes críticos puesto que presenta una mejor tolerancia frente a la NP.

Consideramos que es de vital importancia que los profesionales sanitarios adquieran los conocimientos adecuados con respecto al cuidado tanto de las sondas enterales así como de los preparados a infundir.

Dado que es una práctica habitual dentro de las unidades de cuidados críticos, debemos hacer especial hincapié en el conocimiento de las técnicas relacionadas con la administración de la nutrición enteral.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Temas de Salud. Nutrición. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
2. Sociedad de Nutrición Parenteral y Enteral [Sede Web]. Barcelona: Editorial Glosa;2013. Área divulgativa: preguntas y respuestas más frecuentes. Disponible en: <http://www.senpe.com/divulgacion.html>.
3. Gil A. Tratado de Nutrición. Nutrición Clínica. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2010.
4. ASPEN Board of Director. Guidelines for the Use of Enteral Nutrition in the Adult Patient. JPEN. 1987; 11: 435-439.
5. Curiel Balsera E, Prieto Palomino MA, Rivera Romero L. Nutrición Enteral en el Paciente Grave. Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica. 2006; 3(5): 115-121.
6. García Vila B, Grau T. [Early enteral nutrition in the critically-ill patient](#). Nutr Hosp. 2005; 20(2): 93-100.
7. Santana-Cabrera L, O'Shanahan-Navarro G, García-Martul M, Ramírez Rodríguez A, Sánchez-Palacios M, Hernández-Medina E. Quality of artificial nutritional support in an intensive care unit. Nutr Hosp. 2006; 21(6): 661-666.
8. Blesa Malpica AL, Salaverría Garzón I, Prado López LM, Simón García MJ, Reta Pérez O, Ramos Polo J. Audit of artificial nutrition in an intensive care unit. Nutr Hosp. 2001; 16(2): 46-54.
9. Montejo JC, Jiménez J, Ordóñez T, Caparrós T, García A, Ortiz C, López J. Grupo de trabajo de Metabolismo y Nutrición de la SEMICYUC. Complicaciones gastrointestinales de la nutrición enteral en el paciente crítico. Med Intensiva. 2001; 25: 152-160.

10. Ortiz Polán M, Vega Vázquez FJ, Robles Carrión J. Seguridad y soporte nutricional en el paciente crítico. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias [revista en Internet] 2011noviembre-diciembre; 22: [9]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2011/pagina9.html>
11. Vázquez C, Santos MA. Vademecum de Nutrición artificial. 7ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2009.
12. Jiménez Jiménez FJ, Cervera Montes M, Blesa Malpicac AL. Recomendaciones para el soporte nutricional y metabólico especializado del paciente crítico. Actualización. Consenso SEMICYUC-SENPE: Paciente cardíaco. Med Intensiva. 2011; 35(Supl 1):81-85.
13. Acosta Escribano J, Herrero Meseguer I, Conejero García-Quijada R. Recomendaciones para el soporte nutricional y metabólico especializado del paciente crítico. Actualización. Consenso SEMICYUC-SENPE: Paciente neurocrítico. Med Intensiva. 2011; 35(Supl 1): 77-80.
14. Ortiz Leyba C, Montejo González JC, Vaquerizo Alonso C. Recomendaciones para el soporte nutricional y metabólico especializado del paciente crítico. Actualización. Consenso SEMICYUC-SENPE: Paciente séptico. Med Intensiva. 2011; 35 (Supl 1): 72-76.
15. Blesa Malpica AL, García de Lorenzo y Mateos A, Robles González A. Recomendaciones para el soporte nutricional y metabólico especializado del paciente crítico. Actualización. Consenso SEMICYUC-SENPE: Paciente politraumatizado. Med Intensiva. 2011; 35(Supl 1): 68-71.
16. García de Lorenzo y Mateos A, Ortiz Leyba C, Sánchez Sánchez SM. Recomendaciones para el soporte nutricional y metabólico especializado del paciente crítico. Actualización. Consenso SEMICYUC-SENPE: Paciente quemado crítico. Med Intensiva. 2011; 35(Supl 1):63-67.
17. López Martínez J, Planas Vilá M, Añón Elizalde JM. Nutrición artificial en la insuficiencia respiratoria. Nutr Hosp. 2005; 20 (Supl 2): 28-30.

# Formación en valores profesionales: ¿una necesidad en la formación continuada de los profesionales de enfermería?

## Education in Professional values: A need in the continuous professional nurse education?

### 7.1 M<sup>a</sup> Luisa Martín Ferreres [et. al]<sup>1</sup>

[marisamf@uic.es](mailto:marisamf@uic.es)

*Profesora departamento Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.*

*Universitat Internacional de Catalunya*

#### Resumen

Enfermería es una profesión dinámica, aspecto que implica una necesidad de actualización profesional constante acorde a la evolución de los avances en conocimientos y tecnologías de la salud, así como a los valores de la sociedad en cada momento.

Actualmente la formación se encuentra básicamente centrada en el ámbito biomédico, frente a la prácticamente nula formación en valores, que confieren el carácter único y humanizado a la enfermería. La disciplina enfermera tiene como base los valores humanos, y no se debería olvidar su mejora a lo largo de la vida profesional. Objetivos: Explorar la percepción de la práctica del cuidado por parte de los profesionales de enfermería y valorar la conveniencia de incluir formación específica en valores profesionales, en los planes de formación continuada para ofrecer un cuidado humano de calidad. Método: Estudio Cualitativo Multicéntrico de corte Etnográfico. Muestreo: no probabilístico, intencional y de conveniencia. Recogida de datos: A través de observación participante y entrevistas en profundidad mediante guión

---

<sup>1</sup> M<sup>a</sup> Dolores Bardallo Porras: Directora. Escola Superior d'Infermeria del Mar. José Luis Medina Moya: Profesor titular. Departamento de Didáctica y Organización Educativa. Facultad de Pedagogía. Universidad de Barcelona



semiestructurado. Se consideraron los valores profesionales como guión de observación y marco de análisis de datos. Resultados: El análisis preliminar de los datos, muestra la existencia de unos valores que se respetan claramente como: la estética del cuidado; el altruismo; la justicia y la igualdad. Son susceptibles de mejora, las actuaciones concernientes a la dignidad de la persona, y la libertad. Conclusiones: Parece necesario que los profesionales de enfermería reciban formación.

**Palabras clave:** cuidado; valores profesionales; formación continuada

### **Abstract**

Nursing is a dynamic profession, aspect that implies a need for constant professional updating according to the evolution of advances in knowledge and health technology, as well as the values of society at every moment.

Currently training is centered in the biomedical field, versus practically no training in values, which confers unique and humanized to the profession. Nursing discipline is based on human values, and their improvement throughout professional life should not be forgotten.

Aims: To explore the perception about the practice of care given by nurses and to assess the advisability of including specific training on professional values, in the continuous education plans, in order to provide a quality human care. Method: Qualitative, multicenter, Ethnographic study. Sampling: non-probability, intentional and convenience. Collection of data: through in depth interviews and participant observation, through semi-structured script. Professional values as script for observation and analysis of data were considered. Results: Preliminary analysis of the data, shows the existence of values which are respected as clearly: the Aesthetics of care, Altruism, Justice and Equality. Actions concerning about the Dignity of the human being and Freedom, are susceptible of improvement. Conclusions: It seems necessary that nurses receive continuing training in professional ethics, where professional nursing values are included.

**Keywords:** care; professional values; continuous education

## **Introducción**

Los valores se pueden definir como ideales y creencias que los individuos y grupos sociales mantienen (1, 2) los cuales se reflejan en unas actitudes individuales.

La adquisición de estos valores se inicia durante la niñez y se continúan aprendiendo a lo largo de toda la vida. Este aprendizaje es gradual y se encuentra influenciado a través de la cultura,

la religión, la sociedad y la raza (3) Así mismo se sabe que también puede ocurrir a través de la observación o desde la enseñanza (4).

Es en el acto de tomar una decisión, cuando a las personas se les presenta la oportunidad de mostrar a los demás, aquello que han aprendido y en lo que creen (4)

Situando los valores en el marco de una profesión, se identifican los valores profesionales. Éstos han sido definidos por numerosos autores y organizaciones (1, 2, 5, 6) como los estándares de acción que representan a un grupo profesional y que determinan un comportamiento, confiriendo un valor a la profesión.

En el caso de los profesionales de enfermería, los valores profesionales, determinan el desarrollo moral de los profesionales y marcan las bases para un cuidado orientado desde la ética (7).

Distintas organizaciones a nivel internacional (5, 8, 9, 10) recogen estos valores profesionales como las bases del cuidado a nivel profesional.

Ante la relevancia que adquieren estos valores profesionales dentro de la práctica enfermera, así como la posibilidad que existe de su formación, sorprende que la literatura únicamente recoja esta necesidad de formar en valores, dentro de las guías docentes de las universidades o en determinados estudios llevados a cabo en diferentes países (7), acerca de la importancia en educar en valores profesionales de enfermería o estudios sobre la evolución en la adquisición de estos valores en función de los años de profesión. Sin embargo no se ha encontrado estudios que hablen acerca de la necesidad de formarlos una vez finalizados los estudios universitarios.

A pesar que los valores se aprenden y se consolidan con la práctica, es fácil caer en el desuso de éstos como consecuencia o con el pretexto de la falta de tiempo o de recursos tanto materiales como humanos, tan comunes en la situación actual de la profesión.

El Cuidado se sitúa como principal protagonista de la práctica enfermera, obteniendo de este modo, un valor y un significado diferente según la evolución de la sociedad en sí misma (11).

Una de las etapas relevantes dentro de la historia de enfermería, es la tecnológica, teniendo como punto de partida la Revolución Industrial. Ésta marcó un nuevo modo de entender y estudiar el cuidado, dándole un significado y una relevancia distinta de la que había tenido hasta ese momento. Es a partir de este momento que se da más importancia a la especialización en técnicas curativas que a la atención personal de los pacientes, lo que implica que pasan a adquirir mayor importancia tareas como la toma de constantes vitales, las técnicas de las curas o la administración de medicamentos (11, 12).

El aumento en la utilización de la alta tecnología, el culto al consumo y el énfasis por lo inmediato, conlleva en sí mismo la posibilidad de un deterioro de las relaciones humanas y que por tanto no se vea al paciente como un ser integral y centro de atención, que es el modo en que los profesionales de enfermería deberían contemplar al ser humano (13). Este deterioro en las relaciones humanas, puede facilitar una progresiva deshumanización.

Según Brera (14) la deshumanización se entiende como "un trato que se encuentra por debajo del respeto y la atención debidos a la dignidad humana, debido a la finalidad o al uso que hacemos los humanos de esta ciencia"

Todres, Galvin y Dahlberg (15), identifican la especialización en las nuevas tecnologías por parte de los profesionales de enfermería, como una mejora de la práctica, pero que a su vez, los aleja de las dimensiones humanas del cuidado. Definen la deshumanización como la mala utilización de la tecnología, sobreponiendo a ésta por encima de la dimensión humana. Por tanto, es comprensible que a pesar de toda la tecnología que se aplica hoy en día, la cual ha mejorado la calidad en los tratamientos, se pueda observar una cierta insatisfacción por parte de los usuarios de la salud, aumentando cada vez más la demanda de un cuidado más humanizado. Un cuidado en el que se trate al paciente por lo que es en sí, no por la situación de enfermedad en la que se encuentre en un determinado momento (16).

Coincidiendo con el auge del uso de la alta tecnología, y a su vez como consecuencia de éste, se inicia la aparición de teorías de enfermería humanistas como las de Lenninger o Watson (12), que recuperan la necesidad y la importancia de un cuidado humanizado, teniendo en cuenta la ética y los valores como fundamentales para ofrecer un cuidado de calidad a las personas.

La propia Watson (17) enfatiza tanto los valores del cuidado como la necesidad de formarse, por parte de los profesionales de enfermería, los cuales, están obligados a aplicar con la mayor calidad, la tecnología utilizada durante sus cuidados, pero sin olvidar en ningún momento, la parte humana que interviene durante la interacción con las personas. Esta parte humana del cuidado, es la que se encuentra íntimamente ligada a los valores.

Fue la American Association Colleges of Nursing (AACN) (5), la que incorporó y planteó, por primera vez, los valores profesionales como esenciales en la práctica de la enfermería profesional, asociando a éstos unos determinados comportamientos y actitudes (Tabla 1) que hacen posible la evaluación de los mismos, bien sea a través de una metodología cualitativa como cuantitativa.

Para situar la oferta de formación durante el ejercicio de la profesión, se han revisado los planes de formación continuada, que ofrecieron 13 hospitales repartidos por el territorio español durante los años 2012 y 2013. El análisis de estos planes, pone de manifiesto que dentro del marco

de la formación continuada ofertada por las propias instituciones hospitalarias, no es fácil encontrar formación específica para enfermería, que recuerde la importancia del Cuidado Humanizado a través de los valores profesionales, siendo claramente predominante la formación de tipo biomédico.

Este estudio pretende explorar el modo en que cuidan los profesionales de enfermería y si se ajustan a los valores profesionales ya descritos. De este modo, se podrá valorar si existe la necesidad de incluir dentro de los planes de formación continuada de las instituciones sanitarias, la formación en valores profesionales, con la finalidad de ofrecer a las personas un cuidado de calidad y obtener como consecuencia de ello un aumento en la satisfacción del cuidado percibido por parte de las personas cuidadas.

## **1 Objetivos**

Explorar la percepción de la práctica del cuidado por parte de los profesionales de enfermería

Valorar la conveniencia de incluir formación específica en valores profesionales, en los planes de formación continuada para ofrecer un cuidado humano de calidad

## **2 Metodología**

Se planteó un estudio cualitativo de Corte Etnográfico, debido a la posibilidad que ofrece esta metodología, a los investigadores, de llevar a cabo una descripción detallada y minuciosa con la finalidad de comprender de un modo holístico el fenómeno que se pretende estudiar (18).

El estudio se llevó a cabo en tres hospitales de la provincia de Barcelona, hecho que hace que el diseño final del estudio sea un Estudio Cualitativo Multicéntrico de corte Etnográfico.

Los tres centros tienen en común ser hospitales privados, pertenecientes al mismo grupo sanitario y tener concierto con el Servei Català de la Salut.

En el momento de iniciar el estudio, la adscripción de los tres centros era relativamente reciente y se consideró que podían aportar la diversidad requerida para la realización de un estudio cualitativo.

La población fueron las enfermeras que trabajaban en estos tres centros.

La muestra se seleccionó entre los profesionales de enfermería a cargo de pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna, por ser una de las especialidades más demandantes de cuidados de enfermería.

**Tabla 1**  
**Valores , actitudes y conductas profesionales**  
(American Association of Colleges of Nursing, 1986)

VALORES	DEFINICION	ACTITUD	CONDUCTAS PROFESIONALES
Estéticos	Proporcionar Bienestar	Creatividad Sensibilidad Apreciación	Adaptar el ambiente Crear ambiente trabajo agradable Imagen positiva del cuidar
Altruistas	Involucrarse en el bienestar de otros	Compasión Compromiso Ayuda	Prestar toda la atención incorporará tendencias sociales en el cuidar
Igualdad	Mismos derechos Mismos privilegios	Aceptación Tolerancia Asertividad	Proporcionar cuidados basados en las necesidades individuales, expresar ideas sobre el acceso a recursos
Libertad	Capacidad de ejercer la opción	Confianza Independencia Autodisciplina Autonomía profesional	Licencia de la persona a negarse al tratamiento. Soporte al diálogo problemas profesión
Dignidad Humana	Valor inherente y singular de toda persona	Humanidad Respeto Consideración	Derecho a la privacidad Confidencialidad de la persona
Justicia	Principios legales y morales	Objetividad Integridad	Actuar como abogado de asignar recursos con justicia. Informar sobre prácticas incompetentes
Verdad	Fidelidad al hecho	Autenticidad Responsabilidad Honestidad	Documentar con comprensión, honestidad Obtener datos suficientes Informar del Cuidar

*Fuente: Ramió Jofré A. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya:2005*

La selección de los participantes se realizó en base a un muestreo no probabilístico, de conveniencia, en base al interés por formar parte del estudio, hasta la saturación de datos, hecho que se consiguió con 20 participantes.

Como criterios de inclusión de los profesionales de enfermería, se tomaron los siguientes:

- Trabajar como profesional de enfermería en la unidad de Medicina Interna en cualquiera de los hospitales
- Poseer un contrato superior a 6 meses para evitar pérdidas previsibles, correspondientes a la finalización del contrato.
- Poseer un mínimo de tres años de experiencia, puesto que se parte de la premisa obtenida a partir de la literatura de que los profesionales noveles, poseen estos valores interiorizados, gracias a la enseñanza en el marco de la universidad.
- Haber firmado el consentimiento informado

Tal como explica la metodología de la investigación Etnográfica (18), la obtención de los datos más relevantes para este tipo de investigación se ha realizado a través de la observación participante y las entrevistas en profundidad. Por este motivo se considera al investigador como instrumento en la recogida de datos (19).

Con la finalidad de garantizar el rigor de la investigación se utilizaron los Criterios de Calderón (20), puesto que se consideró que se aproximan en mayor medida a la pregunta de investigación y como consecuencia al objetivo del estudio.

Estos criterios aplicados son:

- Adecuación Epistemológica, garantizada a través de la idoneidad de la pregunta de investigación, considerando que existe coherencia entre la pregunta y la metodología escogida.
- Relevancia, a través de la posibilidad de una repercusión positiva en el ámbito de la formación continuada, rompiendo con una formación puramente biomédica, en el ámbito de la enfermería y reconociendo una necesidad formativa desde la perspectiva de los valores profesionales de enfermería.
- Reflexividad, garantizada en este caso, mediante la interactividad que se ha producido entre el investigador y el objeto del estudio tal como afirma Calderón
- Validez, garantizada a través de la selección de la muestra realizada, la cual es congruente con el objeto del estudio. Así mismo se considera que se ha reafirmado este criterio a través de la devolución de las entrevistas transcritas a cada uno de los participantes, con la finalidad de verificar que la transcripción se ha realizado se ajusta al discurso.

Con anterioridad al inicio del trabajo de campo, se solicitó la aprobación del Comité de Ética en Investigación tanto de la Universidad Internacional de Catalunya como el de la propia institución. Así mismo se solicitó a la Dirección de Enfermería su conformidad para la realización de la investigación en los tres centros.

La observación participante se realizó durante un periodo de 8 meses durante los cuales ha sido posible observar a los profesionales, reclutados entre los turnos de mañana y tarde, variando entre 1 y 3 días semanales, durante periodos de tiempo que oscilan los 90 y los 120 minutos, generando un total de 100 horas de observación totales.

Los criterios de observación seguidos, son los comportamientos y actitudes descritas por la AACN (5), detalladas en la Tabla 1, los cuales han servido para profundizar en el modo de actuación ante el paciente por parte de los profesionales que los atienden.

Las entrevistas en profundidad se iniciaron a los dos meses de comenzar la observación participante. Se han llevado a cabo un total de diez, escogiendo entre los profesionales participantes aquellos que por su forma de actuar y relacionarse con el paciente se han considerado los mejores informantes.

La duración de las entrevistas ha variado entre 60 y 90 minutos. Se han grabado y realizado transcripción literal de las mismas. Se llevaron a cabo fuera de la jornada profesional, en día y hora pactados previamente, en una sala del hospital en el que trabajan los profesionales y se ofreció la posibilidad de finalizar la entrevista en cualquier momento.

Las preguntas se formularon en base a un guión semiestructurado en función a los primeros datos obtenidos a través de las observaciones y a los temas de interés generados por las características del estudio, realizando siempre preguntas abiertas con la finalidad de que la aportación del participante no se viera coartada, ni por los prejuicios que el entrevistador pudiera tener en el momento de la realización de la entrevista, facilitando a la vez la posibilidad de emergencia de nuevos temas.

Una vez obtenidos los datos de la investigación, se ha realizado un análisis del contenido, considerando los valores profesionales y sus comportamientos y conductas asociadas como marco de análisis de los datos. Se ha contado con la ayuda del programa informático Atlas.ti para el análisis cualitativo de datos, en su versión 7.5.6.

### **3 Resultados**

Los resultados preliminares del análisis de datos, se han organizado tomando como categorías predeterminadas los valores profesionales estudiados e incluyendo en cada una de estas

categorías las unidades de significado asociadas, siendo identificadas como éstas, los comportamientos y actitudes asociados a los valores que se están explorando.

Por tanto se han agrupado los resultados del análisis preliminar en seis categorías, que corresponden a: Estética del cuidado, Altruismo, Justicia, Igualdad, Dignidad de la persona y Libertad.

### ***3.1 Estética del Cuidado***

Los datos obtenidos a través de la observación muestran equipos cohesionados, colaboradores, que reflejan un buen clima laboral y es transmitido durante el desempeño de su práctica diaria.

Esta observación se encuentra respaldada a través de los resultados de las entrevistas, en la que los participantes expresan, "... llevamos muchos años juntas"; "...me siento valorada por mis compañeras..."

### ***3.2 Altruismo***

Durante la observación se ha constatado que el paciente es el eje de la labor profesional de las enfermeras. Todo gira en torno a él. Se muestran compasivas en los momentos de sufrimiento tanto del paciente como de la familia, prestando su apoyo. Se detienen y relacionan más con aquellos pacientes que más lo necesitan, brindando apoyo tanto técnico como emocional.

Así mismo dan muestra de estar comprometidos con el paciente y su entorno, facilitando y ayudando en sus necesidades, con lo que proporcionan un bienestar al paciente adaptando los cuidados proporcionados a la cultura de los pacientes que atienden.

En las entrevistas las profesionales coincidieron en enfatizar "... trato a los pacientes como me gustaría que me trataran a mí...".

### ***3.3 Justicia***

Se ha observado la redacción de los cursos de enfermería en las historias de los pacientes y se ha podido constatar el empleo de un lenguaje objetivo, sin la aparición de juicios de valor por parte del profesional.

Se ha presenciado algún momento de conflicto con familiares de algún paciente, en el que la enfermera responsable en este momento ha derivado el problema a la supervisora de la unidad.

Durante la entrevista se ha constatado que el motivo de derivar esa queja está justificado, para la preservación de la objetividad de la enfermera, "... yo no voy a dejar mal a otras compañeras



y voy a tener que seguir entrando en la habitación... es mejor que suba la supervisora y así yo no tengo que seguir enfrentándome...".

### ***3.4 Igualdad***

En la observación realizada a los profesionales, ha quedado manifiesto que no existen diferencias en el trato según los pacientes sean de garante público o privado. Todos los pacientes a cargo de las enfermeras participantes, han recibido el mismo trato, respetando sus particularidades relacionadas con las necesidades individuales de cada uno de ellos, siendo una característica común la diferenciación según la cultura de la que proviene el paciente.

### ***3.5 Dignidad de la persona***

En el marco de este valor profesional se ha observado que los profesionales se dirigen indistintamente de tu o de usted al paciente, utilizando ambas formas durante la misma conversación. Al ser preguntados por esta cuestión y en como creen que se sienten los pacientes, sobre todo los mayores, cuando les tratan de tu, se obtienen diversas respuestas "... si lo he hecho no soy consciente de ello...", "... alguna vez ya me he dado cuenta que les trato de tu o de usted indistintamente, pero si lo pienso creo que me dirijo de tu en el trato habitual del paciente y de usted cuando tengo que explicarle algo relacionado con los cuidados que tiene que realizar en sus domicilios.....", "... creo que al paciente no le importa mientras le trate con respeto..."

Es en el momento de la realización de una cura o en el transcurso de la higiene diaria del paciente, que se observan distintos modos de actuar por parte de los profesionales. Desde destapar únicamente la zona en la que se va a realizar la intervención enfermera, hasta la posibilidad de encontrar un paciente totalmente desnudo mientras se le realiza la higiene por partes.

Preguntados los profesionales durante sus entrevistas, "... procuro guardar siempre la intimidad del paciente y cubrirlo durante mi trabajo...", sin embargo al no haber observado lo mismo y preguntarle sobre ello, "... tienes razón, no me había dado cuenta..."

### ***3.6 Libertad***

Mediante la observación se ha constatado que los profesionales dan explicaciones a sus pacientes de lo que les va a hacer, pero no les preguntan si les parece bien, lo dan por hecho.

Preguntadas acerca de este hecho, las respuestas son muy variadas, "... intento convencerles de que es lo mejor para ellos...", "...no les digo nada y que lo aclaren con el médico...", "... al principio no me agrada que me cuestionen mi trabajo, y me voy de la habitación, después lo pienso e intento negociar con el paciente... a veces es cuestión de confianza..."

## 4 Conclusiones

El análisis preliminar de los datos, muestra la existencia de unos valores que se respetan claramente como: la estética del cuidado, generando un buen clima laboral; el altruismo, básicamente procurando el bienestar de los pacientes a los que cuidan; la justicia y la igualdad mediante conductas y decisiones íntegras.

Otros, son susceptibles de mejora, como las actuaciones concernientes a la dignidad de la persona, como consecuencia de no respetar suficientemente la privacidad e intimidad de los pacientes. Y la libertad, observándose que en ocasiones no se acepta la negativa o reticencia del paciente a someterse a determinadas intervenciones enfermeras.

Por tanto se podría decir que parece necesario que los profesionales de enfermería reciban formación continuada en ética profesional, que es donde se encuentran englobados los valores profesionales de enfermería.

## Bibliografía

1. Altun I. Burnout and nurses' personal and professional values. *Nursing Ethics*. 2002; 9(3):69-278
2. Glen S. Educating for interprofessional collaboration: teaching about values. *Nursing Ethics*. 1999; 6(3): 202-13
3. Blais KK, Hayes JS, Kozier B, Erb G. *Professional nursing practice: concepts and perspectives*. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2006
4. Leners DW, Roehrs C, Piccone AV. Tracking the development of professional values in undergraduate nursing students. *The Journal of nursing education*. 2006; 45(12): 504-11
5. American Association of Colleges of Nursing. *Essentials of colleges and university education for professional nursing*. Washington DC: American College of Nursing; 1986
6. Martin P, Yarbrough S, Alfred D. Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students. *Journal of Nursing Scholarship*. 2003; 35(3): 291-6
7. Lin YH, Wang LS, Yarbrough S, Alfred D, Martin P. Changes in Taiwanese nursing student values during the educational experience. *Nursing Ethics*. 2010; 17(5): 646-54.
8. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Enfermería. *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Enfermería; 1988

9. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Ginebra: CIE; 2005
10. American Nurses Association. Code of nurses with interpretative statements. Washington: American Nurses publishing; 2001
11. García Martín-Caro C, Martínez Martín ML. Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Elsevier; 2001
12. Marriner Tomey A, Alligood MR. 6ª edición. Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier; 2007.
13. Cañadas Núñez F. Humanizar la tecnología: la asignatura enfermera. *Índex de Enfermería*. 2005; 14(48-49): 69-70
14. Brera G. La Contra: La medicina centrada en la persona. Barcelona: La Vanguardia; 3 de septiembre de 2004.
15. Todres L, Galvin KT, Holloway I. The humanization of healthcare: a value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2009; 4(2): 68-77
16. Hospital Ibáñez ML, Guallart Calvo R. Humanización y tecnología sanitaria: ante el proceso final de la vida. *Index de Enfermería* 2004; 13(46): 49-53
17. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Associated University press; 1985.
18. Medina JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder: la enseñanza de la enfermería. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2005.
19. Bardallo Porras MD. Entre la Enseñanza y el Aprendizaje. Un espacio de saberes para compartir. Tesis Doctoral inédita. Investigación en Didáctica, Formación y Evaluación Educativa de la Universidad de Barcelona. Facultad de Pedagogía; 2010.
20. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*. 2002; 76(5): 473-482

# Cultura del cuidado en Don Quijote

## Culture of care in Don Quixote

Jaime Vilarroig Martín

[jaime.vilarroig@uch.ceu.es](mailto:jaime.vilarroig@uch.ceu.es)

*Departamento de humanidades, Universidad CEU Cardenal Herrera*

### Resumen

El trabajo ofrece los resultados de una investigación sobre diversos aspectos de la cultura del cuidado presentes en el Quijote. En primer lugar se contextualiza la noción de cuidado y la virtud que estaría a la base y de la cual se habla abundantemente en el Quijote, la misericordia. En segundo lugar se analizan los personajes que a lo largo de la novela cumplen funciones enfermeras. En tercer lugar se exponen algunas de las técnicas enfermeras presentes en la obra y se concluye con una referencia a la lucha contra la superstición, lucha necesaria para que las técnicas se basen sobre fundamentos científicos.

**Palabras clave:** quijote; enfermería; cultura del cuidado.

### Abstract

This paper shows the results of an investigation about various aspects of the culture of care present in Don Quixote. First, I contextualize the notion of care and the virtue that is the basis for it and about which it is spoken extensively in the Quijote, that is mercy. Secondly, I analyze the characters that throughout the novel perform nursing functions. Thirdly, I outline some of the nursing techniques present in the text and I conclude with a reference to the fight against superstition, which is necessary for the techniques to be based on scientific grounds.

**Keywords:** Quixote; nursery; culture of care.

## Introducción

La atención sanitaria entre las personas existe desde el mismo origen del ser humano como especie. Cuestión distinta es la sucesiva profesionalización de dicha tarea, que viene impuesta, como en el resto de profesiones, por la sucesiva complicación de la sociedad. Es decir: cuanto más complejas las sociedades, mayor necesidad de distinguir y especializar los distintos elementos o etapas de cualquier acción humana (1). Así, la función enfermera, entendida como una función orientada al cuidado del enfermo, es una función que ha ido autonomizándose cada vez más a lo largo de la historia y recayendo cada vez más en actores específicos para dicha función.

En la época de Cervantes, el Siglo de Oro español (XVI-XVII), asistimos a un momento clave en esta marcha de la profesionalización de la enfermería. El mayor síntoma de dicha profesionalización es, seguramente, las órdenes de enfermeros que empiezan a aparecer, en cuyas constituciones se observa la conciencia creciente de un grupo profesional netamente diferenciado de los demás grupos dedicados a la atención sanitaria (médicos, barberos, algebristas), delimitando competencias, técnicas y conocimientos. Nos estamos refiriendo, en concreto, a la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres (1567), conocidos también por el nombre de su fundador (Enfermeros Obregones), dedicada exclusivamente a la atención de enfermos en la corona española. Aquí se abre todo un campo vastísimo para la investigación enfermera, puesto que a través de la historia de dicha congregación y sus documentos escritos nos podemos asomar a la progresiva profesionalización y fundamentación científica de la práctica enfermera (2).

Cuestión distinta de la profesionalización de una actividad humana es la de su fundamentación científica. Es evidente que la profesionalización de una actividad humana no coincide con su entrada en una supuesta “etapa científica” (obviamos el profundo problema de dilucidar qué significa que una disciplina quede constituida como ciencia) (3). En este sentido la enfermería corre una suerte pareja a la de la docencia, puesto que a pesar de que el oficio de maestro existe desde tiempos inmemoriales, su profesionalización ha sido bastante tardía en la historia de la humanidad, y mucho más si atendemos a su constitución como cuerpo científico (Siglos XIX y XX).

La vida del ingenioso Hidalgo, don Quijote de la Mancha, ha sido empleada en numerosísimas ocasiones para indagar en multitud de disciplinas que no están directamente relacionadas con la gran obra cervantina, pero sí de un modo indirecto. Respecto a la enfermería, encontramos unos pocos artículos y trabajos con dos tipos de objetivos no bien diferenciados: por un lado presentarnos la enfermería en tiempos de Cervantes (6) (7) (8), por otro lado rastrear los temas de enfermería presentes en el Quijote (7). Nosotros, partiendo de estos estudios previos, optamos por seguir un tercer camino, que consiste en tomar el Quijote como muestrario de lo que podríamos

llamar genéricamente “cultura del cuidado”. Aunque en el Quijote no se nombre una sola vez la palabra “enfermero” o “enfermería”, en él a menudo se nos ofrece la consideración de la virtud del cuidado, personajes que lo practican, técnicas para ello e incluso un rechazo frontal a la superstición, que es lo que en definitiva posibilita el surgimiento de la ciencia. Vayamos por partes.

## 1 El valor del cuidado y la virtud de la misericordia

Entendemos que el valor o virtud del cuidado es la raíz de la vocación enfermera. Si atendemos a la etimología latina del verbo “curar”, su doble significado nos da una pauta interesante para discernir lo propio de la vocación médica de la vocación enfermera (8). En efecto, “curare” tenía en latín el doble sentido de “sanar” y de “cuidar” (procurar por). La creciente complejidad de las sociedades, como hemos señalado arriba, hizo que ambas actividades, necesarias para la atención sanitaria integral, fueran diferenciándose y especializándose con el tiempo, sin quedar nunca como funciones mutuamente excluyentes. Si el cuidado es la virtud básica del enfermero, ¿de dónde procede? Al menos en un sentido restringido, en nuestra cultura de raíces cristianas dicha virtud ha sido transmitida de un modo muy concreto y tangible a través de las obras de misericordia, que se dividían en espirituales, tales como enseñar al que no sabe, dar buen consejo, corregir al que yerra, perdonar injurias, consolar al triste, sufrir los defectos del prójimo, rogar a Dios por los vivos; y corporales, tales como visitar y cuidar enfermos, dar de comer al hambriento y de beber al sediento, dar posada al peregrino, vestir al desnudo, liberar al cautivo y enterrar a los muertos (Catecismo de la Iglesia Católica, num. 2447). Como la relación de la enfermería con varias de dichas obras es evidente, es lógico suponer que la comprensión de la misericordia en el Quijote influirá directamente en la comprensión del cuidado y por tanto de la práctica enfermera en general.

El caballero de la Triste figura, don Quijote de la Mancha, tiene una autocomprensión propia que encaja perfectamente dentro de las obras de misericordia que hemos citado: por ello se ve a sí mismo como aquel “que desface los tuertos y da de comer al que ha sed y de beber al que ha hambre” (I, 10)<sup>32</sup>. Lo que Cervantes satiriza en su novela no es la intención de don Quijote, loable en todo caso, sino el modo de llevarlo a cabo. Por ello el Bachiller Sansón Carrasco, intentado prevenirle para que no vuelva a ponerse en peligro, “alabóle ser honradísima y valentísima su determinación, y advirtióle que anduviese más atentado en acometer los peligros, a causa que su vida no era suya, sino de todos aquellos que le habían de menester para que los amparase y

---

<sup>32</sup> Las citas del Quijote indicarán únicamente la parte en números romanos y el capítulo en números arábigos. Seguimos la edición del Instituto Cervantes, dirigida por Francisco Rico de 1998 disponible en <http://cvc.cervantes.es/literatura/clasicos/quijote/>

socorriese en sus desventuras” (II, 4). Y a quienes se niegan a reconocer el valor de dicha virtud encarnada en el caballero andante, les invita don Quijote a que consideren que “el remedio de las cuitas, el socorro de las necesidades, el amparo de las doncellas, el consuelo de las viudas, en ninguna suerte de personas se halla mejor que en los caballeros andantes, y de serlo yo doy infinitas gracias al cielo” (II, 36).

En distintos modos y de distintas maneras emplea don Quijote esta virtud de la misericordia, motor que le lleva a cuidar a y procurar por los demás. Su intención, además, no es sólo socorrer, sino en todo caso escuchar el problema y dolerse de él. “Yo soy don Quijote de la Mancha, cuyo asunto es acudir a toda suerte de menesterosos; (...) decid vuestros males, que oídos os escuchan que sabrán, si no remediarlos, dolerse dellos” (II, 38). Cervantes, a través del Quijote, reconoce que “todavía es consuelo en las desgracias hallar quien se duela dellas” (I, 24). El caballero de la Triste Figura busca “serviros con las veras a que me obliga el ser quien soy, ora remediando vuestra desgracia, si tiene remedio, ora ayudándoos a llorarla, como os lo he prometido” (I, 24). También el enfermero contemporáneo sabe que ha de curar cuando pueda, aliviar a veces, pero cuidar siempre.

El cuidado que don Quijote procura a los necesitados y menesterosos se hace presente a lo largo de la novela en varias ocasiones. Quizá la más recordada y celebrada sea la de la liberación de los galeotes:

*“—De todo cuanto me habéis dicho, hermanos carísimos, he sacado en limpio que, aunque os han castigado por vuestras culpas, las penas que vais a padecer no os dan mucho gusto y que vais a ellas muy de mala gana y muy contra vuestra voluntad, y que podría ser que el poco ánimo que aquel tuvo en el tormento, la falta de dineros deste, el poco favor del otro y, finalmente, el torcido juicio del juez, hubiese sido causa de vuestra perdición y de no haber salido con la justicia que de vuestra parte teníades. Todo lo cual se me representa a mí ahora en la memoria, de manera que me está diciendo, persuadiendo y aun forzando que muestre con vosotros el efeto para que el cielo me arrojó al mundo y me hizo profesar en él la orden de caballería que profeso, y el voto que en ella hice de favorecer a los menesterosos y opresos de los mayores. Pero, porque sé que una de las partes de la prudencia es que lo que se puede hacer por bien no se haga por mal, quiero rogar a estos señores guardianes y comisario sean servidos de desataros y dejaros ir en paz, que no faltarán otros que sirvan al rey en mejores ocasiones, porque me parece duro caso hacer esclavos a los que Dios y naturaleza hizo libres. Cuanto más, señores guardas —añadió don Quijote—, que estos pobres no han cometido nada contra vosotros. Allá se lo haya cada uno con su pecado; Dios hay en el cielo, que no se descuida de castigar al malo ni de premiar al bueno, y no es bien que los hombres honrados sean verdugos de los otros hombres, no yéndoles nada en ello” (I, 22).*

La vocación de procurar por los otros en don Quijote se extiende no sólo al mundo de los vivos sino incluso al de los muertos. Por ello, cuando oye salir de una sima la voz de su escudero Sancho, creyéndole muerto, le dice:

*“—Don Quijote soy (...) el que profeso socorrer y ayudar en sus necesidades a los vivos y a los muertos. Por eso dime quién eres, que me tienes atónito: porque si eres mi escudero Sancho Panza y te has muerto, como no te hayan llevado los diablos, y por la misericordia de Dios estés en el purgatorio, sufragios tiene nuestra santa madre la Iglesia Católica Romana bastantes a sacarte de las penas en que estás, y yo, que lo solicitaré con ella por mi parte con cuanto mi hacienda alcanzare; por eso acaba de declararte y dime quién eres”* (II, 55).

También la vocación del enfermero va más allá de la vida del propio paciente, cuando es el primero en procurar por el cadáver una vez traspuestos los umbrales de la muerte.

No es sólo Don Quijote el que practica la virtud de la misericordia en la gran novela, cuidando a los demás. Cervantes nos ofrece numerosos ejemplos de la misma actitud básica de procurar por el otro. Por ejemplo, presentando la virtud a través del ejemplo de los santos cristianos que la practicaron en grado eminente. Por ello el Quijote dice de San Roque, una vez descubierta su figura entre la de otros santos:

*“—Este caballero también fue de los aventureros cristianos, y creo que fue más liberal que valiente, como lo puedes echar de ver, Sancho, en que está partiendo la capa con el pobre y le da la mitad; y sin duda debía de ser entonces invierno, que, si no, él se la diera toda, según era de caritativo”* (II, 58).

Al margen del chiste implícito en las últimas palabras del Quijote, glosado por todos los comentaristas, es interesante la relación del cuidado con la virtud de la liberalidad antes que con la de la valentía. Don Quijote se entiende a sí mismo como caballero cuya virtud fundamental es la valentía (como término medio entre la cobardía y la temeridad), y entiende que una de las virtudes fundamentales al procurar el bien del otro es la de la liberalidad (término medio entre la avaricia y la prodigalidad), que consiste no sólo en dar lo que a uno le sobra, sino en dar lo que le hace falta (9) (10).

Otros personajes hay en el Quijote que se apiadan con sus obras o apelan a la misericordia en distintas ocasiones. Así, por ejemplo, hablando de la ventera, quien luego veremos ejerce funciones enfermeras, nos dice que “naturalmente era caritativa y se dolía de las calamidades de sus prójimos” (I, 16). Igualmente, en el sentido relato del morisco Ricote, apela él a misericordia como algo superior a la justicia que se ha usado con ellos, diciendo:



*“Si nuestra poca culpa y sus lágrimas y las mías, por la integridad de vuestra justicia, pueden abrir puertas a la misericordia, usadla con nosotros, que jamás tuvimos pensamiento de ofenderos, ni convenimos en ningún modo con la intención de los nuestros, que justamente han sido desterrados”* (II, 63).

También en el autobiográfico relato del soldado cautivo, un capitán “movido no sé de qué misericordia, al embarcarse la hermosísima Zoraida, le dio hasta cuarenta escudos de oro” (I, 41).

Desde el trasfondo cristiano de Cervantes, la misericordia es el atributo más valorado por el hombre en Dios. Así, cuando en la ínsula Barataria Sancho decide salomónicamente la suerte de aquel que al ir a pasar un puente se encuentra ante una paradoja lógica (puesto que a la vez debería pasar salvo, y ser ejecutado), apela a la virtud de la misericordia, que es superior a la justicia. Dialogando Sancho con su señor le advierte que si todas las salidas de los andantes caballeros paran en desgracias, no llegarán a la tercera si Dios en su infinita misericordia no les socorre (I, 15). O cuando en la primera parte el cura afirma a propósito de los galeotes disparatadamente liberados por don Quijote, “que Dios, por su misericordia, se lo perdone al que no los dejó llevar al debido suplicio” (I, 29). Del mismo modo, en el relato del individuo que estaba recluso en la casa de locos de Sevilla pedía este al arzobispo “encarecidamente y con muy concertadas razones le mandase sacar de aquella miseria en que vivía, pues por la misericordia de Dios había ya cobrado el juicio perdido; pero que sus parientes, por gozar de la parte de su hacienda, le tenían allí, y, a pesar de la verdad, querían que fuese loco hasta la muerte” (II, 1).

Este último ejemplo, si nos fijamos en la conducta inmisericorde de los parientes del supuesto loco, da pie para hablar de los contraejemplos de conducta misericordiosa que Cervantes nos ofrece. Porque si la misericordia es apiadarse de la necesidad del prójimo, uno de los vicios más horribles consiste en burlarse del prójimo necesitado. Son de sobra conocidas las crueles burlas de los Duques para con don Quijote y Sancho, quienes en lugar de enmendarlo de su locura o siquiera de tratarlo con respeto, se mofan de la situación de amo y escudero (II, 30-57). Un caso distinto es el de don Antonio Moreno, que no llega a la crueldad de los duques. Éste barcelonés que acoge a don Quijote era “caballero rico y discreto y amigo de holgarse a lo honesto y afable, el cual, viendo en su casa a don Quijote, andaba buscando modos como, sin su perjuicio, sacase a plaza sus locuras, porque no son burlas las que duelen, ni hay pasatiempos que valgan, si son con daño de tercero” (II, 62).

Queda suficientemente probada la autocomprensión de la misión del Quijote entendida como cuidado (cura) por el otro. La misericordia sería la virtud fundamental que activa y posibilita dicha actitud. En la tradición filosófica occidental la misericordia es una forma del amor (querer el bien del otro, querer al otro) y esta forma concreta únicamente puede darse en situaciones de asimetría: un Dios todopoderoso para con una débil creatura; un caballero andante para con los desvalidos; un profesional de la enfermería sano para con un enfermo necesitado (11). Uno de los problemas actuales a los que se enfrenta la práctica enfermera es que la repetida insistencia en la autonomía del paciente, debido a una insuficiente comprensión de la virtud de la misericordia asociada a la lástima como forma de rebajar al prójimo, ha dado al traste con esta virtud fundamental sin la cual no se pone en marcha ningún proceso de atención sanitaria. El problema ha venido en parte al pensar que las obras hechas por misericordia excusan las obras que se exigen por justicia, cuando en realidad las presuponen. Redescubrir esta virtud profundamente humanizadora en el Quijote puede servirnos de ayuda.

## **2 Protagonistas de la enfermería: el cuidado en ejemplos**

El mejor modo de constatar la presencia de lo que llamamos cultura del cuidado en el Quijote, es hacer un recuento de los ejemplos que el propio Cervantes nos presenta como “cuidadores” (en el doble sentido de curar arriba apuntado), especialmente en aquellos que tienen que ver con alguna enfermedad o suceso de tipo traumático. Son, entre otros, Sancho, el ama y la sobrina, el vecino Pedro Alonso que lo recoge después del primer molimiento y las mujeres de la venta de Juan Palomeque.

Sancho, como escudero, aparece en varias ocasiones ejerciendo una función enfermera. Por ello, cuando ve que su señor está en necesidad de ser curado le advierte: “Lo que le ruego a vuestra merced es que se cure, que le va mucha sangre de esa oreja” (I, 10). Y tras demorarse más de lo conveniente en atender a su herida, le dice don Quijote: “y, por agora, curémonos, que la oreja me duele más de lo que yo quisiera. Sacó Sancho de las alforjas hilas y unguento” (I, 10). El escudero fiel no sólo le cura, sino que le procura sustento, le sujeta la silla al subir o lo monta en Rocinante cuando está molido a palos; concreciones todas del “procurar por alguien” en que se encierra la esencia de la vocación enfermera. También en el momento de la muerte está presente su buen escudero, que no se quitaba de la cabecera de la cama y cuya noticia de la muerte de su señor revienta las lágrimas de los ojos y mil profundos suspiros del pecho (II, 74). No sólo Sancho, sino también el escudero del caballero de los espejos, Tomé Cecial, cumple una pareja función enfermera para con su amo: Retirado de la batalla, vencido, el caballero de los espejos se queda a

solas con su escudero: “se apartaron de don Quijote y Sancho con intención de buscar algún lugar donde bizmarle y entablarle las costillas” (II, 14).

El ama y la sobrina ejercen en las pocas ocasiones que aparecen en la novela una función eminentemente enfermera, dedicadas al cuidado integral de su señor y tío respectivamente. Al final de cada una de las tres salidas se presentan como las enfermeras de don Quijote, prestándole toda serie de cuidados que van más allá de lo estrictamente sanitario. Incluso buscan modos y maneras para que se le cure la locura que le ha llevado a tan lastimoso estado. Por ello el cura y el barbero les encargan “tuviesen cuenta con regalarle, dándole a comer cosas confortativas y apropiadas para el corazón y el cerebro, de donde procedía, según buen discurso, toda su mala ventura” (II, 1). Cuando el médico indica al ya cuerdo Alonso Quijano que atienda a la salud de su alma porque está para morir, sus cuidadoras “comenzaron a llorar tiernamente, como si ya le tuvieran muerto delante” (II, 74).

Una figura paradigmática que condensa la virtud del cuidado es la del vecino Pedro Alonso. Desconozco si alguien ha hecho el paralelismo con la parábola del buen samaritano (Lc, 10, 25-37), pero las coincidencias son más que casuales. Cuando don Quijote es derribado en la primera salida, un vecino caritativo se le acerca y lo que hace con don Quijote parece escrito teniendo en mente la parábola evangélica. Basta leerlo para percatarse:

*“—Señor Quijana (...) ¿quién ha puesto a vuestra merced desta suerte? (...) Viendo esto el buen hombre, lo mejor que pudo le quitó el peto y espaldar, para ver si tenía alguna herida, pero no vio sangre ni señal alguna. Procuró levantarle del suelo, y no con poco trabajo le subió sobre su jumento, por parecerle caballería más sosegada. Recogió las armas, hasta las astillas de la lanza, y liólas sobre Rocinante, al cual tomó de la rienda, y del cabestro al asno, y se encaminó hacia su pueblo, bien pensativo de oír los disparates que don Quijote decía; y no menos iba don Quijote, que, de puro molido y quebrantado, no se podía tener sobre el borrico y de cuando en cuando daba unos suspiros, que los ponía en el cielo, de modo que de nuevo obligó a que el labrador le preguntase le dijese qué mal sentía(...). El labrador se iba dando al diablo de oír tanta máquina de necedades; por donde conoció que su vecino estaba loco, y dábale prisa a llegar al pueblo por escusar el enfado que don Quijote le causaba con su larga arenga” (I, 5).*

El compasivo vecino, con un humanísimo cuidado, incluso espera a que se haga de noche para entrar en el pueblo y que nadie vea a don Quijote en tan mal estado; finalmente lo deja en su casa, en manos del ama, la sobrina, el cura y el barbero, cual buen samaritano redivivo.

En la venta de Juan Palomeque hay tres mujeres que ejercen el oficio de enfermeras para con don Quijote, y en menor medida para con Sancho. Se trata de la ventera, su hija y la criada Maritornes. Ya se ha dicho de la ventera cómo

*“naturalmente era caritativa y se dolía de las calamidades de sus prójimos; y, así, acudió luego a curar a don Quijote y hizo que una hija suya doncella, muchacha y de muy buen parecer, la ayudase a curar a su huésped. Servía en la venta asimesmo una moza asturiana (...). Esta gentil moza, pues, ayudó a la doncella, y las dos hicieron una muy mala cama a don Quijote en un camaranchón que en otros tiempos daba manifiestos indicios que había servido de pajar muchos años. (...) En esta maldita cama se acostó don Quijote, y luego la ventera y su hija le emplastaron de arriba abajo, alumbrándoles Maritornes, que así se llamaba la asturiana; y como al bizmalle viese la ventera tan acardenalado a partes a don Quijote, dijo que aquello más parecían golpes que caída” (I, 16).*

Y en la misma escena, Sancho les pide “de manera que queden algunas estopas, que no faltará quien las haya menester, que también me duelen a mí un poco los lomos”. Cuando al día siguiente amo y escudero intentan irse sin pagar, y Sancho es manteado, “la compasiva de Maritornes, viéndole tan fatigado, le pareció ser bien socorrelle con un jarro de agua, y, así, se le trujo del pozo, por ser más frío” (I, 17).

Por tanto, además de las distintas figuras compasivas que aparecen en el Quijote, y que sería largo enumerar, al menos ocho ejercen funciones específicas de enfermería (Sancho, Tomé Cecial, el ama y la sobrina, Pedro Alonso, la ventera, su hija y Maritornes). Aunque no se nombre la profesión enfermera, se alude indudablemente a sus funciones, y se nombra su ámbito normal de desarrollo profesional: el hospital. En efecto, cuando reaparece en la primera parte Andrés, el joven a quien su amo azotaba cruelmente en una encina, anuncia el joven apaleado que “él me paró tal, que hasta ahora he estado curándome en un hospital del mal que el mal villano entonces me hizo” (I, 31). Sin embargo, en otras obras de Cervantes, como el *Coloquio de los perros*, los enfermeros sí que aparecen explícitamente. En el Quijote aparecen, en cambio, otras profesiones relacionadas con el mundo sanitario tales como médicos, algebristas o barberos.

De la ciencia médica y los médicos en el Quijote se ha escrito largo y tendido, debido a la posible relación familiar de Cervantes con dicha profesión (12). En el Quijote encontramos no sólo referencias a médicos, sino a obras médicas de su tiempo como los aforismos de Hipócrates o la traducción de Andrés Laguna de la *Materia médica* de Dioscórides. Un buen retrato de la labor del médico lo encontramos cuando Cervantes nos lo pinta asistiendo a los últimos momentos de Alonso Quijano el bueno: “Llamaron sus amigos al médico, tomóle el pulso, y no le contentó mucho y dijo que, por sí o por no, atendiese a la salud de su alma, porque la del cuerpo corría peligro. (...) Fue el parecer del médico que melancolías y desabrimientos le acababan. Rogó don Quijote que le dejasen solo, porque quería dormir un poco” (II, 74).

Muy eventual es la referencia al “algebrista”, profesional que se encargaba de recolocar huesos dislocados, y que por tanto cumplía las funciones de nuestros quiroprácticos actuales. La mención aparece cuando se narra la derrota del caballero de los espejos, el Bachiller Sansón Carrasco, y su escudero Tomé Cecial, del cual ya hemos hablado: “En esto fueron razonando los dos, hasta que llegaron a un pueblo donde fue ventura hallar un algebrista, con quien se curó el Sansón desgraciado” (II, 15).

Pero la categoría profesional que más sorprende y que más ha atraído la atención de eruditos y curiosos es sin duda la de barbero (13). Maese Nicolás, amigo de Alonso Quijano era barbero, y un barbero era igualmente a quien don Quijote le arrebató la bacía que acabará siendo yelmo de Mambrino. Estos profesionales no sólo se dedicaban a rapar las barbas, sino que ejercían funciones de cirujanos y sangradores, dado que la medicina de la época, considerándose ciencia pura, no solía avenirse al contacto directo con el enfermo. De la profesionalización de dicha actividad nos habla el barbero a quien le quitó don Quijote la bacía: “—Señor barbero, o quien sois, sabed que yo también soy de vuestro oficio, y tengo más ha de veinte años carta de examen y conozco muy bien de todos los instrumentos de la barbería, sin que le falte uno” (I, 45). De la función sangradora del barbero aparecen varias referencias, como la deuda que el joven Andrés había contraído con su señor, que por un real le habían hecho dos sangrías estando enfermo (I, 4), y la cruel duquesa, quien conservaba la gallardía y aparente juventud gracias a unas sangrías que traía continuamente en los muslos, tal como le revela doña Rodríguez a don Quijote (II, 48).

### **3 Las técnicas del cuidado y la lucha contra la superstición**

Dos elementos relacionados con la enfermería presente en el Quijote nos quedan por examinar. Por un lado tenemos las técnicas enfermeras o técnicas del cuidado y materiales asociados a ellas que aparecen en la obra, tales como hilas, vendas, ungüentos, ungüento blanco, aceite de Aparicio, romero y sal mascados, emplastos, bizmas, etc. Por otro lado tenemos la progresiva fundamentación científica de dichas técnicas, para lo cual es indispensable una labor crítica y racional con la que enfrentarse a las prácticas supersticiosas que impiden que la ciencia medre como tal. De estas técnicas del cuidado y de esta crítica a la superstición encontramos huellas en el Quijote.

Sobre las técnicas del cuidado son varias a las que se ha aludido ya, pero que podemos reunir aquí ampliándolas. Por ejemplo, el ventero de la primera venta con la que topa don Quijote, en la primera salida, le da una serie de consejos para sus futuras aventuras, y en estas recomendaciones

encontramos algunos materiales y técnicas básicas de la enfermería. El ventero le recuerda que los caballeros andantes

*“asimismo llevaban camisas y una arqueta pequeña llena de unguentos para curar las heridas que recibían, porque no todas veces en los campos y desiertos donde se combatían y salían heridos había quien los curase (...); tuvieron los pasados caballeros por cosa acertada que sus escuderos fuesen proveídos de dineros y de otras cosas necesarias, como eran hilas y unguentos para curarse; y cuando sucedía que los tales caballeros no tenían escuderos —que eran pocas y raras veces—, ellos mismos lo llevaban todo en unas alforjas muy sutiles” (I, 3).*

El caballero sigue los consejos, puesto que cuando más adelante, acompañado por Sancho requiere ser curado, le dice el buen escudero que para curarle “aquí traigo hilas y un poco de unguento blanco en las alforjas” (I, 10). Por hilas entendían hilos de lienzo viejo que se usaban para bizmar ayudándose del aceite (14).

Aparecen, además, diversas referencias a bizmas y emplastos. Tomé Cecial busca con su amo un lugar donde le bizmen las costillas (II, 14). Sancho le pide a Maritornes algunas estopas para bizmarse los lomos (I, 16); y dice de su continuo andar molidos a palos que “si esta nuestra desgracia fuera de aquellas que con un par de bizmas se curan, aun no tan malo; pero voy viendo que no han de bastar todos los emplastos de un hospital para ponerlas en buen término siquiera” (I, 15). Incluso aparecen referencias concretas a tipos de unguentos como el unguento blanco arriba citado, el aceite de Aparicio empapado en unas vendas con que la dueña Altisidora le cura los arañazos de gato (II, 46), o un emplasto propio de pastores del que Cervantes nos explica su elaboración: “viendo uno de los cabreros la herida, le dijo que no tuviese pena, que él pondría remedio con que fácilmente se sanase. Y tomando algunas hojas de romero, de mucho que por allí había, las mascó y las mezcló con un poco de sal, y, aplicándoselas a la oreja, se la vendó muy bien, asegurándole que no había menester otra medicina, y así fue la verdad” (I, 11).

Otras técnicas del cuidado aparecen dispersas a lo largo de la obra, como la necesidad de cubrir las heridas, “porque el sereno os podría dañar la herida; puesto que es tal la medicina que se os ha puesto, que no hay que temer de contrario accidente” (I, 12). También aparece la dieta y el cuidado de la alimentación del enfermo, cuando el cura y barbero encargan al ama y la sobrina “tuviesen cuenta con regalarle, dándole a comer cosas confortativas y apropiadas para el corazón y el cerebro” (I, 1). Incluso la necesidad de comunicar y escuchar a quien se queja, ya aludida en la primera sección de este trabajo, encuentra jocosa expresión en boca de Sancho quien, tras escuchar el mandato de don Quijote de mantener la boca cerrada le espeta:

*“—Señor don Quijote, vuestra merced me eche su bendición y me dé licencia, que desde aquí me quiero volver a mi casa y a mi mujer y a mis hijos, con los cuales por lo menos hablaré y departiré todo lo que quisiere; porque querer vuestra merced que vaya con él por estas soledades de día y de noche, y que no le hable cuando me diere gusto, es enterrarme en vida. Si ya quisiera la suerte que los animales hablaran, como hablaban en tiempo de Guisopete, fuera menos mal, porque departiera yo con mi jumento lo que me viniera en gana y con esto pasara mi mala ventura; que es recia cosa, y que no se puede llevar en paciencia, andar buscando aventuras toda la vida, y no hallar sino coces y manteamientos, ladrillazos y puñadas, y, con todo esto, nos bemos de coser la boca, sin osar decir lo que el hombre tiene en su corazón, como si fuera mudo” (I, 25).*

Aunque dentro de los límites de su tiempo, Cervantes se muestra en numerosas ocasiones como dotado de un juicio perspicaz, para nada crédulo y en ocasiones combativo con algunas opiniones supersticiosas de la época (15). Sólo así, como se ha dicho, las técnicas del arte pueden adquirir progresivamente su estatuto científico. Así, por ejemplo, cuando el ama propone al cura rociar los libros de caballería con agua bendita, por si traen algún diablo dentro, el cura se sonríe y se limita a eliminar los que considera malos (I, 6). La crítica a la superstición está presente en muchos pasajes, como el escepticismo frente al mono sabio de maese Pedro (II, 25) o frente a la cabeza parlante de Antonio Moreno (II, 62). Especialmente interesantes es el pasaje en el que Sancho critica agudamente la costumbre de fiarse de los agüeros (II, 73). En fin, a lo largo de la novela está igualmente presente la defensa de la libertad humana frente a cualquier tipo de predestinación que pudiera conocerse por la posición de los astros o forzarse mediante hechizos: “Aunque bien sé que no hay hechizos en el mundo que puedan mover y forzar la voluntad, como algunos simples piensan” (I, 22).

En el conocido pasaje del bálsamo de Fierabrás Cervantes no sólo nos ofrece una muestra insuperable de su buen humor, sino de crítica racional a las prácticas supersticiosas de supuestos aceites milagrosos; basta releer el pasaje para captar la intención satírica y a la vez crítica de Cervantes:

*“—Es un bálsamo —respondió don Quijote— de quien tengo la receta en la memoria, con el cual no hay que tener temor a la muerte, ni hay pensar morir de ferida alguna. Y así, cuando yo le haga y te le dé, no tienes más que hacer sino que, cuando vieres que en alguna batalla me han partido por medio del cuerpo, como muchas veces suele acontecer, bonitamente la parte del cuerpo que hubiere caído en el suelo, y con mucha sotileza, antes que la sangre se yele, la pondrás sobre la otra mitad que quedare en la silla, advirtiendo de encajallo igualmente y al justo. Luego me darás a beber solos dos tragos del bálsamo que he dicho, y verásme quedar más sano que una manzana” (I, 10).*

No es menos divertida la preparación del brebaje:

*“un poco de aceite, vino, sal y romero para hacer el salutífero bálsamo; que en verdad que creo que lo he bien menester ahora, porque se me va mucha sangre de la herida que esta fantasma me ha dado. (...) En resolución, él tomó sus simples, de los cuales hizo un compuesto, mezclándolos todos y cociéndolos un buen espacio, hasta que le pareció que estaban en su punto. Pidió luego alguna redoma para echarlo, y como no la hubo en la venta, se resolvió de ponerlo en una alcuza o aceitera de hoja de lata, de quien el ventero le hizo grata donación, y luego dijo sobre la alcuza más de ochenta paternostres y otras tantas avemarias, salves y credos, y a cada palabra acompañaba una cruz, a modo de bendición” (I, 17).*

Una vez compuesto el famoso bálsamo (compárese con el emplasto del pastor arriba citado), lo toma don Quijote, vomitando y sudando al instante pero curándose tras dormir unas tres horas.

*“Sancho Panza, que también tuvo a milagro la mejoría de su amo, le rogó que le diese a él lo que quedaba en la olla, que no era poca cantidad. Concedióselo don Quijote, y él, tomándola a dos manos, con buena fe y mejor talante se la echó a pechos y envasó bien poco menos que su amo. Es, pues, el caso que el estómago del pobre Sancho no debía de ser tan delicado como el de su amo, y, así, primero que vomitase le dieron tantas ansias y bascas, con tantos trasudores y desmayos, que él pensó bien y verdaderamente que era llegada su última hora; y viéndose tan afligido y congojado, maldecía el bálsamo y al ladrón que se lo había dado (...). En esto hizo su operación el brebaje y comenzó el pobre escudero a desaguarse por entrambas canales, con tanta prisa, que la estera de enea sobre quien se había vuelto a echar, ni la manta de anjeo con que se cubría, fueron más de provecho. Sudaba y trasudaba con tales parasismos y accidentes, que no solamente él, sino todos pensaron que se le acababa la vida. Duróle esta borrasca y mala andanza casi dos horas, al cabo de las cuales no quedó como su amo, sino tan molido y quebrantado, que no se podía tener” (I, 17).*

Incluso en la exposición paródica de Cervantes podemos encontrar interesantes reflexiones epistemológicas acerca de una supuesta ciencia que busca las causas de las cosas, cuando en realidad se queda ridículamente en la superficie. Así, cuando dice don Quijote a Sancho:

*“—La causa dese dolor debe de ser, sin duda —dijo don Quijote—, que como era el palo con que te dieron largo y tendido, te cogió todas las espaldas, donde entran todas esas partes que te duelen, y si más te cogiera, más te doliera. — ¡Por Dios —dijo Sancho— que vuesa merced me ha sacado de una gran duda, y que me la ha declarado por lindos términos! ¡Cuerpo de mí! ¿Tan encubierta estaba la causa de mi dolor, que ha sido menester decirme que me duele todo aquello que alcanzó el palo? Si me dolieran los tobillos, aún pudiera ser que se anduviera adivinando por qué me dolían, pero dolerme lo que me molieron no es mucho adivinar” (II, 28).*



Sólo la crítica a la ciencia que no es tal, bien por superficial como el ejemplo, bien por estar entorpecido el entendimiento por supersticiones, posibilita la lenta marcha hacia la constitución científica de una disciplina.

## 4 Conclusión

Con este trabajo esperamos haber mostrado el potencial humanizador de una gran novela, que abre interesantes sugerencias de investigación para el campo de la enfermería y la cultura del cuidado. A través de ella asistimos en vivo a la recuperación de la virtud de la misericordia, necesaria para poner en marcha cualquier acción de tipo terapéutico y asistencial sobre el prójimo doliente, motor del cuidado en que consiste el alma de la vocación enfermera. En varios de los personajes de la novela (Sancho, Pedro Alonso, el ama y la sobrina, Maritornes), encontramos a personas ejerciendo el rol de enfermeros sin serlo, a pesar de que en tiempos de Cervantes se había consolidado la profesionalización de esta indispensable profesión. Encontramos igualmente amplia alusión a técnicas enfermeras de la época, técnicas que van ganando en rigor, precisión y científicidad, entre otras cosas, gracias a la sucesiva racionalización y abandono de una mentalidad supersticiosa en la que predomina una mentalidad mágica, que ni es científica ni religiosa.

## Bibliografía

1. Spencer, H. El origen de las profesiones. Ediciones Populares Iberia; 1932.
2. García Martínez A, García Martínez M, Valle Racero J. Constituciones y regla de la Mínima congregación de los hermanos enfermeros pobres. *Híades, Revista de historia de la enfermería*, 1994; 1: 71-116.
3. Bueno G. La 'Ciencia enfermera' desde la TCC. *El Catoblepas*, 2011; 117: 2.
4. González de Fauve ME, De Fortea P. De enfermos y de enfermerías en la España del Quijote. Parodi A, D'Onofrio J, Vila JD (eds). *El Quijote en Buenos Aires*. Buenos Aires; Universidad de Buenos Aires, 2006: 403-409.
5. García Barreno PR, La Medicina en El Quijote y en su entorno. Sánchez Ron JM. (ed.) *La Ciencia y El Quijote*. Barcelona: Drakontos, 2005: 155-179.
6. González de Fauve ME. Medicina y sociedad en la época del Quijote. *Cuadernos de historia de España*. 2006; 80: 205-211.
7. Rivero M, Sorní X, et al. *Del arte de curar en los tiempos de don Quijote*, Ediciones ACV. 2005.
8. Torralba F. *Antropología del cuidar*. Mapfre: 1998.
9. Rico F. Don Quijote, Cervantes, el justo medio. *Estudios públicos*. 2005; 100: 64-70.
10. Tomás de Aquino, *Suma Teológica*, IIª Ilae, q. 117.
11. Xirau J. *Amor y mundo*. Obras Completas, Vol. I. *Anthropos*, Fundación Caja Madrid: Barcelona, Madrid; 1998: 155-157.

12. Expósito R. Barberos y sangradores en Iberoamérica. *Cultura de los cuidados*. 2011; 29: 31-46.
13. AAVV. Panace@, *Boletín de Medicina y Traducción*, IV centenario del QUIJOTE. Cervantes, traducción, lenguaje y medicina. 2005; 6 (21-22).
14. Reverte Coma JM. *La antropología médica en el Quijote*. Editorial Rueda: 1980.
15. Pedro Ciruelo. *Reprobación de las supersticiones y hechicerías*. Alcalá de Henares; 1538.

# Innovación docente en el curriculum de Enfermería: el cas integrat. Un estudio de caso hacia la Convergencia Europea.

## Teaching innovation in nursing curriculum: the cas integrat. A case study to the European Convergence.

*María José Morera Pomarede [et al]<sup>1</sup>*

[mmorera@santjoandedeu.edu.es](mailto:mmorera@santjoandedeu.edu.es)

Campus Docent Sant Joan de Déu<sup>2</sup>

EUI Adscrita a la Universitat de Barcelona

Grupo GIEES

### Resumen

Actualmente las universidades han de formar al estudiante para que aprenda a aprender a lo largo de la vida, con una formación que permita adquirir las competencias necesarias para el mundo laboral, el desarrollo holístico de la persona, potenciando la madurez, la capacidad de compromiso social y ético. La investigación trata sobre un caso de innovación docente: *el Cas Integrat*, enmarcado en el paradigma de cambios estructurales, organizativos y pedagógicos, centrado en el de grado en enfermería de l'E.U.I. Sant Joan de Déu. Pretende indagar en una situación didáctica concreta, en sus componentes y en como se vinculan, su finalidad es describir que tipo de cambio se produce en los estudiantes y en la Institución. Las preguntas de la investigación pivotan sobre el cas integrat i los estudiantes. El propósito global de la investigación es comprender las repercusiones del cas integrat (basado en la metodología ABP) en el aprendizaje, explorar si fomenta la reflexión, la responsabilidad y la autonomía de los estudiantes de enfermería.

---

<sup>1</sup> José Luis Medina Moya. Campus Docent Sant Joan de Déu-EUI Adscrita a la Universitat de Barcelona. Grupo GIEES.

**Palabras clave:** Cambio educativo; Innovación Docente; Aprendizaje Basado en Problemas; Aprendizaje reflexivo; Formación enfermería

### **Abstract**

Currently universities must train students to learn to learn throughout life, with training that enables acquiring the skills needed for the workplace, the holistic development of the individual, enhancing the maturity, the ability of social commitment and ethical. The research is a case of teaching innovation: Cas Integrat, framed in the paradigm of structural, organizational and pedagogical changes, centered nursing degree l'EUI Sant Joan de Deu. It aims to investigate a particular teaching situation, and how its components are associated, its purpose is to describe what kind of change in the students and the institution. The research questions pivot on the cas integrat and the students. The overall purpose of the research is to understand the impact of integrat cas (based on the methodology PBL) in learning, exploring whether encourages reflection, responsibility and autonomy of nursing students.

**Keywords:** Educational change; Teaching Innovation; Problem Based Learning; Reflective learning Nursing training.

## **Introducción**

Los orígenes de esta investigación se produce tiempo atrás, cuando se estaba introduciendo un cambio de Paradigma en el que estaba la formación de enfermería, el de la Racionalidad Científica y Pedagógica (fundamentada en el paradigma positivista) con una fuerte preocupación en la adquisición de destrezas y habilidades técnicas a un Paradigma Practico Reflexivo, de acuerdo con las expectativas sociales y culturales.

En este nuevo paradigma, es importante que el estudiante construya aprendizajes significativos, habilidades de pensamiento superior para poder desarrollar el pensamiento reflexivo. A su vez el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) ha favorecido un proceso de cambio profundo en la educación superior (la estructura, la formación del profesorado, los procesos de enseñanza -aprendizaje, el papel del profesor universitario, el papel del estudiante), de manera que actualmente las universidades no solo han de transferir los conocimientos expertos, sino que han de formar al estudiante para que aprenda a aprender a lo largo de la vida, una formación que permita adquirir las competencias necesarias para el mundo laboral, el desarrollo holístico de la persona, de forma que potencie la madurez y la capacidad de compromiso social y ético (1).

La investigación trata sobre un caso de innovación docente enmarcado en este paradigma de cambios estructurales, organizativos y pedagógicos, centrado en el título de grado en enfermería de l'Escola Universitària Infermeria Sant Joan de Déu, centro adscrito a la Universitat de Barcelona. Pretende indagar en una situación didáctica concreta, en sus componentes y en como se vinculan, tiene la finalidad de describir que tipo de cambio se produce en los estudiantes y en la Institución. Es el resultado de un proceso largo de formación del profesorado, diálogos, reflexiones que nos llevo a la creación con consenso de la metodología docente objeto de este estudio: **el cas integrat**.

“El cas integrat” consiste en la descripción de una situación hipotética elaborada conjuntamente por profesores de diferentes asignaturas de unos determinados semestres, supone la integración de los contenidos de distintas asignaturas. Los estudiantes organizados en grupos de 8 a 10 personas han de desarrollar hipótesis explicativas y identificar necesidades de aprendizaje a partir del trabajo autónomo y colaborativo que les permita comprender mejor la situación presentada, adquirir los objetivos de aprendizaje establecidos. No se trata de la solución de un problema, sino que se utilizan problemas adecuados o situaciones hipotéticas para incrementar el conocimiento y la comprensión. Es un método que fundamentado en los principios del aprendizaje basado en problemas (ABP), (2). Diferentes autores describen el ABP como una mezcla entre el descubrimiento y el aprendizaje colaborativo, debido a que gran parte de este aprendizaje se planifica y se lleva a cabo como una experiencia compartida (3; 4).

El Aprendizaje Basado en Problemas para Vizarro y Juárez (5) potencia la integración curricular ya que permite superar los límites, muchas veces artificiales, de las asignaturas tradicionales al tratarse de un método que rompe con las parcelas de conocimiento, favoreciendo la integración curricular y potenciando la transversalidad del mismo convirtiéndolo en mucho mas abierto, dinámico y flexible siendo estas las bases para una educación globalizada tal i como afirma Ferrer (6).

Se realiza un acompañamiento del estudiante con una muestra de afecto y una serie de correcciones que se ajustan a las necesidades experimentadas por el estudiante, partiendo de sus posibilidades, facilitando que pueda progresar en el sentido que marquen las finalidades educativas, es decir, en el sentido de progresar en sus capacidades y potenciando el aprendizaje autónomo, posicionándolo en la adquisición de las habilidades para ser capaz de aprender a lo largo de la vida.

# 1 Aproximación al problema y objetivos de la investigación

Al plantear la investigación, las preguntas que me surgen hacen referencia al propio método del caso integrado desde una visión constructivista y social del aprendizaje, al aprendizaje de los estudiantes si proporciona las capacidades para la construcción de un aprendizaje significativo, reflexivo y con capacidades para aprender a aprender y, sin duda, sobre el papel del profesorado, sobre como ha de ser su rol como docente.

El caso integrado se combina con otras estrategias didácticas donde el rol del profesor es diferente. El profesor deja de ser la persona experta de un área de conocimiento y pasa a ser un profesor facilitador, que acompaña al estudiante en el descubrimiento y en la propia construcción del conocimiento.

La acción investigadora que guía el estudio parte de una serie de presuposiciones y inquietudes que formule como los siguientes cuestionamientos intelectuales, organizados en relación al caso integrado y en los estudiantes.

## **El caso Integrado**

- ¿Que factores favorecen la innovación y cuales la dificultan?
- ¿Que competencias desarrolla realmente el caso integrado?
- ¿Qué características tiene este proceso de innovación?
- ¿Es una estrategia integradora del currículum?
- ¿Como es el proceso de producción, selección, transmisión y asimilación de competencias en el caso integrado?

## **Los Estudiantes**

- ¿Que influencias tiene el caso integrado en el aprendizaje del estudiante?
- ¿Como es el proceso de enseñanza- aprendizaje en el caso integrado?
- ¿Potencia el aprendizaje reflexivo del estudiante?

De esta manera, el propósito global de la investigación es comprender las repercusiones del caso integrado (basado en la metodología ABP) en el aprendizaje, explorar si fomenta la reflexión, la responsabilidad y la autonomía de los estudiantes de enfermería.

Hablamos de la necesidad de comprender la realidad, y comprender quiere decir buscar significados y sentidos en lugar de intentar preveer posibles resultados.

En síntesis, me interesa conocer los resultados de aprendizaje que se obtienen con la metodología pedagógica innovadora.

## 2 Metodología

Se ha realizado una investigación educativa descriptiva (enfoque Paradigma interpretativo) con la finalidad de describir, explicar y comprender que sucede con la metodología del cas integrat.

Se ha seleccionado este tipo de investigación para acercarme a la realidad, debido a que las características asociadas a este enfoque (descripción detallada, comprensión holística de fenómenos, centrada en el proceso mas que en el producto, utilización de escenarios no artificiales) son las indicadas para cubrir el objetivo de la investigación y adecuadas para captar toda la complejidad del objeto de estudio. El trabajo de investigación se caracterizo por:

- a) Una estancia en el escenario de l'EUI Sant Joan de Déu durante un período de tiempo determinado, para comprender en profundidad el significado del cas integrat, lo que se produce en el caso en relación con los profesores y los estudiantes.
- b) La observación directa como método principal de recogida de información.
- c) El propio investigador es el principal instrumento de recogida de información.
- d) Interés para comprender, interpretar las acciones y significados de los sujetos de investigación.
- e) Construcción de nuevos conocimientos y conceptos teóricos a través de la descripción de las realidades observadas y la reflexión posterior.
- f) La triangulación es el proceso básico para la validación de los datos.

Se trata de un estudio intrínseco de caso múltiple, formado por dos casos, dos profesoras de l'EUI Sant Joan de Déu y los grupos de estudiantes implicados. Según Creswell (7), el estudio de caso, permite tomar decisiones, generar hipótesis y descubrimientos, y centra su interés en un individuo, suceso o institución. Es un caso intrínseco ya que se persigue una mejor comprensión de un caso en particular, se ha seleccionado el caso porque el caso en si mismo es el que interesa y se quiere aprender de él, mi pretensión fue comprender una situación concreta.

Para la selección del profesorado, tenia definidos una serie de atributos que habían de tener los candidatos a participar en la investigación: (1) Eugenia: profesora con una larga trayectoria docente en la escuela que había participado directamente en la construcción del proyecto y la implantación del cas integrat, (2) Olimpia: profesora con una trayectoria corta en la escuela. Conoce el contexto

educativo de la Escuela, no participo en la construcción del *cas integrat*. Para la muestra seleccionada se utilizó el procedimiento de *selección basada en criterios* Goetz y Le Compte, (8). Para el grupo de estudiantes (38 estudiantes), la selección fue totalmente aleatoria: eran los y las estudiantes que formaban los grupos de *cas integrat* que tutorizaban las dos profesoras del estudio.

Las estrategias de recogida de información que se adecuan a los elementos que quería recoger son la observación no participante como estrategia principal, complementada con otros métodos de recogida de información como las entrevistas en profundidad al profesorado, las entrevistas de grupo a los estudiantes y el análisis de documentos. El sistema que seguiría para registrar y almacenar los datos de la observación responde a un sistema narrativo, Everton i Green (8), un sistema abierto, específico y sin categorías prefijadas.

Con las entrevistas en profundidad, pretendía conocer en profundidad, analizar y comprender los significados que profesores y estudiantes otorgaban a comportamientos y situaciones que había observado en el tiempo anterior. Este fue el momento clave para solicitar aclaraciones y matices sobre mis interpretaciones. Considere importante generar reuniones cara a cara entre la investigadora y los informantes con la finalidad de comprender las diferentes perspectivas sobre el *cas integrat*.

Los documentos escritos revisados y analizados fueron:

- Documentos públicos del centro: el plan de estudios de la titulación, los programas de las asignaturas implicadas en el *cas integrat*, las normas de funcionamiento de l'EUI Sant Joan de Déu.
- Documentos del profesor, públicos para la comunidad educativa y para los estudiantes: dossier del estudiante del *cas integrat*, dossier del profesor del *cas integrat*, material entregado en las sesiones de *cas integrat*.
- Documentos relacionados con el *cas integrat*: actas de las reuniones de trabajo sobre el *cas integrat*, encuestas valorativas del *cas integrat* pasadas a los estudiantes implicados, análisis de estas encuestas.

## ***2.1 Recogida de datos***

El trabajo de campo se inició con las dos profesoras el febrero de 2009. Durante el tiempo que separa la primera fase del trabajo de campo (febrero de 2009) y la segunda (febrero de 2011), mi actividad como investigadora era seguir construyendo la parte teórica de la tesis doctoral y detectar la necesidad de recoger nueva información y datos sobre el que estaba construyendo.



El tiempo de estancia en el campo no se pactó inicialmente, ya que estaba condicionado a la recogida de información que iba realizando a medida que evolucionaba la investigación, el criterio para abandonar el escenario es la *saturación teórica* (9), es decir, se abandona el campo cuando los datos empiezan a ser repetitivos y no se obtienen nuevos datos relevantes para el estudio. Realice 40 horas de observación entre los dos periodos, seis entrevistas en profundidad de 45 minutos aproximadamente, estructuradas de acuerdo a cuatro grandes dimensiones que surgieron del análisis de la observación no participante como temas relevantes para la investigación: proceso de enseñanza-aprendizaje, aprendizaje reflexivo, competencias, innovación docente.

Las notas sobre las observaciones iniciales eran datos básicamente descriptivos y se fueron concretando en anotaciones más analíticas, más concretas. Realizaba reflexiones sobre el que había observado y lo compartía con la profesora implicada, antes de realizar la siguiente observación. Con este proceso de revisión-reflexión-revisión, la observación era mucho más selectiva, observando lo que me permitía contrastar las hipótesis planteadas. Realicé 4 sesiones de grupo con los estudiantes implicados en las sesiones observadas, cada sesión de una hora de duración.

## 2.2 El Rigor Metodológico

De la investigación se siguió con los procedimientos para obtener los niveles de credibilidad propios de la investigación naturalista (10): credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad. En el cuadro 1 se pueden ver las estrategias seguidas para garantizar los criterios de rigor metodológico.

Cuadro 1. Criterios y estrategias de la investigación constructivista/cualitativa según Latorre et al. (1996)

<b>Criterio</b>	<b>Significado</b>	<b>Estrategias</b>
Credibilidad	Isomorfismo entre los datos recogidos y la realidad	Observación persistente Triangulación Juicio crítico de compañeros Recogida de material referencial Comprobaciones con participantes
Transferencia	Posibilidad de aplicar los descubrimientos a otros contextos	Muestreo teórico Descripción densa Recogida de información abundante
Dependencia	Grado en que se repetirían los resultados en caso de replicar la investigación.	Establecer pistas de revisión Auditoria de investigadores externos Réplica paso a paso Métodos solapados
Confirmabilidad	Seguridad que los resultados no presentan desviaciones.	Descripciones sobre la forma de acceso al escenario Reflexión

### ***2.3 Limitaciones de la Investigación***

- La condición como docente de la Escuela ha supuesto que las personas implicadas me vean como profesora y compañera y no exclusivamente como investigadora, cosa que puede haber dificultado o influido en las respuestas de los entrevistados.
- Esta condición supuso una ventaja para poder acceder al campo gracias a la facilidad de los contactos y la participación de los protagonistas.
- El profesorado, cuando es observado en su actividad docente, se pueden sentir cohibidos, y esto hace que no actúen con naturalidad. Por este motivo opté por una larga permanencia en el campo.
- Los/las estudiantes, a pesar de que me conocían, inicialmente se pudieron sentir cohibidos, pero el hecho de explicar cual era el motivo de mi presencia en las sesiones de caso integrado y la finalidad de la investigación los tranquilizó y actuaron con normalidad durante todas las sesiones.

### ***2.4 Aspectos éticos de la investigación*** Taylor i Bodgan (11)

- Se solicitaron los permisos a los/las estudiantes y a los profesores para conseguir su colaboración en la investigación.
- En todo momento y previamente a la recogida de la información, se garantizó la confidencialidad de los datos a las profesoras y los/las estudiantes que participaron mediante la privacidad y la intimidad.
- El anonimato se ha mantenido en todo momento en el manejo de los datos, se han suprimido los nombres reales para salvaguardar la identidad de los participantes, y estos se han identificado con nombres ficticios.

En el análisis de datos, podemos distinguir conceptualmente dos fases con diferentes tipos de operaciones: por un lado, la segmentación y la codificación de unidades de significado y, del otro lado, la identificación de los temas principales o núcleos temáticos emergentes y la integración e interpretación de los resultados. La secuencia (lineal) con la que aquí se presenta (a efectos de su presentación ordenada) no se corresponde de manera unívoca con el proceso circular y dialéctico que en realidad se ha llevado a cabo (12).

En este proceso se ha llevado a cabo una descomposición inicial de datos desde una perspectiva **èmic** (conceptos de primer orden) o dimensión descriptiva del análisis y una posterior

reconstrucción sintética desde una perspectiva *ètic* (conceptos de segundo orden) o dimensión interpretativa.

El método seguido para el análisis de datos es el de las *comparaciones constantes* propuesto por Glaser y Strauss (13). El análisis de los datos procedentes de las observaciones y las entrevistas se dividieron en los siguientes niveles progresivos de reducción y estructuración teórica de la información:

NIVEL 1: Segmentación y codificación de unidades de significado.

NIVEL 2: Identificación de los temas principales, núcleos temáticos emergentes o metacategorías.

## ***2.5 Proceso de construcción de las categorías de análisis***

### **2.5.1 NIVEL 1: Segmentación y codificación de unidades de significado.**

En este primer nivel de análisis busque lo que Van Maanen (14) denomina conceptos de primer orden. Se trata de datos iniciales de la investigación, son las descripciones y las interpretaciones que los participantes de la investigación dan a los fenómenos estudiados. Intente describir la perspectiva (*èmic*) de la realidad que quería estudiar generando descripciones que toman su sentido de los significados de las personas participantes en la investigación y no de la concepción o ideas del investigador.

El proceso de construcción del sistema de categorías ha sido básicamente abierto y generativo. Durante todo el proceso de codificación, emergieron 52 categorías que recogían 1109 unidades de significado mediante códigos descriptivos de bajo nivel inferencial. Para realizar este primer nivel de análisis, incorpore los documentos transcritos al programa informático Atlas-Ti.

El método de comparaciones constantes, me permitió clasificar los datos en diferentes categorías y a la vez poder compararlas entre ellas con la finalidad de refinar, modificar, adecuar y hacerlas mas fiables. Este fue un proceso de comprobación, comparación y reajuste de los criterios de pertinencia y asignación de las unidades de diferentes categorías. Finalizo en el momento en qué se consiguió la saturación, es decir, cuando al realizar una nueva lectura de las transcripciones no se obtuvo nueva información que generara la creación de nuevas categorías.

### **2.5.2 NIVEL 2: Identificación de los temas principales, núcleos temáticos emergentes o metacategorías.**

En este nivel de análisis, he agrupado y estructurado las categorías que habían emergido en el primer nivel en diferentes núcleos temáticos emergentes o metacategorías. En este segundo nivel

de análisis, he realizado un proceso de comparación intercategorías en el que he buscado similitudes estructurales, teóricas y los elementos comunes entre ellas. En este punto se produce una interpretación de los significados de los sujetos participantes en la investigación y las propias de la investigadora. Todo el proceso ha estado influenciado por el marco teórico de la investigación y mis propios esquemas conceptuales.

Finalmente, he obtenido los seis núcleos temáticos siguientes sobre los que he agrupado todas las categorías emergentes del primer nivel.

A continuación se presentan los seis núcleos temáticos y su definición:

**Estudiantes:** aspectos relacionados con la implicación de los estudiantes en el proceso del caso integrado. Incluye información respecto a las actitudes, las opiniones, el compromiso y la iniciativa que demuestran los estudiantes.

**Aprendizaje:** relacionado con el núcleo temático anterior, engloba los conceptos relacionados con el aprendizaje de los conocimientos teóricos, las habilidades y las actitudes. Hace referencia a los procesos que se siguen en la adquisición de conocimientos y en como estos se utilizaran en otras situaciones.

**Ambiente aula:** maneras como se distribuyen físicamente los elementos de las aulas, las personas y el clima que se genera.

**Saber pedagógico:** manera de hacer del profesor/a en relación a los/las estudiantes y al método docente, de acuerdo con su formación y expertez, adecuándose a las situaciones concretas

**Método:** descripciones referentes a estrategias didácticas, materiales, puntos positivos y áreas de mejora de la estrategia. Criterios valorativos.

**Relaciones:** enlaces que se establecen entre compañeros, con la profesora. Características de estos vínculos.

### 3 Resultados

Los resultados de la investigación se presentan según la estrategia de recogida de información y estos nos indican que la metacategoría *saber pedagógico* es la de frecuencia más elevada respecto al global de los resultados de las observaciones de las dos profesoras, la segunda en las entrevistas de los profesores y la tercera en los resultados de las entrevistas de grupo a los estudiantes.

Podemos constatar que, en las sesiones de cas integrat, el/la profesora tiene un papel relevante, donde adquieren importancia la negociación de significados, el papel del profesor, las

orientaciones que realiza, el conocimiento experto docente, la evidencia de errores y la evaluación. La metacategoría *aprendizaje* es la siguiente en número de frecuencia, y resaltamos la actuación del estudiante en el aprendizaje, el proceso reflexivo, la organización autónoma y las habilidades en la búsqueda de información. La metacategoría *estudiantes* es la tercera en número de frecuencia, resaltando la actitud positiva, la comunicación no verbal y la responsabilidad en las sesiones de cas integrat. En relación a la metacategoría *método*, resaltamos la categoría de integración de conocimientos que comporta el cas integrat. El *ambiente del aula* y las *relaciones* son las dos metacategorías con menor frecuencia en las sesiones de cas integrat. En la metacategoría *relaciones* adquieren relevancia las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo. El *ambiente del aula* se valora únicamente en las sesiones del cas, siendo el clima la categoría con más peso, pero no se comenta ni en las entrevistas al profesorado ni en las sesiones de grupo con los estudiantes.

En las entrevistas al profesorado, la metacategoría con más frecuencia es la de *método*, se remarca que es una estrategia integradora del currículum y que existen factores que dificultan la innovación. En relación al *saber pedagógico*, segunda en frecuencia el profesorado resalta temas relacionados con la evaluación y el papel del profesor en el cas integrat. En cuanto al *aprendizaje*, el profesorado comenta que se trata de un proceso reflexivo, nos hablan de las competencias relacionadas, de las habilidades de búsqueda de información, de la organización autónoma de los aprendizajes y de las características del mismo. La metacategoría *estudiantes* es la cuarta en número de frecuencia en las entrevistas del profesorado, se resalta el papel positivo del estudiante en el proceso y la responsabilidad demostrada.

Por último en las sesiones de grupo con los estudiantes, la metacategoría *método* es la de más frecuencia, como también se produce en las entrevistas con el profesorado. Los estudiantes realizan valoraciones positivas del cas integrat y resaltan los puntos fuertes del mismo, a la vez que descubren áreas de mejora. Reconocen que favorece la integración de conocimientos y que se trata de una estrategia integradora. En relación al *aprendizaje*, segunda en frecuencia en las sesiones de grupo de los estudiantes, resaltan la incerteza del aprendizaje que se produce en el cas integrat. Se trata de un proceso reflexivo, comentan que se encuentran con falta de conocimiento teórico y manifiestan ver la utilidad de los conocimientos adquiridos con este método. Han adquirido habilidades de búsqueda de información y son conscientes que han adquirido competencias que con otros métodos docentes no sería posible.

Al realizar un siguiente análisis en profundidad, me pregunto si los resultados obtenidos me iluminan sobre las repercusiones del cas integrat en el aprendizaje de los estudiantes, sobre que competencias se potencian con el cas integrat, sobre que papel tienen los profesores. Me pregunto

también sobre el método, si ha significado un cambio en los métodos docentes, y si fomenta la reflexión, la responsabilidad y la autonomía.

Finalmente los resultados se agruparan alrededor de los ejes cualitativos que recorren el discurso de manera transversal, y no se pueden analizar de manera independiente sino interrelacionada.

### ***3.1. El cas integrat***

3.1.1. Cambio en la metodología docente. Repercusiones del contexto.

3.1.2. Estrategia integradora del currículum

3.1.3. Factores que favorecen el cas integrat

3.1.4. Factores que dificulten el cas integrat

3.1.5. Áreas de mejora

### ***3.2. Lo que aprenden los estudiantes***

3.2.1. El proceso reflexivo

3.2.2. Competencias

3.2.3. El papel del profesorado

3.2.4. El papel de los estudiantes

## **4 Discusión y Conclusiones**

La investigación nos indica que Cas Integrat, para los profesores es un método integrador de conocimientos y favorece la integración del currículum. Se potencia que los estudiantes sepan integrar los diferentes conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para comprender la situación mediante el propio método ya que tendrán una visión multidimensional de la situación a comprender, tal y como se encontraran en la realidad laboral, tal y como Schön (15) apunta en el aprendizaje reflexivo a través de la práctica. Para los estudiantes, la situación que se presenta favorece que busquen conexiones entre los conceptos para poder comprenderla y ser capaces de explicar-la no fragmentando la realidad sino visualizándola como un todo, es decir, tal como es la realidad que se encontraran, están hablando de la utilidad de los conocimientos teóricos.

Representa un cambio en la metodología docente, (16) al considerar que no solo se trata de hacer las cosas diferentes, sino hacerlas mejores con la introducción de cambios justificados. Las repercusiones del contexto del cas integrat las encontramos en la voluntad de cambio desde una perspectiva individual y colectiva, lo que implica las relaciones entre las personas. Para Bolívar (17),

los/las profesores/as que trabajan de manera coordinada y cooperativa en los centros se comprometen a fortalecer la democracia del centro educativo y son la principal fuerza impulsora del cambio. Estamos hablando de cohesión del equipo docente, el cas integrat ha fomentado la cohesión del equipo docente, se trata de un proceso bidireccional. Ortin (1) reafirma la importancia del trabajo en equipo de los docentes, afirmando que éste ayuda a establecer puentes entre las parcelas de conocimiento que suponen las diferentes asignaturas de una misma disciplina o titulación. Se pone de manifiesto como las características organizativas (el clima institucional, las estructuras, el grado de integración, la relación entre los agentes, el estilo del equipo directivo...), son elementos críticos que determinan el éxito de una innovación. Una de las maneras para favorecer la obertura y la integración del curriculum es potenciar la transversalidad del mismo. Para Ferrer (18), la transversalidad tiene por objeto cruzar a lo largo de todo el currículum aspectos de formación y de aprendizaje para la vida, la profesión, la formación continuada, la sociedad. Se ponen en contacto y se articulan valores, actitudes, habilidades y competencias juntamente con los contenidos conceptuales o procedimentales de la carrera. Se pasa de una estructura vertical donde hay poca comunicación interna entre bloques o temas de una asignatura a una estructura con comunicaciones y conexiones entre los diversos ámbitos de la formación. Implica pensar en las conexiones que establecemos todos los sujetos de los aprendizajes. Los modelos curriculares de integración, adoptan estructuras transversales, por lo que es necesario aprender a mirar de otra forma los procesos formativos, como organizar los estudios y la generación de ambientes de aprendizaje en la universidad (19).

En relación a los factores que favorecen el desarrollo del cas integrat y los que lo dificultan, los estudiantes expresan la necesidad de tener un nivel previo de conocimientos y capacidades, que exista una cierta homogeneización del grupo, disponer de espacios adecuados como la biblioteca, el fondo bibliográfico y sus servicios, las aulas de ordenadores, conexiones a Internet, espacios pequeños para realizar sesiones de grupo. El soporte del tutor, la tutoría y las relaciones entre el propio grupo y el tutor son elementos que se valoran positivamente. El profesorado manifiesta la importancia de los recursos, de las relaciones, del conocimiento docente experto, de la puesta en común de criterios, de la madurez de las personas, del aprendizaje de los estudiantes, de la implicación de la dirección y de la motivación del equipo. Los estudiantes manifiestan sentimientos de pérdida, de inseguridad, incertidumbre que expresan como valoraciones negativas y áreas de mejora. Verbalizan problemas para quedar con los compañeros a la hora de buscar información, para realizar la memoria, o el tiempo que han de invertir con este método.

En relación a los puntos fuertes del método, los profesores manifiestan que adquiere protagonismo el papel del estudiante en su aprendizaje y permite poder trabajar las competencias

transversales de la titulación del Grado en Enfermería. Los profesores también perciben como punto fuerte y positivo la calidad de la relación que se establece entre el grupo y el tutor. Siguiendo con la idea de la relación entre los/las estudiantes y el tutor/a, (20) (21) (22) coinciden en afirmar que la relación entre profesor/a y estudiante es una relación de ayuda pedagógica, que sucede en un tiempo y espacio concreto y que toma la forma de un encuentro interpersonal. Según Van Manen (21), en esta relación, profesor/a y estudiante se influyen de manera bidireccional en la interacción, el estudiante participa de manera activa en la modulación de la influencia que experimenta del profesor/a y la influencia del profesor/a “tiene la calidad de despertar las posibilidades de ser o llegar a ser del estudiante”. Así, la influencia pedagógica es intencionada y está orientada a buscar el que es bueno para el estudiante. Significa que tiene un propósito pedagógico, y se tienen que tener en cuenta al menos dos consideraciones. Por un lado, “respetar al joven tal y como es y como quiere llegar a ser”, por otro lado reconocer al joven “como una persona más que ha entrado en nuestra vida, que nos reclama y que ha transformado nuestra vida”.

El segundo de los ejes transversales hace referencia a lo que aprenden los estudiantes, podemos enfocarlo desde el punto de vista de las repercusiones que el caso integrat tiene en su aprendizaje: ¿qué es lo que aprenden?, ¿qué competencias?, ¿se trata de un proceso reflexivo?, ¿Cuál es el papel de los profesores en este proceso?, ¿qué papel tienen los estudiantes, cuál es su voz? Desde la concepción constructivista de la enseñanza, éste es un proceso conjunto y compartido en el que el estudiante puede mostrar-se progresivamente autónomo y competente en la resolución de problemas, en el uso de conceptos y en la puesta en marcha de determinadas actitudes (23).

Estaría de acuerdo con Pons (1) que no hace demasiado tiempo las metodologías mayoritariamente pasivas hacen que muchos estudiantes se limiten a tomar apuntes, leer algún libro recomendado, realizar alguna práctica y examinarse de lo que se ha explicado en clase. Es fundamental saber lo que piensan los estudiantes, por qué solo observando en qué situaciones y con qué actividades aprenden mejor podremos buscar estrategias que permitan mejorar los procesos de aprendizaje. En las sesiones de grupo con los estudiantes, a través su narrativa, expresan como el caso integrat facilita sus procesos de aprendizaje, a la vez que manifiestan que lo que se explica a través de métodos clásicos favorece la memorización. En relación al tipo de aprendizaje que se produce, a como se construyen los significados en las situaciones de caso integrat, los resultados nos dicen que una de las categorías con mayor frecuencia es el proceso reflexivo. Para que los estudiantes aprendan a pensar han de hacer lo mismo que hacen los científicos cuando exploran las situaciones problemáticas, seguir el proceso, (24).



En el cas integrat, se presenten problemes no estructurats, en els que la informació se presenta de manera progressiva i redactada per estimular la discussió del grup i a vegades inclou frases que generen controvèrsia. El fet que la situació o problema continga elements amb els que l'estudiant pugui identificar-se i que reflecteixi el que se presentarà en el futur món laboral, motiva l'estudiant (25). Manifesten incertesa en l'adquisició de coneixements de algunes assignatures que consideren fonamentals, com la farmacologia clínica i les TIC. Consideren que prèviament han de tenir unes bases per poder desenvolupar el cas integrat i entendre la situació.

En relació a les competències que adquiren els estudiants, ells mateixos manifesten haver adquirit la competència de habilitat en la cerca d'informació per poder comprendre la situació (Competències transversals o genèriques). En aquest punt, estaria d'acord amb la relació dialèctica entre el coneixement teòric i el coneixement pràctic citada per Benner (26), Medina (27) i Schön (15) en (20). El professorat considera la competència de habilitat en la cerca d'informació, una de les més importants per a la formació dels estudiants, per al desenvolupament de la seva futura professió i de la seva vida, amb el que consideren que és necessari oferir eines per treballar-la. També es desenvolupen competències com la lectura crítica, organització autònoma dels aprenentatges, la capacitat de reflexió, la responsabilitat i el treball en equip.

Els estudiants manifesten que veuen la utilitat dels coneixements adquirits, possiblement això fa que tinguin ganes de seguir aprenent, i a més millora el seu autoconcepte. Aquest fet es veu influenciat pel procés seguit i pels resultats obtinguts en la situació d'aprenentatge, influeix a la vegada en la manera de posicionar-se en l'aprenentatge i, en general, en la manera de comportar-se, d'interactuar, d'estar en el món.

En quant al paper del professorat, tenint en compte que l'escenari educatiu objecte d'estudi, el protagonista del procés és l'estudiant, i passa a ser el constructor de la seva aprenentatge, el paper del professor serà el de facilitar que els estudiants construeixin el seu coneixement i adquiren una sèrie de competències que els permetran afrontar exitosament problemes similars als del món laboral. Per Font (28), el docent no té com a únic objectiu estimular l'adquisició de continguts de la seva disciplina, sinó que ha de promoure el desenvolupament de habilitats com el pensament complex i crític, la cooperació, el lideratge, la comunicació, la creativitat, el treball multidisciplinari i la presa de decisions. És important tenir en compte les aportacions de Branda i Lee (29) i Sola (30) (28), en que independentment del fet que la sessió de ABP es desenvolupi de manera individual o en grup, el tutor no pot actuar com un espectador passiu que "abandona" els seus estudiants a la seva sort i espera que construeixin la seva aprenentatge sense participar en el procés. El tutor ha de ser una figura activa que controla la situació d'aprenentatge en la

globalidad (entorno, personas, grupos, funcionamiento del grupo). Los mismos autores recomiendan crear un ambiente de confianza y respeto, donde el tutor ha de ser consciente que esta metodología supone un cambio en la mentalidad sobre el papel del tutor, pero también es necesario ver como lo perciben los estudiantes. Hay estudiantes que les cuesta hablar en público, expresar ideas y pensamientos, el tutor ha de ser capaz de crear el ambiente de confianza y respeto en el aula para que se sientan que tienen libertad para a expresar todo lo que consideren relevante para la solución del problema y para cuestionar cualquier información que aporten los miembros del grupo o el propio tutor. En el cas integrat, el error se convierte en una oportunidad para aprender, fomentando la evaluación en las tutorías revisando y clarificando los objetivos del programa con el grupo.

Por último, en cuanto al papel de los estudiantes resaltamos la actitud positiva con lo que están haciendo: con los materiales que han buscado, los conocimientos adquiridos, las actitudes en otras situaciones docentes i no docentes. Demuestran iniciativa y seguridad en si mismos para afrontar retos, implicándose en actividades que no estaban previamente planificadas, poniendo a disposición del grupo las herramientas para facilitar la comunicación entre ellos. Demuestran ser protagonistas del su proceso de aprendizaje y también en el proceso de evaluación, autoevaluación y coevaluación (31).

Como síntesis final, y resaltando las principales conclusiones alrededor de los dos ejes conductores, se puede decir que:

## **El cas integrat**

- 🌿 Es una estrategia integradora del currículum.
- 🌿 Permite aprender significativamente poniendo palabras a los nuevos conocimientos a través de un proceso reflexivo.
- 🌿 Fomenta la autonomía de los estudiantes, aprenden a aprender.
- 🌿 Facilita el papel activo del estudiante en el proceso de evaluación.
- 🌿 Cohesiona el equipo docente, a través del trabajo en equipo.
- 🌿 Fomenta los procesos reflexivos de los estudiantes y del profesorado.
- 🌿 Es una estrategia integradora del currículum, favorece la capacidad de síntesis al integrar el conocimiento y permite que el estudiante pueda explicar el que ha aprendido con sus propias palabras y poder extrapolar a otros contextos.
- 🌿 Permite poner palabras a los nuevos conocimientos y ser capaz de utilizarlos implica un proceso reflexivo, aprender significativamente, construyendo un significado propio y personal para un objeto de conocimiento que obviamente ya existe.

- Toma importancia el enseñar al estudiante a aprender a aprender y se fundamenta la autonomía de los estudiantes.
- La autoevaluación, la evaluación formativa cualitativa y individualizada, adoptan un fuerte protagonismo durante todo el proceso. El estudiante ha de ser el protagonista de su proceso de aprendizaje y ha de tener un papel activo en el proceso de evaluación.
- Importancia de la cohesión del equipo docente, ser capaces de trabajar en equipo, del estilo del equipo directivo, son elementos críticos que determinan el éxito de una innovación, fomentan los procesos reflexivos de los estudiantes y de los profesores.

## **Lo que aprenden los estudiantes**

- Los estudiantes, en el cas integrat, se muestran progresivamente autónomos y competentes en la resolución de tareas, en el uso de conceptos y en la puesta en marcha de determinadas actitudes como la adaptabilidad, el análisis crítico de la información, el pensamiento reflexivo, el trabajo en equipo, el liderazgo y la toma de decisiones.
- El motor del proceso se encuentra en el sentido que el/la estudiante le da, y en este dar sentido intervienen aspectos motivacionales, afectivos y de relación que se ponen en juego en las interacciones que se establecen alrededor de la actividad.
- Competencias como la reflexión, la responsabilidad, la autonomía están vinculadas con la formación de personas capaces de seguir formándose a lo largo de la vida, afrontar los problemas y buscar soluciones innovadoras, personas reflexivas, con espíritu crítico y ser capaces de adaptarse a los cambios.
- Los estudiantes, consideran que han adquirido competencias de habilidades en búsqueda de información, de lectura crítica y de organización autónoma de los aprendizajes.
- Demostrar la competencia de tener la capacidad de evaluar y mejorar por si mismo sus actuaciones, asentando así los fundamentos para el aprendizaje a lo largo de la vida.
- El papel del profesorado como a facilitador para que los estudiantes construyan su conocimiento y adquieran una serie de competencias que les permitirá afrontar exitosamente problemas similares al mundo laboral.
- Crear un ambiente de confianza y respeto, teniendo en cuenta la percepción de los/las estudiantes, fomentando y estimulando la discusión del grupo en las sesiones de cas integrat.
- Los tutores han de ser conocedores y tener habilidades suficientes para guiar el grupo de estudiantes en su proceso de aprendizaje.

## Bibliografía

1. Parcerisa, A. (coord.). (2010). *Ejes para la mejora docente en la Universidad*. Barcelona: Octaedro.
2. Branda, L., Font A., Martín, V., Acarín, L., González, B., Castellano, B., et al. (2009). *L'aprenentatge basat en problemes*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperat 1 octubre 2014, des de [http://www.uab.cat/iDocument/185/237/cines\\_6.pdf](http://www.uab.cat/iDocument/185/237/cines_6.pdf)
3. Escribano, A., i Del Valle, A. (coords.). (2008). *El aprendizaje basado en problemas. Una propuesta metodológica en Educación Superior*. Madrid: Narcea.
4. Dewey, J. (2004). *Experiencia y educación*. Madrid: Biblioteca Nueva.
5. García, J. (coord.) (2008). *El aprendizaje basado en problemas en la enseñanza universitaria*. Murcia: Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones.
6. Ferrer, V. (2003). *Propuestas metodológicas para la transversalización de contenidos*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
7. Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research desing. Choosing among five traditions*. Londres: SAGE.
8. Rodríguez, G., Gil, J., i García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
9. Strauss, A., i Corbin, J. (2002). *Bases investigación cualitativa : Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
10. Guba, E. (1981). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. A J. Gimeno i A. Pérez Gómez (coords.), *La enseñanza: su teoría y su práctica* (p. 148-165). Madrid: Akal.
11. Taylor, S.J., i Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. Barcelona: Paidós.
12. Medina, J. L., Jarauta, B., i Imbernón, F. (2006). *La enseñanza reflexiva en la educación superior*. Barcelona: Octaedro. ICE Universitat de Barcelona.
13. Strauss, A., i Corbin, J. (2002). *Bases investigación cualitativa : Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
14. Medina, J. L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
15. Schön, D (1992). *La Formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós.
16. Zabalza, M. A. (2004). *Guía per a la Planificació Didàctica de la Docència Universitària en el marc del EEES*. Recuperado 11 noviembre 2013, des de <http://www.udc.gal/grupos/apumefyr/docs/guiadeguias.pdf>

17. Bolívar, A. (2000). *Los centros educativos como organizaciones que aprenden. Promesa y realidades*. Madrid: La Muralla.
18. Ferrer, V. (2003). *Propuestas metodológicas para la transversalización de contenidos*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
19. Zabalza, M. A. (2012). Articulación y rediseño curricular: el eterno desafío institucional. *Revista de Docència Universitària*. 10(3), 17-48.
20. Rivera, L. N. (2013). *Saber y experiencia de el/la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado*. Tesis doctoral no publicada, Universitat de Barcelona, Departament de Didàctica i Organització Educativa.
21. Van Manen, M. (1998). *El tacto en la enseñanza: el significado de la sensibilidad pedagógica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
22. Bárcena, F. (1994). *La práctica reflexiva en educación*. Madrid: Universidad Complutense.
23. Coll, C., Martín, E., Mauri, T., Miras, M., Onrubia, Solé, I., et al. (2002). *El constructivismo en el aula* (13ª ed.). Barcelona. Graó.
24. Dewey, J. (1993). *Como pensamos: nueva exposición de la relación entre el pensamiento reflexivo y proceso educativo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
25. Branda, L. A. (2004). *El aprendizaje basado en problemas: una herramienta para toda la vida*. Madrid: Agencia Laín Entralgo.
26. Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional*. Barcelona: Grijalbo.
27. Medina, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes.
28. García, J. (coord.) (2008). *El aprendizaje basado en problemas en la enseñanza universitaria*. Murcia: Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones.
29. Branda, L., i Lee, Y. W. L. (2000). *Evaluación de la competencia del tutor. Carrera de Medicina*. Argentina: Universidad Nacional del Sur.
30. Solà, C (ed.). (2006). *Aprendizaje basado en problemas. De la teoría a la práctica*. México: Trillas.
- (31) Font, A. (2003). *L'aprenentatge Orientat a la solució de Problemes (Pbl) com a Experiència*. *Fòrum sobre Docència Universitària*. Recuperado 18 abril 2014, des de <http://www.ub.es/mercanti/pbl.htm>

# Análisis de los Trabajos fin de Grado de Enfermería.

## Analysis of Final Dissertation in Nursing Degree.

José Antonio Ponce Blandón [et. al]<sup>1</sup>

[japonce@cruzroja.es](mailto:japonce@cruzroja.es)

*Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, Universidad de Sevilla.<sup>2</sup>*

### Resumen

Los nuevos planes de estudio establecen la finalización de la formación enfermera con la entrega del Trabajo fin de Grado (TFG). Esta materia permite al alumnado mostrar de forma integrada los contenidos formativos recibidos y las competencias adquiridas durante su formación.

El objetivo de este estudio es describir las tipologías y temáticas de los TFG elegidos por los/as estudiantes durante los cursos 2012/13 y 2013/14 de los Centros Universitarios de Enfermería Cruz Roja (CUECR) y San Juan de Dios (CUESJD) de la Universidad de Sevilla.

Se propone un estudio descriptivo transversal. La muestra consistió en 215 TFG. Se procedió a su lectura analítica considerando las variables de estudio tipología y temática. Se calcularon las frecuencias con el programa Microsoft Excel® versión 2010. Las temáticas fueron agrupadas en 20 identificadas. La más elegida fue Salud Mental, siendo en el CUECR de mayor preferencia 6,05%. La segunda fue Enfermería Reproductiva, siendo de mayor elección en el CUESJD 6,51%. En cuanto a la tipología, la más desarrollada fue la elaboración de un programa de educación para la salud, elegido en 29,3% de los trabajos de forma similar en ambos centros. La segunda opción fue la revisión bibliográfica, siendo empleada por 21,86% en CUECR y 5,58% en CUESJD.

Se concluye que las preferencias del alumnado en cuanto a la temática para la elaboración del TFG son variadas, destacando Salud Mental y Enfermería Reproductiva. En cuanto a la tipología, los alumnos prefieren desarrollar un programa de educación para la salud o una revisión bibliográfica.

---

<sup>1</sup> María Macarena Romero Martín; María Álvarez Ruiz; Juan Carlos Palomo Lara; Lorena Córdoba Moreno. Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, Universidad de Sevilla

**Palabras clave:** Trabajo fin de grado; investigación; estudiantes.

### **Abstract**

The new curricula establish that carrying out a Final Project is required to complete nursing education. This Project allows the student for showing the knowledge and competences acquired during his/her training in a holistic manner.

The aim of this paper is to describe type and subject and topics of the Final Projects carried out by the students during the academic courses 2012/13 and 2013/14 at the Red Cross Nursing School (CUECR) and Saint John of God Nursing School (CUESJD), University of Seville.

A descriptive, cross-section study is proposed. Sample consisted in 215 Final Projects. They were read analytically considering the variables type and topic. Frequencies were calculated with Microsoft Excel® 2010.

The topics were grouped into 20 kinds identified. Mental Health was the most chosen topic, more preferred in the CUECR 6.05%. The second more popular option was Women's Health, more popular in CUESJD 6.51%.

Regarding the type of project, the most chosen type was a program of health education, elected in 29.3% of the cases in a similar way in both centers. The second option was a literature review, used by 21.86% and 5.58% of cases in CUECR and CUESJD.

We conclude that the preferences of students about the topic to their Final Project are diverse, highlighting Mental Health and Women Health Nursing. Regarding the type, students prefer to carry out a program of health education or a literature review.

**Keywords:** Final dissertation; research, nursing students.

## **Introducción**

Los programas de estudios del Plan Bolonia establecen la finalización de los estudios con la entrega de un proyecto denominado "Trabajo Fin de Grado" (TFG) como está establecido en el Real Decreto 1393/2007 el 29 de Octubre, en su artículo 12.3 (1).

El TFG es una materia obligatoria en todas las titulaciones de Grado, común en todas las ramas del conocimiento, que permite al/a estudiante mostrar de forma integrada los contenidos formativos recibidos y las competencias adquiridas a lo largo de su formación (2). La carga lectiva del TFG es variable y lleva asignado un número de créditos ECTS (European Credits Transfer System) que refleja los resultados del aprendizaje y el volumen de trabajo realizado por el/a estudiante para alcanzar los objetivos establecidos en el plan de estudios (1).

Tanto en el Centro Universitario de Enfermería de Cruz Roja (CUECR) y en el Centro Universitario de en Enfermería de San Juan de Dios (CUESJD), ambos adscritos a la Universidad de Sevilla, la asignatura está conformada por 6 ECTS y se imparte en el segundo cuatrimestre del cuarto curso de Grado de enfermería (2, 3).

El TFG es un proyecto final que consiste en la elaboración, presentación y defensa de un trabajo personal y autónomo, el cual se deberá exponer y defender ante un tribunal evaluador, donde el alumnado ha de demostrar su capacidad de elaborar un informe científico y su exposición en público. Este proyecto se desarrolla bajo la supervisión de un tutor/a y debe ser una conjunción entre el contenido teórico recibido y la práctica de los cuidados enfermeros, a partir de la identificación de un problema de salud (2). Así pues, la asignación del/a tutor/a encargado de abordar las tutorías se convierte en un aspecto importante a la hora de realizar el TFG, ya que el/a tutor/a se encargará de facilitar al alumno las pautas y claves para la elaboración de dicho proyecto. En la actualidad, las nuevas tecnologías ofrecen facilidades al alumnado pudiendo realizar las tutorías de forma online, lo que supone un apoyo a las tutorías presenciales<sup>4</sup>.

Los contenidos del TFG se organizan en una estructura común para todos los tipos de trabajos y unos apartados específicos. Entre los apartados comunes se encuentran (5):

- Partes preliminares: título, autoría, resumen y palabras claves.
- Partes centrales: introducción, desarrollo, conclusiones.
- Partes finales: agradecimientos, bibliografía, anexos.

Las tipologías que se ofrecen en el CUECR son las siguientes: trabajo de revisión de la literatura y actualización del conocimiento en un ámbito específico, estudio de casos y metodología enfermera aplicada a la práctica clínica, evaluación y actualización de protocolos, procesos, guías clínicas, etc y por último, programa de educación sanitaria encuadrado en un contexto específico (escolar, comunitario, laboral, etc.) (2). En cuanto al CUESJD, los temas propuestos para la elaboración del TFG son: revisión de la literatura y actualización del conocimiento en un ámbito específico, caso clínico, proyecto de investigación cualitativa y cuantitativa, programa de promoción de la salud o educación para la salud, enfermería basada en la evidencia a través de un NIC y proyecto de gestión<sup>3</sup>. En cuanto a las áreas temáticas en las que el trabajo puede desarrollarse, deben de estar incluidas en el área de conocimientos de la Enfermería (2).

El presente trabajo pretende describir los TFG de los dos últimos cursos de Grado de Enfermería elaborados tanto en el CUECR como en el CUESJD. Se pretende analizar su temática y otros aspectos que nos sugieran las áreas de interés del alumnado de enfermería.



Se han identificado estudios previos similares. La Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología del Grado de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid, realizó un estudio descriptivo transversal de los TFG del curso 2010/11, sobre los aspectos más significativos (6). En total se presentaron 182 proyectos. Respecto a la tipología de trabajo, plan de cuidados fue elegido por el 53,5% del alumnado, seguido discusión de un diagnóstico enfermero 24,3% y la vía clínica 22,2%.

La Escuela de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla” de la Universidad de Cantabria realizó un análisis parecido en el curso de adaptación al grado para diplomados en 2010/11 (7). Entre los tipos de trabajos ofertados por la Escuela de enfermería se encontraban: monografías, revisión clínica, revisión bibliográfica y plan de cuidados. Participaron 120 alumnos y entre los temas elegidos por estos se encuentran: ciencias psicosociales, enfermería comunitaria, metodología enfermera, seguridad del paciente, enfermería clínica, gestión de servicios de enfermería, fisiología humana, enfermería de la salud de la mujer, enfermería del envejecimiento, nutrición y dietética, ética, enfermería de la infancia y adolescencia, bases históricas de enfermería.

## **1 Objetivos**

Conocer las tipologías y temáticas de los TFG elegidos por los estudiantes de grado desde los cursos 2012 hasta 2014 de los Centros Universitarios de Enfermería Cruz Roja de Sevilla y San Juan de Dios.

## **2 Metodología**

Estudio descriptivo transversal. La muestra se configuró con los TFG presentados en las convocatorias de junio y septiembre en el CUECR y CUESJD, contando con un total de 215 trabajos. Se procedió a su lectura analítica considerando las variables de estudio tipología y temática. Se calcularon las frecuencias con el programa Microsoft Excel® versión 2010.

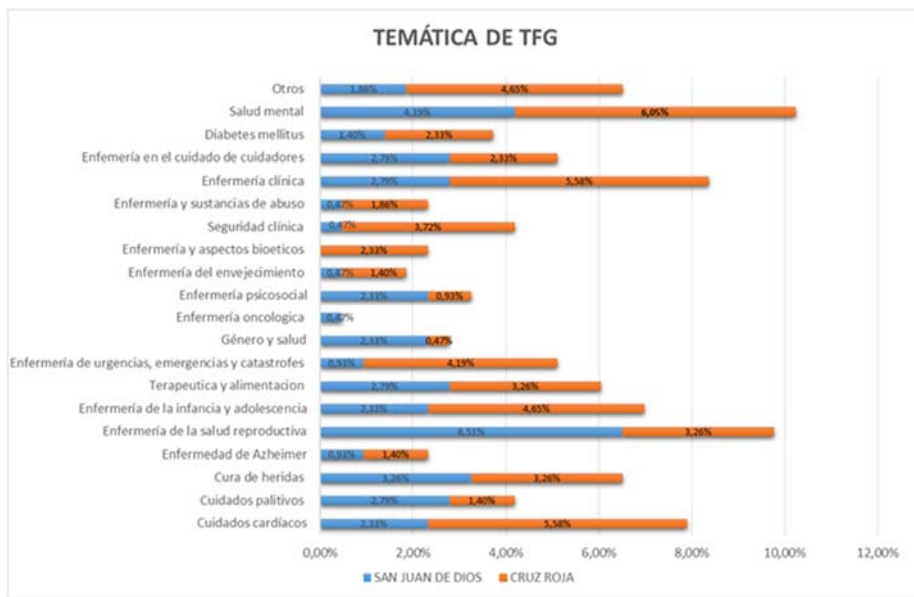
## **3 Resultados**

Se analizaron un total de 215 TFG de los CUECR y CUESJD de los cursos académicos 2012/13 y 2014/15. Se identificaron un total de 20 temáticas en los TFG analizados de ambos centros, destacando como la más elegida Salud Mental, siendo en el CUCR de mayor preferencia con un 6,05% frente al 4,19% de SJD. En segundo lugar la temática más empleada fue Enfermería de la Salud reproductiva siendo sin embargo esta temática de mayor elección por los alumnos de SJD con un 6,51% frente al 3,26% de los alumnos de CUCR. Otra de las opciones más empleadas por

los alumnos es Enfermería Clínica, ésta fue elegida por el 5,58% de los alumnos de CUCR frente al 2,79% de SJD.

Por otro lado cabe destacar Enfermería oncológica como la opción menos empleada, elegida por el 0,47% de los alumnos exclusivamente de CUESJD, otra de las opciones menos empleadas por los alumnos es Enfermería y aspectos bioéticos cuya elección se limitó a los alumnos de CUECR alcanzando tan solo el 2,33%.

**Figura 1.** Análisis de las temáticas de los TFG.

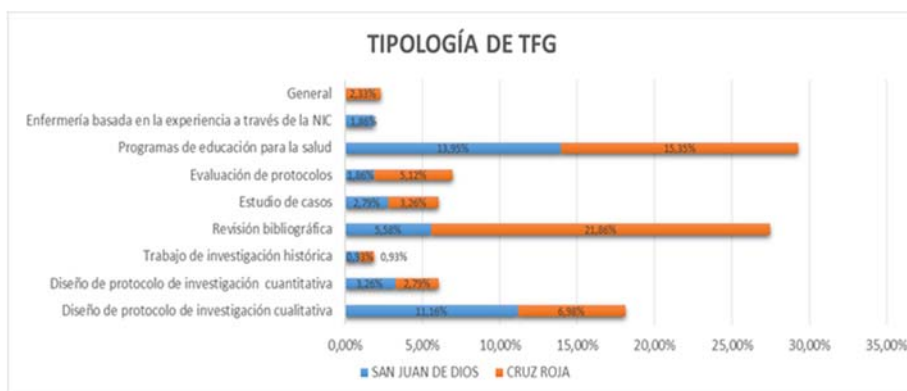


**Fuente:** Elaboración propia.

La otra variable analizada fue la tipología de los TFG, la más desarrollada por los alumnos fue la elaboración de un programa de educación para la salud, siendo elegido por el 15,35% de los alumnos de CUECR y por el 13,95% de CUESJD. La segunda opción fue la revisión bibliográfica existiendo una amplia diferencia entre ambos centros, siendo empleada por el 21,86% en CUECR y el 5,58% de CUESJD. La tercera tipología fue el diseño de un protocolo de investigación cualitativa siendo en este caso de mayor elección entre los alumnos de CUESJD (11,16%) que los de CUECR (6,98%), siendo esta clara diferencia explicable ya que en el centro de cruz roja esta tipología fue eliminada durante el curso 2013/14.

Las tipologías menos empleadas fueron la Investigación Histórica y Enfermería basada en la experiencia a través de la NIC alcanzando ambas solo el 1,86%, siendo esta última ofertada solo por el centro CUESJD.

**Figura 2.** Análisis de las tipologías de TFG.



**Fuente:** Elaboración propia.

## 4 Conclusiones

Se concluye que las preferencias del alumnado en cuanto a la temática para la elaboración del TFG son variadas, destacando Salud Mental, especialmente en el CUECR y Enfermería Reproductiva de forma más particular en el CUESJD. Estas preferencias coinciden con las especiales de enfermería más demandadas. Se identifican temáticas, que aunque poco frecuentes, se presentan de forma exclusiva en cada Centro, como Enfermería Oncológica en el CUESJD y Enfermería y problemas bioéticos en el CUECR.

En cuanto a la tipología, los alumnos prefieren desarrollar un programa de educación para la salud o una revisión bibliográfica, siendo esta última más popular en el CUECR. Las opciones menos empleadas fueron la Investigación Histórica y la enfermería basada en la experiencia a través de la NIC para la elaboración del TFG.

## Bibliografía

1. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado, núm. 260, (30-10-2007).
2. Comisión de TFG. Manual de Trabajo fin de Grado 2014/15. [Internet]. Sevilla: Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja; 2014 [acceso 19 de julio de 2014]. Disponible en: [http://www.enfermeriadesevilla.org/pdfs/publico/Manual\\_TFG.pdf](http://www.enfermeriadesevilla.org/pdfs/publico/Manual_TFG.pdf)
3. Comisión de TFG. Manual de Trabajo fin de Grado 2014/15. [Internet]. Sevilla: Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios; 2014 [acceso 19 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.cue.sjd.es/wp-content/uploads/2015/04/Manual-TFG-curso-14-15.-Definitivo.pdf>

4. Meneses Monroy A, Mori Vara P, Diz Gómez J, Blanco Rodríguez JM. Atención personalizada a los alumnos a través del Campus Virtual. *Metas Enferm* 2008; 5(11): 52-55.
5. Serrano Gallardo P. Trabajo fin de Grado en Ciencias de la Salud. Valencia: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2012.
6. Meneses A, Pacheco E, Diz J, Blanco JM. Análisis de los trabajos fin de Grado de Enfermería. *Metas Enferm*. 2012; 15(8): 72-76.
7. Torres Manrique B, Sarabia Lavin R, Madrazo Pérez María. Evaluación de las competencias en la materia de trabajo fin de grado. Experiencia en el curso de adaptación al grado en enfermería de la universidad de Cantabria. En: Libro de Ponencias: V Congreso Mundial de Estilos de Aprendizaje, Santander; 2012.

# Conocimientos en cuidados paliativos del alumnado de enfermería de la Universitat de Valencia.

## Knowledge about palliative care in nursing students at University of Valencia.

Elena Chover Sierra,

[Elena.Chover@uv.es](mailto:Elena.Chover@uv.es)

Natura Colomer Pérez,

Antonio Martínez Sabater

*Departamento de enfermería. Facultad de enfermería y podología.*

*Universidad de Valencia*

### Resumen

La atención en cuidados paliativos es fundamental para enfermería, que necesita de conocimientos específicos, que deben adquirirse en la formación universitaria. El Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN), cuestionario utilizado en otros trabajos, permite determinar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos de enfermería. *Objetivos:* Determinar el nivel conocimientos en cuidados paliativos del alumnado de enfermería de nuestra facultad, sirviendo este trabajo como estudio piloto para validación estadística de la versión española del PCQN. *Métodos:* Estudio transversal descriptivo; se recogieron datos en junio de 2015, con un cuestionario elaborado con Google form distribuido mediante correo electrónico. Se realizó análisis descriptivo de las variables estudiadas, y test no paramétricos de comparación de medias. *Resultados:* Participaron 119 estudiantes, 23 hombres y 96 mujeres, con una edad media de 25,38 años; 21% realizaron prácticas en unidades de cuidados paliativos y 12,6% recibieron formación adicional. Los resultados muestran un porcentaje medio de aciertos del 42,10%. Se encontraron únicamente diferencias significativas en función del sexo en el porcentaje de errores, pero no por el hecho de realizar prácticas en unidades de cuidados paliativos ni por recibir formación complementaria. *Discusión:* Estudios realizados en Canadá y EEUU utilizando la versión original del PCQN muestran porcentajes de aciertos superiores. Se han referido dificultades de comprensión en algunos ítems, lo que nos hará modificar su redacción para posteriores usos. *Conclusiones:* El alumnado de nuestra facultad ha mostrado tener

un conocimiento insuficiente sobre aspectos básicos de los cuidados paliativos, por lo que necesitaríamos revisar la formación que se les ofrece.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos; conocimientos; enfermería; validación de cuestionarios.

## **Abstract**

Palliative care is fundamental to nurses; we need specific knowledge, which must be acquired during their university education. Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN), used in other studies, allows us to determine nurses' level of knowledge in the field of palliative care. Objectives: Determine the level of knowledge about palliative care in nursing students at our college, serving this study as a pilot study for the validation of the Spanish version of PCQN in this population. Material and methods: Descriptive cross sectional study; data were collected in June 2015, with a form created with Google form technology and distributed by e-mail. Descriptive analysis and non-parametric comparison of means tests were performed to data-analysis. Results: 119 students, 23 men and 96 women, with an average age of 25,38 years, participated in the study. 21% of them developed stages in palliative care units and 12,6% received additional training in the field of palliative care. The results show an average 42,10% of correct answers. Only significant differences were found in the percentage of wrong answers when analyzing results according to their sex, but not significant differences were found when analyzing by the fact of performing practices in palliative care units or receiving additional training. *Discussion:* Studies developed in Canada and the US using the original version of the PCQN show higher percentages of correct answers Difficulties of understanding in some items have been reported, which will make us change the wording for future usages of the questionnaire. *Conclusions:* Students of our College have shown to have inadequate knowledge about basic aspects of palliative care, so we would need to review the knowledges related to palliative care that they receive.

**Keywords:** Palliative care; knowledge; nursing; validation of questionnaires.

## **Introducción**

El término “paliativo” proviene del latín pallium, que significa “capa”, capote. Etimológicamente, significaría proporcionar una capa para calentar a “los que pasan frío”, una vez que ya no pueden ser ayudados por la medicina curativa. Respecto del origen de este concepto, se destaca el alivio de los síntomas, del dolor y del sufrimiento en los pacientes que sufren de enfermedades crónico-degenerativas o están en la fase final de su vida, y la idea de tratar al paciente en su globalidad de ser y buscando mejorar su calidad de vida. (1)

Al principio de los años 50, en Reino Unido, la atención se vuelve hacia las personas en la fase final de su vida, mientras que al mismo tiempo en Estados Unidos la reacción contra la medicalización de la muerte comienza a ganar fuerza. Cuatro fenómenos pueden destacarse en este periodo: a) la inclusión de temas relacionados con los cuidados paliativos en la literatura profesional; b) una nueva visión de los pacientes en fase terminal, que indujo a más estudios acerca del proceso de morir, incluyendo la discusión sobre hasta qué punto los pacientes deben saber de su condición; c) la adopción de una aproximación activa de los cuidados, en oposición a la actitud pasiva tradicional (emergió la determinación de descubrir nuevas formas de cuidado al final de la vida), y d) una conciencia creciente de la relación entre los estados físicos y los estados mentales trajo un concepto más comprensivo del sufrimiento que desafió las bases sobre las cuales se asentaban las prácticas sanitarias. (1)

Fue el trabajo de Cicely Saunders, desarrollado inicialmente en los años 60 en el St. Joseph's Hospice, en Hackney, Londres, el que introdujo una nueva filosofía frente a los cuidados en la fase final de la vida. Con la atención sistemática a las narrativas de los pacientes, la atención cuidadosa a relatos sobre la enfermedad y el sufrimiento se desarrolló el concepto de "dolor total". Esta visión fue más allá de la dimensión física, englobando las dimensiones social, emocional y espiritual del sufrimiento. Cuando Cicely Saunders estableció el St. Christopher's Hospice, en Londres, en 1967, éste se convirtió inmediatamente en una fuente de inspiración para otras iniciativas de este tipo y, al combinar tres principios clave: cuidados clínicos de calidad, educación e investigación, pasó a ser una referencia mundial para los profesionales de la salud. (1)

Según Cicely Saunders, los "cuidados paliativos se inician desde el supuesto que cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura y de que merece respeto, como ser único y original. Esto incluye proporcionar el mejor cuidado médico posible y poner a su disposición las conquistas de las últimas décadas, de forma que todos tengan la mejor posibilidad de vivir bien su tiempo". (1)

Así, los cuidados paliativos fueron definidos teniendo en cuenta, ante todo, la evaluación de una diagnosis probable y de las posibles necesidades de la persona enferma y de su familia. Por tradición, fueron considerados como aplicables exclusivamente en momentos de muerte inminente; sin embargo, estos cuidados se ofrecen hoy desde el período inicial del curso de una determinada enfermedad progresiva, avanzada e incurable. (1, 3)

Durante muchos años la mayoría de los pacientes admitidos en cuidados paliativos han sido oncológicos, pero actualmente, con el aumento de la esperanza de vida de la población y la cronificación de enfermedades, encontramos cada vez más pacientes no oncológicos y sobretodo pacientes en edades muy avanzadas, que en un porcentaje muy elevado son potencialmente susceptibles en sus estadios finales de recibir una atención paliativa. Tanto es así que las principales

causas no oncológicas de terminalidad son las enfermedades neurológicas degenerativas y las insuficiencias orgánicas en estadios avanzados (3, 5).

Algunos autores (1, 6, 7) indican que estas enfermedades crónicas evolutivas podrían requerir hasta el 75% de las intervenciones paliativas en España. Además, en los últimos años se está produciendo también una evolución en el concepto desde la «enfermedad o paciente terminal» hacia «personas con enfermedades crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado», un término mucho más amplio. (6)

En 2002, la OMS define los CP como “el enfoque que mejora la calidad de la vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades terminales a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la pronta identificación y correcta valoración, tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”. Poco después, en 2004, publica el documento “Palliative Care Solid Facts”, donde hace una amplia revisión de los diferentes aspectos de los cuidados paliativos y describe una serie de principios para los cuidados paliativos con objeto de marcar las directrices para su desarrollo. (2, 3)

En España, en 2001, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró un documento guía para el desarrollo del plan nacional de cuidados paliativos, en el que además de dar directrices para el desarrollo de dicho plan, analiza las desigualdades en el ámbito de los cuidados paliativos en el territorio nacional [8]. En este plan se indica cuáles deben ser los pacientes susceptibles de recibir cuidados paliativos, las funciones de los recursos destinados a cuidados paliativos y los recursos tanto materiales como humanos necesarios para proporcionar cuidados paliativos de calidad. También se presentan las directrices para la evaluación de los planes de cuidados paliativos y se hace referencia a aspectos relacionados con la investigación. (8) de forma que las distintas Comunidades Autónomas han ido diseñado sus estrategias en cuidados paliativos, y desarrollado sus recursos en este ámbito.

Posteriormente en 2007, el Ministerio de Sanidad elaboró la Estrategia Nacional en cuidados paliativos, documento de consenso en el que participaron expertos de distintas asociaciones científicas con influencia en el ámbito de los cuidados paliativos en el que se plantean una serie de objetivos a conseguir en este ámbito, así como los mecanismos para su evaluación (9); estrategia que fue posteriormente actualizada en 2011, revisando los objetivos cumplidos hasta ese momento e identificando aquellos aspectos que requerían mejoras o modificaciones. (10)

Los profesionales de enfermería se consideran como un elemento clave a la hora de proporcionar cuidados a la población en cualquier etapa de su ciclo vital, pero no hay que olvidar que para proporcionar cuidados de calidad es necesaria una formación adecuada, para lo cual va a ser necesaria la implicación de los organismos encargados de ofrecer esta formación.



En 1988 se creó la sociedad europea de cuidados paliativos (EAPC), con el objetivo de promocionar el desarrollo de los cuidados paliativos. Esta sociedad, formada por profesionales de cuidados paliativos y voluntarios de 40 países, fomenta y colabora a nivel nacional e internacional en la formación y la investigación. La EAPC, tras analizar las diferencias en los programas de formación en los distintos países intentó poner en práctica una red internacional de formación de enfermería en cuidados paliativos. Así en septiembre del 2004 elaboraron la Guía para el Desarrollo de la Formación en Enfermería en Cuidados Paliativos en Europa, partiendo de los curriculum europeos ya existentes, con recomendaciones dirigidas especialmente a aquellos países en los que los cuidados paliativos están en desarrollo (11, 13)

Esta asociación también define los niveles de formación en cuidados paliativos: (14)

- Nivel A. Básico, formación durante los estudios universitarios y después en aquellos profesionales que pueden atender a pacientes en situación paliativa, de forma ocasional.
- Nivel B. Profesionales que lo hacen habitualmente.
- Nivel C. Especialista para los profesionales que trabajan en unidades de cuidados paliativos.

Por tanto, cualquier estudiante universitario de enfermería debería recibir durante su formación universitaria estos conocimientos básicos en cuidados paliativos para poder enfrentarse al menos de forma ocasional, a una situación de atención a pacientes susceptibles de recibir cuidados paliativos. Esta recomendación también se recoge en la estrategia nacional de cuidados paliativos (9, 10).

En el año 2011 se realizó un trabajo en que se analizaba la situación de la formación básica en cuidados paliativos en los estudios de Grado en enfermería, que estaban comenzando a implantarse; se revisaron los planes de estudios de 112 facultades de enfermería españolas, encontrando una gran variabilidad en esta formación: en todos los planes de estudios se incluían competencias en cuidados paliativos pero solo en un 63,39% aparecía una asignatura de cuidados paliativos, apareciendo en las restantes como uno o varios módulos dentro de otras asignaturas. Sin embargo, la asignatura no era obligatoria en todos los planes de estudios en que aparecía, puesto que en 16 casos se trataba de una asignatura obligatoria. (14) Este trabajo es, pues, un reflejo de la heterogeneidad de la formación básica en cuidados paliativos que reciben los profesionales de enfermería ya desde su formación básica.

Nos planteamos un trabajo en el que analizáramos el nivel de conocimientos en cuidados paliativos que tenían los estudiantes de enfermería españoles, y en nuestra búsqueda de un instrumento validado para poder realizar esta evaluación encontramos el cuestionario Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN), un instrumento desarrollado en 1996 por un grupo de profesores de la

universidad de Ottawa (15) y que había sido traducido a distintos idiomas y utilizado en distintos estudios a nivel internacional tanto en estudiantes como en profesionales de enfermería. (15, 27) Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 20 ítems de respuesta múltiple (verdadero/falso /no sabe, no contesta) que, a su vez, permite evaluar tres aspectos de los cuidados paliativos: filosofía y principios de los cuidados paliativos (4 ítems, los números 1,9,12 y 17), control del dolor y otros síntomas (13 ítems) y aspectos psicosociales de los cuidados paliativos (3 ítems, números 5, 11 y 19). Según sus autores se trata de un instrumento útil tanto para evaluar conocimientos como para identificar concepciones erróneas en el ámbito de los cuidados paliativos. De sus propiedades psicométricas podemos decir que el cuestionario tiene una consistencia interna de 0.78 medida con el test de Cronbach (indicativo de su homogeneidad) y ha mostrado coeficientes de correlación superiores a 0,5, en pruebas de fiabilidad pretest-postest en investigaciones desarrolladas en distintos contextos; coeficientes considerados por los autores como adecuados (17, 21) Así pues, nos planteamos desarrollar la versión en español del cuestionario PCQN y desarrollar su validación estadística para las poblaciones de profesionales y estudiantes de enfermería españoles, evaluando, a su vez, el nivel de conocimientos de ambas poblaciones.

Una vez realizada la fase de traducción-retrotraducción, análisis por grupo de expertos y cálculo de coeficiente de validez interna siguiendo la metodología descrita por Polit y utilizada también por otros autores (33, 36), diseñamos un estudio piloto en un grupo de profesionales y otro en un grupo de estudiantes de enfermería, que nos permitieron, además de analizar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos de estas poblaciones y detectar dificultades de comprensión de los ítems previas a su posterior utilización en poblaciones de mayor tamaño.

Por tanto, en este trabajo presentamos los resultados del estudio piloto realizado entre los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valencia.

## 1 Objetivos

- Determinar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos del alumnado de enfermería de la Universidad de Valencia.
- Describir diferencias en el nivel de conocimientos en cuidados paliativos del alumnado en función de variables explicativas: realización de prácticas en unidades de cuidados paliativos, formación adicional a la ofrecida en la titulación en el ámbito de los cuidados paliativos.

Por tratarse de un estudio piloto para la validación estadística de la versión española del PCQN en esta población, pretendemos además:

- Identificar dificultades de comprensión de los ítems que componen el cuestionario, para plantear modificaciones antes de posteriores usos.

## 2 Material y Métodos

Se ha diseñado un estudio transversal descriptivo para analizar este nivel de conocimientos en cuidados paliativos de los y las estudiantes de la Facultad de enfermería de la Universidad de Valencia.

Los criterios de inclusión fueron ser estudiante de la Facultad de enfermería en el mes de junio de 2015 y aceptar voluntariamente participar en el trabajo.

El instrumento de recogida de datos, en el que además de la versión en castellano del PCQN se incluían una serie de preguntas para recoger datos sociodemográficos de los participantes que nos sirvieran para caracterizar la población a estudio, se elaboró con ayuda de la tecnología Google Form y se distribuyó al alumnado mediante correo electrónico junto con una carta explicativa de los objetivos del trabajo (Con esta tecnología el cuestionario se convierte en un documento online, al que se puede acceder y responder desde una dirección web, pero que solo pueden editar/modificar aquellos que dispongan de contraseña de acceso, lo que garantiza su seguridad)

Para el análisis de datos y representaciones gráficas se utilizaron los softwares SPSS v.20 y Excel 2010 para Windows.

Se realizó análisis descriptivo univariado de las variables en caso de variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y en caso de variables cualitativas mediante distribución de frecuencias.

Se analizaron correlaciones y test de independencia entre las variables. Se utilizó el test de correlación de Pearson tras comprobar mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov el ajuste a la curva normal de las variables.

Se estudió también la diferencia de medias entre grupos en función de variables explicativas; en caso de diferencias entre dos grupos se utilizó la prueba paramétrica t de Student, pues tanto el porcentaje de aciertos como el porcentaje de errores eran dos variables cuya distribución se ajustaba a la curva normal.

En todos los análisis se estableció un nivel de confianza del 95% ( $p < 0,05$ ) para considerar las diferencias como estadísticamente significativas.

### 3 Resultados

Respondieron el cuestionario un total de 119 estudiantes de segundo y cuarto curso de Grado en enfermería; las características de los participantes se muestran en la tabla 1.

**Tabla 1. Características de los sujetos participantes.**

¥ Media  $\pm$  desviación típica

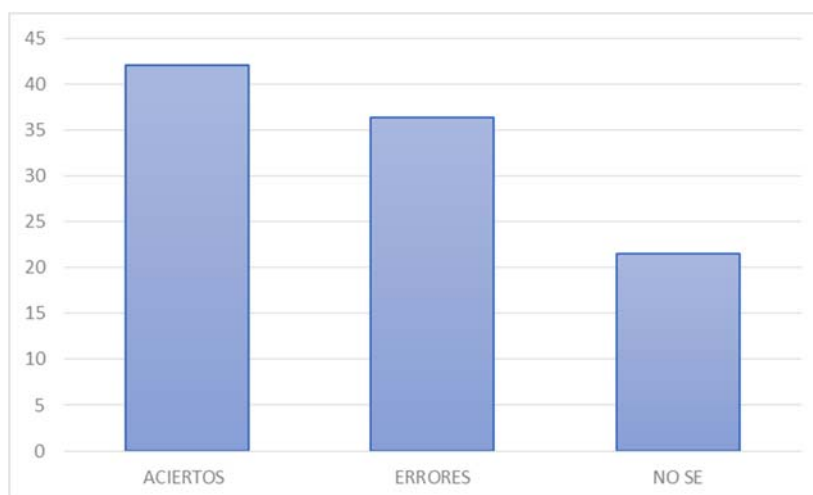
n	119
Edad	25,39 $\pm$ 0,82 ¥ (19-53)
Sexo	Mujeres = 96 (80,7%) Hombres = 23 (19,3%)
Curso	Segundo= 46 (38,7%) Cuarto = 73 (61,3%)
Realización de prácticas en unidades de cuidados paliativos	Sí = 25 (21%) No = 94 (79%)
Formación complementaria en cuidados paliativos	Si = 15 (12,6%) No = 104 (87,4%)

**Fuente. Elaboración propia**

Como vemos, sólo un 25% refirieron haber realizado prácticas en unidades de cuidados paliativos (con una estancia media de 42 días) y sólo 12,6% refirieron haber recibido formación en cuidados paliativos adicional a su formación (con una duración media de 14 horas)

Se analizaron los porcentajes de aciertos y errores globales del cuestionario, que se presentan en la figura 1.

**Fig. 1. Resultados globales del cuestionario.**

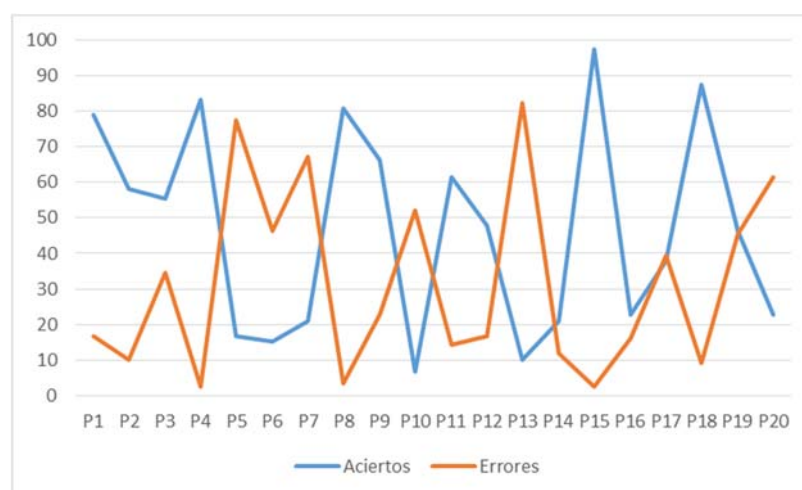


**Fuente. Elaboración propia**

Tal y como vemos en la figura anterior, nuestros y nuestras estudiantes han obtenido un porcentaje medio de aciertos del 42,1 % y un porcentaje medio de errores del 36,4%. También podemos apreciar un porcentaje bastante elevado de respuestas NO SE (alrededor del 21%)

Si analizamos las respuestas a cada una de las preguntas de forma individual vemos que el mayor número de respuestas erróneas son las preguntas número 5, 6, 7, 10 y 13 y el mayor porcentaje de aciertos corresponde a las preguntas 4, 8, 15 y 18. En la figura 2 se representan estos porcentajes de aciertos y errores para cada una de las preguntas.

**Fig. 2. Porcentaje de aciertos y errores para cada pregunta.**



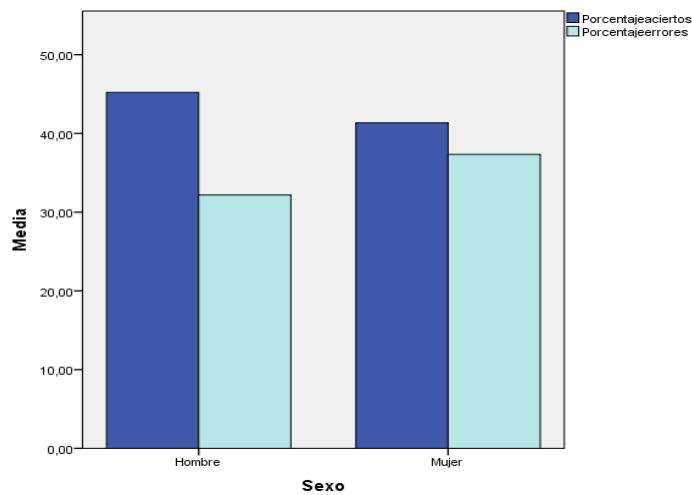
**Fuente. Elaboración propia**

Cuando analizamos correlaciones lineales entre variables únicamente encontramos una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) entre el número de días de prácticas en unidades de cuidados paliativos y las horas de formación adicional.

Respecto al análisis de diferencias en función de variables descriptoras de la población veremos algunas de ellas.

Respecto al sexo, vemos que los estudiantes masculinos presentan mayor porcentaje de aciertos (45,22 % frente a 41,35%) y menor porcentaje de errores (32,17% frente a 37,34%). La figura 3 muestra estas diferencias.

**Fig. 3. Porcentaje de resultados en función del sexo.**



**Fuente. Elaboración propia**

Respecto al curso en que se encuentran, como podríamos esperar, los estudiantes y las estudiantes de segundo obtienen menor porcentaje de aciertos (39,78% frente a 43,56%) y mayor porcentaje de errores (37,39% frente a 35,68%); la figura 4 muestra estos resultados.

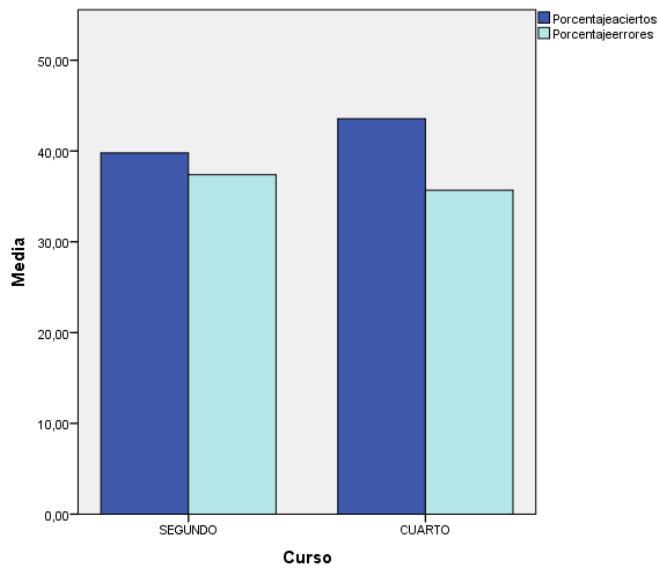


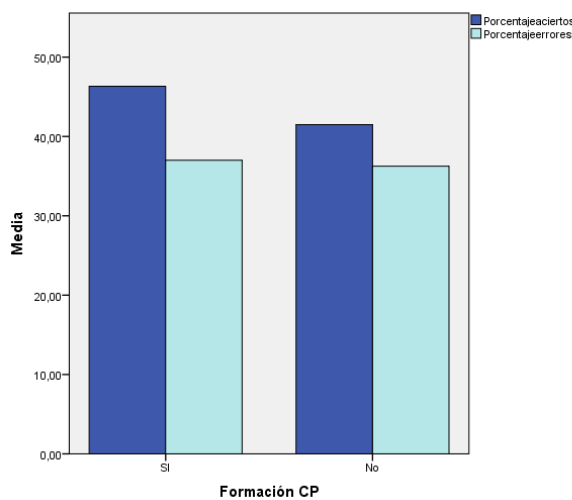
Fig. 4. Porcentaje de resultados en función del curso.

Fuente: Elaboración propia

Cuando analizamos estas diferencias mediante el test paramétrico t de student vemos que únicamente encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en función del sexo en el porcentaje de errores; siendo el resto de diferencias no significativas estadísticamente.

Los estudiantes y las estudiantes que refieren haber recibido alguna formación adicional obtienen un mayor porcentaje de aciertos (46,33% frente a 41,49%) y también un mayor porcentaje de errores (37% frente a 36,25%), tal y como se muestra en la figura 5.

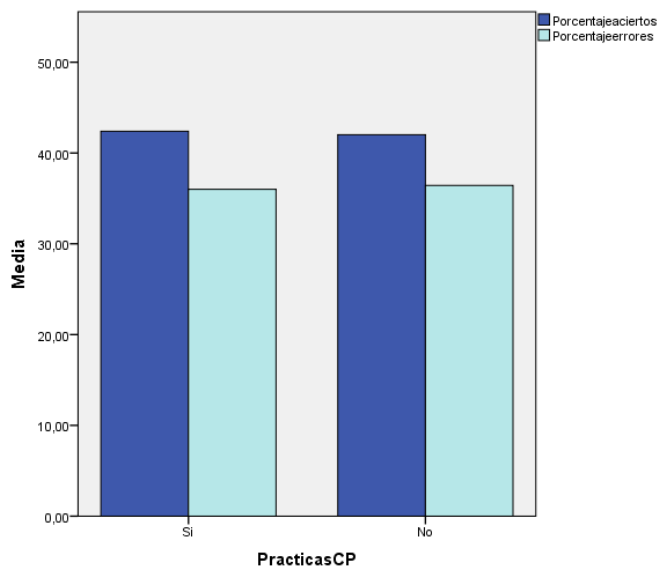
Fig. 5. Porcentaje de resultados según la formación en cuidados paliativos.



Fuente. Elaboración propia

Por otro lado, los resultados son bastante similares entre el grupo de estudiantes que han realizado prácticas en unidades de cuidados paliativos y el que no las ha realizado, como se muestra en la figura 6.

**Fig. 6. Porcentaje de resultados según la realización de prácticas en cuidados paliativos.**



**Fuente. Elaboración propia**

Estas diferencias en función de la formación y la realización de prácticas en unidades de cuidados paliativos tampoco han mostrado ser estadísticamente significativas al analizarlas mediante el test t de Student.

## 4 Discusión

Los resultados obtenidos por los estudiantes y las estudiantes de enfermería de nuestra facultad pueden considerarse como insuficientes, y son inferiores a los obtenidos en estudios realizados con estudiantes de EEUU y Canadá en los que se utilizó el cuestionario original, y que obtuvieron resultados cercanos al 60%

Los principales errores identificados en el cuestionario se relacionan con preguntas de la subescala de control de síntomas, y hacen referencia a aspectos farmacológicos relacionados con el control del dolor, por lo que deberíamos reforzar la formación en cuidados paliativos que ofrecemos a nuestros estudiantes, y especialmente en estos aspectos.

La existencia de una relación estadísticamente significativa entre los días de estancia en prácticas y las horas de formación adicional en el ámbito de los cuidados paliativos nos podría hacer pensar



en que aquellos y aquellas estudiantes que realizan prácticas en estas unidades tienen tendencia a ampliar su formación en este ámbito.

Los comentarios vertidos por el alumnado sobre las dificultades con alguna pregunta nos han hecho modificar ligeramente su redacción para ayudar a su comprensión, aunque siempre manteniendo el sentido inicial de la pregunta (Como en la pregunta 16, en que se hace referencia a un fármaco concreto, en el que lo identificamos mediante su nombre comercial y su nombre genérico).

## 5 Conclusiones

El alumnado de la Facultad de enfermería de la Universidad de Valencia ha mostrado tener un conocimiento insuficiente sobre aspectos básicos de los CP, por lo que se beneficiarían de la inclusión de estos contenidos en su programa formativo.

La identificación de concepciones erróneas con ayuda de esta versión en español del PCQN puede ayudar a identificar aspectos a desarrollar en los programas de formación básica en cuidados paliativos para los y las estudiantes de Grado en Enfermería.

Un aspecto a considerar para futuros usos del cuestionario sería el análisis de diferencias entre aquellos estudiantes que ya tienen formación/experiencia profesional en el ámbito de las ciencias de la salud y los que no.

## Bibliografía

1. Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta Bioethica* 2006; 12 (2)
2. Conselleria de Sanitat. Plan integral de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013. Valencia. Generalitat Valenciana. 2010
3. Benítez MA, Asensio A. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Aten Primaria* 2002. Enero. 29 (1): 50-52
4. Ribera JM. Geriatria y cuidados paliativos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013; 48(2):89–93 SECPAL. Guía de cuidados paliativos. Disponible en <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>
5. Gómez-Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals MD. Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo XXI. *Med Paliat.* 2012; 19(3):85-86
6. Mate-Mendez J, Gonzalez-Barboteo J, Calsina-Berna A., Mateo-Ortega D, Codorniu-Zamora N, Limonero-Garcia J T, Gómez-Batiste X. (2013). The Institut Catala d'Oncologia model of palliative care: An integrated and comprehensive framework to address the essential needs of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Care*, 29(4), 237-243.

7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de publicaciones. 2001
8. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid 2001.
9. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Madrid 2011.
10. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*. 2010; 16(6):278-89.
11. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*. 2010; 17(1):22-33.
12. Larkin P. Developing a nurse education network across Europe. *Int J Palliat Nurs* 2005; 11(8):420-422.
13. Valles P, García I. Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas. *Medicina Paliativa*. 2013; 20(3):111-114.
14. Ross MM, McDonald B, McGuinness J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *J Adv Nurs*. 1996 Jan; 23(1):126-37.
15. Kim HS, Kim BH, Yu SH, Kim S, Park SH, Choi S, Jung Y. The Effect of an End-of-Life Nursing Education Consortium Course on Nurses' Knowledge of Hospice and Palliative Care in Korea. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2011 Vol: 13(4):222. DOI: 10.1097/NJH.0b013e318210fdec
16. Iranmanesh S, Razban F, Tirgari B, Zahra G. Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran. *Palliat Support Care*. 2014 Jun; 12(3):203-10. doi: 10.1017/S1478951512001058. Epub 2013 Aug 2.
17. Brazil K, Brink P, Kaasalainen S, Kelly ML, McAiney C. Knowledge and perceived competence among nurses caring for the dying in long-term care homes. *Int J Palliat Nurs*. 2012 Feb; 18(2):77-83.
18. Kim BH, Kim HS, Yu SJ, Choi S, Jung Y, Kwon SH. Evaluation of End-of-Life Nursing Education Consortium-Geriatric Train-the-Trainer Program in Korea. *Korean J Adult Nurs*. 2012 Aug; 24(4):390-397.
19. Raudonis BM, Kyba FC, Kinsey TA. Long-term care nurses' knowledge of end-of-life care. *Geriatr Nurs*. 2002 Nov-Dec; 23(6):296-301.
20. Carroll G, Brisson DP, Ross MM, Labbé R. The French version of the palliative care quiz for nursing (PCQN-F): development and evaluation. *J Palliat Care*. 2005 Spring; 21(1):27-34.

21. Nurses' knowledge about end-of-life care: where are we? *J Contin Educ Nurs*. 2012 Aug;43(8):379-84. doi: 10.3928/00220124-20120615-35. Epub 2012 Jun 22.
22. S, Hayes L, Carey M, Aggar C. A study of nurses' knowledge of a palliative approach in residential aged care facilities. *Int J Older People Nurs*. 2008 Dec;3(4):258-67. doi: 10.1111/j.1748-3743.2008.00136.x.
23. SH, Storey SL, Ziembra-Davis M. Knowledge of Palliative Care: An Evaluation of Oncology, Intensive Care, and Heart Failure Nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2013 Vol: 15(5): 307-315.
24. Knapp CA, Madden V, Wang H, Kassing K, Curtis C, Sloyer P, Shenkman EA. Paediatric nurses' knowledge of palliative care in Florida: a quantitative study. *Int J Palliat Nurs*. 2009 Sep;15(9):432-9.
25. Brajtman S, Fothergill-Bourbonnais F, Casey A, Alain D, Fiset V. Providing direction for change: assessing Canadian nursing students learning needs. *Int J Palliat Nurs*. 2007 May;13(5):213-21.
26. Adriaansen MJ, van Achterberg T. A test instrument for palliative care. *Int J Nurs Stud*. 2004 Jan;41(1):107-17.
27. Gaité L, Ramírez N, Herrera S, Vázquez-Barquero JL. Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos. *Archivos de Neurobiología* 1997;60(2):91-111
28. González-Consuegra RV, Verdú J. Proceso de adaptación al castellano del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ) para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con úlceras venosas. *Gerokomos*. Madrid 2010 Jun; 21(2): 80-87
29. Cardoso C, Gómez A, Hidalgo MD. Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. *Fisioterapia* 2010; 32(6):264–270
30. Orts MI. Validez de contenido del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). [Tesis doctoral]. Alicante. Universidad de Alicante. Escuela Universitaria de Enfermería. 2011
31. Orts-Cortés MI, Moreno-Casbas T, Squires A, Fuentelsaz-Gallego C, Maciá-Soler L, González-María E. Content validity of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Appl Nurs Res*. 2013 Nov;26(4):e5-9. doi: 10.1016/j.apnr.2013.08.006. Epub 2013 Oct 14.
32. Squires A, Aiken LH, van den Heede K, Sermeus W, Bruyneel L, Lindqvist R, et al. A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. *Int J Nurs Stud*. 2013 Feb;50(2):264-73. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.02.015. Epub 2012 Mar 23.
33. Polit, DF, Beck CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing & Health*, 2006, 29, 489–497

# Análisis de los Trabajos Fin de Grado en la Facultad de Enfermería de Albacete a lo largo de tres años

## Analysis of End of Degree Works in the Nursing School of Albacete over three years

Carmen Ortega Martínez [et. al]<sup>1</sup>

[Carmen.Ortega@uclm.es](mailto:Carmen.Ortega@uclm.es)

*Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Enfermería de Albacete.*

*UCLM.*

### Resumen

El Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre determina que las nuevas titulaciones deben concluir con la elaboración de un Trabajo Fin de Grado (TFG). La Facultad de Enfermería de Albacete inicia la titulación de grado en el curso 2009/10, presentándose los primeros TFG en el curso 2012/13.

El objetivo de este trabajo es analizar la evolución de los TFG en la Facultad de Enfermería de Albacete. Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de todos los TFG presentados durante los cursos académicos 2012/13, 2013/14 y 2014/15.

Se han estudiado un total de 275 TFG de los cuales 22(8.1%) han sido codirigidos. Las temáticas más trabajadas fueron Enfermería Médico-Quirúrgica 71(28.5%), Comunitaria 45(18.1%) y Psicología (12%), lo que podría justificarse por un mayor número de profesores en

---

<sup>1</sup> Antonia Alfaro Espín; Eduardo Candel Parra; Francisco García Alcaraz; Milagros Molina Alarcón; Victoria Delicado Useros. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Enfermería de Albacete. UCLM.

esas áreas. Respecto a la metodología, cabe destacar un mayor porcentaje en revisiones bibliográficas (38.4%). A pesar de ser la atención de enfermería el ámbito más específico de la profesión, los casos clínicos o PAE presentan una baja frecuencia (2.8 y 6.4% respectivamente). Referente a las calificaciones, el 90.1% se presentaron en la convocatoria ordinaria. La media de las calificaciones emitidas por los directores se sitúa por encima del 8 en los tres años de estudio, siendo sensiblemente inferior la calificación de los tribunales. Además se aprecia un ligero descenso conforme avanzan los años, pasando del 8.02 de media del primer curso al 7.36 del último.

En conclusión, observamos un cambio de tendencia en la metodología, calificaciones y en la convocatoria de presentación.

**Palabras Clave:** Trabajo Fin de Grado; formación en enfermería; estudio descriptivo; grado en enfermería.

### **Abstract**

The Royal Decree 1393/2007, of October 29 determines that the new titrations should conclude with the preparation of an End of Degree Work or Final Project (EODW). The Nursing School of Albacete started the degree studies in 2009/10 presenting the first EODW in the 2012/13 academic year.

The objective of this paper is to analyze the evolution of EODWs presented at the Nursing School of Albacete from the beginning of the EODW program. We performed a cross-sectional descriptive study of all FP during the academic years 2012/13, 2013/14 and 2014/15.

We studied a total of 276 EODW of which 22 (8.1%) have been co-directed. The most chosen topics were clinical nursing 71 (28.5%), community 45 (18.1%) and psychology (12%), trend which could be justified by a higher number of teachers in these subjects. Related to the methodology, stands out higher percentage of bibliographic reviews (38.4%). However, clinical cases or Nursing care processes have a low frequency (2.8 and 6.4% respectively). Regarding grades, 90.1% occurred in the ordinary call. The mean of the ratings issued by the directors is above 8 in the three years of study. The qualifications issued by the Tribunals are significantly lower than them, appreciating a slight decline from the first to the third year (the valuations have change from 8.02 in the first year to 7.36 last year).

In conclusion, we have noted a change trend in methodology, qualifications and the call for presentation.

**Keywords:** Final Project; End of Degree Work; Nursing training; descriptive study; degree in nursing.

## Introducción

Tras la aprobación del Real Decreto (RD) 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, la Universidad española ha iniciado la adaptación de los estudios de Grado dando respuesta a las demandas del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). La mayoría de las Universidades iniciaron la adaptación de las titulaciones entre el curso 2009/2010.

Entre los elementos introducidos en la creación del EEES destacan la idea de la formación y el aprendizaje a lo largo de toda la vida y la participación activa de los estudiantes en el proceso de aprendizaje, fomentando la creatividad, la reflexión y el trabajo autónomo del estudiante. Uno de los cambios más importantes de la adaptación y que, sin duda, potencia el trabajo autónomo, ha sido la finalización de los estudios de Grado con un trabajo o proyecto final que recibe el nombre de Trabajo Fin de Grado (TFG). El citado RD, en su artículo 12.3 especifica que: “las enseñanzas de grado concluirán con la elaboración y defensa de un trabajo fin de Grado” además establece una extensión del mismo entre un mínimo de 6 créditos y un máximo de 30. Así el TFG se convierte en una materia obligatoria ubicada en el último año de la titulación que está orientado a la evaluación de competencias asociadas a la titulación (1).

El TFG ofrece al estudiante la oportunidad de elaborar un trabajo integrando los contenidos formativos aprendidos y las competencias adquiridas a lo largo de los años de formación. Le permite demostrar la capacidad para el trabajo autónomo en un proceso que se desarrollará en cuatro fases: la propuesta del trabajo, la planificación, la elaboración y la presentación y defensa del mismo. En cada una de estas fases, el estudiante es el único protagonista de la acción y estará orientado por un profesor tutor a lo largo del proceso.

Con el fin de unificar los criterios y procedimientos en la organización y evaluación de los TFG, las universidades han elaborado normativas de carácter interno. En ellas se define el TFG, se dan pautas para la organización y procedimientos de elaboración, se establecen los sistemas de tutorización, requisitos de presentación y las modalidades de evaluación.

En la Facultad de Enfermería de Albacete se constituye una comisión de coordinación de los TFG y, con la normativa de la UCLM de base, se elabora el Reglamento para la elaboración y seguimiento de los TFG. En él se establece los tipos de trabajos que pueden realizarse, la forma de elección del director o tutor, la forma de evaluación y los criterios a seguir, elaborando unas rúbricas o pautas para directores y para los Tribunales.

Respecto al diseño de los trabajos el Reglamento establece la estructura del trabajo en función del tipo de trabajo a realizar, que pueden ser:

- Trabajos de carácter profesional, tales como casos clínicos, guías clínicas, procesos de enfermería, protocolos de enfermería.
- Revisión de la bibliografía.
- Proyectos o diseños de Investigación.
- Trabajos de iniciación a la investigación.
- Otros tipos no ajustados a los anteriores.

Uno de los temas debatidos en la Comisión de seguimiento ha sido la elección del tema del trabajo. La discusión se plantea entre ofrecer al alumnado temas acotados o dejar que elija el tema libremente. Algunas universidades ofrecen temas específicos, que la mayoría de las veces coinciden con las líneas de trabajo e investigación de los profesores/directores. Sin embargo, y cada vez con más frecuencia, las universidades permiten que el tema sea de interés del alumno, admitiendo que sea él mismo quien decida el tema que quiere desarrollar en su trabajo (2). En nuestro centro se optó por un modelo mixto, pues si bien cada profesor ofrece un listado de temas para elegir, la mayoría de los tutores aceptan la dirección de trabajos de temas diferentes, propuestos por el alumnado.

Otra cuestión importante es la tutorización del trabajo, con aspectos como la forma de elección del director o tutor, el número de alumnos por tutor y la obligatoriedad de tutorizar o no. Todas las universidades plantean la necesidad de asignar un tutor académico que asista y oriente al alumnado en el desarrollo del trabajo, debe velar por el cumplimiento de los objetivos fijados y en algunos casos, incluso emite un informe final del trabajo. “La mayoría de las Universidades plantean que todo el profesorado a tiempo completo que imparta docencia en la titulación estará obligado a actuar como tutor” (3). Por otra parte, los trabajos también podrán ser dirigidos por profesores de prácticas o profesionales asistenciales, cuando el tipo de trabajo lo requiera. De esta forma en la Facultad de Albacete los alumnos/as se distribuyen entre el profesorado a tiempo completo o parcial de forma equitativa, según las cargas docentes del mismo.

Respecto a la elección de tutor y/o tema de trabajo, existen diferentes formas de hacerlo, en nuestro centro se optó por citar al alumnado para elegir según sus preferencias, y la citación se realizó siguiendo un orden que viene determinado por la media de su expediente académico.

El trabajo se realiza de forma individual, si bien algunas universidades contemplan el desarrollo grupal de forma justificada (2, 3).

El proceso de tutorización se realiza mediante tutorías grupales y, en la mayoría del proceso, con tutorías individuales. Las tutorías fueron presenciales o virtuales gracias a las TIC. Además se realizaron seminarios para completar la formación y orientación del alumnado, facilitando así a los estudiantes el desarrollo de los trabajos en sus aspectos metodológicos, de documentación y de presentación. El proceso se gestiona a través de la plataforma Moodle, a la que tanto profesores como alumnos tienen acceso.

La presentación y defensa de los trabajos se llevó a cabo en las tres convocatorias oficiales del curso: junio, julio y convocatoria extraordinaria, ésta queda abierta a lo largo de todo el curso, de manera que el alumno/a puede solicitarla cuando está en disposición de presentar su TFG, es decir, después de haber superado todos los créditos teóricos y prácticos del plan de estudios.

La evaluación se llevó a cabo de forma mixta; por un lado el director emite un informe y calificación que tendrá un valor del 60% en la calificación final. Por otra parte la presentación y defensa se realiza ante un tribunal, el cual evalúa teniendo en cuenta la presentación escrita, exposición pública, capacidad de debate y defensa argumental. Esta calificación supondrá el 40% restante. El primer año, curso 2012/13 se optó por la constitución de tribunales unipersonales; pero en los cursos sucesivos se formaron tribunales compuestos por tres miembros, sin que pudieran formar parte del mismo los tutores de los trabajos que se presentaban.

Después de tres cursos académicos de experiencia nos planteamos analizar y evaluar el proceso. Así, este estudio tiene como objetivo general: analizar la evolución de los TFG en la Facultad de Enfermería de Albacete a lo largo de tres años.

## **1 Objetivos específicos:**

- Identificar las temáticas elegidas para la realización del TFG
- Determinar la metodología aplicada en los TFG
- Establecer diferencias en las calificaciones otorgadas por el Director y el Tribunal

## **2 Metodología**

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de todos los TFG presentados en la Facultad de Enfermería de Albacete durante los cursos académicos 2012/13, 2013/14 y 2014/15 (n=275).

Las variables estudiadas fueron: número de tutores participantes y régimen de dedicación de los mismos, número de alumnos tutorizados por profesor, el número de trabajos presentados por convocatoria, la metodología utilizada en el TFG, la temática, y la calificación obtenida por el Director y por el Tribunal.



Los datos se han obtenido de las actas e informes elaborados por la comisión de coordinación y seguimiento de los TFG, y de las bases de datos elaboradas en apoyo a docencia donde se puede acceder a los resúmenes de los trabajos y calificaciones. Posteriormente los datos fueron analizados con el paquete estadístico IBM SPSS 22.0.

La descripción de las variables con distribución cuantitativa se realizó con medidas de tendencia central y de dispersión. La descripción de las variables cualitativas se efectuó mediante la distribución de frecuencias, relativas y absolutas. Se realizó un análisis bivariante utilizando pruebas de significación estadística, considerando significativo un valor de  $p < 0.05$  y se aceptó un IC del 95%.

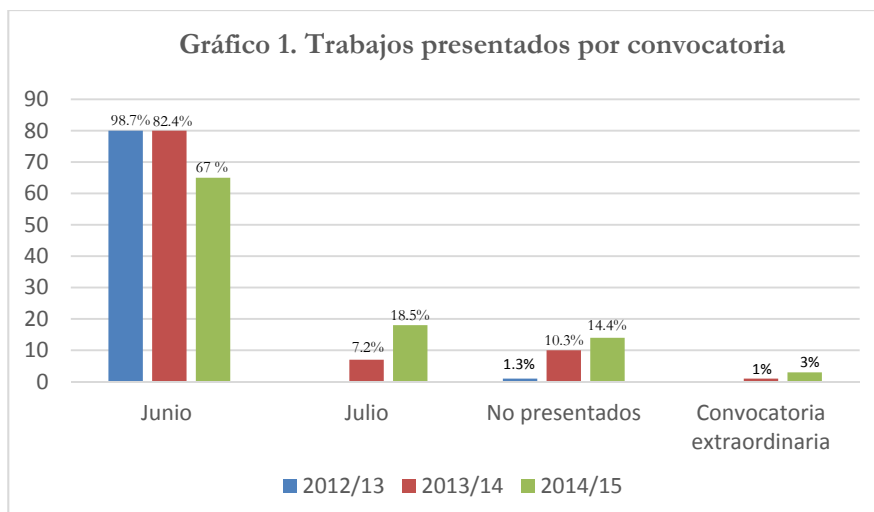
En el trabajo no aparecen datos personales de los alumnos ni de los profesores/tutores, ni se muestra ningún tipo de información por la cual puedan ser identificados.

### **3 Resultados**

Se han estudiado un total de 275 TFG a lo largo de los tres cursos en estudio, con una distribución muy similar: 81 en el curso 2012/13; 97 en el curso 2013/14 y 97 en el curso 2014/15. Un total de 22 trabajos (8.1%) han sido codirigidos, siendo el codirector/a un profesional ajeno al profesorado de la Facultad.

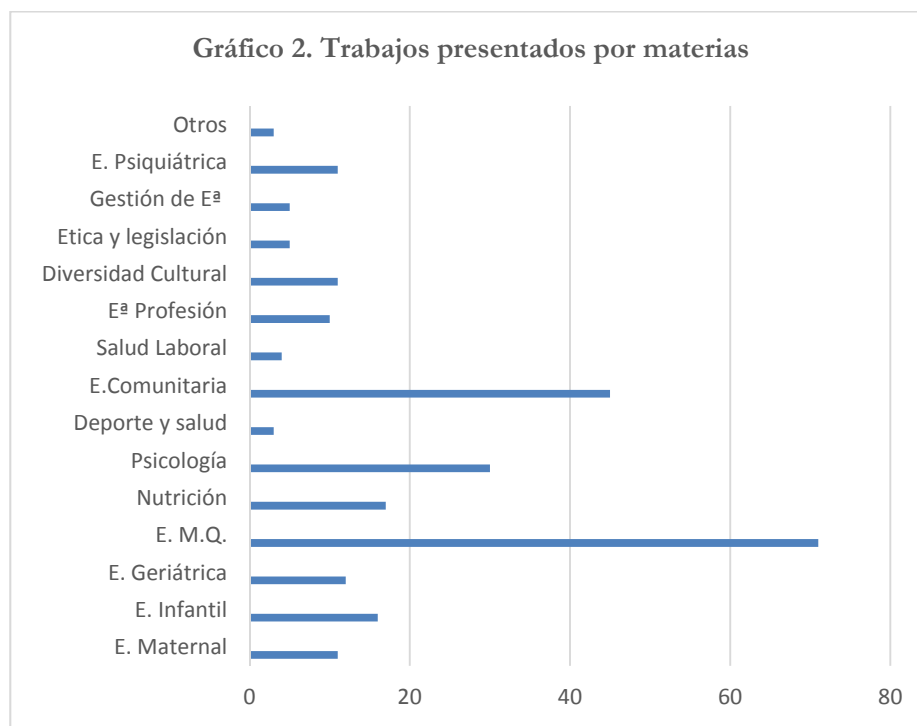
Respecto a los tutores, cada año participaron 13 profesores a tiempo completo, excepto el último año que fueron 11. Para estos profesores el número de alumnos dirigidos oscila entre los 6 a los 8. También intervinieron 3 profesores a tiempo parcial (asociados teóricos o clínicos) que tutorizaron de 1 a 7 trabajos, según los casos.

El 90% de los trabajos que llegaron a presentarse lo hicieron en la convocatoria ordinaria de junio y alrededor del 10% en la de julio; sin embargo un total de 25 trabajos no han sido presentados en el curso en que se inició, observándose un aumento progresivo año tras año. El primer año se presentaron todos los trabajos en la convocatoria ordinaria de junio, a excepción de uno que se presentaría en convocatoria extraordinaria de finalización de carrera; sin embargo en los próximos cursos esta tendencia cambia siendo cada vez mayor el número de trabajos que no se presentan en el curso que se inician. En el gráfico 1 se puede ver la distribución de los trabajos presentados por convocatoria y curso académico (Gráfico 1).



**Fuente. Elaboración propia**

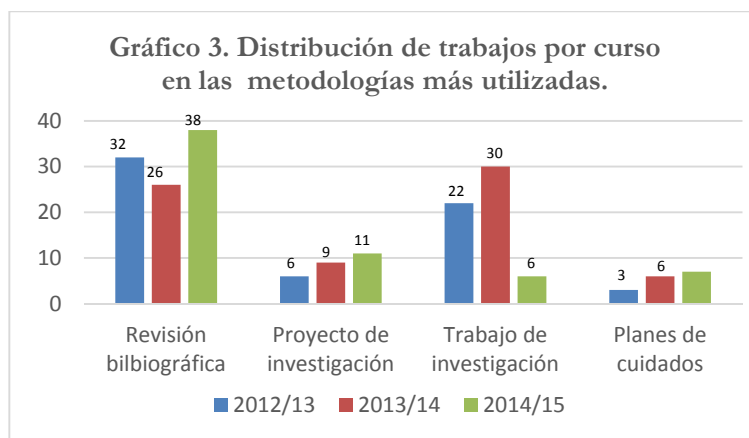
Respecto a las temáticas elegidas, las más trabajadas fueron temas de EMQ con 71 trabajos (28.5%), seguido de aspectos de Atención Primaria o Enfermería Comunitaria 45 (18.1%), y en tercer lugar de Psicología 30 (12%) (Gráfico 2).



**Fuente. Elaboración propia**

En cuanto a la metodología, cabe destacar un mayor porcentaje en revisiones bibliográficas (38.4%) y trabajos de investigación (23.2%), aunque éstos han disminuido notablemente en el último curso. A pesar de ser la atención de enfermería el ámbito más específico de la profesión, los

casos clínicos o planes de cuidados presentan una baja frecuencia (2.8 y 6.4% respectivamente). En el gráfico 3 se puede ver la distribución de los mismos, según el curso.



**Fuente. Elaboración propia**

Por otra parte estudiamos el comportamiento de las calificaciones, debemos diferenciar entre la calificación otorgada por el director/a y la del tribunal. La media de las evaluaciones de los directores se sitúa por encima del 8 en los tres años de estudio; sin embargo, la calificación de los tribunales es sensiblemente inferior a la de los directores, apreciándose un ligero descenso conforme avanzan los años, pasando del 8.02 de media del primer curso al 7.36 del último (Tabla 1).

<b>Tabla 1. Calificaciones medias de directores y tribunales</b>				
Curso	Director		Tribunales	
	Media	D.T.	Media	D.T.
2012/13	8.26	1.17	8.02	1.11
2013/14	8.44	1.07	7.70	1.32
2014/15	8.28	0.98	7.36	1.06

**Fuente. Elaboración propia**

Analizamos las calificaciones obtenidas por convocatoria y curso, y nos encontramos los siguientes datos:

- En el curso 2012/13: que todos los trabajos se presentaron en la convocatoria de junio, el 35% (28) obtuvieron la calificación de sobresaliente y un 52.5% (42) notable. Sólo 10 trabajos se calificaron con aprobado.
- En el curso 2013/14: en la convocatoria de junio con 80 trabajos presentados (82.4%), el 20% (16) de los alumnos fue calificado con sobresaliente, el 66.25% (53) con notable y el 13.75 (11) con aprobado. En julio se presentaron 7 trabajos y los porcentajes fueron: 14.28% (1) sobresalientes, 42.85% (3) notables y 42.85% (3) aprobados.
- En el curso 2014/15: en la convocatoria de junio con 65 trabajos presentados (67%), el 7.7% (5) de los alumnos fue calificado con sobresaliente, el 69.23% (45) con notable y el 23.07 (15) con aprobado. En julio se presentaron 18 trabajos de los cuales el 33.33% (6) se calificaron con notable y el 66.66% (12) aprobados.

Estos datos reflejan las calificaciones finales, en la tabla 2 se recogen las calificaciones emitidas por directores y tribunales en las diferentes convocatorias, donde se aprecian una tendencia a disminuir los porcentajes de sobresaliente, aumentando los notables y aprobados. También se observa alguna nota suspensa, aunque en un pequeño porcentaje.

Tabla 2. Calificaciones de directores y tribunales en las diferentes convocatorias						
	Calificaciones de directores			Calificaciones de tribunales		
	2012/13	2013/14	2014/15	2012/13	2013/14	2014/15
Convocatoria de Junio	SS: 46.25 % N: 43.75 % A: 10 %	SS: 46.25 % N: 52.50 % A: 1.25 %	SS: 40 % N:56.92 % A: 3.07 %	SS: 35 % N: 52.5 % A: 12.5 %	SS: 20 % N: 66.25 % A: 11.25 % S: 2.50 %	SS: 7.70 % N: 69.23 % A: 23.07 %
Convocatoria de Julio	SS: ---- N: ---- A: ----	SS: ---- N: 71.42 % A: 28.57 %	SS: ---- N: 72.3 % A: 27.7 %	SS: ---- N: ---- A:	SS: 14.28 % N: 42.85 % A: 42.85%	SS: ---- N: 33.33 % A: 61.11 % S: 5.55 %
Leyendas: SS: Sobresaliente, N: Notable, A: Aprobado, S: suspenso.						

Fuente. Elaboración propia

Se realizó análisis bivariante en busca de relaciones entre algunas variables. Se exploró la relación entre las calificaciones obtenidas y otras variables como la codirección del trabajo, la dedicación docente del tutor y la media del expediente académico con la que el alumno accedió al TFG y ninguna de ellas demostró significación estadística.

Sí se encontró relación entre la calificación obtenida y la metodología de trabajo utilizada, ( $p=0.001$ ), de manera que los trabajos de corte cuantitativo o relacionados con la investigación (tales como proyectos de investigación, trabajo de investigación, revisión bibliográfica...) obtuvieron mayor calificación (media: 8.52) que los trabajos de corte cualitativo (guías clínicas, plan de cuidados, protocolos, revisiones narrativas...) con una calificación media de 7.83.

## **4 Discusión**

En este trabajo se realiza un estudio descriptivo de los trabajos fin de grado presentados en la Facultad de Enfermería de Albacete a lo largo de tres cursos académicos, las normativas en las que se basa la organización son propias de este centro y aunque pueda presentar similitudes con otras Universidades los resultados quedan circunscritos a este contexto, no siendo extrapolables a otros centros.

La experiencia de la implantación del TFG en esta Facultad nos indica que la planificación y evaluación son dos aspectos fundamentales del proceso a los que hay que dedicarles gran atención y en la que debe participar todo el profesorado implicado, como así ha sido a lo largo de estos tres años. Algunos de los resultados y cambios observados se pueden justificar precisamente por el proceso de debate, coordinación y sucesivos reajustes que se han venido realizando desde que se inició el proceso en el curso 2012/13.

En este punto del trabajo cabe comentar y justificar algunos de los resultados. Entendemos que el TFG no tiene por qué ser un trabajo de investigación, actividad que queda reservada para el doctorado; sin embargo se aceptó que se pudieran realizar trabajos de iniciación a la investigación en el TFG. Así se observa como los dos primeros cursos el alumnado mostraba cierto interés por realizarlos y se registró un porcentaje sustancial; sin embargo el último curso este porcentaje ha disminuido considerablemente. Ello es debido a que no se permite presentar ningún trabajo de investigación que no haya pasado por el Comité Ético de Investigación, y pasar este trámite implica ralentizar el trabajo del alumno, con lo cual se ha detectado que quienes tenían pensado realizar una investigación, en la mayoría de los casos realizó un diseño o proyecto de investigación.

Respecto a las temáticas elegidas, las más trabajadas fueron temas de EMQ Atención Primaria o Enfermería Comunitaria y Psicología, esto podría justificarse por la presencia de un mayor número de profesores en esas áreas.

Por último debemos detenemos en la evolución observada en las calificaciones. En el primer curso se observa que todos los trabajos se presentaron en la convocatoria ordinaria de junio y las calificaciones fueron muy similares entre los directores y los tribunales. En ese curso los tribunales fueron unipersonales y cabe pensar que éstos se dejaban influir mayormente por los informes y calificaciones emitidos por el director/a, siendo mínimas las diferencias en las calificaciones. Sin embargo al constituir los tribunales compuestos por tres personas la variabilidad en las calificaciones ha sido mayor, alejándose éstas del sobresaliente.

## 5 Conclusiones

En conclusión podemos decir que se observan cambios en la organización y desarrollo de los TFG fruto del proceso de consolidación del plan de estudios.

Las temáticas y metodologías que se utilizan nos permiten hablar de diversidad, a pesar de que algunos temas tienen mayor presencia.

A pesar de ser la atención de enfermería el ámbito más específico de la profesión, los casos clínicos, protocolos y planes de cuidados presentan una baja frecuencia. La mayoría de los alumnos/as eligió como metodología de su trabajo, la revisión bibliográfica, proyecto de investigación y trabajo de investigación, aunque éste último ha disminuido en el último curso.

Las calificaciones obtenidas por los alumnos en la presentación y defensa de sus trabajos fueron, en general, satisfactorias y mejores en la convocatoria de junio que en la de julio.

Las calificaciones emitidas por los Tribunales presentan una tendencia a la baja alejándose de las notas más altas de las primeras convocatorias.

## Bibliografía

1. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. (BOE núm. 260, del 30 de octubre de 2007)
2. Meneses Monroy A, Pacheco del Cerro E, Díaz Gómez J, Blanco Rodríguez JM. Análisis de los trabajos fin de Grado de Enfermería. *Metas de Enfermería* 2012; 15(8): 72-6
3. Serrano Gallardo P. Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud. Madrid: DAE; 2012.

# Utilizando la ECOE como evaluación sumativa y formativa en los laboratorios de simulación del grado de enfermería de la UIC

## Using the OSCE as summative and formative assessment in simulation laboratories nursing degree at the UIC

E. Rodríguez [et al]<sup>1</sup>

*[erodriguez@uic.es](mailto:erodriguez@uic.es)*

*Universitat Internacional de Catalunya*

### Resumen

Introducción y Objetivos: La evaluación constituye uno de los procesos más significativos para gestionar correctamente la calidad de los aprendizajes de los estudiantes y a su vez, de la actividad docente de los profesores.

Teniendo en consideración la evaluación, este estudio pretende aportar un proceso de valoración innovador de las competencias de los estudiantes, basándose en la metodología de evaluación ECOE (evaluación clínica objetiva y estructurada) centrada en el área del laboratorio de simulación de enfermería (LBS).

El LBS de enfermería, es un espacio educativo que recrea situaciones reales de los cuidados de enfermería.

Material y métodos: Mediante un análisis exploratorio transversal con muestreo por conveniencia se construyó un instrumento evaluativo LBS-EC (laboratorio de simulación-evaluación competencial) adaptado al formato ECOE para comprobar si una estrategia evaluativa puede medir las competencias en los alumnos.

Resultados: El resultado es, que se ha podido adaptar la metodología ECOE a una prueba evaluativa para valorar las competencias en el laboratorio de simulación. Además, la prueba ha sido válida y fiable para la medición de las competencias. A su vez, el alumnado aunque manifiesta tener

---

<sup>1</sup> E. Rodríguez, A. Zabalegui, J.I. Ricarte, S. Civit. MD. Bardallo. Universitat Internacional de Catalunya.

un alto grado de estrés mientras realiza la prueba su satisfacción también es muy alta.

Conclusiones: El instrumento ECOE\_LBS presenta una medición diferente de la que aportan las asignaturas teóricas, por lo tanto, podría añadir una información complementaria al expediente académico en relación a las competencias.

**Palabras clave:** competencias; competencias clínicas; grado de enfermería; ECOE; simulación.

## **Abstract**

Introduction and Objectives: The assessment is one of the most important to properly manage the quality of learning of students and in turn, the teachers teaching processes.

Taking into account the evaluation, this study aims to provide a process of assessment of the innovative skills of students, based on the evaluation methodology OSCE (objective structured clinical evaluation) centered in the area of nursing simulation lab (LBS).

The LBS nursing is an educational space that recreates real situations of nursing care.

Methods: Using a cross exploratory analysis with convenience sampling an evaluative instrument LBS-EC (simulation-evaluation laboratory competence) adapted to the OSCE format to see if an evaluation strategy can measure skills in students was built.

Results: The result is that the OSCE has been able to adapt to an evaluation methodology to assess the skills test in the simulation lab. In addition, the test is valid and reliable for measuring skills. In turn, students have even expressed a high degree of stress while testing your satisfaction is also very high.

Conclusions: ECOE\_LBS instrument has a different measurement that provides theoretical subjects, therefore, could add complementary information to the transcript in relation to the competitions.

**Keywords:** skills; clinical skills; nursing degree; OSCE; simulation.

## **Introducción y Objetivos**

La finalidad de la mayoría de los programas académicos construidos en el nuevo marco europeo de educación superior es fomentar el desarrollo de las competencias. Éstas se deben desarrollar en todas las unidades de aprendizaje y valorarse en las diferentes fases del programa educativo. Esta valoración es una de las partes más importantes para acreditar las competencias de los recién graduados.

Para poder escoger que tipo de evaluación es la más adecuada, la pirámide de Miller (1) se ha



convertido en un modelo aceptado para clasificar los niveles de aprendizaje y los instrumentos más adecuados para medirlos. De tal manera, el tercer nivel indica el saber hacer, es decir, la actuación de un estudiante frente a una situación específica y sería en este nivel cuando se analizaría la competencia que adquieren los estudiantes.

La metodología ECOE, está clasificada en el tercer escalafón de la pirámide de Miller y se ha convertido en un método riguroso para evaluar la competencia. Esta forma de evaluación está diseñada para hacer frente a las limitaciones que tienen los métodos tradicionales de valoración que normalmente miden exclusivamente la dimensión del conocimiento.

La mezcla de los métodos de evaluación que se pueden aplicar en la ECOE (pacientes simulados estandarizados, casos por ordenador, maniqués, pruebas complementarias (lectura ECG, RX, analíticas,...), preguntas de respuesta múltiple o corta relacionadas con los casos, entre otras) hace que sea una herramienta capaz de explorar los diferentes componentes que tiene una competencia (2).

Una serie de investigadores médicos la describen como un método objetivo, válido y fiable para evaluar la competencia clínica (3,4,5,6,7). Sostienen, además, que su uso permite evaluar las competencias y que puede llegar a ser una de las herramientas de evaluación más importantes en el futuro.

Si nos centramos exclusivamente en la fase de evaluación, ésta no es o no debería ser un hecho aislado del proceso docente, sino todo lo contrario, es un eslabón más de la cadena que cierra adecuadamente el círculo de aprendizaje del alumno y a su vez, si se quiere, es el resultado final que puede analizar el profesorado para evaluar todo el proceso docente, es decir, la metodología utilizada ha facilitado el aprendizaje de los alumnos para conseguir los resultados docentes y en su finalidad las competencias establecidas. En definitiva, la evaluación constituye uno de los procesos más significativos para gestionar correctamente la calidad de los aprendizajes de los estudiantes y a su vez, de la actividad docente de los profesores. Es el resultado final que se obtiene para poder valorar si el diseño y la planificación del proceso docente han sido adecuados.

Teniendo en consideración la evaluación, este estudio pretende aportar un proceso de valoración innovador de las competencias de los estudiantes, basándose en la metodología de evaluación ECOE (evaluación clínica objetiva y estructurada) al área del laboratorio de simulación de enfermería (LBS) como estrategia para evaluar las competencias que adquieren los estudiantes en este escenario de aprendizaje.

El LBS de enfermería, ha surgido recientemente gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías que

ayudan a reproducir las situaciones del ámbito sanitario. Existen diferentes simuladores (de baja a alta simulación) con los que se puede escenificar una situación clínica concreta como por ejemplo el paciente con parada cardiorespiratoria. Además, están los recursos materiales, que en función de los que se dispongan, ayudarán a convertir el espacio en una sala de hospitalización lo más real posible.

El LBS, es en sí mismo un espacio docente controlado que busca simular situaciones clínicas para que el alumno, mediante la acción y la repetición de sus actuaciones, llegue a desarrollar las competencias en sus tres áreas; conocimiento, habilidad y actitud.

De esta manera, la evaluación del laboratorio tiene que sustentarse en unos criterios objetivos que garanticen la preparación del estudiante para el campo profesional. Además, con la convicción de que la evaluación tiene un valor añadido, por los criterios de calidad que se han comentado anteriormente y porque delante de una evaluación rigurosa los alumnos orientan su aprendizaje hacia aquello que será objeto de su valoración (8). Por lo tanto, se están preparando en la adquisición de las competencias.

Las hipótesis de trabajo fue la siguiente:

El instrumento ECOE\_LBS es válido, fiable, y a su vez, eficiente para evaluar el nivel competencial que tienen los alumnos de Enfermería de la UIC.

### ***Objetivo general***

Adaptar la metodología ECOE como instrumento de evaluación que mida el nivel competencial de los alumnos de enfermería de forma global y de forma independiente (por cada una de las competencias descritas) para el laboratorio de simulación de enfermería.

### ***Objetivos específicos***

1. Analizar los parámetros de validez y de fiabilidad del instrumento para evaluar el nivel competencial del alumno.
2. Estudiar la aceptabilidad y el nivel de satisfacción del nuevo instrumento por parte de la institución y de los alumnos de enfermería.

## **1 Material y métodos**

Mediante un análisis exploratorio transversal con muestreo por conveniencia se construyó un instrumento evaluativo LBS-EC (laboratorio de simulación-evaluación competencial) adaptado al formato ECOE para comprobar si una estrategia evaluativa puede medir las competencias en los

alumnos.

Se planteó un diseño de evaluación enfocado a conocer las capacidades de los estudiantes de enfermería con el fin de detectar que alumnos realizan una praxis inadecuada y por lo tanto retrasar su incorporación al mundo laboral.

Como el instrumento puede evaluar a un número determinado de alumnos, éste se tuvo que poner en práctica tres veces para poder valorar a todos los estudiantes participantes. Estas tres ruedas fueron claves para demostrar parte de la validez del instrumento, que a continuación se detalla.

Se incluyeron a 46 participantes voluntarios del tercer curso de la diplomatura de Enfermería de la UIC de la promoción 2007/2010.

El formato de la ECOE consistió en la rotación de los alumnos por un circuito de estaciones secuenciales (fase multiestaciones) denominado “rueda”. En cada estación se presenta un caso clínico donde el alumno debe aplicar diferentes conocimientos, habilidades y actitudes y así se evalúan varios componentes competenciales simultáneamente. El caso se refiere al problema clínico y la estación implica un conjunto específico de tareas que se están evaluando. Cada participante inicia su prueba en una estación distinta pero todos empiezan al mismo tiempo y las situaciones suelen ser de igual duración para que los alumnos salgan y entren a la vez de cada una de ellas. Las estaciones consisten en el encuentro con un enfermo simulado estandarizado o en la realización de una técnica con un maniquí o en documentar la evolución del paciente por escrito en una historia clínica o en valorar un ECG, etc. Hay situaciones que tienen una segunda estación de registro donde se pide al participante que realice por escrito el plan de cuidados del enfermo simulado que han visitado en la estación anterior. La rueda admite tantos alumnos como escenarios tiene la prueba. Si hay que examinar a más alumnos hay que repetir la rueda el mismo día o días sucesivos si es necesario o realizar las réplicas de la rueda simultáneamente, tantas como recursos físicos y humanos se dispongan. Este hecho de cercanía en la réplica de la prueba sirve para mantener al máximo las condiciones de equidad, objetividad y confidencialidad de la prueba (9).

## 2 Resultados

Para analizar la validez del instrumento, se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Qué resultados obtienen los alumnos: resultado global, resultado por competencias y resultados por casos clínicos
- Qué notas se obtienen en cada una de las ruedas, debido a la complejidad que supone el llevar a cabo una sola rueda y aplicar las parrillas evaluativas cada vez.

La puntuación media para el conjunto de los 46 alumnos fue de 513,49 puntos (IC 95% 490,26-

536,72) con una desviación típica (DE) de 78,22 (la puntuación total de la prueba era de 1000 puntos). El 50% de los participantes tenían un valor entre 462,5 y 571,5. Un 41,3% de los participantes (19) tenían valores por debajo de 500 puntos. La máxima puntuación fue de 693 puntos y la mínima de 339 puntos.

<b>Tabla 1. Desglose de la puntuación por las competencias evaluadas</b>							
<b>Competencias de pre-grado</b>	<b>Media (IC 95%)</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Desv. tip.</b>	<b>Mediana</b>	<b>P25</b>	<b>p75</b>	<b>p-valor normalidad</b>
<b>Asistenciales</b>	62.91( 59.93-65.89)	122	10.0463	62.0618	55.8630	70.0135	0.8677
<b>Recogida de datos</b>	48.59( 45.00-52.19)	100	12.1086	50.75	39.5	58	0.2227
<b>Detección de problemas</b>	39.20( 34.53-43.87)	100	15.7342	43.125	24.375	50.625	0.1115
<b>Planificación de actividades</b>	40.63( 36.02-45.25)	100	15.5465	41.6402	30.6614	52.5132	0.9366
<b>Habilidad técnica</b>	118.07(112.65-123.50)	210	18.2565	117.769	108.241	128.139	0.9471
<b>Comunicación</b>	68.06( 64.54-71.58)	100	11.8544	69.9333	62.5333	78.3333	0.1592
<b>Ética, valores y aspectos legales</b>	42.80( 40.09-45.51)	90	9.13777	42.8571	34.7143	51.4286	0.0747
<b>Conocimientos</b>	56.35( 50.33-62.36)	110	20.2538	54.4435	40.7917	74.6429	0.5110
<b>Actividades de promoción y prevención</b>	54.89( 51.30-58.48)	110	12.0810	56.1471	44.2829	62.81	0.0864
<b>Trabajo en equipo</b>	46.69( 42.91-50.46)	80	12.7145	46.8889	37.4815	55.8519	0.7670

La tabla 1 nos indica que la competencia que obtuvo un mejor resultado fue la de comunicación superando con 18 puntos la puntuación media de la misma (50 puntos), mientras que la peor fue la de detección de problemas faltándole 10,8 puntos para llegar a la mitad de los puntos (también de 50 puntos). En general todas las puntuaciones se movieron alrededor de la mitad de los puntos de cada una de las competencias, siendo cinco competencias las que no llegaron a superar su mitad de puntuación que fueron: Recogida de datos, Detección de problemas, Planificación de actividades, ética y actividades de promoción. Y cuatro que sí los superaron y fueron: Habilidad Técnica, Comunicación, Conocimiento y trabajo en equipo. Todas las puntuaciones que se obtuvieron de cada competencia siguieron una distribución de normalidad, pues ningún p-valor

fue inferior a 0.05.

<b>Tabla 2. Puntuación global del instrumento EC-LBS según los casos clínicos</b>						
<b>Caso</b>	<b>Puntuación máxima</b>	<b>Media (IC 95%)</b>	<b>Desv. tip.</b>	<b>Median</b>	<b>p25</b>	<b>p75</b>
ENC	100	62.75 (58.66-66.84)	13.7694	63.00	51.0	74.0
EV	100	27.05 (22.11-32.00)	16.6621	27.00	14.0	37.0
SNG	100	51.55 (47.39-55.72)	14.0298	51.00	41.0	61.0
PIE	100	30.26 (27.03-33.49)	10.8657	30.00	21.0	38.0
INH	100	49.60 (45.80-53.39)	12.7800	50.00	40.5	60.0
CP	100	48.29 (45.09-51.49)	10.7753	49.00	40.5	52.5
IM	100	55.28 (50.37-60.20)	16.5555	59.00	43.0	69.0
EXT	100	66.33 (60.47-72.18)	19.7285	67.00	56.5	81.0
RCP	100	57.83 (52.05-63.60)	19.4460	55.00	45.0	74.0
CV	100	52.48 (49.86-55.10)	8.8311	53.25	47.0	57.0

**ENC:** Caso 1, Encamado. **EV:** Caso 2, Planificación y administración de medicación endovenosa. **SNG:** Caso 3, Sondaje nasogástrico. **PIE:** Caso 4, Cura de herida. **INH:** Caso 5, medicación inhalada. **CP:** Caso 6, Cambios posturales. **IM:** Caso 7, Colocación de inyectable intramuscular. **EXT:** Caso 8, Extracción sanguínea. **RCP:** Caso 9, Resucitación cardiopulmonar. **CV:** Caso 10, toma de constantes vitales.

En la tabla 2, se ve reflejado las puntuaciones que se obtuvieron por caso clínico. La puntuación máxima por caso era de 100 puntos. Existen 6 casos en los cuales la media obtenida por los alumnos fue superior a 50 puntos. De los otros 4 casos restantes, 2 estaban rozando el aprobado ya que les faltaba 0,4 puntos y 1,71 puntos respectivamente para llegar a los 50 puntos y los otros 2 casos se quedaron por debajo de los 50 puntos, 22,95 puntos el caso de EV y 19,74 puntos el caso de PIE. En esta tabla queda bien reflejado cuales son las materias que el alumnado menos domina.

Para poder llevar a cabo la evaluación de los 46 alumnos, el instrumento se tuvo que ejecutar 3 veces, es decir, se realizaron 3 ruedas con las mismas condiciones, lo único que pudo cambiar

fueron los alumnos y algunas de las personas que evaluaban los casos clínicos en cada una de las ruedas.

El resultado de cada rueda, aunque los estudiantes de cada una de ellas fueran distintos, fue uno de los análisis que se contempló para demostrar la validez del instrumento, debido a la complejidad que constituye la dinámica de cada rueda. Se debía coordinar a mucha gente (estudiantes, evaluadores y personal de logística) y se tenía que contralar muchos recursos materiales (hojas de examen, carteles que señalizan, señales acústicas, material fungible de los escenarios, etc.) cada vez.

<b>Tabla 3. Puntuaciones totales por ruedas</b>							
<b>Rueda</b>	<b>Media (IC 95%)</b>	<b>Desv. tip.</b>	<b>Mediana</b>	<b>p25</b>	<b>p75</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Sig.</b>
<b>Mañana Sábado</b>	559.00(522.46-595.54)	71.07	545.00	512.00	613.5	0.959	0.624
<b>Tarde Sábado</b>	500.47(463.46-537.48)	71.97	503.00	447.00	526.5	0.958	0.603
<b>Mañana Domingo</b>	467.46(425.42-509.50)	66.17	468.75	424.25	506.0	0.976	0.960

En la tabla (tabla 3) se pueden observar las puntuaciones de las tres ruedas. En todas ellas la puntuación se distribuyó según una normal. Este dato es importante para valorar la validez y la seguridad de la prueba, ya que los estudiantes aunque pudieron comentarse aspectos del instrumento de evaluación no llegaron a transmitirse los conceptos valorativos del mismo. La puntuación de la rueda del sábado por la mañana fue mayor (559 puntos) en comparación a las otras dos ruedas. Además, en el percentil 25 de este grupo tuvieron una puntuación de 512 puntos (categoría de aprobado) con respecto a los resultados de las otras dos ruedas que estaban suspendidos en el mismo percentil (447 de la rueda del sábado y 424 de la rueda del domingo).

Esta diferencia de puntuaciones entre la rueda del sábado por la mañana y el resto, se puede llegar a explicar porque coincidieron más alumnos con el expediente académico más alto y además concurren los alumnos con más años de experiencia laboral. Esta segunda variable se cree que podría llegar a explicar sobretodo ésta divergencia de las puntuaciones existentes, debido a que han podido experimentar en el mundo laboral el desarrollo de algunas competencias que les habrán podido servir de base para la adquisición de las que tenían que asumir como estudiantes de enfermería. Aunque su rol haya sido el de auxiliar de clínica, han estado trabajando muy próximos con un profesional de enfermería y en un contexto de la práctica real. La literatura (Benner, 1984;

Juve et al., 2007) ya menciona que con una experiencia activa se consiguen mejores niveles de pericia.

Por último, destacar que el mínimo valor del alfa de Cronbach fue de 0.68 y el mayor valor de 0.77.

En relación a la como aspectos fundamentales que se tuvieron en cuenta para valorar la aceptabilidad del instrumento, fueron los siguientes:

1. la organización y la logística, la prueba como tal tuvo un alto grado de complejidad tanto en la planificación como en la ejecución. Conseguir que la prueba saliera adelante implicó una amplia monitorización de los circuitos establecidos y una coordinación extraordinaria tanto de los recursos personales como de los materiales. En este aspecto la prueba obtuvo una calificación media de 8,1 sobre 10. Un ítem al cual se le dio mucha importancia, porque su gestión dependía del propio estudiante, fue el grado de estrés que provocaba la prueba y su calificación media fue de 7,2 (se valoraba que el 0 era una gestión inaceptable y 10 una gestión aceptable). El peor aspecto valorado fue la presencia de actores evaluadores que obtuvo una media de 5,6. En la tabla 4 se presentan más datos que se preguntaron sobre la organización y la logística de la prueba.

<b>Tabla 4. ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA PRUEBA EVALUATIVA ECOE_LBS</b>		
<b>Valoración sobre la organización y la logística de la prueba</b>		
	Media	Desv. típ.
1. La <b>duración</b> de la prueba es apropiada	7,41	2,29566
2. El grado de <b>estrés</b> es aceptable	7,2	1,97337
3. Globalmente, el <b>circuito</b> de estaciones es <b>comprensible</b>	8,6	1,38818
4. La <b>organización</b> de la prueba ha sido buena	9,4	1,78723
5. El <b>soporte</b> que he recibido de los organizadores durante la prueba ha sido bueno	9,5	,93276
6. La <b>presencia de actores-evaluadores</b> ha afectado en mi rendimiento en la prueba	5,6	,72131
7. Las <b>simulaciones</b> de los actores representan de forma <b>fidedigna</b> las situaciones reales	9,0	3,83399

2. Otro punto a valorar fue la adecuación de los contenidos al entorno real, es decir, tanto los profesores implicados en el desarrollo de la prueba como los asesores externos retocaron

y ajustaron los escenarios relacionando la temática impartida en el laboratorio de simulación con situaciones reales que tienen más incidencia en el ámbito sanitario. La opinión del estudiante en este tema fue también muy importante ya que se trataba de conseguir un medio lo más real posible para que el alumno demostrará lo que sabe hacer mediante este entorno. Si para el estudiante hubiese sido muy poco creíble lo que le rodeaba, hubiese sido muy difícil que éste hubiera desarrollado sus acciones. Además, se consideró que el bagaje que tenía por las prácticas asistenciales realizadas durante dos años también podían contribuir a valorar los contenidos. En este caso el alumno evaluó con una media de 8.7 sobre 10. Los 4 ítems por los que se preguntaron, superaron la puntuación de 8 (Tabla 5).

<b>Tabla 5. ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA PRUEBA EVALUATIVA ECOE_LBS</b>		
<b>Valoración sobre los contenidos de la prueba</b>		
	Media	Desv. típ.
8. En general, es <b>fácil comprender</b> las tareas a realizar en cada estación		1,07407
9. Los tipos de <b>situaciones representan la práctica habitual de enfermería</b>	8,3	1,40599
	8,9	1,09545
10. Los tipos de <b>situaciones representan los problemas que enfermería debe saber manejar</b>	9,0	1,32041
	8,8	
11. La <b>dificultad</b> del examen me parece razonable		

3. El último punto a valorar era la repercusión que tenía el realizar este tipo de examen (tabla 6). Destacar que durante la prueba, conforme los alumnos iban realizando los escenarios, por si solos se iban dando cuenta de todo aquello que les faltaba (en cuanto a conocimiento y habilidad) y de los errores que iban cometiendo en los casos clínicos. En los escenarios de descanso se anotaron comentarios que los propios alumnos iban comentando: “Encarna suspéndeme porque me doy cuenta que no estoy preparada para afrontar la realidad”, “no he sido capaz de calcular la dosis de medicación que debía administrar”, “no he realizado la cura de manera estéril”...

El alumno valoró este apartado con una puntuación de 8,4 sobre 10. Hay que destacar que aunque el alumno manifiesta pasarlo mal mientras realiza la prueba (grado de estrés), después resaltan con un 9,4 de media que aconsejarían la prueba para que la realizasen otros compañeros.



<b>Tabla 6. ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA PRUEBA EVALUATIVA ECOE_LBS</b>		
<b>Valoración sobre las repercusiones de la prueba</b>		
	Media	Desv. típ.
12.El <b>número de situaciones</b> es suficiente para hacer una valoración práctica de vuestra formación	8,6	1,20004
13.Creo que esta prueba me puede dar <b>información</b> interesante <b>sobre mi formación</b> como enfermera/o	9,3	1,06163
14.Creo que esta prueba me puede dar <b>información</b> interesante <b>sobre mi futura actuación profesional</b>	9,0	1,10532
15.Creo que esta prueba <b>mide mejor la competencia profesional</b> que los sistemas tradicionales de evaluación (preguntas escritas de elección múltiple)	8,6	1,80391
16.Tengo la impresión que <b>superaré el 50%</b> de los puntos posibles de esta prueba	5,8	2,02461
17. <b>Aconsejaría</b> a otros compañeros que hicieran <b>la prueba</b>	9,4	1,18464

### 3 Discusión

El presente estudio fue diseñado para adaptar la metodología ECOE, utilizada para valorar las competencias de los profesionales del área de la salud, a un entorno concreto como es el laboratorio de simulación de enfermería. De hecho, el entorno del laboratorio ya es propicio para el desarrollo y la evaluación de las competencias porque es un espacio donde la acción es el principal objetivo, y centra su interés en la ejecución de los procedimientos enfermeros.

La prueba ECOE ha demostrado ser un instrumento bien aceptado por la comunidad científica y son numerosos los centros que utilizan esta metodología para evaluar a sus alumnos o incluso a los profesionales para otorgarles certificaciones. Aun así, también tiene algún detractor sobre todo por la gestión y el coste que supone.

Este tipo de prueba, facilita un tipo de información algo diferente a la que puede aportar un sistema de evaluación tradicional, es decir, la calificación que se obtiene con este instrumento indica que grado de ejecución en relación a las competencias que evalúa el instrumento es capaz de poner en práctica el alumno. Hasta ahora, la información que se obtenía con un test o con un cuestionario indicaba que capacidad memorística o de relación de conceptos tenía el alumno y la incógnita estaba en como lo sabría aplicar.

Con este tipo de prueba, se tiene una aproximación más veraz de lo que el alumno es capaz de llevar a cabo. No obstante, hay que remarcar que solo la evaluación en un entorno real te asegurará lo que el alumno es capaz de hacer. Pero la evaluación en este medio al igual que la docencia, es cada vez más difícil de llevar a cabo porque tal y como afirman Riancho et al (10), el manejo de pacientes cada vez más graves, donde el equipo multiprofesional desarrolla varias tareas simultáneas, el que entre el alumno en acción es cada vez más difícil. Además, las necesidades del paciente pueden no ajustarse al programa docente que le tocaría al alumno. Y por último y muy importante, hay que valorar los riesgos legales de la asistencia y la preocupación por la seguridad del paciente.

De esta manera, el medio simulado se convierte, cada vez más, en el más utilizado para la evaluación de las competencias.

## **Bibliografía**

1. Miller G. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine* 1990; 65: 63-67.
2. Newble D & Swanson DB. Psychometric characteristics of the objective structured clinical examination. *Medical Education* 1988; 22: 325-334.
3. Cohen R, Reznick RK, Taylor BR, Provan J & Rothman A. Reliability and validity of the objective structured clinical examination in assessing surgical residents. *American Journal of Surgery* 1990; 160(3): 302;-305.
4. Sloan DA, Donnelly MB, Schwartz RW, Felts JL, Blue AV. et al. The use of objective structured clinical examination (OSCE) for evaluation and instruction in graduate medical education. *Journal of Surgical Research* 1996; 63(1): 225-230.
5. Wikinson TJ, Newble DL & Frampton CM. (2001). Standard setting in an objective structured clinical examination: use of global ratings of borderline performance to determine the passing score. *Med Educ* , 35, 1043-1049.
6. Roberts, C., Newble, D., Jolly, B., Reed, M & Hampton, K. (2006). Assuring the quality of high-stakes undergraduate assessment of clinical competence. *Med Teach*, 28(6), 535-543.
7. Zabar S, Kachur EK, Kalet A. & Hanley H. *Objective Structured Clinical Examinations. 10 Steps to planing and implementing OSCEs and other standardized patient exercises.* New York 2013, EEUU: Springer.

8. Torre JC. & Gil E. *Hacia una enseñanza universitaria centrada en el aprendizaje*. Madrid 2004, España: Univ. Pontifica Comillas.
9. Van der Vleuten CP. The assessment of professional competence: Development, research and practical implications. *Advances in Health Sciences Education* 1996; 1: 41-67.
10. Riancho J, Maestre JM, del Moral I. & Riancho JA. Simulación clínica de alto realismo: una experiencia en el pregrado. *Educ Med* 2012; 15(2): 109-115.

# El trabajo de fin de grado: ¿Cuáles son los intereses en investigación de los estudiantes?

## The degree final project: What are the research interests of students?

Núria Codern-Bové [et.al]<sup>1</sup>

*nuriacodern@euitt.fdsll.cat*

*Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUITT),  
Centro adscrito a la Universitat Autònoma de Barcelona.*

### Resumen

El grado en Enfermería ha sido una oportunidad para que los estudiantes incorporen competencias en investigación (buscar y seleccionar documentación científica; conocimientos en la práctica basada en la evidencia y conocimientos en metodología científica entre otros). El trabajo fin de grado (TFG) es la culminación del proceso de aprendizaje del estudiante. El objetivo de esta comunicación es evaluar los temas de investigación que han realizado los estudiantes durante los cursos académicos 2012-13, 2013-14 y 2014-15.

Se ha construido una base de datos con los títulos y resúmenes de los TFG. Se realizó un análisis de contenido, agrupando los datos por áreas de estudio y temas.

Se han analizado un total de 233 TFG, 83 del curso 2012-13, 80 del curso 2013-14 y 70 del curso 2014-15. Los TFGs se han agrupado en tres grandes áreas: práctica clínica, desarrollo profesional y enfermería comunitaria. 116 (49,79%) son de práctica clínica, 61 (26,18%) son de desarrollo profesional y 56 (24,03%) de enfermería comunitaria. La distribución es similar por curso académico.

---

<sup>1</sup> Mireia Tarruella; Roser Pérez; Guadalupe Sánchez-Rueda. Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUITT), Centro adscrito a la Universitat Autònoma de Barcelona.

**Colabora el grupo de tutores y tutoras de TFG:** Rosa Campo, Rosa Capellas, Montse Comellas, Eva Fernández, Adelina García, Cecília González, Ma. José Jiménez, Rafael Llorens, Montse Masip, Neus Morera, Ester Peñataro, Heleba Roig, Marta Sanz, Raül Vernet, Marta Gorina, Isabel Pascual, Rosa García, Albert Guerrero, Raquel Mena, Montse Santé, Mercedes García, Mónica Aliaga, Dolores Hinojosa, Marta Tamame y Mayte Sanz

Todos estos trabajos responden a líneas estratégicas de investigación actuales. No obstante, hay un predominio de trabajos orientados a la restauración de la salud, en detrimento de la investigación sobre la propia profesión y las intervenciones en el marco de la salud comunitaria. El reto de fomentar otras áreas de estudio se plantea como necesario para impulsar el desarrollo de la profesión en un contexto de cambio de los sistemas de salud.

**Palabras clave:** trabajo fin de grado; líneas de investigación; estudiantes de enfermería.

#### Abstract

The degree in nursing is an opportunity for students to incorporate skills in research (search and read scientific literature; use scientific methodology among others). The degree final project (DFP) is the completion of the process of student learning. The aim of this paper was to evaluate the research topics that students did during the academic years 2012-13, 2013-14 and 2014-15.

We build a database of titles and abstracts of the DFP and we were analysed it through content analysis, grouping the data by study areas and themes.

We analysed a total of 233 GFR, 83 of the year 2012-13, 80 in 2013-14 and 70 during the course 2014-15. The results were classified into three categories: clinical practice, professional development and community nursing. 116 (49.79%) are clinical practice, 61 (26, 18%) are professional development and 56 (24.03%) of community nursing. The distribution is similar for academic year.

All these degree final projects respond to current strategic lines of research. However, there is a predominance of DPF aimed at restoring health to the detriment of research on the profession and interventions in the context of community health. The challenge of enhancing other areas of study is seen as necessary to promote the development of the profession in a context of changing health systems.

**Kewwords:** degree final Project; research lines; nursing students.

## Introducción

El grado en Enfermería ha sido una oportunidad para que los estudiantes incorporen competencias en investigación (buscar y seleccionar documentación científica; conocimientos en la práctica basada en la evidencia y conocimientos en metodología científica entre otros). Durante los tres primeros cursos de grado el estudiante elabora en diferentes asignaturas trabajos de revisión en una temática, proyectos de intervención y el diseño de un proyecto de investigación. Además, a lo largo del prácticum han realizado memorias y procesos de intervención de enfermería. En este contexto, el trabajo de fin de grado (TFG) que se realiza en cuarto curso, implica un paso más en el proceso de aprendizaje del estudiante y tiene como objetivo evaluar las competencias asociadas al título.

En la Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de Terrassa (UAB) los objetivos del TFG se concretan en: a) Integrar los conocimientos y las habilidades adquiridas a lo largo del grado y concretarse en un documento de carácter científico; b) Tratar de forma autónoma temas relevantes para la disciplina con las metodologías científicas adecuadas; c) Tener en cuenta el código ético y deontológico en el desarrollo del TFG y d) Comunicar y argumentar de manera efectiva el proceso y contenido del TFG. Estos objetivos se pueden conseguir a través de tres tipos de TFG:

- Trabajo de investigación: trabajo que muestra los resultados derivados de la aplicación de un proceso de investigación realizado por el estudiante. Se trata de una primera aproximación a la investigación que incluye trabajo de campo.
- Trabajo teórico: trabajo que estudia en profundidad un tema de la disciplina enfermera, realizando un análisis crítico de diferentes documentos.
- Trabajo con orientación profesional: trabajo que analiza una realidad concreta en el ámbito propio de la disciplina y que a partir del cual elabora una propuesta de acción para mejorar la situación. Este trabajo incluye trabajo de campo.

Todos los trabajos tienen que utilizar de manera sistemática metodología científica.

El estudiante es el máximo responsable del proceso de elaboración del TFG, y la actividad autónoma tiene especial relevancia. El estudiante lidera su proceso, toma decisiones, organiza y planifica sus tareas, resuelve dificultades o busca recursos para hacerlo. El tutor o tutora acompaña el proceso de aprendizaje del estudiante y contribuye al buen desarrollo del trabajo. Además, durante el curso y con el objetivo de facilitar y acompañar el proceso de construcción del TFG, la asignatura tiene un porcentaje de actividad presencial en el aula (9

seminarios metodológicos) donde revisan conocimientos y habilidades sobre metodología científica y redacción de textos académicos.

La evaluación de la asignatura está organizada en tres módulos diferentes: módulo del proceso tutorial (15%), módulo de presentación escrita de trabajo (55%) y módulo de presentación pública de TFG (30%).

## **1 Objetivo**

El objetivo de esta comunicación es identificar y analizar las áreas de investigación de los TFGs y los temas tratados por los estudiantes durante los cursos académicos 2012-13, 2013-14 y 2014-15.

## **2 Metodología**

Se ha construido una base de datos con los títulos de los TFG de los cursos 2012-13, 2013-14 y 2014-15. Se han analizado los datos a través de un análisis de contenido, agrupando los datos por áreas de estudio y temas.

## **3 Resultados**

Se han analizado un total de 233 TFG, 83 del curso 2012-13, 80 del curso 2013-14 y 70 del curso 2014-15. Los TFGs se han agrupado en tres grandes áreas: práctica clínica, desarrollo profesional y enfermería comunitaria. En el área de práctica clínica se engloban trabajos sobre cuidados enfermeros en ámbitos específicos dirigidos a las personas y orientados a diagnosticar y a tratar o cuidar un problema de salud. En el área de desarrollo profesional se identifican trabajos que priorizan aspectos relacionados con la profesión enfermera. En este sentido destacan trabajos que tratan sobre el rol de la enfermera, las competencias profesionales, la satisfacción laboral, las cargas de trabajo y el paradigma enfermero. Los TFGs de enfermería comunitaria se refieren a trabajos que tratan de cuidados comunitarios basados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Con respecto a estas áreas 116 (49,79%) son de práctica clínica, 61 (26,18%) son de desarrollo profesional y 56 (24,03%) de enfermería comunitaria. La distribución es similar por curso académico (ver tabla 1 y figura 1).

**Tabla 1. Distribución de TFG por curso académico**

	2012- 13	%	2013- 14	%	2014- 15	%	TOTA L	%
<b>Práctica clínica</b>	40	48,19%	36	45,00%	40	57,14%	116	49,79%
<b>Desarrollo profesional</b>	23	27,71%	22	27,50%	16	22,86%	61	26,18%
<b>Enfermería comunitaria</b>	20	24,10%	22	27,50%	14	20,00%	56	24,03%
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>100,00%</b>	<b>80</b>	<b>100,00%</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>	233	100,00%

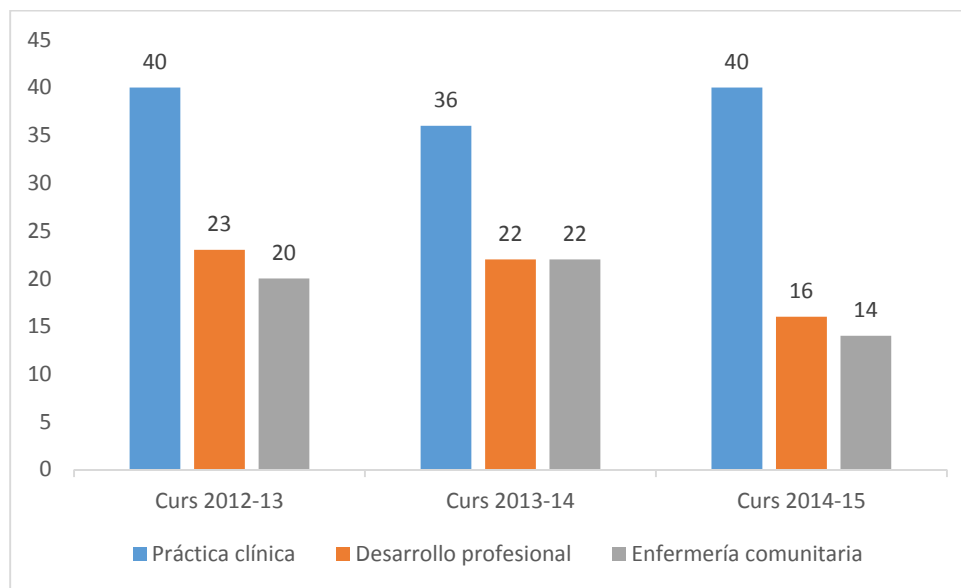


Figura 1. Distribución de TFG por curso académico

En relación a los temas investigados dentro de la práctica clínica, 28 (24,14%) trabajos han abordado la atención de enfermería en cuidados médico-quirúrgicos. En esta área predominan trabajos sobre cuidados específicos en úlceras por presión, diabetes y estomas. 22 (18,97%) TFGs son del área de cuidados maternos. Los temas prioritarios tratados son los beneficios de la lactancia materna, beneficios del parto natural y la utilización del método canguro. 20 (17,24%) son trabajos del área de cuidados a pacientes en situación crítica. Los temas tratados en esta área están relacionados con la recepción, acogida y clasificación del paciente en los servicios de urgencias, el cuidado a la familia en los servicios de cuidados intensivos y la práctica basada en la evidencia. Un 18 (15,52%) de los TFGs tratan sobre el área de pediatría. Predominan trabajos sobre el manejo del dolor, la atención a niños con cáncer, el empoderamiento de la familia y los cuidados específicos en niños prematuros. Los restantes trabajos (28, 24,14%) tratan sobre la utilización de terapias alternativas/complementarias para el manejo del dolor y la gestión del estrés, la atención al final de la vida, procesos de atención a personas con cáncer, cuidados a enfermos de salud mental, tecnologías para la salud (telemedicina, aplicaciones para móviles). El área menos investigada ha sido la geriatría. Ver resultados por cursos en la tabla 2 y totales en la figura 2.



Tabla 2. Distribución de TFG del área de práctica clínica por cursos

Áreas	Práctica clínica					
	2012-13	%	2013-14	%	2014-15	%
Cuidados críticos	8	20,00 %	5	13,89 %	7	17,50 %
Cuidados médico-quirúrgicos	10	25,00 %	8	22,22 %	10	25,00 %
Cuidados paliativos	2	5,00%	2	5,56%	1	2,50%
Geriatría	0	0,00%	0	0,00%	1	2,50%
Materno	7	17,50 %	7	19,44 %	8	20,00 %
Oncología	1	2,50%	2	5,56%	2	5,00%
Pediatría	7	17,50 %	2	5,56%	9	22,50 %
Salud mental	2	5,00%	3	8,33%	0	0,00%
Seguridad del paciente	2	5,00%	2	5,56%	0	0,00%
Tecnologías información y comunicación	0	0,00%	2	5,56%	0	0,00%
Terapias alternativas/complementarias	1	2,50%	3	8,33%	2	5,00%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>40</b>	<b>100,00</b>

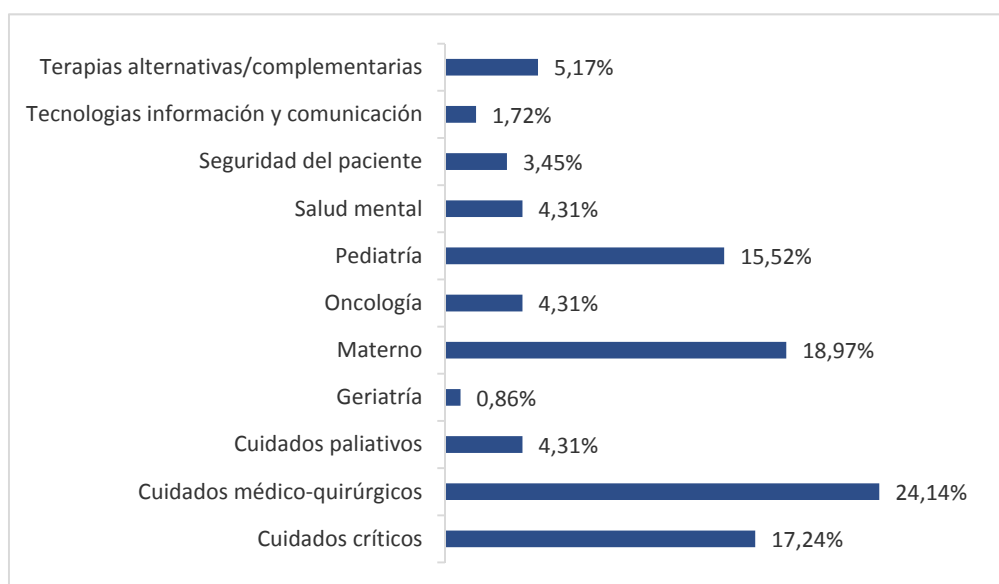


Figura 2. Resultados totales de TFGs del área de práctica clínica

En relación a la agrupación desarrollo profesional 15 (24,59%) trabajos tratan sobre las competencias profesionales. Predominan trabajos que identifican las competencias en emergencias extrahospitalarias, las actitudes y las emociones de los profesionales ante la muerte y las actitudes frente a las personas con enfermedades mentales. 13 (21,31%) TFGs abordan el rol profesional. Los temas tratados están relacionados con los roles en ámbitos específicos (prevención en las adicciones, violencia de género, cuidados paliativos) y el rol de liderazgo en los equipos de salud. 10 (16,39%) trabajos se relacionan con la formación universitaria. Los estudiantes están interesados en saber la relación entre la formación recibida y las necesidades profesionales y analizar la formación recibida sobre la farmacología, salud mental y terapias alternativas. 7 (11,48%) TFGs

tratan aspectos de salud laboral y 7, también, sobre teoría enfermera. Sobre los trabajos de salud laboral, se estudia el síndrome *de burnout* en enfermería y la relación entre entorno y problemas de salud. Los trabajos de teoría enfermera consisten en analizar ámbitos de actuación enfermera desde los modelos teóricos. Los modelos teóricos utilizados han sido la Teoría de Jean Watson, el modelo de interrelación de Hildegard Peplau y la enfermería transcultural de Madeleine Leininger. Los temas menos tratados fueron la ética profesional, la historia de la enfermería y validación de instrumentos de recogida de datos. Ver resultados por cursos en la tabla 3 y totales en la figura 3.

**Tabla 3. Distribución de TFG del área desarrollo profesional por cursos**

Áreas	Desarrollo profesional					
	2012-13	%	2013-14	%	2014-15	%
Competencias	7	30,43%	4	18,18%	4	25,00%
Desigualdades de género en enfermería	0	0,00%	0	0,00%	1	6,25%
Ética profesional	0	0,00%	0	0,00%	1	6,25%
Formación universitaria	1	4,35%	5	22,73%	4	25,00%
Historia de enfermería	1	4,35%	0	0,00%	0	0,00%
Metodología de investigación	0	0,00%	1	4,55%	0	0,00%
Nuevas figuras	1	4,35%	0	0,00%	2	12,50%
Rol profesional	4	17,39%	9	40,91%	0	0,00%
Salud laboral	5	21,74%	0	0,00%	2	12,50%
Tecnologías información y comunicación	1	4,35%	1	4,55%	0	0,00%
Teoría enfermera	3	13,04%	2	9,09%	2	12,50%
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,00</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>



Figura 3. Resultados totales de TFGs del área de práctica clínica

En relación a la agrupación de enfermería comunitaria, 24 (42,86%) trabajos identifican problemas de salud en la comunidad y los factores relacionados con estos. Predominan TFGs que abordan las

necesidades de los cuidadores familiares, las drogodependencias y los accidentes. Unos 23 (41,07%) proponen o analizan proyectos de educación para la salud para fomentar estilos de vida saludables y dirigidos a la familia o grupos. Prevalcen programas que tratan la alimentación y la actividad física en la infancia y adolescencia, el paciente experto y programas formativos en primeros auxilios. 4 (7,14%) TFGs tratan sobre diversas situaciones de salud en colectivos vulnerables y analizan las consecuencias de las desigualdades sociales. Por último, el tema menos tratado ha sido la salud ambiental. Ver resultados por cursos en la tabla 4 y totales en la figura 4.

Tabla 4. Distribución de TFG del área de enfermería comunitaria por cursos

Áreas	Enfermería comunitaria					
	2012-13	%	2013-14	%	2014-15	%
Discapacidad	2	10,00%	0	0,00%	0	0,00%
Desigualdades en salud	0	0,00%	2	9,09%	2	14,29%
Educación para la salud	10	50,00%	9	40,91%	4	28,57%
Identificación problemas de salud comunitaria	5	25,00%	11	50,00%	8	57,14%
Participación comunitaria	2	10,00%	0	0,00%	0	0,00%
Salud ambiental	1	5,00%	0	0,00%	0	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>	<b>14</b>	<b>100,00</b>

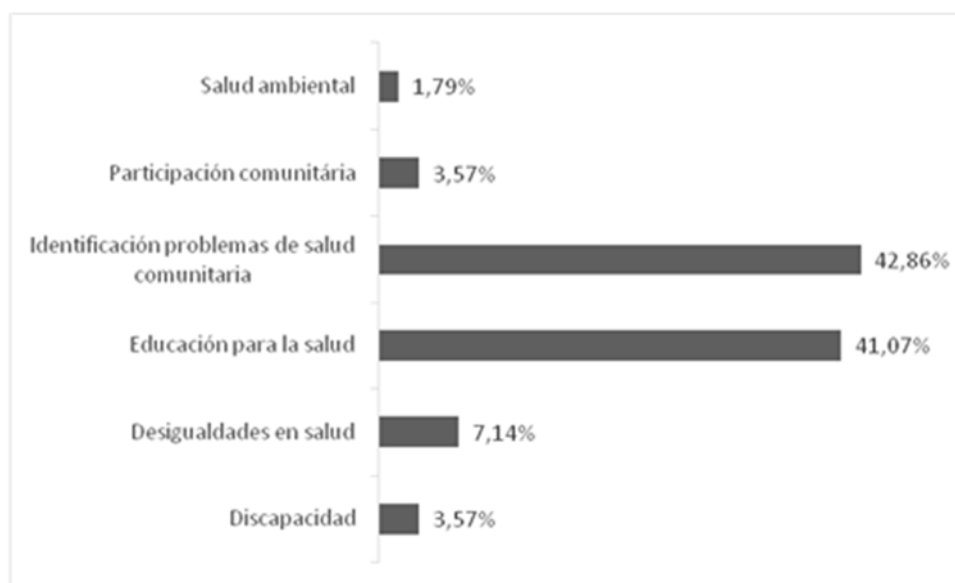


Figura 4. Resultados totales de TFGs del área de enfermería comunitaria

## 4 Conclusiones

El TFG favorece conjugar la transversalidad de las materias que conforman el título de grado de enfermería tal y como se desprende en la variedad de temas que los estudiantes han escogido para desarrollar su trabajo (1). Además, permite sentar las bases en investigación en los futuros profesionales de enfermería y dotarlos de unas primeras herramientas metodológicas

para seguir avanzando en el mundo profesional (2). Por consiguiente, se puede prever que en nuestro contexto se produzca un aumento progresivo en el interés para realizar actividades investigadoras y una oportunidad para avanzar de manera sólida en la producción científica enfermera (3).

En relación con las áreas de interés en investigación destacan, en primer lugar, los trabajos relacionados con la práctica clínica, en segundo lugar los trabajos vinculados al desarrollo profesional y por último los TFGs relacionados con la enfermería comunitaria. Todos estos trabajos responden a las líneas estratégicas de investigación prioritaria en España, definida en el documento de Acción Estratégica en salud 2013-16, en el marco del Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016 (4). Desde este marco, predominan los TFGs vinculados a la línea de investigación traslacional y clínica sobre la salud humana en torno a pediatría, enfermedades cardiovasculares, enfermedades crónicas y cuidados paliativos. Sin embargo, el Plan también plantea otras líneas prioritarias a investigar como por ejemplo la salud mental, el envejecimiento y fragilidad, la participación y el empoderamiento de los ciudadanos y la salud pública. Estos temas han sido muy poco desarrollados por los estudiantes. Esta situación refleja la necesidad de los estudiantes de verse proyectados en el cuidado directo de las personas enfermas, en detrimento de la investigación sobre las intervenciones en el marco de la Salud Comunitaria. En el fondo, estos resultados podrían mostrar que prevalece una visión de enfermería centrada en la persona y en la restauración de la salud, perpetuada por la mirada que los estudiantes encuentran durante su formación práctica y en la sociedad. Otra explicación posible al elevado número de trabajos vinculados a la restauración de la salud, podría ser el interés de los estudiantes en desarrollar trabajos que perciben como necesarios para su próxima incorporación en el mundo profesional.

Por lo que se refiere al bajo desarrollo de trabajos teóricos de tipo reflexivo y metaanálisis profesional podría indicar la baja motivación de los estudiantes por desarrollar los aspectos corporativos más teóricos y analíticos. Sin embargo, cabe observar que en un contexto de formación continuada del profesional, la formación teórica y académica va adquiriendo más peso cuando estos se sienten más competentes y expertos con el ejercicio de la profesión. En todo caso, conviene tener en cuenta que la profesión enfermera en nuestro contexto está aún en un proceso embrionario de la definición disciplinar y reflexión teórica.

El reto de fomentar otras áreas de estudio se plantea como necesario para impulsar el desarrollo de la profesión, en clave corporativa, y en un contexto en continuo cambio y evolución de los sistemas y servicios de salud. En esta línea, podría ser interesante que el centro estableciese

las áreas temáticas a desarrollar en el TFG y propusiese temas en línea con las prioridades actuales y el desarrollo disciplinar.

## **Bibliografía**

1. Universidad Autónoma de Barcelona. Plan de estudios del Grado de Enfermería. Universidad Autónoma de Barcelona; 2012.
2. Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya. (Guía para la evaluación de competencias en el trabajo fin de grada en el ámbito de las ciencias sociales y jurídicas). Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya; 2009.
3. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, de Miguel AG, González-María E, Clarke SP. Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilisation: a comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. *J Clin Nurs*. 2011 Jul;20(13-14):1936–47.
4. Resolución 2285 de 25 de febrero de 2015, por la que se aprueba la convocatoria de concesiones de subvenciones de la Acción Estratégica en Salud 2013-16. (Boletín Oficial del Estado, núm 53, 3 de marzo de 2015).

# Creación de un grupo de investigación enfermera. Interrelación asistencia y docencia.

## Creation of a nursing research group: encouraging knowledge transfer between field professionals and teachers.

Grup de Recerca Infermera  
per al Desenvolupament i Avanç de la Professió  
(GRIDAP)<sup>1</sup>

### Resumen

El grupo *Consorci Sanitari de Terrassa* (CST) incorporó en el año 2012 la hasta entonces *Escola Universitària d'Infermeria Creu Roja*. Este hecho junto con objetivos estratégicos del CST propició y animó la creación de grupos de investigación formados por profesionales asistenciales y docentes. Uno de estos grupos es el *Grup de Recerca Infermera per al Desenvolupament i Avanç de la Professió* (Grupo de Investigación Enfermera para el Desarrollo y Avance de la Profesión) (GRIDAP).

Uno de los objetivos del GRIDAP es trabajar en líneas de investigación de aplicación a la práctica diaria fomentando la transferencia del conocimiento. Este grupo también pretende favorecer la conexión de la teoría y la práctica incidiendo en temas que sean de interés común.

Durante el periodo de funcionamiento del grupo algunos objetivos estratégicos de las instituciones a las que pertenecen sus miembros se han modificado con la consiguiente repercusión en el grupo de investigación, sobretodo, en cuanto a soporte y seguimiento.

---

<sup>1</sup> C Andrés Carretero [candres@cst.cat](mailto:candres@cst.cat). Departamento de Recursos Humanos del Hospital de Terrassa (Barcelona);

C Ramon Canton, departamento de formación del Hospital de Terrassa (Barcelona); A Garcia Matarin, Profesora doctora de la EUIT (adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona); M Tarruella Farré, Profesora doctora de la EUIT (adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona); R Vernet Bellet, Profesor investigador adjunto de la EUIT (adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona).

La diferente consideración de la dedicación a la investigación por parte de las instituciones repercute en el funcionamiento del grupo y, por tanto, en la investigación enfermera.

La actividad investigadora depende de muchos factores ajenos al interés de los profesionales. Objetivos de las instituciones, prioridades asistenciales y académicas, oportunidades estratégicas pueden ser, entre otras, fortalezas o debilidades para desarrollar actividad investigadora y con ellos para favorecer el desarrollo y el avance de la disciplina enfermera.

**Palabras clave:** investigación enfermera, líneas de investigación, objetivos estratégicos.

## **Abstract**

The group *Consorci Sanitari de Terrassa* (CST) incorporated on 2012 what was until that day the *Escola Universitària d'Infermeria Creu Roja*. This fact also with strategic objectives of the CST promoted and encouraged the creation of investigation groups formed by professional assistants and teachers.

One of these groups is the *Grup de Recerca Infermera per al Desenvolupament i Avanç de la Profesió* (Group of Nursing Research for the Development and Advance of the Profession) (GRIDAP).

One of the objectives of the GRIDAP is to work in investigation lines of application in the daily practice and to foment the transference of this knowledge. This group also wants to improve the connection between theory and practice by dealing with subjects of common interest.

During the working period of the group the institutions to which its members belong have modified some of their strategic objectives, which has had a repercussion in the investigation group, especially in its support and monitoring.

The different consideration to the dedication in research that the institutions have affects the work of the group and, therefore, the nursing research.

The investigation activity depends on a lot of factors unconnected with the interest of the professionals. Objectives of the institutions, assistance and academic priorities, strategic opportunities can be strengths or weaknesses for developing the investigation activity and to improve the development and the progress of the nursing discipline.

**Key words:** nursing research, investigation lines, strategic objectives.

## Introducción

El grupo *Consorci Sanitari de Terrassa* (CST) es una entidad concertada que presta servicios sanitarios hospitalarios, de asistencia primaria, de asistencia sociosanitaria y otros dispositivos específicos en la comarca del Vallés Occidental en la provincia de Barcelona. El CST incorporó en el año 2012 la hasta entonces *Escola Universitària d'Infermeria Creu Roja* ubicada en Terrassa. Este hecho tan importante para cualquier empresa provocó grandes cambios y nuevos sistemas organizativos de acuerdo con planteamientos estratégicos ya establecidos.

Las dos instituciones (la asistencial y la docente) tuvieron que adaptarse a la nueva situación. Esta unión también facilitó nuevas oportunidades para ambas instituciones. En relación a la investigación la situación que se planteó fue la siguiente.

En el Plan Estratégico del CST ya se proponía como uno de los ejes la potenciación de la investigación, la docencia y la innovación (R+D+I) en el marco de la creación de una Área del Conocimiento <sup>[1]</sup>. Esta área iba a disponer de un recurso de soporte a la investigación que se concretaba en ocuparse de buscar las diferentes convocatorias de becas y de dar soporte metodológico y estadístico a los diferentes grupos.

En el año 2012, también, la Dirección de Enfermería del CST, en cumplimiento del Plan Estratégico del CST, elaboró un *Document Marc de Definició de Línies Estratègiques per la Recerca en Cures Infermeres* <sup>[2]</sup> (Documento Marco de Definición de Líneas Estratégicas para la Investigación en Cuidados Enfermeros) En este documento se planteaba el marco de referencia de la investigación en enfermería y la contextualización en el CST para la definición de las líneas de investigación de enfermería. También se ponía de manifiesto cual había sido y como debía continuar la estrategia formativa en cuanto a investigación del personal enfermero y cuales debían ser las líneas estratégicas para la investigación enfermera en el marco del CST.

Las líneas estratégicas que se identificaron en el documento promovido desde la Dirección de Enfermería y por tanto específicas para estos profesionales fueron:

- La ética del cuidado
- Desarrollo profesional
- Prevención de la enfermedad y promoción de la salud
- Proceso de cuidados
- Cuidados a la población vulnerable
- Promoción del autocuidado
- Seguridad clínica
- Continuidad asistencial
- Paciente privado de libertad



Fruto de las conversaciones y acuerdos con la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) para llevar a cabo el plan estratégico institucional de manera global, se presentó en el mes de Marzo de 2012 la creación de una Unidad de Investigación formada por el CST y la Universidad Autónoma de Barcelona, con el objetivo de dar cobertura a la investigación generada tanto por la propia universidad como por los diferentes dispositivos del CST y que quedaría integrada en el Área del Conocimiento comentada anteriormente.

Este acuerdo identificaba las áreas estratégicas de investigación que el grupo CST y la UAB habían consensuado en el contexto actual sanitario. Estas áreas eran:

- Salud pública y formas de vida saludables
- Personas mayores y enfermedades crónicas
- Medicina del deporte
- Medicina penitenciaria

La creación de esta unidad conjunta propició la propuesta de crear, a nivel de enfermería grupos de investigación emergentes conjuntos entre las dos instituciones, los profesionales enfermeros del CST y el departamento de enfermería de la UAB.

Como ya se ha introducido, el CST, en el mes de septiembre de 2012 incorpora la entonces *Escola Universitària Creu Roja* adscrita a la UAB, a través de su *Fundació per a la docència Sant Llützer*. Este centro universitario pasa a denominarse *Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa* (EUIT), y continua siendo un centro adscrito a la UAB. Una de las primeras acciones que promulgó la nueva institución en el centro universitario fue la definición de un Plan Estratégico propio.

En el Plan estratégico de la EUIT se identificaron como puntos fuertes del centro, entre otros, la experiencia del equipo docente y la existencia de potencial para desarrollar líneas de investigación. También se identificó como punto débil, entre otros, la falta de recursos para desarrollar la investigación e impulsar proyectos propios. El personal docente valoró la integración al CST como una oportunidad que posibilitaría las sinergias para crear nuevas líneas de investigación conjuntas.

Así, una de las líneas estratégicas definitivas fue potenciar la investigación y la innovación, planificar y optimizar los procesos de gestión de la investigación y facilitar el acceso de los investigadores a los grupos de investigación de la unidad creada en colaboración con la UAB. Esto permitía poder incidir en la transferencia del conocimiento y en la interacción de la docencia con la práctica asistencial.

La conjunción respecto a la investigación en general y en concreto a la investigación enfermera de las diferentes instituciones implicadas y presentadas propició la creación de diferentes grupos de investigación enfermera los cuales han tenido diferente evolución debido a cambios en las líneas estratégicas de las diferentes instituciones implicadas.

## 1 Objetivo

Esta comunicación tiene como objetivo presentar la evolución de un grupo emergente de investigación constituido por investigadores docentes y asistenciales: GRIDAP, *Grup de Recerca Infermera per al Desenvolupament i Avanç de la Profesió* (Grupo de Investigación Enfermera para el Desarrollo y Avance de la Profesión) La presentación abarca los objetivos del grupo, su evolución y las situaciones contextuales que han favorecido o dificultado su funcionamiento. También se pretende presentar de manera general la evolución de los grupos de investigación creados en general.

## 2 Metodología

Para llevar a cabo la constitución de grupos con intereses comunes se presentó el *Document Marc de Definició de Línies Estratègiques per la Recerca en Cures Infermeres* al equipo docente de la EUIT y al equipo asistencial del CST. Se informó también al equipo docente del Departamento de enfermería de la UAB.

La adhesión de los diferentes profesionales a alguna de las líneas de investigación propuestas en el Documento Marco permitió una primera aproximación a los intereses de los futuros miembros de los grupos.

A partir de esta primera aproximación se decidió priorizar alguna de las líneas dejando otras para un momento posterior.

Las líneas que se priorizaron para poner en marcha el proyecto fueron:

- Desarrollo profesional
- Prevención de la enfermedad y promoción de la salud
- Promoción del autocuidado

A estos se añadieron tres temas más de tres grupos que ya estaban funcionando aunque no respondían a las líneas marcadas en el documento marco. El motivo fue apoyar a los

profesionales que desde hacía algún tiempo estaban intentando, desde la asistencia, llevar a cabo proyectos de investigación. Estos grupos fueron:

- Salud y mujer
- Heridas crónicas
- Grupo de investigación en innovación y salud

Otra línea que también se propuso por interés de los profesionales fue la creación de un grupo de investigación sobre Salud mental.

Para la constitución de los grupos también se tuvo en cuenta las líneas estratégicas consensuadas en el acuerdo CST/UAB:

- Salud pública y formas de vida saludables
- Personas mayores y enfermedades crónicas
- Medicina del deporte
- Medicina penitenciaria

Una vez constituidos los grupos con miembros de las tres instituciones, se elaboró un documento por grupo con el Curriculum Vitae de los miembros y con identificación de un investigador principal que debía representar y dinamizar al grupo. El total de profesionales implicados en este primer momento fue de 77 en total.

Toda la documentación se recopilaba en el área del conocimiento como entidad que centralizaba la actividad de los grupos.

### **3 Resultados**

En este apartado se presenta la evolución de los grupos y la repercusión de los cambios estratégicos en los mismos.

#### **3.1 Evolución de la unidad de investigación CST/UAB**

La Unidad de Investigación del Área del Conocimiento empezó a funcionar y una de las primeras acciones que puso en marcha fue la recopilación de la información de los integrantes de los grupos: Curriculum vitae, actividades científicas, docencia, publicaciones, etc. Otra de las primeras actividades que puso en funcionamiento fue la divulgación de todas las becas a las cuales poder presentar proyectos en el ámbito sanitario.

Los grupos empezaron a funcionar pero diferentes situaciones que acaecieron en las distintas instituciones provocaron efectos en los grupos. El cambio institucional más relevante y que tuvo

influencia en los grupos y en el planteamiento inicial fue el cambio en la gerencia del CST y la repercusión de la crisis en la universidad y en la sanidad. La Unidad de Investigación perdió fuerza. El responsable de esta unidad, que era un profesor investigador de la UAB dejó el cargo y así parte del primer gran impulso decayó.

El CST mantuvo un área de ayuda a la investigación sólo a nivel interno que después de un período de reestructuración y como grupo investigador casi invisible, volvió a dar información sobre concursos de proyectos y ayuda para la presentación de los mismos. La actual Oficina Técnica de Investigación da soporte metodológico en el desarrollo y seguimiento de proyectos, soporte a la traducción lingüística y gestiona los contratos y convenios de investigación. Esta área continúa siendo el aglutinador de las actividades investigadoras de todos los dispositivos del grupo CST.

Todos estos cambios unidos a los diferentes ritmos de las instituciones implicadas han provocado que de los 6 grupos que inicialmente se constituyeron solo sigan activos 2. Estos dos grupos son los que se derivan de las líneas estratégicas de desarrollo profesional y de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. De esta segunda línea se creó el GREPPS, *Grup de recerca emergent en Promoció i Prevenció de la salut* (Grupo de investigación emergente en Promoción y prevención de la Salud). De la primera línea, la de desarrollo profesional se creó el GRIDAP, *Grup de Recerca Infermera per al Desenvolupament i Avanç de la Profesió* (Grupo de Investigación Enfermera para el Desarrollo y Avance de la Profesión)

### **3.2 Evolución del GRIDAP**

En el momento de creación del GRIDAP estaba formado por 9 profesionales de los cuales 2 pertenecían al Departamento de enfermería de la UAB, 3 al departamento de enfermería de CST y 4 al equipo docente de enfermería de la EUIT. Respecto a la formación académica, en el inicio era de 2 doctoras, tres doctorandas, un Máster y tres diplomadas en enfermería.

En un primer momento se planificaron reuniones mensuales en las que el primer objetivo fueron cuestiones organizativas internas y la búsqueda de los aspectos de interés de los diferentes participantes. Había que buscar los temas de confluencia para iniciar el proceso de investigación. El interés de los miembros era plantear temas que fomentaran el desarrollo profesional, cuyos resultados pudieran ser aplicados facilitando la transferencia de conocimiento y que interesaran tanto en el ámbito asistencial como en el universitario.

Como miembros del GRIDAP seguíamos trabajando, pensando y buscando. El proceso de búsqueda fue largo y durante el camino acaecieron diversas situaciones que provocaron cambios

en el grupo. Además de los cambios institucionales ya comentados, también aparecieron situaciones internas particulares que incidieron en el grupo.

Por situaciones personales uno de los miembros del departamento de enfermería del CST manifestó su intención de dejar el grupo.

La UAB disminuyó su implicación en este proyecto conjunto y los dos miembros del grupo pertenecientes al Departamento de Enfermería de la UAB manifestaron su intención de no continuar. Hay que decir que también hubo motivos personales de estas dos profesoras que se sumaron a la situación coyuntural.

De 9 miembros que iniciaron el proceso quedábamos 6. Estos 6 continuábamos pensando que el hecho de encontrarnos profesionales de la asistencia y la docencia con buena sintonía y desde el interés por la investigación era una oportunidad que no podíamos desaprovechar y que teníamos que continuar en pro de nuestra profesión.

Desde la EUIT, la línea estratégica de promocionar la investigación y la transferencia del conocimiento continua viva y desde el Departamento de Enfermería del CST también querían continuar impulsando la investigación.

La dirección de la EUIT contempla en la dedicación docente para los profesores horas dedicadas a la investigación. La situación de los profesionales asistenciales del grupo es diferente.

El GRIDAP decidió, finalmente, un tema que quería trabajar y preparar un proyecto. El tema interesaba tanto a los profesionales asistenciales como a los docentes. En la EUIT había una profesora doctora experta en el tema elegido y se la invitó a formar parte del grupo. Éramos 7.

Estos altibajos hacen que el tiempo de funcionamiento real del grupo haya sido de un año y medio. Durante este tiempo, a pesar de todos los cambios, hemos conseguido elaborar un proyecto de investigación que ya tenemos enviado al Comité de Ética de Investigación Clínica para su aprobación y así poder iniciar su desarrollo. El proyecto es: Administración segura de medicamentos. Conocimientos y opiniones de profesionales de enfermería y de estudiantes de cuarto curso de Grado en Enfermería. Estamos elaborando, también, el documento de solicitud para presentar este proyecto a una beca. También vamos a implicar a estudiantes de la asignatura Trabajo de Fin de Grado en la investigación.

Al margen de la actividad grupal, los diferentes miembros han realizado otras actividades científicas: 6 artículos publicados en revistas especializadas y 1 miembro del equipo ha conseguido el grado de doctor.

En la actualidad el GRIDAP está formado por 7 profesionales, 5 del ámbito académico y 2 del asistencial. La formación académica de los miembros actuales es tres doctoras, dos doctorandos y dos diplomadas en enfermería.

El futuro nos los planteamos continuando en la investigación, trabajando para el desarrollo y avance de la profesión y que esto pueda revertir en una mayor implicación y conexión entre la asistencia y la docencia. La situación de la EUIT como parte del grupo del CST nos da una oportunidad única de continuidad y de aplicación de los resultados que se desprendan de las investigaciones que pueda desarrollar el GRIDAP.

El otro grupo que sigue activo, el GREPPS, también ha experimentado una disminución considerable de sus miembros por distintos motivos. En la actualidad los profesionales del CST y de la EUIT que siguen en el grupo son 1 docente, 9 enfermeras de asistencia primaria y una trabajadora social. Este grupo ha elaborado el estudio: La dinámica de salud de Torresana: un modelo de diagnóstico de salud comunitaria del cual ya han realizado diferentes actividades de difusión.

El total de profesionales asistenciales y docentes implicados hoy en día es de 18, entre los dos grupos, lo que representa una disminución considerable respecto al número de inicio.

## 4 Conclusiones

La diferente consideración de la dedicación a la investigación por parte de las instituciones repercute en el funcionamiento del grupo y, por tanto, en la investigación enfermera.

La participación de profesionales docentes y asistenciales obliga a buscar intereses comunes para alcanzar los objetivos marcados.

A los docentes, el formar parte de un consorcio sanitario con objetivos asistenciales pero con un gran interés en la formación universitaria les ha ofrecido grandes oportunidades. A los profesionales asistenciales, incorporar en el mismo grupo empresarial, un centro universitario les ha abierto las puertas a un mundo que consideraban, mayormente, lejano a la realidad. El beneficio común es el acercamiento de los dos ámbitos teniendo en cuenta el contexto.

La investigación en enfermería requiere, todavía, mucha implicación de las instituciones en todos los ámbitos laborales y muchas veces acaba siendo una cuestión de esfuerzo personal sin reconocimiento ni institucional ni profesional.

La actividad investigadora depende de muchos factores ajenos al interés de los profesionales. Objetivos de las instituciones, prioridades asistenciales y académicas, oportunidades estratégicas pueden ser, entre otras, fortalezas o debilidades para desarrollar actividad investigadora y con ellos para favorecer el desarrollo y el avance de la disciplina enfermera.

## **Bibliografia**

1. Pla Estratègic 2011-2015 del Consorci Sanitari de Terrassa. [Citado el 20 de septiembre de 2015]. Disponible en <http://www.cst.cat/grup-cst/qui-som/area-institucional/pla-estrategic-i-politica-de-qualitat>
2. Comellas Oliva M., Romero Rascón C. et al: Document Marc de Definició de Línies Estratègiques per la Recerca en Cures Infermeres. Consorci Sanitari de Terrassa. Juliol 2012.

# Autoevaluación y evaluación por el Tutor de Prácticas Clínicas: estudio comparativo

## Self-assessment and grades awarded by the professional tutor. Comparative study

*Meneses Monroy, A. [et. al]<sup>1</sup>*

[Alfonso.meneses@cruzroja.es](mailto:Alfonso.meneses@cruzroja.es)

Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja Madrid  
(Universidad Autónoma de Madrid)

### Resumen

Introducción: La autoevaluación es la valoración de una persona por ella misma, obligándose a interrogarse sobre su actuación. En el campo de las prácticas clínicas de medicina su aplicación ha demostrado importantes mejoras en el rendimiento teórico práctico. Objetivo: comparar las notas de la autoevaluación del estudiante en cada uno de los rotatorios de prácticas clínicas de enfermería, con la nota obtenida por la evaluación de su tutor profesional. Metodología: estudio descriptivo utilizando los datos de las notas obtenidas en prácticas clínicas por los alumnos en la Escuela Universitaria de Cruz Roja Madrid (España) durante el curso académico 2013/14. Variables analizadas: nota de autoevaluación (NA) y nota del tutor profesional (NTP). Resultados: Las notas medias de la autoevaluación se van incrementando conforme avanzan los rotatorios, mientras que las notas medias de la evaluación del tutor se incrementan en los primeros rotatorios y posteriormente descienden, La covarianza y el coeficiente de correlación entre la NA y la NTP calculado en cada uno de los rotarios son próximos a cero. Discusión: Pese a que algunos estudios muestran que existe relación entre la autoevaluación y la nota obtenida por el alumno, en nuestro trabajo no hemos encontrado esta relación. El incremento de la NA según avanzan los rotatorios y el descenso en la NTP es una tendencia que necesita confirmarse con estudios a más largo plazo. En cualquier caso es motivo de reflexión para garantizar un adecuado aprendizaje del alumno.

---

<sup>1</sup> Martínez Miguel, E.; García-Carpintero Blas, E.; Tovar Reinoso, A.; Velarde García, J. F. ; Pulido Mendosa, R. Escuela Universitaria Cruz Roja Madrid (Universidad Autónoma de Madrid).



## **Palabras clave: Autoevaluación, prácticas clínicas, aprendizaje**

### **Abstract**

Introduction: Self-assessment is a person's evaluation by himself/herself, having to question his/her performance. In the field of medical clinical training its use has shown important improvement in theoretical practical performance. Objective: To compare the student's self-assessment grades for each placement of practical clinical training with the grades awarded by the professional tutor. Methods: Descriptive study using data from from the clinical practice grades obtained by students from the Red Cross University Nursing School in Madrid (Spain) during the 2013/2014 academical year. Variables used: Self-assessment grade (SAG) and profesional tutor's grade (PTG). Results: Average SAGs increase as they advance through their placements, whereas average PTGs increase for the first placements and decrease afterwards. Covariance and correlation coefficient between SAG and PTG for each placement are close to 0. Discussion: Although some studies show that there is a relationship between Self-assessment and the grades awarded to the students, we didn't find such relationship. Rise of SAG and decrease of PTG with placement advancement is a tendency wich needs confirmation with long-term studies. In any case it's something to reflect upon in order to guarantee proper learning.

**Keyword: self-assessment, clinical training, learning.**

## **Introducción**

El sistema de enseñanza aprendizaje que define el Espacio Europeo de Educación Superior se enmarca en un modelo centrado en la adquisición de competencias. La introducción de dichas competencias como eje del proceso de enseñanza-aprendizaje implica una profunda reflexión, no solo de las metodologías docentes sino también, sobre los métodos de evaluación (1). Esta transformación debe producirse en todos los entornos de aprendizaje, pero especialmente en el entorno clínico donde el estudiante lleva a cabo la formación práctica.

La evaluación es un proceso directamente vinculado con la calidad de la enseñanza, su correcta definición y desarrollo establecen el marco necesario para conducir el aprendizaje, ajustar los métodos de enseñanza y, en último término, para permitir la mejora continua del proceso formativo. En sí misma, constituye una herramienta esencial para conseguir un aprendizaje efectivo ya que es, al mismo tiempo, causa y efecto del aprendizaje. Las actuales tendencias tienden a definirla como una actividad formadora, centrada principalmente en el estudiante y en su proceso

de toma de decisiones y no tanto en el producto de sus acciones (2). Por lo tanto, se considera parte integrante del proceso enseñanza-aprendizaje, pasando de ser una tarea realizada solamente por el profesor, a contemplarse como una tarea de autoevaluación y de evaluación colaborativa del profesor y el estudiante.

Diferentes investigaciones en el contexto universitario durante los últimos años, vienen insistiendo en la necesidad de potenciar en los estudiantes la capacidad para regular sus propios procesos de aprendizaje a través de la participación activa en los procedimientos de evaluación, impulsándolo a través de distintas estrategias (3-10). Estos nuevos modos de evaluación implican que el estudiante reflexione sobre su aprendizaje y se convierta en una persona que interviene activamente en el proceso enseñanza aprendizaje. Una de las técnicas empleadas es la autoevaluación que, aunque su utilización se viene potenciando en los últimos años y, por lo tanto, no puede afirmarse que se trate de una técnica nueva, sí que resulta novedosa su utilización sistemática en el contexto universitario (11). La autoevaluación es la valoración de una persona por sí misma, en un proceso que obliga a saber interrogarse acerca de la propia actuación.

La autoevaluación, ha sido investigada por autores que revelan la necesidad del uso del pensamiento crítico y reflexivo en su realización (12). Para que no sea un mero espejismo, es imprescindible que los estudiantes se sientan en la necesidad de adoptar el pensamiento crítico y la reflexión en la acción. Deben ser capaces de identificar sus fallos, problemas y déficits para que la autoevaluación no se limite a una calificación, sino que constituya un referente esencial en la superación personal y académica del estudiante. En el campo de las prácticas clínicas de medicina la autoevaluación ha demostrado importantes mejoras en el rendimiento teórico práctico (13).

El estudiante de Grado de Enfermería durante sus prácticas clínicas adquiere las habilidades indispensables para el ejercicio de la profesión: debe ser capaz de integrar y demostrar los conocimientos teóricos adquiridos para poder cuidar personas y grupos de forma holística, desarrollando las competencias que le son propias. En el aprendizaje clínico, el estudiante es, más que nunca, el centro de la enseñanza. Desde la década de los ochenta en España, se percibía en algunos estudios la necesidad de introducir la implicación activa del alumnado, mediante su participación, en la evaluación de las prácticas clínicas (14). Pero la evaluación de las prácticas clínicas no se encuentra exenta de dificultades debido a diferentes factores como la diversidad de ámbitos clínicos, el gran número de profesionales de enfermería implicados en la enseñanza práctica y la dificultad de aunar criterios en cuanto a los objetivos formativos a alcanzar por los estudiantes y que éstos se vean plasmados en herramientas de evaluación adecuadas (15). Al realizar un análisis reflexivo de la práctica clínica, identificando fortalezas y debilidades de su propio aprendizaje, se responsabilizarán de su propia formación teniendo una activa participación,



## 1 Objetivo

El objetivo principal de este trabajo es comparar las calificaciones de la autoevaluación del estudiante en cada uno de los rotatorios de prácticas, con la calificación otorgada por su tutor profesional para comparar si existe correlación entre ambas variables.

El objetivo secundario es revisar el sistema de autoevaluación y evaluación existente de las prácticas tuteladas y proponer, en base a los resultados obtenidos, un sistema de autoevaluación que fomente la reflexión del estudiante.

## 2 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se diseña un estudio descriptivo utilizando los datos de las calificaciones obtenidas en prácticas clínicas por los alumnos en la Escuela Universitaria de Cruz Roja Madrid (España) durante el curso académico 2013/14. Las variables analizadas han sido por un lado la calificación de autoevaluación del estudiante y por otro la calificación otorgada por el tutor responsable de su formación práctica.

El número de estudiantes de cada curso y rotatorio sobre los que se ha realizado el estudio se muestra en la tabla 1.

Rotatorio	Número de estudiantes
PT I	79
PT II	80
PT III	61
PT IV	56
PT V	58
PT VI	56
<b>Total</b>	<b>390</b>

Tabla 1: Número de estudiantes participantes en el estudio (Elaboración Propia)

Los alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja Madrid, realizan sus prácticas tuteladas en diversos hospitales de la red pública de asistencia sanitaria de la Comunidad de Madrid (España) con los que la UAM tiene establecido convenio de formación, estos son: Hospital Universitario Puerta de Hierro, Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario La

Princesa, Hospital Central de Cruz Roja y Clínica Santa Elena. Además realizan un rotatorio de prácticas en diversos centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid (España).

Al finalizar cada uno de los rotatorios, el estudiante debe enviar a través de la plataforma Moodle (plataforma de enseñanza online utilizada por la UAM) un documento con su autoevaluación, que recoge los mismos ítems (valorados de 0 a 10) que son evaluados por su tutor profesional de prácticas. Estos apartados van modificándose conforme el estudiante va avanzando en su formación práctica y recogen resultados de aprendizaje tales como iniciativa, ubicación e integración en la unidad, comunicación y relación con pacientes / familia, marco deontológico, aplicación del proceso enfermero, habilidades en destrezas y procedimientos, régimen terapéutico y cumplimentación de los registros. En el anexo se recoge, a modo de ejemplo, un modelo de evaluación y autoevaluación correspondiente a segundo curso de Grado. La evaluación del tutor profesional es recogida al final de cada rotatorio por el profesor responsable de la Escuela de Enfermería de Cruz Roja. En la calificación final del estudiante, la autoevaluación tiene un peso de un 10%, la calificación del tutor de un 70% y el resto (20%) corresponde a una actividad que los estudiantes realizan durante las prácticas. Esta actividad es diferente en cada curso en función de los resultados de aprendizaje correspondientes: en segundo curso consiste en un diario reflexivo individual, en tercer curso en la resolución de un caso clínico grupal con metodología NANDA-NIC-NOC grupal y en cuarto curso la elaboración un portafolio docente individual.

La tabla 2 recoge los porcentajes asignados a cada una de las actividades de la evaluación de las prácticas tuteladas.

2º CURSO PT I y PT II	3ºCURSO PT III Y PT IV	4ºCURSO PT V y PT VI
Evaluación tutor profesional (70%)	Evaluación tutor profesional (70%)	Evaluación tutor profesional (70%)
Diario reflexivo (20%)	Caso NNN (20%)	Portafolio (20%)
Autoevaluación (10%)	Autoevaluación (10%)	Autoevaluación (10%)

Tabla 2: porcentajes asignados a cada una de las partes de la evaluación de prácticas tuteladas (Elaboración propia)

Para llevar a cabo este trabajo, se ha realizado un análisis descriptivo de las variables “nota de autoevaluación” (NA) y “nota del tutor profesional” (NTP).

La variable NA se ha recogido de los formularios enviados por los estudiantes a través de la plataforma moodle y la NTP se ha obtenido a partir de los datos suministrados por los tutores profesionales en sus hojas de evaluación.

Con los datos recopilados se ha elaborado una tabla Excel a la que se han incorporado las NA y las NTP para cada uno de los rotatorios de prácticas tuteladas del curso académico 2013 / 14. En ningún caso se ha recogido información personal del estudiante ni cualquier otro dato que permita su identificación por ningún medio.

La descripción de cada variable se ha realizado con parámetros de tendencia central como la media, mediana y la moda y la dispersión de los datos se ha medido mediante la desviación típica y la varianza.

Para comprobar la relación entre las dos variables se han calculado la covarianza y el coeficiente de correlación.

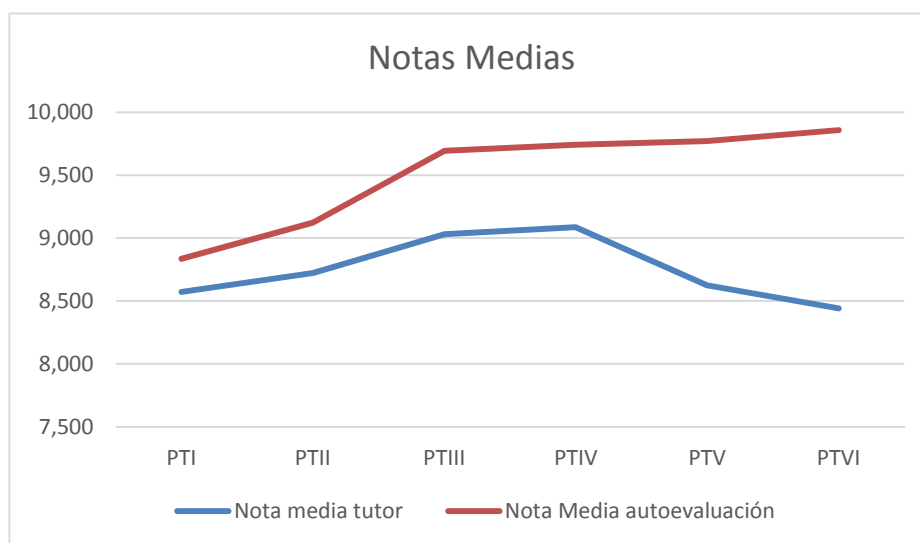
Los cálculos se han realizado mediante el programa Excel 2013.

### 3 Resultados

Las calificaciones medias de la autoevaluación se van incrementando conforme avanzan los rotatorios, mientras que las calificaciones medias de la evaluación del tutor profesional, se incrementan en los primeros rotatorios y presentando posteriormente un ligero descenso.

El gráfico 1 recoge esta tendencia.

Gráfico 1: Evolución de las notas medias según rotatorio



Al analizar con más detalle las características de la NA y la NTP, observamos que existe, según se progresa en el aprendizaje, una mayor agrupación de los datos en torno a la media, situación que no sucede al revisar los parámetros de dispersión de la calificación del tutor. En cualquier caso la dispersión en torno a la media es siempre mayor en las NTP que en las NA. Tanto la media como la moda son elevadas en ambos casos oscilando entre el 9 y el 10.

La tablas 3 y 4 reflejan los resultados globales de las dos variables en función del rotatorio.

Rotatorio	PT I	PT II	PT III	PT IV	PT V	PT VI
Media	8,835	9,123	9,693	9,742	9,771	9,858
Mediana	9,000	9,100	10,000	10,000	10,000	10,000
Moda	9,000	9,000	10,000	10,000	10,000	10,000
Desviación Media	1,024	0,555	0,441	0,456	0,434	0,330
Varianza	1,035	0,304	0,191	0,205	0,185	0,107

Tabla 3: Descriptivos de la autoevaluación según rotatorio (elaboración propia)

Rotatorio	PT I	PT II	PT III	PT IV	PT V	PT VI
Media	8,572	8,721	9,030	9,085	8,624	8,440
Mediana	9,000	9,000	9,200	9,250	8,750	8,740
Moda	9,000	9,000	10,000	10,000	9,000	9,000
Desviación Media	1,390	0,960	0,972	0,828	0,864	1,133
Varianza	1,908	0,910	0,929	0,674	0,733	1,262

Tabla 4: Descriptivos de la nota del tutor según el rotatorio (elaboración propia)

La covarianza y el coeficiente de correlación calculado en cada uno de los rotarios son próximos a cero lo que nos indica que no hay relación entre la NA y la NTP (Tabla 5):

Rotatorio	PT I	PT II	PT III	PT IV	PT V	PT VI
Covarianza	0,052	0,056	0,032	0,143	0,081	0,047
Coeficiente de correlación	0,037	0,107	0,076	0,385	0,221	0,128

Tabla 5: Evolución de la covarianza y el coeficiente de correlación entre NTP y NA según rotatorio (elaboración propia)

Por último, la distribución de calificaciones por intervalos en cada uno de los rotatorios se muestra en la tabla 6.

Intervalo	Autoevaluación						Nota del Tutor					
	PT I	PT II	PT III	PT IV	PT V	PT VI	PT I	PT II	PT III	PT IV	PT V	PT VI
[0-1)												
[1-2)												
[2-3)	1						1					
[3-4)							1					
[4 -5)									1			
[5 -6)							1					
[6 -7)							3	6	1	1	1	7
[7 -8)	3	2		1			11	12	4	4	10	10
[8 -9)	31	19	5	2	4	1	19	15	14	13	26	15
[9 -10]	44	59	56	53	54	55	43	47	41	38	21	24

Tabla 6: distribución de NTP y NA según rotatorio

## 4 Discusión

En contraposición con los resultados obtenidos en otros estudios donde existe una concordancia entre profesor y estudiante en las puntuaciones, indicando que los alumnos tienen un conocimiento muy aproximado de la calificación que pueden esperar al terminar la asignatura (18-20), los resultados de nuestro estudio muestran que no existe correlación entre la autoevaluación del estudiante y la evaluación que realiza el tutor profesional. Es decir, calificación alta en la autoevaluación, no siempre se corresponde con una calificación elevada otorgada por parte del tutor profesional.

Otra observación que se desprende del análisis de los resultados es que los alumnos tienden a incrementar la calificación de la autoevaluación conforme avanzan en los rotatorios mientras que la calificación del tutor a partir del cuarto rotatorio tiende a disminuir, acrecentándose las diferencias en el último de los rotatorios.

En este sentido, la calificación media de los estudiantes en la autoevaluación de PTI es de 8.835 y en PTVI alcanza un valor de 9.858. La dispersión de los datos también se va reduciendo conforme se avanza en los rotatorios como muestran los datos referentes a la desviación media y la varianza. Por el contrario la calificación media del tutor en el primer rotatorio es 8.572 y en el



último es de 8.440 siendo en estos rotatorios, además, cuando la dispersión de los datos en torno a la media es también mayor. Estos resultados chocan con los aportados en otros estudios donde claramente la calificación de los estudiante es superior según avanzan los rotatorios, justificado por los autores por el hecho de que el estudiante lleva a cabo acciones con más pericia, tiene mayor capacidad para tomar decisiones; está, en otras palabras, casi a la altura de un profesional (20-21).

En nuestro caso, que la calificación del tutor profesional descienda a partir de las PTTV en 4º curso podría estar relacionado con el paso de los estudiantes, a partir de este momento, por unidades especializadas dónde los niveles de exigencia por parte de los profesionales pueden ser mayores; no obstante para confirmar este aspecto sería necesario un estudio más a largo plazo. Por otro lado, que los estudiantes incrementen la calificación de su autoevaluación conforme avanzan en los rotatorios, podría explicarse porque su nivel de autoexigencia disminuye conforme avanzan sintiéndose más seguros y por lo tanto más capacitados para llevar a cabo las tareas encomendadas. Algunos factores que podrían explicar esta observación es que disminuye la incertidumbre del estudiante en el contexto clínico, hay un mayor dominio de las técnicas, mayores conocimientos teóricos y la vivencia de experiencias previas en entornos reales que aumentarían la confianza del estudiante. En otro sentido, quizá, el hecho de que la calificación de la autoevaluación sume un punto a la calificación final de las prácticas, también podría tener influencia en que el alumno tienda a flexibilizar su autoevaluación con tendencia al alza, con el fin de obtener una mejor calificación final.

Este trabajo aporta una aproximación general a las diferencias entre las calificaciones de la autoevaluación y la calificación de los tutores de prácticas clínicas pero se requiere un estudio más a largo plazo para confirmar si las tendencias expuestas se mantienen en el tiempo, Utilizar técnicas cualitativas para conocer las opiniones de los estudiantes en torno a la autoevaluación podría ayudar a establecer mecanismos más eficaces para lograr el fin último de la autoevaluación que no es otro que mejorar el aprendizaje del alumno.

## **Bibliografía**

1. Porras B, Cano S. Evaluación de competencias en el Practicum de enfermería. *Metas enferm.*2012;15(1):15-22.
2. Benito Á, Cruz A. Nuevas claves para la docencia universitaria en el espacio europeo de educación superior. Madrid: Narcea;2005
3. Rodríguez G, Ibarra M, Gallego B, Gómez MA, Quesada V. La voz del estudiante en la evaluación del aprendizaje: un camino por recorrer en la universidad. *RELIEVE.*2012;18(2)
4. Bordas MI, Cabrera FA. Estrategias de evaluación de los aprendizajes centrados en el proceso. *Rep.* 2001; 2(18):25-48.

5. Falchikov N. Improving Assessment Through Student Involvement. Practical solutions for aiding learning in higher and further education. London: Routledge-Falmer;2005
6. Ibarra MS, Rodríguez G. Los procedimientos de evaluación como elementos de desarrollo de la función orientadora en la universidad. REOP.2001;21(2):443-461.
7. Boud D. Assessment 2020: Seven propositions for assessment reform in higher education. Sydney: ALTC;2010
8. López VM. La evaluación formativa y compartida en docencia universitaria: propuestas, técnicas, instrumentos y experiencias. Madrid: Narcea;2009
9. Rodríguez G, Ibarra MS, Gómez MA. e-Autoevaluación en la universidad: un reto para profesores y estudiantes. Revista de Educación. Avance de publicación on-line.2011;356: 401-430
10. Ljungman A, Silén C. Examination involving students as peer examiners. Assessment & Evaluation in Higher Education.2008;33(3):289-300
11. Rodríguez G, Ibarra MS, Gómez MA. (2011). e-Autoevaluación en la universidad: un reto para profesores y estudiantes. Revista de Educación.2011; 356: 401-430
12. Santos M. Una flecha en la diana. La evaluación como aprendizaje. Madrid:Narcea;2003
13. Navia MP, et al. Autoevaluación en prácticas clínicas de alumnos del departamento de medicina Carrera de Medicina - UMSA Gestión. 2008;53(1): 14-19
14. Siles, et al. Valoración del tiempo y esfuerzo empleado por alumnos de enfermería (1º diplomatura de enfermería) en la consecución de objetivos durante sus prácticas clínicas: una aplicación del diario de prácticas clínicas como instrumento de reflexión en la acción. En: Martínez, M<sup>a</sup> A. y Carrasco, V. (Eds.)La multidimensionalidad de la educación universitaria. Redes de Investigación docente Espacio Europeo de Educación Superior (vol. I). Marfil, Alicante: 113-136.
15. Albi J, Caamaño MD, García F, Abad MÁ, Fernández C, Benavente MJ. Desarrollo de un instrumento de evaluación de las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería. Enferm. clín. 2003;13(3):146-153.
16. Gabaldón EM. Los planes de cuidados como evaluación escrita de las prácticas clínicas. Col. Tesis doctorales Universidad de Alicante;2008
17. Navarro N. Diseño y validación de un instrumento de evaluación clínica. Revista educación para la salud.2009; 6(2):79-86.
18. Gabaldón, EM. Los planes de cuidados como evaluación escrita de las prácticas clínicas. Col. Tesis doctorales. Universidad de Alicante.2008
19. Watts F, García A, Martínez N. Relación entre autoevaluación y evaluación por profesor. Estimación del tiempo de dedicación del estudiante. En Watts, F. y García-Carbonell, A. (eds.) La evaluación compartida: investigación multidisciplinar. Valencia: UPV; 2006: 109-130.
20. Chamorro E, Sendino A, San José B. Concordancia entre alumnos y profesores en las puntuaciones de exámenes teóricos. Metas Enferm. 2007; 10: 25-30.
21. Serrano-Gallardo P., Martínez-Marcos M., Arroyo-Gordo M.P., Lanza-Escobedo D. Análisis del portafolio como herramienta evaluativa de las prácticas clínicas de enfermería comunitaria en estudiantes de pregrado. Educ. med. [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2014 Jul 17]; 13(3): 177-185. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132010000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132010000300009&lng=es)

## Anexo

RESPONSABILIDAD	El estudiante acude puntualmente a sus prácticas, demuestra responsabilidad en sus actuaciones y cumple con las normas de la unidad				
	0-4	5-6	7-8	9-10	NOTA
				X	10
INICIATIVA	El estudiante participa activamente en el aprendizaje, pregunta y demuestra interés, demuestra iniciativa y trabaja coordinadamente con otros profesionales.				
	0-4	5-6	7-8	9-10	NOTA
				X	10
UBICACIÓN/ INTEGRACIÓN EN LA UNIDAD	Conoce físicamente la unidad, los roles de los profesionales que trabajan en ella y se integra adecuadamente en el equipo				
	0-4	5-6	7-8	9-10	NOTA
				X	10
COMUNICACIÓN/RELACION CON PACIENTES Y FAMILIA	El estudiante establece una comunicación terapéutica eficaz con los pacientes y familiares.				
	0-4	5-6	7-8	9-10	NOTA
				X	10
MARCO DEONTOLÓGICO	El estudiante actúa según el código ético y deontológico de la enfermería española, preserva la intimidad y la confidencialidad y los derechos del paciente y la familia.				
	0-4	5-6	7-8	9-10	NOTA
				X	10
APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO 1	El estudiante aplica los fundamentos y los principios teóricos y metodológicos de la enfermería en la valoración y planificación de cuidados individualizados, holísticos y con perspectiva de género.				
	0-4	5-6	7-8	9-10	NOTA
				X	10
APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO 2	El estudiante proporciona cuidados de salud de forma individualizada, holística y con perspectiva de género, con la supervisión del personal de enfermería.				
	0-4	5-6	7-8	9-10	NOTA
				X	10

# Modernización de los mecanismos de participación en la evaluación de la práctica clínica.

## Modernization of the mechanisms of participation in the evaluation of clinical practice.

*Donoso Calero, MI [et. Al]<sup>1</sup>*

*[mariaisabel.donoso@uclm.es](mailto:mariaisabel.donoso@uclm.es);*

*Profesora Asociada. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Talavera de la Reina*

### Resumen

La adaptación a las condiciones de los planes de estudios al EEES ha supuesto la necesidad de cambios sustanciales en lo relativo a las Estancias y prácticas clínicas y Practicum en los distintos Planes de Estudios. (1). La actividad docente y la actividad asistencial en los distintos dispositivos sanitarios y socio sanitarios, Hospitales, Centros de Salud de Atención Primaria, Residencias etc. se ha visto incrementada con nuevas competencias como la utilización de las TICs, la virtualidad, la simulación etc. Esto ha provocado una revisión y actualización de las comunicaciones entre los actores implicados en el desarrollo de estas asignaturas del Plan de Estudios. Las nuevas tecnologías y sistemas contribuyen por ello a mejorar la calidad y la transparencia de la docencia asistencial, necesaria para el logro de las correspondientes competencias de la práctica clínica. En la actualidad las TICs nos acercan a cualquier entorno. La mayoría del desarrollo tecnológico de las instituciones ha estado dirigido al ciudadano y a lograr la transparencia de la actividad asistencial (2). Propondremos la herramienta para la evaluación de los estudiantes con participación en las prácticas clínicas de todos los profesionales del ámbito docente asistencial comprometidos con los estudiantes, que potencia la claridad, adecuación y rigor de un procedimiento tan complejo. Así mismo se trata de estimular la participación docente y pedagógica en la enseñanza práctica de los estudiantes de Enfermería.

---

<sup>1</sup> Martín Conty, J. Profesor Ayudante; Moreno Pacha, AM. Profesora Invitada; Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Talavera de la Reina. UCLM.

García López V. Profesora titular. E.U.E y F. Toledo. UCLM.

**Palabras clave:** enfermería, prácticas clínicas, profesores colaboradores, estudiantes, informatización.

## **Abstract**

Adapting to the conditions of the curricula to the EEES has led to the need for substantial changes in regard to clinical and practicum stays and practices in different curricula. (1). The teaching and clinical activity in different healthcare facilities and social health, hospitals, health centers primary care, residences etc. It has been enhanced with new powers such as the use of TICS, virtuality, simulation etc. This has caused a revision and update of communications between the actors involved in the development of these subjects in the curriculum. New technologies and systems therefore contribute to improving the quality and transparency of health care teaching necessary to achieve the relevant skills in clinical practice. Currently TICS bring us to any environment. Most of the technological development of the institutions has been directed to citizens and achieving transparency of healthcare activities (2) propose a tool for assessing students participating in the clinical practice of all health care professionals committed to educational level students, which enhances the clarity, appropriateness and rigor of a process as complex. Likewise it is to encourage participation in educational and pedagogical practice teaching nursing students

**Keywords:** nursing, clinical practices, employees, teachers, students, computerization.

## **Introducción**

La participación del colaborador de prácticas en el propio centro de trabajo de manera más ágil e inmediata, incorporando en esta aportación el registro puntual temporal de la valoración hecha la estudiante, constituye la propuesta que se presenta. Se fundamenta en la necesidad de participación que el enfermero/a que acompaña al estudiante en su trabajo debe aportar, y que por numerosas razones no siempre se encuentra presente en el momento de la evaluación. Anteriormente un estudiante tenía adjudicado un tutor que realizaba el seguimiento permanente de su aprendizaje durante toda su estancia. La figura del profesor asociado clínico, en la actualidad, no siempre coincide con el alumno/a, por lo que en realidad coordina a los colaboradores, (profesionales asistenciales que ejercen en el servicio unidad o centro donde el estudiante ejecuta sus prácticas) y son muchos los profesionales que intervienen en la enseñanza motivado por las características propias de la plantillas de profesionales, y por tanto, son los enfermeros/as quienes

deben participar en la adquisición del conocimiento de alumno, de una manera motivada y entusiasta y por tanto también en la evaluación (3).

El diseño del formulario que presentamos digitalizado, permite adecuarlo a cada unidad asistencial, donde los estudiantes realizan las prácticas clínicas, por lo que la coherencia e idoneidad de la evaluación, proporcionaría una mejora al proceso de la evaluación de sus prácticas.

Este instrumento informático nos permitiría:

- Facilitar a todos los colaboradores de los estudiantes la participación, la valoración del aprendizaje autónomo, reduciendo las reuniones para la revisión y evolución que no siempre se pueden llevar a cabo y en las que puede así participar todos los profesionales.
- Recoger en tiempo y forma, la opinión que los profesionales hacen, sin excluir la valoración de los profesores asociados responsables del estudiante.
- Dejar registro de la participación de los colaboradores, pudiendo valorar la habilidad y destreza del enfermero/a respecto a la didáctica y evaluación, estimando a su vez, las necesidades de formación para estos.
- Proporcionar a los profesores asociados, un conjunto de opiniones y valoraciones de los profesionales colaboradores sobre la estancia y actividades de los estudiantes, con los que en ocasiones no se puede mantener contacto frecuente por cuestiones de horarios, turnos, dispersión, etc. etc.
- Garantizar la privacidad de los datos emitidos por los colaboradores, al no tener el formulario opción de retorno, ni recuperación de datos una vez emitidos.
- Seguridad de los datos emitidos. El responsable del instrumento informático es solamente el/la profesor/a de la universidad depositaria de la base de datos generados por este instrumento, y que comparte con el profesor asociado clínico.
- Proporcionar a los estudiantes una mayor claridad en el conjunto de la evaluación, al ser conscientes de quien ha emitido los juicios de valor sobre la prácticas del alumno/a, al dejar registro de esas calificaciones, tanto numéricas como en formato texto.
- Disponer de un registro informático de la evaluación, diseñado ad hoc en cada unidad asistencial, donde mejore la relación teoría práctica o simplemente se amplíe la coherencia de la evaluación.
- Facilitar a la institución la relación rigurosa de participantes en la docencia, con la temporalidad, dedicación e interés, etc. a efectos de cumplimiento de objetivos, acreditación y otros.(4,6,7)

# 1 Objetivos

Objetivo general: Compartir con los profesores colaboradores de práctica clínica, tutores y profesores asociados clínicos, la evaluación de las prácticas clínicas.(5)

Objetivos específicos:

- Disponer de un instrumento rápido de autoevaluación para el reconocimiento de las opciones de mejora.
- Compartir en el diario reflexivo las experiencias prácticas con los profesores colaboradores del entorno asistencial.
- Obtener el reconocimiento directo de los profesores colaboradores, registrando su valoración puntual.
- Mejorar la custodia de los testimonios de los profesores colaboradores sobre la evaluación.

## 2 Metodología

Nos encontramos en un momento de profundos cambios en el terreno educativo. Las Tic han revolucionado el ámbito de la educación como también otros muchos entornos.

Tanto profesorado como estudiantes deben ser conscientes de las exigencias del futuro, que sin lugar a dudas se alcanzarán con la inversión tanto individual como institucional en tecnología de vanguardia, facilitando así el desarrollo formativo de los estudiantes.

La metodología propuesta en la construcción del prototipo de sistema informático para la gestión de comunicación con los profesores colaboradores clínicos consta de las siguientes etapas, basada en la propuesta expuesta por Mariño y Godoy (9):

- Análisis y diseño de un sistema informático para la evaluación, integrando conceptos previamente estudiados, seleccionados y adoptados para su utilización, con miras a su implantación.
- Análisis de factibilidad, de requerimientos funcionales y no funcionales del sistema, definición de limitaciones tecnológicas. Se definirá la herramienta y se determinará su factibilidad en el ciclo de existencia desde la perspectiva de la relación costo-beneficio.
- Desarrollo de las exigencias del prototipo. Se detallarán las funciones solicitadas, las interfaces y el rendimiento del producto (8,13)..
- Descripción de la seguridad y accesibilidad de la información, manipulación de los datos etc.

- En el producto desarrollado inicialmente con Google Drive se definirán distintos perfiles de usuarios, cuyas funciones se representarán en diagramas proporcionados por modelos y técnicas de diagramas de secuencias, entre otros (11).
- Descripción de interfaces. Los diferentes perfiles de usuarios (colaboradores de prácticas clínicas, profesores asociados clínicos, profesores titulares de la asignatura etc. a la cual estará dirigido el diseño de la herramienta informática del sistema informático.
- El propósito de este diseño es contar con interfaces centradas en los usuarios, rescatando conceptos de accesibilidad (10,12).
- Decisión sobre el acceso compartido de la base de datos.
- Diseño del prototipo. Establecimiento de condiciones del usuario, y funcionalidades.
- Análisis detallando de su utilización.
- Selección de las herramientas más apropiadas.
- Desarrollo, a partir de la experiencia desarrollada, y análisis de la calidad en el proceso de desarrollo.
- En el momento actual se espera poder proceder a la implementación y evaluación de los resultados con el sistema informatizado.
- Como todo proceso de desarrollo de producto informático, se realizará la implementación, previendo su posterior evaluación con el propósito de generar información de realimentación.

### 3. Resultados

El cuestionario de evaluación on line, constituye un depósito de registros donde se guardan las evaluaciones que sistemáticamente se realizan de los estudiantes. La base de los datos es manejada y compartida por el profesor asociado y el profesor de la universidad, con la finalidad de reconocer de manera rápida la evolución del estudiante en cada momento.

El estudiante participa con la plantilla que aparece en la imagen, donde se autoevalúa y reconoce el alcance de la adquisición de sus competencias. Al finalizar el periodo de prácticas clínicas, puede revisar su trayectoria y los acontecimientos que han establecido su evolución en el entorno asistencial donde se ha producido su aprendizaje.

Entre las características principales de este método, podemos señalar que el estudiante una vez ha efectuado su registro de autoevaluación, no puede recuperar los datos que solo quedan en el archivo del profesor, donde solo este tiene acceso.



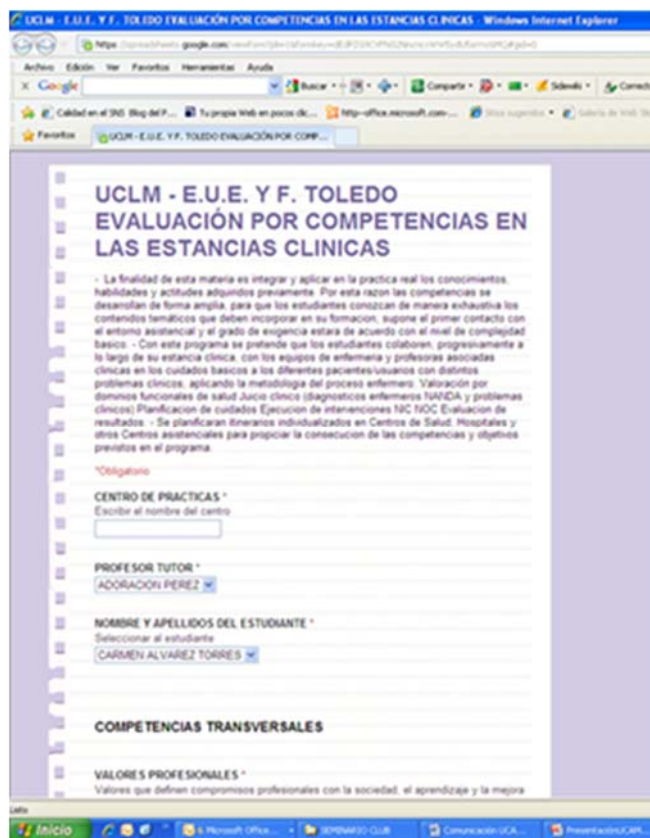


Figura 1. Filiación. Elaboración propia

Si cualquier persona ajena a la autoevaluación del estudiante accediera a la misma, tampoco puede importar los datos acumulados en el archivo del profesor, aunque sí podría emitir una nueva evaluación si la anterior hubiera sido incorrecta o imprecisa, pero el sistema le exigiría una identidad que puede posteriormente ser contrastada y/o eliminada si no procede.

Para paliar esta debilidad, el profesor contrasta las autoevaluaciones en diferentes momentos del desarrollo de la asignatura “Estancias Clínicas” o Practicum, así como las evaluaciones de los estudiantes cuando estos cambian de grupo y compañeros o unidad asistencial.

La aportación del profesor asistencial que se encuentra en el entorno hospitalario o de Centro de Salud, se contrasta durante la actividad clínica. La observación del profesor en los momentos presenciales es igualmente determinante, ya que el estudiante en ocasiones no sabe si la jornada siguiente compartirá con el mismo profesor colaborador su actividad, y si este permanecerá o no, por diferentes motivos, con el estudiante en su entorno clínico.

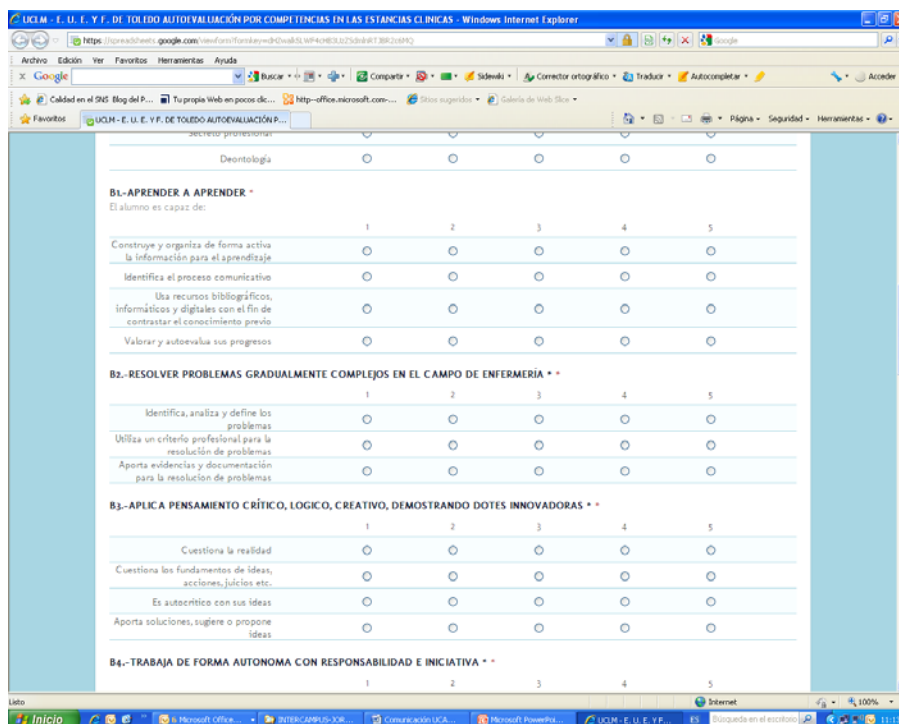


Figura 2. Valoración de competencias. Elaboración propia

## 4. Conclusiones

El profesorado del proyecto elaborará el diseño de las herramientas informáticas aplicable en el ámbito asistencial para mejora la evaluación de los estudiantes de prácticas clínicas. Un diseño que con posterioridad se comparte con los colaboradores de la práctica y nos permite ir midiendo las valoraciones y aportaciones de todos los profesionales comprometidos en la docencia asistencial. La experiencia tanto de implantación como de desarrollo de este nuevo formato digital para la evaluación de las prácticas clínicas, ha resultado muy satisfactoria entre los profesores del ámbito clínico, si bien, está previsto comenzar a recoger datos precisos sobre el nivel de satisfacción, en el comienzo del curso académico 2016-2017, en el comienzo de sus Estancias Clínicas. La posibilidad de realizar una evaluación con una comunicación muy fluida que permita al docente académico estar al tanto del desarrollo de las competencias por parte del estudiante, facilita ciertos beneficios al docente asistencial.

Las cualidades de los docentes clínicos que favorecen la evaluación a los profesores asociados y tutores, son medidas, a través del currículo y la experiencia. Sin embargo la capacidad docente en ocasiones es una oportunidad de motivación y mejora entre los profesionales de cualquier condición (antigüedad, experiencia etc.). En los primeros ensayos y estimación para la puesta en marcha del procedimiento los profesores colaboradores manifiestan que algunos aspectos

cualitativos observados durante los procedimientos, son reflejados con mayor precisión si la evaluación se realiza durante la jornada presencial, y que no siempre son fáciles de memorizar cuando la evaluación se realiza transcurrido un periodo de tiempo variable.

Para el profesor colaborador se proporciona tranquilidad y seguridad de la comunicación, el amparo y asesoramiento ante la realización de la evaluación clínica, a través de los registros sistematizados que constituyan una base documental para el profesor asociado, la gestión del tiempo del profesor colaborador es también un factor importante a tener en cuenta, tanto para el estudiante como para el tutor. En la búsqueda de la eficacia y rigor de la evaluación de la práctica clínica en entornos tan dispersos tanto las instituciones, estudiantes y profesionales han realizado un juicio de valor previo muy positivo respecto al procedimiento.

La utilización de las nuevas tecnologías no obstante no está exenta de dificultades, que cada día se van resolviendo con gestión del conocimiento y una labor persistente de instituciones y recursos humanos para la formación, actualización y aplicación de las nuevas tecnologías que incremente la calidad, claridad y transparencia. Las naturales resistencias son las que surgen ante todos los cambios, implantaciones, reciclaje, etc. que requieren adaptaciones y necesaria formación. El profesorado es el principal motor en todos los sentidos y ante todas las iniciativas, metodologías, creatividad, e innovación, se requiere de un proceso de formación para el manejo ágil y eficaz de las distintas herramientas y aplicaciones. La formación respecto de las TICs, es en la actualidad un reto que todos debemos afrontar por su vertiginoso desarrollo y su complejidad en ocasiones. Por este motivo la elección de instrumentos sencillos que facilitan a los estudiantes y a los profesores, garantías, agilidad, accesibilidad, recursos, y adaptabilidad constituye una ventaja indiscutible.

## **Bibliografía**

1. ANECA. Libro Blanco. Título de Grado en Enfermería. Disponible en: [http://www.aneca.es/modal\\_eval/docs/libroblanco\\_jun05\\_enfermeria.pdf](http://www.aneca.es/modal_eval/docs/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf) Consultado 17 septiembre, 2015
2. Rico Iturrioz R, Gutierrez-Ibarluzea I, Asua Batarrita J, Navarro Puerto MA, Reyes Dominguez A, Marin Leon I, et al. Valoración de escalas y criterios para la evaluación de guías de práctica clínica. Rev Esp Salud Publica. 2004; 78:457-67.
3. Esteve, O. y Alsina, Á. Hacia el desarrollo de la competencia profesional del profesorado. En O. Esteve, K. Melief y Á. Alsina, Creando mi profesión. Una propuesta para el desarrollo profesional del profesorado Barcelona: Editorial Octaedro. 2010 (pp. 7-18).

4. Navarro Puerto MA, Ruiz Romero F, Reyes Domínguez A, Gutiérrez Ibarlucea I, Hermosilla Gago T, Alonso Ortiz del Río C, et al. ¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las guías de práctica clínica españolas. Rev Clin Esp. 2005; 205:533-40.
5. Marcelo, C., Yot, C., Mayor, C., Sánchez, M., Murillo, P., Rodríguez, J.M. y Pardo, A. Las actividades de aprendizaje en la enseñanza universitaria: ¿hacia un aprendizaje autónomo de los alumnos? Revista de Educación, 2014. 363, 334-359.
6. Directrices para la elaboración de Títulos Universitarios de Grado y Máster. Documento de Trabajo elaborado por el MEC. 21 de Diciembre de 2006. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/> Fecha de acceso: 17 septiembre 2015
7. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco del título de grado en enfermería. Disponible en: [http://www.aneca.es/activin/activin\\_conver\\_LLBB.asp](http://www.aneca.es/activin/activin_conver_LLBB.asp) Fecha de acceso: 17 septiembre 2015
8. Lores, J.: La interacción persona-ordenador. Ed. AIPO. 2002 ISBN: 84-607-2255-4.
9. Mariño, S.; Godoy, V.: Sistemas y TIC: Técnicas y herramientas. PI f013-11 Acreditado por la SGCyT. UNNE. 2013 Resol. 142/12.
10. Navarro, I.; Fonseca, D.: Accesibilidad web en entornos culturales. Anuales de la 8ª Conferencia Iberoamericana en Sistemas, Cibernética e Informática - CИСCI 2009. En <http://www.iiis.org/CDs2009/CD2009CSC/CISCИ2009/PapersPdf/C205OK.pdf>.
11. Rumbaugh, J.; Booch, G.; Jacobson, I.: El Lenguaje Unificado de Modelado. Manual de Referencia. Ed. Pearson Educación. 2007.
12. Segovia, C.: Accesibilidad e Internet... para que todas las personas, con distintas capacidades o recursos, puedan acceder a Internet. 2013 Disponible en: [http://www.archena.es/files/accesibilidad\\_e\\_internet.pdf](http://www.archena.es/files/accesibilidad_e_internet.pdf).
13. Mariño, S., Godoy, M., Acevedo, J., Alfonzo, P., Gómez Solis, L., Fernández Vazquez, A. “Estudio de accesibilidad web en el marco del proyecto “Tecnologías de la información y comunicación como herramientas del desarrollo local””. 2012 (Argentina). 389-391pp.

# Comparación de la práctica enfermera entre España y el Reino Unido

## Comparison between the nursing practice in Spain and the United Kingdom

Nina Granel Giménez,  
*nina.granel@uab.cat*

Dra. Maria Dolors Bernabeu Tamayo

*Departamento de enfermería. Universidad Autónoma de Barcelona*

### Resumen

Introducción y objetivo: El Reino Unido es el país de elección de la Unión Europea para la mayoría de enfermeras españolas que buscan salidas profesionales en el extranjero. El objetivo de estudio es comparar la práctica enfermera entre España y el Reino Unido en unidades de convalecencia.

Material y método: Estudio de casos (una unidad de un hospital público inglés y uno español) con una única unidad de análisis, la práctica enfermera. La muestra fue intencional constituida por un conjunto de 8 enfermeras, 4 españolas y 4 inglesas. Las técnicas utilizadas para la recogida de datos fueron la observación no participante, las entrevistas en profundidad y el análisis de documentos.

Contenido: Las divergencias de recursos entre unidades hacen que la práctica sea muy diferente a pesar de tener un número similar de pacientes y con patologías similares. Las principales diferencias en la práctica demuestran que las enfermeras en el Reino Unido siguen un protocolo seguro en el proceso de administración de medicación, realizan alguna habilidad técnica, proporcionan cuidados básicos a los pacientes con la ayuda de las auxiliares de enfermería y documentan todas las acciones que llevan a cabo con los pacientes. En la unidad española no siguen un protocolo seguro en el proceso de administración de medicación, realizan más habilidades técnicas, proporcionan pocos cuidados básicos y sólo documentan los cambios más destacables de los pacientes.

Conclusiones: Las diferencias se caracterizan principalmente por el predominio de la práctica segura que realizan las enfermeras inglesas.

**Palabras clave:** convalecencia; cultura; práctica enfermera; Reino Unido; Seguridad.

## **Abstract**

**Introduction and objective:** The UK is the country of choice of the European Union for the majority of Spanish nurses looking for professional opportunities abroad. The aim of the study is to compare the nursing practice between Spain and the United Kingdom in rehabilitation units.

**Methods:** Case study (one unit of a public hospital of each country) with a single unit of analysis, the nursing practice. The sample was intentional, consisting of 8 nurses, 4 Spanish and 4 English. The techniques used for data collection were non participant observation, interviews and analysis of documents.

**Content:** The differences of resources between units make the practice very different despite having a similar number of patients with similar pathologies. The major differences in practice show that nurses in the United Kingdom follow a secure protocol in the medication management process, made some technical skill, provide basic care to patients with the help of health care assistants and document all actions. In the Spanish unit nurses do not follow a secure protocol in the process of administering medication. Nurses make more technical skills, provide basic care and only document the most notable changes of patients.

**Conclusions:** The differences are mainly characterized by the predominance of the safety practices in the English unit.

**Keywords:** Rehabilitation; Culture; nursing practice; United Kingdom; Safety.

## **Introducción**

Europa actualmente está sufriendo muchos cambios derivados principalmente de la crisis económica, entre ellos, los movimientos de personal sanitario. El incremento de movimiento migratorio, tiene profundas consecuencias tanto para los países emisores como para los receptores, así como también para los sistemas de salud.

El Reino Unido (RU) es un nodo central en esta migración. (1,2). La contratación internacional de enfermeras en el Reino Unido ha sido la forma de cubrir las necesidades del país en los últimos años, se trata de una solución rápida y barata. Estas enfermeras están capacitadas para trabajar y disponibles en semanas en lugar de años, y sus costes de formación han sido asumidos por otro gobierno o por las propias enfermeras. (1)

Desde que el proceso de Bolonia fue creado en 1999, muchos países de Europa han estado trabajando hacia un marco común en la educación de la enfermería. (3)

Un estudio reciente evidencia que los países estudiados (entre ellos España y el RU) se encuentran en diferentes etapas de implementación de la estandarización de la educación de enfermería. Este mismo estudio indica que las habilidades enfermeras y la educación varían considerablemente entre países Europeos. (3)

Existen en la bibliografía publicaciones que comparan las percepciones de cuidado en enfermería por enfermeras españolas y del Reino Unido (4–8) los motivos de éstas diferencias en la percepción de cuidado de acuerdo con el estudio de Watson (5) podrían estar relacionados con las organizaciones sanitarias, los aspectos de la formación de enfermería y las diferencias culturales y los valores predominantes de la sociedad.

A pesar de que el estudio de Cowan (8) sugiere la necesidad de conocer las diferencias de la práctica de enfermería para facilitar información para la movilidad de las enfermeras en Europa no existen estudios publicados comparando la práctica enfermera.

## **1 Objetivo**

El objetivo de estudio es comparar la práctica enfermera entre España y el Reino Unido en unidades de convalecencia.

## **2 Metodología**

El estudio emerge desde el paradigma constructivista. El constructivista entiende el conocimiento como el resultado de un proceso de interacciones humanas. Bajo este paradigma, la realidad es algo dinámica y socialmente construida. La práctica de la enfermería es construida por los profesionales, la cultura, las instituciones y las leyes. El estudio de las interacciones de la enfermera en el lugar de trabajo proporciona conocimiento. Las interacciones de enfermería están influenciadas por la realidad y varían constantemente, aunque entre los países las diferencias aumentan. El paradigma justifica las divergencias entre las prácticas de enfermera.

Partiendo de la perspectiva cualitativa e interpretativa, el diseño de la investigación planteado es el estudio de casos. El estudio de casos es un método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas y sociales que implica un proceso de indagación caracterizado

por el examen sistemático y en profundidad de casos de identidades sociales.(9) El estudio de casos estudia un fenómeno contemporáneo dentro del contexto de la vida real y permitirá describir las actividades enfermeras que se llevan a cabo en los dos centros para una posible comparación posterior.

Este estudio cumple con los 4 principios éticos básicos: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía y se ha elaborado respetando las normas de la Declaración de Helsinki.

## ***2.1 Criterios de selección de los casos***

Para la selección de los casos se tuvieron en cuenta los criterios de accesibilidad y posibilidad. Las unidades fueron seleccionadas en base a los criterios de inclusión que figuran a continuación:

- Unidades con similar número de camas y la patología para asegurar la misma carga de cuidado.
- Unidades del sistema público de ambos países en los que el investigador principal no hubiera ejercido para evitar influencias de la experiencia previa.

Se obtuvieron datos de unidades de convalecencia. La unidad de convalecencia es un servicio designado a facilitar la transición del hospital al domicilio y de la dependencia médica a la independencia funcional. En inglés este tipo de unidades se denominan "step down units / Rehabilitation units" y se encuentran en "Intermediate care hospitals / units".

## ***2.2 Criterios de selección de la muestra***

A través de la supervisora de cada centro, una vez recibida la aprobación, se concretaron los profesionales que voluntariamente quisieran participar en el estudio. En el caso del RU, se hizo una sesión para presentar e informar sobre el estudio a los profesionales de la unidad y se entregaron los documentos de información para los participantes. Se pidió la participación de una enfermera de cada turno para poder estudiar la práctica enfermera durante las 24 horas del día.

La muestra fue intencional constituida por un conjunto de 8 enfermeras. 4 enfermeras españolas y 4 enfermeras del RU.

En el caso del centro catalán participaron 4 enfermeras que hacían los siguientes turnos: P1 (7: 00h a 9: 40h), P2 (9: 30h a 14: 20h), P3 (14: 10h a 21: 20h), P4 (21: 10h a 7: 10h).



En el centro del Reino Unido las 24 horas del día se dividen en dos turnos, se escogieron 3 enfermeras de día y 1 de noche: P5, P7, P8 (7.15h a 20: 30h) y P6 de (20: 00h a 7: 40h).

Los sujetos de estudio fueron seleccionados en base a los criterios de inclusión que se detallan a continuación:

- Profesionales de enfermería que hubieran trabajado en las correspondientes instituciones y unidades un mínimo de 3 años, considerándose eficientes o expertos según la teoría de la práctica progresiva de Benner.(10)
- Profesionales nativos que hubieran realizado su formación y carrera profesional en el país donde ejercían de enfermeras.
- Haber firmado el consentimiento informado.

### ***2.3 Instrumentos de recogida de datos***

Los datos fueron recogidos durante 2014. El Comité de Ética de Investigación Local de ambos países dio su aprobación. Los participantes firmaron el formulario de consentimiento antes de la recogida de datos.

Los métodos de recolección de datos aplicados fueron las observaciones no participantes, las entrevistas en profundidad y el análisis de documentos. Las notas de campo se tomaron de forma manual siguiendo una guía elaborada de manera previa. Se realizaron un total de 117 horas de observación no participante. (45.5 horas de día + 16 horas de noche) procedentes de la unidad inglesa i ( 42.5 horas de día + 15 horas de noche) procedentes de la unidad catalana.

Las entrevistas se llevaron a cabo en salas de reuniones fuera de las unidades. Todas las entrevistas fueron grabadas con la autorización previa de los participantes, transcritas y almacenadas.

Los datos obtenidos se triangularon y analizaron en profundidad creando códigos mediante un método inductivo utilizando abreviaturas de palabras. Estos códigos fueron agrupados en los códigos de orden superior a través de un proceso de comparación y contraste.

Este proceso se repitió hasta que se identificaron las principales categorías y subcategorías. Algunas subcategorías encontrado se identificaron con antelación en la literatura. El proceso se realizó de forma manual con soporte informatizado sin la utilización de programa de análisis cualitativo. El siguiente cuadro muestra las categorías identificadas.

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
Recursos	Recursos humanos; Recursos materiales
Proceso de administración de medicación	“Double checking”; Protocolos; Riesgos
Técnicas	Muestras de sangre; Transfusiones; Catéteres IV; Sondaje vesical; Sondaje nasogástrico
Cuidados personales	Rol enfermero; Rol de la auxiliar de enfermería
Educación sanitaria	Medicación, Deglución; Movilización
Soporte emocional	Actitud empática; Escucha activa
Toma de decisiones	Autonomía; Limitaciones
Mantenimiento y supervisión del material	Chequeos; Tareas de limpieza
Documentación	Historias médicas; Planes de cuidados; Escalas
Comunicación interpersonal	Comunicación interpersonal

Tabla 1. Categorías y subcategorías identificadas (Elaboración propia)

### 3 Resultados

A continuación se detalla de forma breve los resultados obtenidos en relación a la unidad inglesa.

La unidad del Reino Unido duplica el número de enfermeras.

Las enfermeras siguen un protocolo de práctica segura en el proceso de administración de medicación siguiendo unos pasos estandarizados.

Se aplica siempre la técnica del “double checking” para la administración de insulinas, drogas, sueros y medicación IV. Esta técnica consiste en que 2 enfermeras comprueban la medicación, la administran al paciente y documentan el proceso.

Se priorizan tareas de documentación. Todos los profesionales de la unidad inglesa hacen referencia a la frase hecha: “If it is not documented it is not done” (Lo que no está documentado no está hecho)

Las enfermeras realizan tareas de revisión y limpieza de material de forma protocolaria.

Las técnicas de extracción de sangre, colocación y manipulación de catéteres las realiza el colectivo médico y son percibidas como una tarea médica. Una minoría del colectivo enfermero de la unidad realiza técnicas después de haber realizado unos cursos específicos.

Las enfermeras proporcionan cuidados básicos a los pacientes con la ayuda de los auxiliares de enfermería.

Los resultados obtenidos en relación a la unidad española son las siguientes:

- Las enfermeras preparan al inicio de su turno toda la medicación y la administran a las horas prescritas.
- No se aplica la técnica del “double cheking.” Ni para la administración de drogas.
- No se documentan todas las acciones que realiza la enfermera.
- Todas las técnicas las realiza enfermería y son percibidas como una tarea exclusiva del colectivo enfermero.
- Las enfermeras proporcionan pocos cuidados básicos a los pacientes (a excepción del turno de noche)

En el tiempo que se destinó a la observación no participante para la recogida de datos, se detectaron en la unidad catalana 8 efectos adversos: 3 incidentes (eventos inesperados que no provocaron daño), 2 casi errores (errores que se evitaron a pesar de estar a punto de ocurrir) y 2 errores (evento que provocaron daño).

Todos estos sucesos adversos si se trabajara siguiendo los protocolos del RU no hubieran sucedido. Se detectó también un accidente (evento inesperado que provocó daño) que con los recursos del RU, se hubiera evitado. En el RU se detectó un incidente y un accidente, dos acontecimientos inesperados en los que los protocolos y normativas se habían seguido. En la unidad catalana, los casi errores se tiendes a encubrir, y no se asume que el ser humano comete errores y que por ello deben ponerse barreras para evitarlos como hacen en la unidad del RU. Ningún estudio de la bibliografía revisada de enfermeras españoles en el RU, hace referencia a la práctica segura.

## **4 Conclusiones**

Las diferencias entre la práctica enfermera entre las unidades de estudio se caracterizan principalmente por el predominio de la práctica segura en la práctica enfermera de la unidad del Reino Unido.

A diferencia de la unidad española en la unidad del Reino Unido se muestra una actitud positiva en relación a la cultura de seguridad.

En el Reino Unido los profesionales conocen y siguen protocolos y normativas para prevenir errores, toman más decisiones en equipo con otras disciplinas e implementan más documentación y de forma completa.

Globalmente este estudio muestra que existen diferencias entre la práctica enfermera en España y en el Reino Unido. No es posible generalizar los resultados pero sí que se pueden extrapolar datos sobre la práctica enfermera en el Reino Unido en otras situaciones, ya que muchas de las prácticas enfermeras en el RU son estandarizadas.

## Bibliografía

1. Buchan J, Seccombe I. Sustaining the long view. The UK nursing labour market review 2010. RCN Labour Market Review. 2010;1–43.
2. England K, Henry C. Care work, migration and citizenship: international nurses in the UK. Soc Cult Geogr [Internet]. 2013 Aug [cited 2014 Jan 14];14(5):558–74. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14649365.2013.786789>
3. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. Int J Nurs Stud. 2013;50(1):143–53.
4. Darriba Rodríguez P. Cuando la enfermera es la emigrante. Experiencia de profesionales de la enfermería españoles en el Reino Unido. Universidad de la Coruña; 2010. p. 180.
5. Watson R, Hoogbruin AL, Rumeu C, Beunza M, Barbarin B, Macdonald J, et al. Differences and similarities in the perception of caring between Spanish and UK nurses. J Clin Nurs. 2003 Jan;12(1):85–92.
6. Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Suhonen R, Leino-Kilpi H, Patiraki E, et al. A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries. J Adv Nurs. 2012;68(1):1026–37.
7. Watson R, Deary IJ, Hoogbruin AL, Vermeijden W, Rumeu C, Beunza M, et al. Perceptions of nursing: a study involving nurses, nursing students, patients and non-nursing students. Int J Nurs Stud. 2003 Feb;40(2):133–44.
8. Cowan DT, Jenifer Wilson-Barnett D, Norman IJ, Murrells T. Measuring nursing competence: development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. Int J Nurs Stud. 2008;45(1):902–13.
9. Yin RK. Case Study Research: Design and Methods. 5th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2013.
10. Benner P. From novice to expert. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2001.

# Desarrollo y validación de una herramienta específica de medición de autocuidados en pacientes enterostomizados.

## Development and validation of a specific tool for sel-care measurement in stoma patients.

Eladio J. Collado Boira [et.al]<sup>1</sup>

[colladoe@uji.es](mailto:colladoe@uji.es)

*Departamento de Enfermería. Universitat Jaume I.*

### Resumen

Introducción. En España existen 70.000 pacientes ostomizados, con 13.000 nuevos casos anuales. Las ostomías poseen un gran impacto sobre la calidad de vida, relacionado entre otros factores con el nivel de autocuidados desarrollados. Sin embargo, no disponemos de una herramienta específica útil para medir los autocuidados en estos pacientes.

Objetivos. Desarrollar un instrumento de medida de autocuidados específico y comprobar que presenta criterios de validez y fiabilidad.

Material y Método. Estudio descriptivo transversal multicéntrico en 4 hospitales oncológicos de Castellón entre los años 2013 y 2014.

Desarrollo del cuestionario, prueba de jueces y estudio piloto para la versión definitiva. Prueba de test-retest, Alpha de Cronbach, para estabilidad temporal y consistencia interna, y análisis factorial confirmatorio ( A.F.C) y modelado de ecuaciones estructurales ( S.E.M), para la determinar la validez de constructo.

Resultados. Muestra formada por 125 pacientes de 4 hospitales oncológicos, edad media de 66,72 años, 64% varones, 81,6% colostomizados, 85,6 % con diagnostico de cáncer de colon, y 80% autónomos en el cuidado de su estoma.

Cuestionario formado por 56 variables, con 3 factores de segundo orden, explicando un 37,728% de la varianza, un  $\alpha$  de Cronbach de 0,865 y una correlación temporal de  $\alpha = .987$

---

<sup>1</sup> Francisco Herrero Machancloses. Dpto Psicología evolutiva UJI Castellón; M<sup>a</sup> Dolores Temprado Albalat. Dpto. Enfermería. UCHCEU; Amparo Bernat Adell. Dpto Enfermería UJI Castellón.

Conclusiones. Se determina la validez del CAESPO, permitiendo su uso provisional, siendo pertinente seguir con la validación de la herramienta y el refinamiento de su estructura.

**Palabras clave:** ostomía; autocuidados; cuestionario; validación.

### **Abstract.**

Introduction. In Spain there are 70,000 ostomy patients, with 13,000 new cases annually. Ostomies have a great impact on quality of life, among other factors related to the level of developed self-care. However, we do not have a useful tool for measuring specific self-care in these patients.

Aim. Develop a specific measuring instrument featuring self-care and check validity and reliability criteria.

Material and Methods. Multicenter cross-sectional study in 4 cancer hospitals in Castellon between 2013 and 2014 years. Questionnaire development, pilot testing and judges to study the final version. Test-retest reliability and Cronbach Alpha for internal consistency and temporal stability, and confirmatory factor analysis (CFA) and structural equation modeling (SEM) for determining construct validity.

Results. Sample of 125 cancer patients in 4 hospitals, mean age of 66.72 years, 64% male, 81.6% colostomy, 85.6% diagnosed with colon cancer, and 80% self-employed in the care of their stoma. Questionnaire consisting of 56 variables, with three second-order factors, accounting for a 37.728% variance a 0.865 Cronbach  $\alpha$  and temporal correlation of  $\alpha = .987$ .

Conclusions. CAESPO validity is determined, allowing temporary use, continue to be relevant tool validation and refinement of its structure.

**Keywords:** stoma; self-care; questionnaire; validation.

## Introducción

La “ostomía” consiste en un procedimiento quirúrgico mediante el que se deriva una víscera hueca al exterior mediante su exteriorización y sutura a la piel en un punto diferente al orificio natural de excreción, con diversos fines terapéuticos. A la parte de la víscera que aflora a través de la piel, se le denomina estoma que etimológicamente es un término proveniente del griego que significa boca. Una “enterostomía de eliminación”, es la creación quirúrgica de una abertura artificial, que conecta el intestino grueso o la última porción del intestino delgado con el exterior a través de la pared abdominal con el objetivo de derivar el tránsito intestinal con la excreción de los productos de desecho de la digestión y la expulsión de los gases intestinales al exterior.

Las principales causas de las enterostomías, son:

- Cáncer de colón, recto y ano.
- Enfermedad inflamatoria intestinal: Colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.
- Diverticulitis intestinal.
- Traumatismos anorrectales.
- Oclusión intestinal.
- Otras causas.

En los estudios más relevantes de Enfermería que se han realizado recientemente en nuestro entorno sociosanitario con pacientes enterostomizados, se ha determinado que los diagnósticos más prevalentes entre los pacientes enterostomizados, son los siguientes:

- En el estudio Stoma Marking & Quality of Life(1) el 80,21% de los pacientes sufrían cáncer de colón, un 4,37% enfermedad inflamatoria intestinal, un 3,6% diverticulitis y un 11,83% otras causas.
- en el estudio Stoma life (2) el 80 % de los colostomizados estaban diagnosticados de cáncer de colon, un 8% de enfermedad inflamatoria y el resto por otras causas.
- En el estudio coste-efectividad de la fundación Antae (3) un 80,3% de los pacientes sufrían cáncer de colon, un 10,1% enfermedad no oncológica, otras enfermedades de base un 5,0 % y un 4,8% Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Con estas cifras y dado el tamaño muestral de estos estudios y su representatividad, podemos decir que el cáncer de colon es la causa del 80 % de las enterostomías que se realizan en nuestro entorno.

Tras la intervención quirúrgica, los pacientes ostomizados necesitan un cuidado especializado e individual que posibilite una adaptación y aceptación óptima al estoma y a los

cambios en sus hábitos de vida y competencias en autocuidados que ello conlleva. Esto cambios implican principalmente el cuidado e higiene del estoma y la utilización de bolsas específicas para recoger las deposiciones, lo que conlleva una labor de aprendizaje relacionada con la elección de dispositivo de recolección y de colocación de la bolsa, así como aprender a manejar dietéticamente episodios de alteración del tránsito intestinal, como la diarrea o el estreñimiento. Los cambios en sus circunstancias físicas y personales, conllevan un gran impacto emocional y una ruptura del esquema corporal, requiriendo mecanismos de adaptación psicológicos que van a ser decisivos en el afrontamiento de la nueva solución (4). En la literatura ha quedado evidenciado (5) que son múltiples los estudios que recogen que un porcentaje elevado de pacientes colostomizados sufren alteraciones en diferentes aspectos psicosociales. Estudios recientes (6), evidencian que los pacientes con colostomías presentan un bajo nivel de autoestima y una mala autoimagen, presentando un alto nivel de trastornos depresivos.

En la literatura científica y en relación a la enterostomía de eliminación, hemos encontrado diversas evidencias científicas acerca de la influencia de la autoeficacia de los cuidados sobre la calidad de vida. Bekkers (7) fue el primero en describir el rol decisivo que desempeña la autoeficacia sobre la adaptación del paciente a la cirugía del estoma. Posteriormente, Kingsley (8) y basándose en las conclusiones de su antecesor, analizó la relación que ejercía sobre la adaptación al estoma la autoeficacia en los cuidados de la colostomía, utilizando para ello la Stoma Self-Efficacy Scale, creada por Bekkers (7) y basada en la teoría de la Autoeficacia (9). Kingsley concluyó que la competencia adquirida por los pacientes para el manejo de la colostomía no es suficiente para asegurar un ajuste psicológico al estoma adecuado, ni para volver de una manera satisfactoria y plena a la vida laboral. Kit-Man (10) y basándose en el mismo modelo conceptual de la autoeficacia de Bandura, estudia como la autoeficacia desarrollada por un paciente colostomizado puede ser un predictor de la calidad de vida, encontrando correlaciones significativas entre ambas variables. Si bien todas estas evidencias científicas, muestran la influencia de la autoeficacia sobre la adaptación al estoma, no hemos encontrado estudios, que aborden la relación entre los autocuidados, enfocados desde la teoría del déficit de autocuidado de Orem (11), desarrollados por pacientes portadores de colostomías y la salud percibida por estos, ni herramientas específicas válidas para medir el nivel de autocuidados desarrollados por estos pacientes.



## **1 Objetivos.**

Generar un instrumento válido de medición de autocuidados en pacientes enterostomizados, que nos permita conocer las capacidades y prácticas de autocuidados e identificar los déficits de autocuidados así como su posible relación con la calidad de vida y con otro tipo de variables.

## **2 Material y métodos.**

El objetivo del estudio consiste en la adaptación del cuestionario CAESCAM (cuestionario de autocuidados específico en el cáncer de mama)(12) a las características específicas de los autocuidados en la ostomía. Para ello, y para abordar en profundidad la multidimensionalidad de los cuidados en el paciente ostomizado y en línea con la Dra. Mariscal(12), adoptaremos en este estudio una postura ecléctica donde metodología cualitativa y cuantitativa se articulen de manera que podamos conseguir los objetivos que nos proponemos. Son diversos autores los que defienden esta complementariedad de ambos métodos (13), de modo que utilizaremos una metodología cualitativa para explorar el fenómeno de estudio, determinar las variables e instrumentos de medida y posteriormente sobre esta base de conocimiento que nos aclare sus características esenciales, continuaremos con una metodología cuantitativa para validar científicamente el cuestionario.

### ***2.1 Población y ámbito de estudio.***

Para la validación del cuestionario, realizamos un estudio descriptivo transversal correlacional multicéntrico con pacientes colo/ileostomizados de más de tres meses de evolución, siguiendo la recomendación de (14) en los hospitales con servicio de cirugía digestiva y consulta de enfermería de estomaterapia de la provincia de Castellón.

Dada la sensibilidad de la población de estudio, decidimos realizar un muestreo de conveniencia, captando el máximo número de pacientes enterostomizados que cumplieran con los requisitos de inclusión, recuperando un total de 185 pacientes, de los cuales eliminamos pacientes que se encontraban en fase terminal de la enfermedad o que presentaban déficit cognitivo y los que no quisieron participar en el estudio, contando con 125 pacientes que aceptaron ser incluidos en el estudio. Edad media de 66,72 años, 64% varones, 81,6% colostomizados, 85,6 % con diagnóstico de cáncer de colon, y 80% autónomos en el cuidado de su estoma.

### ***2.2 Criterios éticos***

Se solicitó en primer lugar la catalogación del estudio a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y una vez clasificado como “Estudio Observacional No Posautorización”, se procedió a solicitar la autorización del

mismo en los comités éticos de investigación clínica del Hospital General Universitario de Castellón y del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Con estos dos dictámenes favorables fue suficiente para su autorización en el Hospital Universitario de la Plana de Villarreal y en el Hospital Comarcal de Vinaroz.

Una vez obtenido el dictamen favorable se procedió a solicitar la autorización para realizar el estudio a las respectivas gerencias de los hospitales, así como para tener acceso a las historias clínicas y poder disponer de espacios en cada hospital para realizar las entrevistas.

Para cumplir con la legislación actual de protección de datos, el estudio fue totalmente anónimo y los pacientes fueron codificados a la hora de ser incorporados al estudio y en ningún momento aparece en el mismo cualquier dato que sirva para identificarlos.

### ***2.3 Construcción del instrumento de medida.***

Centrados en la medición de los autocuidados específicos en pacientes enterostomizados, encontramos dos cuestionarios validados: el Stoma Self-efficacy (7) y el chinese Stoma Self-efficacy Scale (10), ambos dos basados en la teoría de la autoeficacia de Bandura (9). No encontramos evidencias acerca de que ninguno de los cuestionarios haya sido traducido al castellano, ni validado en nuestro entorno sociosanitario, por lo que carecen de utilidad en nuestro estudio, si bien nos aportan información valiosísima para nuestra investigación.

El modelo integrado de Autocuidados Específicos expuesto por Mariscal (12), y fundamentado en la teoría del déficit de autocuidados de Orem (11), en mujeres mastectomizadas y posteriormente validado empíricamente por Merino (15), obtuvo como uno de los resultados principales de la investigación, la pormenorizada creación e inicio de validación del CAESCAM, cuestionario específico para medir las competencias específicas en mujeres mastectomizadas.

Con posterioridad y como fruto de su adaptación a diferentes colectivos de enfermos con patologías crónicas, han visto la luz diversas herramientas de medición de autocuidados específicos validadas, todas ellas con una estructura similar, pero contextualizada en el problema de salud concreto:

- El CAEDE-2 (16), Cuestionario sobre las Capacidades de Autocuidados de las personas adultas afectadas de Diabetes Mellitus Tipo 2.
- El CAEPSOR (17), Cuestionario de Autocuidados Específicos para personas afectadas de Psoriasis.
- El CAESFAM (18), Capacidades de Autocuidados de los familiares de las personas en Procesos Críticos.

Así pues y siguiendo tal ejemplo, decidimos utilizar el CAESCAM como base consolidada y procedemos a construir un instrumento de medida propio que permitiera medir los autocuidados de otro problema específico de salud, la enterostomía de eliminación, al que pasamos a denominar CAESPO (Cuestionario Autocuidados Específicos Pacientes Ostomizados). Hubo que adaptar determinados ítems a este proceso crónico, respetando la estructura, dimensiones y facetas del CAESCAM, que actuó como sustento de este nuevo instrumento

### **2.3.1 Estructura del cuestionario.**

Siguiendo el modelo propuesto, el cuestionario se estructuró en tres factores: autocuidados generales, Autocuidados de desarrollo personal e interacción social y autocuidados específicos relacionados con el problema de salud. Para cada factor se consideraron tres dominios para medir la competencia de autocuidado en cada uno de los factores: Los conocimientos para los autocuidados, el interés y actitud de la persona frente a su propio autocuidado y la práctica del mismo.

Las variables estudiadas en cada uno de los dominios para los tres factores o dimensiones fueron:

1. Autocuidados generales:
  - 1.1. Variable Nutrición, dieta y peso.
  - 1.2. Actividad física.
  - 1.3. Descanso.
2. Autocuidados de desarrollo personal e interacción social social:
  - 2.1. Comunicación y apoyo sociofamiliar.
  - 2.2. Comunicación y apoyo de pareja.
  - 2.3. Autoimagen y aspecto físico.
  - 2.4. Autoestima
  - 2.5. Sexualidad.
  - 2.6. Grupos de apoyo y asociaciones.
3. Autocuidados específicos del problema de salud:
  - 3.1 Problema de salud específico.
  - 3.2. Prevención de complicaciones.
  - 3.3. Recursos sociosanitarios.
    - 3.3.1. Adaptación al problema de salud y sus tratamientos.

### **2.3.2 Tipo de escala.**

Se utilizó una escala Likert con cuatro puntos de gradiente.

### **2.3.3 Fundamentación de los Ítems.**

Para la elaboración de los ítems del CAESPO, se han tenido en cuenta muchos de los indicadores de los resultados NOC (19), asociados a las necesidades identificadas en esta población y para lo que fue necesaria recurrir a fuentes documentales varias: Guías para pacientes colostomizados (20,21) o las Guías de atención enfermería de la Consellería de Sanitat de la comunidad Valenciana (22,23), así como la información extraída de las recomendaciones recogidas desde las guías de la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (24).

Construida la primera versión del cuestionario, y con la finalidad de determinar los ítems que debían de mantener o descartar en esta primera versión, se realizó una prueba de jueces y una prueba piloto.

### **2.3.4 Prueba de jueces.**

El CAESPO fue revisado por cuatro jueces expertas en construcción y validación de cuestionarios, en cuidados de personas con colostomías y en conocimientos sobre autocuidados.

### **2.3.5 Prueba piloto.**

El cuestionario fue administrado en primer lugar a un grupo de 10 pacientes portadores de enterostomía de eliminación a los que posteriormente también se les volvió a administrar la versión definitiva para no perder sujetos de la muestra, con el fin de obtener una primera información acerca de la comprensibilidad y manejabilidad para la población a la que iba dirigida. Siguiendo las recomendaciones de Nunally (25), en la prueba piloto indagamos acerca del nivel de lectura, la ambigüedad, la terminología utilizada, textos afirmativos y negativos, la extensión de los ítems.

### **2.3.6. Cuestionario definitivo.**

Como resultados del informe de expertos, la prueba piloto y la revisión global, se reformularon o eliminaron los ítems ambiguos e inconsistentes, y se obtuvo el cuestionario definitivo (anexo1) con un total de 58 ítems, una puntuación mínima de 58 puntos y una máxima de 232, que se ajustaron con tabla adjunta al cuestionario a un porcentaje sobre 100 puntos, de modo que 58 puntos era 0 % y 232 puntos eran 100 %.

## **2.4 Validación del cuestionario.**

En nuestra disciplina científica se hace imprescindible la medición y, como herramienta imprescindible, es necesario que ésta tenga suficiente precisión como para que sus medidas sean fiables. Para ello es necesario determinar la fiabilidad del test, la determinación de la precisión con la que se realiza la medida, y por otro lado que el instrumento de medida que se usa en una situación

y con un propósito determinado mida realmente el rasgo que se intenta medir. Estas dos características se validan a través de la fiabilidad y la determinación de la validez de constructo.

La fiabilidad se determinó a través de sus dos grandes componentes:

- La consistencia interna, a través del Coeficiente  $\alpha$ , propuesto por Cronbach en la revista *Psicometrika* en 1951 (26) o grado en que los distintos ítems de un test miden la misma cosa, covarían entre sí.
- La estabilidad temporal, o grado en un instrumento de medida arrojará el mismo resultado en diversas mediciones concretas midiendo un objeto o sujeto que ha permanecido invariable. Coeficiente de estabilidad test-retest a través de prueba de correlación de Pearson.

Para la determinación de la validez de constructo, se determinó el análisis factorial Exploratorio como primera aproximación para determinar la validez de la estructura del cuestionario y pasar en un segundo tiempo a la realización del análisis factorial confirmatorio (A.F.C.) y el modelado de ecuaciones estructurales (S.E.M)

### 3 Resultados.

#### 3.1 *Análisis factorial exploratorio*

La prueba de KMO (tabla 1) nos indica que la relación entre las 58 variables que componen el cuestionario CAESPO es baja, aunque la prueba de Esfericidad de Barlett es de 5582,914, que para 1,770 grados de libertad cuenta con una significación de 0,001, por lo que nada se opone a rechazar la hipótesis nula y de esta forma se nos indica que resulta apropiado la realización del Análisis Factorial.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.672
Prueba de esfericidad de	Chi-cuadrado aproximado	5582.914
Bartlett	gl	1770
	Sig.	.001

Tabla1. KMO y prueba de Bartlett (Fuente propia)

Para la realización del mismo se ha solicitado la matriz de componentes principales rotados mediante el método Varimax (27), el cual redistribuye mejor la varianza de los factores maximizando la varianza explicada por los mismos, observando que mediante la extracción de tres factores, según el marco teórico propuesto, conseguimos explicar el 37.728% de la varianza del instrumento.

En el gráfico 1 podemos apreciar cómo la saturación de los autovalores hace razonable una solución en tres componentes: se aprecia que la distancia entre factores a partir del tercer componente es excesivamente pequeña, por lo que aportan variación explicada de forma relevante.

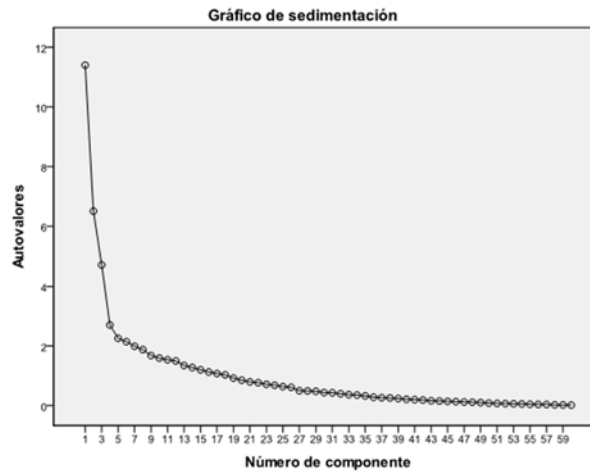


Gráfico nº1. Saturaciones

del análisis de los

autovalores de componentes principales.

Una vez decidida la retención de tres componentes principales, se procedió a su rotación mediante el procedimiento Varimax, que produce factores no correlacionados entre sí, observándose una clara delimitación de tres factores. Un primer factor que saturan ítems que de forma mayoritaria se refieren a los autocuidados generales, que se agrupan en la columna central, un segundo factor que se refieren a los Autocuidados de desarrollo personal e interacción social que confluyen los ítems en la tercera columna y un tercer factor donde saturan los ítems correspondientes a Autocuidados específicos relacionados con el problema de salud que se unen en la primera columna.

La correlación entre las variables de cada factor en línea general es alta. Existen además ítems que descansan, que se comparten en más de un factor, lo que nos informa de sus relaciones interfactoriales y la propia complejidad de la variable latente así como algún ítem con saturación negativa.

Consideraremos por tanto, este análisis factorial exploratorio como una primera aproximación que nos orienta a la realización del Análisis Factorial Confirmatorio, donde se espera encontrar evidencias de la existencia de estos tres factores que denominaremos:

- Autocuidados generales.
- Autocuidados ligados al desarrollo personal e interacción social.
- Autocuidados específicos para el problema de salud.

### ***3.2 Consistencia interna y unidimensionalidad de las escalas de autocuidados.***

Como puede observarse en la tabla 2, inicialmente la consistencia interna de los cuestionarios que componen el CAESPO, atendiendo a la recomendación propuesta por George y Mallery (28), como puede observarse en la tabla 3, y teniendo en cuenta las indicaciones de Nunnally y Bernstein (25), que indican que en las primeras fases de una investigación un valor de fiabilidad de 0.6 puede ser suficiente; y Gliem & Gliem(29), que señalan que un alfa de 0.8 es probablemente una meta razonable, podemos determinar que el valor del coeficiente alfa es, en general, aceptable en la fase inicial, y bueno una vez realizado el modelado de ecuaciones estructurales.

	Inicial		Final	
	$\alpha$ de Cronbach	N de ítems	$\alpha$ de Cronbach	N de ítems
Autocuidados Generales	.777	23	.816	19
Autocuidados de Desarrollo	.785	19	.783	15
Autocuidados Específicos	.903	18	.886	16

**Tabla 2: Estadísticos de consistencia interna del cuestionario CAESPO antes y después del SEM.**

Fuente propia.

> .9	Excelente
.8 - .89	Bueno
.7 - .79	Aceptable
.6 - .69	Cuestionable
.5 - .59	Pobre
< .5	Inaceptable

**Tabla 3: Clasificación del coeficiente alfa de Cronbach (George & Mallery, 2003)**

### ***3.3 Análisis Factorial Confirmatorio.***

Tras determinar la fiabilidad del cuestionario a través de la consistencia interna y la estabilidad temporal, y dado que los ítems de los 3 constructos están claramente sustentados teóricamente(12) y propuestos por el análisis factorial exploratorio, se procede a realizar el análisis Factorial Confirmatorio (A.F.C.) usando el programa EQS 6.1 para Windows, ya que este nos permite el cálculo de los estimadores robustos de máxima verosimilitud para ajustar el modelo de bondad de ajuste de Satorra-Bentler(30) y el modelado estructural. Se contrasta la validez de constructo a través de un modelo de 3 factores de segundo orden: Autocuidados Generales, Autocuidados de desarrollo personal e interacción social y Autocuidados específicos relacionados con el problema

de salud, con 3 factores de primer orden en cada uno: Grado de conocimiento, Grado de práctica y Grado de Interés (Gráfico 2).



Gráfico 2. Modelado de ecuaciones estructurales del CAESPO. Fuente propia

El modelado de ecuaciones estructurales, nos sugirió la eliminación en la escala de autocuidados generales, y concretamente de la dimensión práctica de los ítems 7, 8 y 9 que hacen referencia a aspectos relacionados con la dieta, concretamente con la ingesta diaria de frutas, leche y agua y otro más relacionado con la actividad física, el ítem 14, que indaga sobre las veces que el individuo camina o realiza algún ejercicio aeróbico. El cuestionario de Autocuidados generales, quedaría con un total de 19 ítems y una buena consistencia interna en todas sus dimensiones.

En el cuestionario sobre Autocuidados de desarrollo personal e interacción social en la dimensión grado de conocimientos, se nos sugiere la eliminación del ítem 22, que indaga sobre el conocimiento de la existencia de grupos de ayuda mutua y asociaciones de pacientes. En la Dimensión práctica de Autocuidados de desarrollo personal e interacción social, el ítem 25 sobre el asesoramiento realizado por profesionales sanitarios sobre cuidados y en la dimensión grado de interés los ítems 38 y 40 que hacen referencia a la satisfacción con el apoyo familiar y con el apoyo que siente por su pareja. El cuestionario de Autocuidados de desarrollo personal e interacción social quedaría con un total de 15 ítems y una buena consistencia interna en todas sus dimensiones.

Por último en el cuestionario autocuidados específicos del problema de salud, se nos sugiere la eliminación de los ítems 41 y 45, ambos dos de la dimensión grado de conocimientos y que hacen alusión al grado de conocimientos sobre su problema de salud y sobre el procedimiento de higiene y cuidados de la ostomía. El cuestionario definitivo constaría de 16 Ítems y una consistencia interna muy buena.



### 3.4 Consistencia temporal del CAESPO.

Así mismo, y con el objetivo de corroborar la fiabilidad del CAESPO se elaboró una prueba de consistencia temporal (test-retest) de la batería completa de los tres cuestionarios de Autocuidados, en la que administramos el mismo test en dos ocasiones diferentes separadas por un lapso de tiempo inferior a 30 días a la misma muestra de sujetos y calculamos el coeficiente de correlación entre las puntuaciones obtenidas por los sujetos en las dos ocasiones, evaluando de este modo la estabilidad de los resultados a través del tiempo y determinando el coeficiente de fiabilidad denominado coeficiente de estabilidad temporal.

En los resultados reflejados en la Tabla 12 podemos observar los valores de consistencia interna determinada por el Alfa de Combrach en ambas entrevistas, los cuales se pueden clasificar como buenos ( $\alpha = 0,865$  y  $\alpha = 0,848$ ), y el valor de la consistencia temporal entre las dos entrevistas, el cual es excelente ( $\alpha = .987$ ) tal y como señalan George & Mallery (28).

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	.865
		N de elementos	60 <sup>a</sup>
	Parte 2	Valor	.848
		N de elementos	60 <sup>b</sup>
	N total de elementos		120
Correlación entre formas			.987

Tabla nº4. Coeficiente de Pearson. Estabilidad Temporal. Fuente propia.

## 4 Conclusiones.

En relación al CAESPO, cuestionario específico de medición de autocuidados en pacientes enterostomizados, y sus criterios de validez y fiabilidad, los resultados obtenidos nos permiten, con las debidas precauciones, su uso provisional para la valoración de los autocuidados y por tanto para el cálculo del riesgo de presentar déficits de los mismos. Procede no obstante, seguir trabajando en el refinamiento de la estructura y la eliminación del número de ítems que nos ha sugerido el Análisis Factorial y que ajustarían la dimensión del cuestionario haciéndolo más práctico, siendo necesaria la continuar con una nueva etapa de validación del instrumento.

La estructura de subescalas planteadas en el instrumento, facilita la evaluación independiente o conjunta en función de qué queramos medir, teniendo en cuenta, tal y como ha quedado evidenciado en el análisis de segmentación del a población de estudio, la existencia de grupos con necesidades diversas.

## Bibliografía.

1. Dorado J. Stoma Marking & Quality of life. 2011.
2. Campillo J. Estudio Stoma Life Coloplast. 2014; Available at: [http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/Homepage.nsf/0/49b7e19ce680683bc1257ceb004bac98/\\$FILE/Stoma%20Life.pdf](http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/Homepage.nsf/0/49b7e19ce680683bc1257ceb004bac98/$FILE/Stoma%20Life.pdf). Accessed July 24, 2014.
3. Cancio López S., Coca C., Fernandez I., García M. Estudio Coste efectividad de la Atención Especializada en Ostomía. 2014.
4. Bekkers M, Van Knippenberg F, Van Den Borne H, Poen H, Bergsma J, van BergeHenegouwen G. Psychosocial adaptation to stoma surgery: a review. *J Behav Med* 1995;18(1):1-31.
5. Olbrisch M. Development and validation of the ostomy adjustment scale. *Rehabilitation Psychology* 1983;28:3-12.
6. Knowles SR, Cook SI, Tribbick D. Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: A preliminary study with IBD stoma patients. *Journal of Crohn's and Colitis* 2013 11/1;7(10):e471-e478.
7. Bekkers M. Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy. *Psychosom Med* 1996;58(2):183-191.
8. Simmons KL, Smith JA, Bobb KA, Liles LLM. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *J Adv Nurs* 2007;60(6):627-635.
9. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191-215.
10. Wu HKM, Chau JPC, BN MPN, Twinn S. Self-efficacy and Quality of Life Among Stoma Patients in Hong Kong. *Cancer Nurs* 2007;30(3):186.
11. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: Concepts of practice*. 1991.
12. MI Mariscal. *Autocuidados y Salud en mujeres afectadas de cáncer de mama*. ProQuest Dissertations & Thesis.; 2006.
13. GARCÍA JC, MARTÍNEZ MR. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería clínica* 1996;6(5):213.
14. De Frutos Muñoz R, Solís Muñoz M, Hernando López A, Béjar Martínez P, Navarro Antón C, Mayo Serrano N, et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas de Enfermería* 2011;14(2):24-31.
15. Merino Navarro D. Impacto del programa integrado de autocuidado específico en mujeres afectadas de cáncer de mama. 2012.
16. E. Moreno. *Autocuidados en personas adultas afectadas de Diabetes Mellitus Tipo 2*. Universidad de Huelva; 2012.

17. M. Vargas. Autocuidados y Percepción de Salud en personas afectadas de Psoriasis. Universidad de Huelva; 2013.
18. MJ Morano. Capacidades de autocuidados de los familiares de las personas en procesos críticos. Universidad de Huelva; 2011.
19. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). : Elsevier Health Sciences; 2009.
20. Carballo A. Guía rápida de colostomías 2008.
21. Lenneberg E, Mendelsohn AN, Gross L, United Ostomy Association. Guía de colostomía. : United Ostomy Association; 2004.
22. Arroyo A. Guía de información al paciente con colostomías. : Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat; 2008.
23. Ballesta López F, Blanes Compañ F, Castells Molina M, Domingo Pozo M, Fernández Molina M. Guía de Actuación de Enfermería: manual de procedimientos generales. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat 2007.
24. Durán M, Martínez M, Marto M. Guía para la persona Colostomizada y la familia. 2013; Available at: <http://estomaterapia.es/>. Accessed 07/22, 2014.
25. Nunally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 1978.
26. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951;16(3):297-334.
27. Kaiser HF. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. Psychometrika 1958;23(3):187-200.
28. George D, Mallery M. Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference. Boston: Allyn&Bacon; 2003. p. 231.
29. Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. : Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education; 2003.
30. Satorra A, Bentler PM. A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. Psychometrika 2001;66(4):507-514.

## Anexo1. CAESPO

### ENTREVISTA CUESTIONARIO SOBRE LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS.\*

\*Adaptado, con autorización de la autora, desde el CAESCAM (Cuestionario de autocuidados específicos en el cáncer de mama), elaborado y validado por la Dra. M<sup>a</sup> Isabel Mariscal Crespo.

#### 1. AUTOCUIDADOS GENERALES

##### 1.1 Autocuidados generales. Dimensión Conocimientos.

Rodee la alternativa elegida:	Muy Bajos	Bajos	Alto	Muy Altos
1.Grado de conocimiento que el paciente tiene sobre la dieta que debe de seguir.	1	2	3	4
2.Grado de conocimiento que el paciente tiene sobre la actividad física que debe realizar.	1	2	3	4
3.Grado de conocimiento que el paciente tiene sobre técnicas de mejora del sueño, como la relajación.	1	2	3	4

##### 1.2 Autocuidados generales. Dimensión Práctica.

Rodee la alternativa elegida:	Nunca	Alguna vez	1 vez al mes	1 vez semana
<b>Control de peso.</b>				
4.Controla su peso	1	2	3	4
<b>Dieta.</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 r/semana</b>	<b>2-3 r/semana</b>	<b>1 r/día</b>
5.Toma verduras	1	2	3	4
6.Toma cereales integrales	1	2	3	4
	<b>Nunca</b>	<b>1 p/día</b>	<b>2 p/día</b>	<b>3 o más p/día</b>
7.Toma frutas	1	2	3	4
8.Toma leche y/o derivados (leche, queso, yogurt)	1	2	3	4
	<b>1- 2 vasos</b>	<b>3-4 vasos</b>	<b>5-6 vasos</b>	<b>7 o más vasos</b>
9.Toma agua diariamente	1	2	3	4
	<b>Nunca</b>	<b>Alguna vez</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Siempre</b>
10.Controla la sal en comidas	1	2	3	4
11.Evita alimentos ricos en grasas	1	2	3	4
12.Evita alimentos y bebidas flatulentos	1	2	3	4
13.Evita alimentos que producen olor en las heces	1	2	3	4
<b>Actividad física.</b>	<b>Nunca</b>	<b>1-2 veces / semana</b>	<b>3-4 veces /semana</b>	<b>Todos los días</b>
14.Camina 30 minutos o realiza algún otro ejercicio aeróbico.	1	2	3	4
<b>Sueño. Relajación.</b>				
15.Mantiene un horario de sueño ajustado a sus necesidades	1	2	3	4
16.Utiliza técnicas de relajación cuando lo necesita.	1	2	3	4

### 1.3 Autocuidados generales. Dimensión grado de interés.

Rodee la alternativa elegida:	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
<b>Control de peso. Dieta.</b>				
17.Grado de interés que el paciente tiene por seguir una dieta equilibrada.	1	2	3	4
18.Grado de interés que el paciente tiene por mantener el peso adecuado.	1	2	3	4
19.Grado de interés que el paciente tiene en la relación entre la dieta y sus consecuencias: gases intestinales, consistencia y olor de las heces.	1	2	3	4
<b>Actividad física.</b>				
20.Grado de interés que el paciente tiene por mantenerse ágil y activo.	1	2	3	4
<b>Sueño. Relajación.</b>				
21.Grado de interés que el paciente tiene por aprender a relajarse cuando lo necesite.	1	2	3	4

## 2. AUTOCUIDADOS DE DESARROLLO PERSONAL E INTERACCIÓN SOCIAL

### 2.1 Autocuidados de desarrollo personal e interacción. Dimensión grado de conocimientos.

Rodee la alternativa elegida:	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
22.Grado de conocimientos del paciente sobre asociaciones y grupos de ayuda mutua de pacientes ostomizados.	1	2	3	4
23.Grado de conocimientos del paciente sobre distintos tipos de dispositivos y técnicas que favorezcan el control de la eliminación intestinal (Irrigación de colostomía y uso de obturador)	1	2	3	4
24.Grado de conocimiento del paciente sobre indumentaria adecuada.	1	2	3	4

### 2.2 Autocuidados de desarrollo personal e interacción. Dimensión Práctica.

Rodee la alternativa elegida:	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
25.Nivel de asesoramiento realizado por profesionales sanitarios sobre cuidados que pueda necesitar.	1	2	3	4
26.Nivel de práctica en preparación de materiales y el medio para los autocuidados.	1	2	3	4
27.Nivel de dedicación diario a realizar actividades recreativas o de ocio.	1	2	3	4
28.Nivel de expresión de sentimientos y preocupaciones cuando lo necesita es.	1	2	3	4
29.Capacidad para hablar con alguna persona de su familia o amiga de su aspecto físico cuando lo necesita.	1	2	3	4
30.Capacidad para observarse ante el espejo y tocar la zona periestomal.	1	2	3	4
31.Capacidad para hablar con su pareja de su aspecto físico cuando lo necesita.	1	2	3	4

<b>Rodee la alternativa elegida:</b>	<b>Muy bajo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Muy alto</b>
32.Nivel de dedicación al cuidado de su aspecto físico.	1	2	3	4
33.Influencia de su problema de salud con sus relaciones sexuales.	1	2	3	4
34.Capacidad para hablar con su pareja de sus relaciones sexuales cuando lo necesita.	1	2	3	4
35.Capacidad para permitir que su pareja vea la zona afectada.	1	2	3	4

### 2.3 Autocuidados de desarrollo personal e interacción. Dimensión grado de interés.

<b>Rodee la alternativa elegida:</b>	<b>Muy bajo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Muy alto</b>
36.Grado de satisfacción con la comunicación que tiene con sus amigos.	1	2	3	4
37.Grado de satisfacción con la comunicación que tiene con su familia.	1	2	3	4
38.Grado de satisfacción con el apoyo por su familia.	1	2	3	4
39.Grado de satisfacción con la comunicación que tiene con su pareja.	1	2	3	4
40.Grado de satisfacción con el apoyo que siente por su pareja.	1	2	3	4

## 3. AUTOCUIDADOS ESPECÍFICOS DEL PROBLEMA DE SALUD.

### 3.1 Autocuidados específicos del problema de salud. Dimensión grado de conocimientos.

<b>Rodee la alternativa elegida:</b>	<b>Muy bajo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Muy alto</b>
41.Grado de conocimiento sobre su problema de salud.	1	2	3	4
42.Grado de conocimiento sobre el funcionamiento de su estoma.	1	2	3	4
43.Grado de conocimiento sobre autocuidados de su problema de salud.	1	2	3	4
44.Grado de conocimiento sobre procedimientos de higiene y cuidados de la ostomía.	1	2	3	4
45.Grado de conocimiento sobre procedimiento de higiene y cuidados de la piel periestomal.	1	2	3	4
46.Grado de conocimiento sobre diferentes tipos de dispositivos.	1	2	3	4
47.Grado de conocimiento sobre cambio y la colocación de dispositivos.	1	2	3	4
48.Grado de conocimiento sobre recursos terapéuticos (profesionales, servicios, instituciones).	1	2	3	4
49.Grado de conocimiento sobre posibles complicaciones relacionadas con su ostomía.	1	2	3	4

### 3.2 Autocuidados específicos del problema de salud. Dimensión Práctica.

<b>Rodee la alternativa elegida:</b>	<b>Muy bajo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Muy alto</b>
50. La capacidad de medir el estoma para el ajuste adecuado del dispositivo es:	1	2	3	4
51. La capacidad para vaciar la bolsa de la ostomía es:	1	2	3	4
52. La capacidad para cambiar el dispositivo de la ostomía es:	1	2	3	4
53. La capacidad para llevar a cabo los cuidados de la piel periestomal.	1	2	3	4
54. La capacidad para llevar a cabo la irrigación intestinal es:	1	2	3	4

### 3.3 Autocuidados específicos del problema de salud. Dimensión grado de interés.

<b>Rodee la alternativa elegida:</b>	<b>Muy bajo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Muy alto</b>
55. Siente optimismo respecto al futuro:	1	2	3	4
56. Desea trabajar y ocuparse de las labores domésticas:	1	2	3	4
57. Confía en las posibilidades de reorganizar su vida:	1	2	3	4
58. Cree que la mejoría de su salud depende en parte de que su actitud sea positiva:	1	2	3	4

**Muchas gracias por su colaboración.**

# Un cambio a partir de la BACTERIEMIA ZERO en la UCI pediátrica

## A change from the ZERO BACTERIEMIA in pediatric ICU

*Donoso Calero, MI [et.al]*<sup>1</sup>

*mariaisabel.donoso@uclm.es*

*Profesora Asociada*

*Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería.*

*Talavera de la Reina. UCLM*

### **Resumen:**

La seguridad del paciente cobra especial importancia debido a una atención sanitaria cada vez más tecnológica. Uno de los principales problemas de seguridad de los centros sanitarios son las infecciones nosocomiales.

La bacteriemia relacionada con catéter venoso central (BRCVC) es una infección nosocomial frecuente y cuya incidencia es mayor en los pacientes pediátricos y en aquellos ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI). La morbimortalidad asociada a esta entidad es un problema de salud importante frente al que es imprescindible desarrollar estrategias de prevención.

El Dr. Peter Pronovost fue el primero en desarrollar una estrategia de prevención de la BRCVC que resultaría positiva. En España se desarrolló posteriormente el Proyecto BZ siguiendo sus pasos.

El objetivo principal de este trabajo es analizar si la implantación del Proyecto BZ en una UCIP disminuye las tasas de BRCVC. Se ha realizado una Revisión Bibliográfica Descriptiva consultando numerosas bases de datos.

---

<sup>1</sup> Martín Conty, J. Profesor Ayudante; Moreno Pacha, AM. Profesora Invitada; Páramo García, G. Profesor Asociado Clínico. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Talavera de la Reina. UCLM.



El éxito del Proyecto BZ proviene de la introducción de medidas basadas en evidencia científica en inserción y mantenimiento de un CVC. Los resultados arrojan un descenso en BRCVC tras la puesta en marcha del proyecto.

El análisis comparativo del estudio de la UCIP de Toledo con los estudios de otras UCIs Pediátricas muestra resultados contradictorios.

A pesar de ello las conclusiones son claras: Las medidas de prevención, los protocolos de inserción, mantenimiento y retirada de CVC de las recomendaciones realizadas en el proyecto BZ disminuyen de forma significativa las colonizaciones de catéteres y las BRCVC.

**Keywords:** catéter venoso central; cuidados intensivos; prevención; bacteriemia; pediatría.

**Abstract:**

Patient safety is of special importance due to the fact that health care is becoming more technological. One of the main safety problems has been related to nosocomial infections.

Central venous catheter-related bloodstream infection (CRBSI) is a common nosocomial infection which has a higher incident rate amongst pediatric patients, particularly those admitted into intensive care units (ICU). Due to the high rate of morbidity and mortality, CRBSI has become a major health problem, thus making the development of prevention strategies essential.

Dr. Peter Pronovost was the first to develop a prevention strategy for CRBSI that showed positive outcomes. Subsequently in Spain, the “BZ Project” was developed following Pronovost’s work.

The main objective of this study is to review literature and analyze various data in order to determine if the implementation of the “BZ Project” has reduced the number of CRBSI cases in Pediatric ICUs.

The success of the “BZ Project” is due to the implementation of measures for the insertion and maintenance of a CVC based on scientific evidence. The results have been shown to decrease the incidence rate of CRBSI since the start of the project.

The comparative analysis of studies done at the Pediatric ICU in Toledo with other Pediatric ICUs shows conflicting results.

In spite of this, the conclusions are clear. Preventative measures, inclusive protocols, the implementation of the recommendations made in the “BZ Project” for the maintenance and removal of a CVS significantly decrease catheter colonization and CRBSI.

**Keywords:** central venous catheter; intensive care; prevention; bacteremia; pediatrics.

## Introducción

Nos encontramos en una etapa de progreso, de atención sanitaria cada vez más innovadora y tecnológica. Pero esta práctica asistencial actual no está exenta de riesgos.

Dentro de los estudios relacionados con el riesgo en la Atención Sanitaria encontramos el informe *To ERR is Human*, el cual establecía que entre 44.000 y 98000 estadounidenses morían al año a consecuencia de errores o Eventos Adversos relacionados con la Atención Sanitaria.

Es por ello, que la Seguridad del paciente cobra importancia en los últimos años en un intento de minimizar estos Eventos Adversos.

El Estudio Nacional de Eventos Adversos de 2005 confirma que es la Infección Nosocomial (IN) el evento adverso mayoritario y prevenible en más de un 50%.

Las infecciones nosocomiales constituyen un importante problema de salud pública por la enorme morbimortalidad que provocan, los altos costes económicos y sociales y el aumento de la estancia hospitalaria.

Entre las Infecciones Adquiridas en UCI, es la Bacteriemia la IN más grave. La Bacteriemia Relacionada con Catéter (BRC) es la IN más frecuente y cuya incidencia es mayor en aquellos pacientes hospitalizados en unidades de cuidados críticos (UCI) y pacientes pediátricos.

Así en 2008 la tasa de Bacteriemia Relacionada con Catéter en UCI se situaba en 5 episodios por 1000 días de catéter.

En un estudio multicéntrico realizado en UCIs pediátricas mostraba tasas entre 3.8 y 4.9 episodios por 1000 días de catéter.

Con el fin de reducir y prevenir la BRC surgen varias iniciativas todas ellas basadas en estrategias multifactoriales.

La más conocida es la llevada a cabo por el Dr Peter Pronovost (Michigan) que fue denominada Bacteriemia Zero (BZ), ya que consideraba que podrían alcanzarse tasas de Bacteriemia tangenciales a Zero.

Con su proyecto se redujo en 66% las tasas de BRC, tras 18 meses de una intervención en 108 ucis.

Este proyecto constaba de dos actividades complementarias:

- 1) Implantar un programa de formación y una serie de medidas en la inserción y manejo de catéteres.
- 2) Implantar un plan de seguridad integral para promover la cultura de seguridad en el trabajo diario.

Tras los buenos resultados de Pronovost y en un intento de reducir las BRC en la UCIS españolas, se creó el proyecto BZ en colaboración de la Agencia de Calidad del Ministerio y la Alianza para la Seguridad del Paciente de la OMS, liderado todo ello a nivel nacional por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, crítica y Unidades coronarias (SEMICYUC).

El estudio piloto se llevo a cabo en 2009 y comprobaron la disminución de las tasas de BRC así como el cambio producido en la etiología de la BRC y se verificaron la nueva incorporación de nuevas estrategias de seguridad en el proyecto.

## 1. Objetivos

Haciendo un análisis de todo lo anterior, me planteé como OBJETIVO GENERAL de mi trabajo, si la implantación del proyecto BZ disminuiría las tasas de densidad de incidencia de BRC en las UCIS pediátricas, ayudándome para ello de otros OBJETIVOS más ESPECÍFICOS:

1. Analizar cambios en la etiología de la BRC.
2. Analizar y exponer cambios en las estrategias de Prevención para la BRC.
3. Analizar y comparar los resultados de la implementación del Proyecto BZ en la UCI Pediátrica (UCIP) del Hospital Virgen de la Salud de Toledo con otros estudios ya constatados.

## 2. Metodología

Se trata de una Revisión Bibliográfica Descriptiva, para la cual se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane Library plus, Cuiden, Pubmed, Elsevier, Google Académico, Scielo, Dialnet, CDC (Central Disease Control), registro ENVIN-HELICS, registro EPINE, Medline, Excelencia Clinica, Embase.

Los descriptores utilizados han sido: catéter venoso central (catheterizacion central venous), Cuidados Intensivos (Intensive Care), Prevención (Primary prevention), Bacteriemia (bacteremia), Pediatría (pediatrics).

Para llevar a cabo el objetivo general, se consultaron las distintas bases de datos, estudios nacionales de prevalencia, Guías de práctica clínica, así como revisiones de la literatura y artículos de revistas actualizadas sobre el tema. El periodo de búsqueda de información ha abarcado los meses de octubre y noviembre de 2013.

Para alcanzar los objetivos específicos enunciados se profundizará en las fuentes consultadas y se extraerán los gérmenes predominantes en la producción de bacteriemias en las publicaciones previas a la implantación del proyecto Bacteriemia Zero y los que se informan con posterioridad al desarrollo de este proyecto. También se recogerán las estrategias de prevención enunciadas en estos dos periodos.

Las definiciones que vamos a tener en cuenta para seleccionar la información de los documentos recopilados, se encuentran expresadas en el Proyecto Bacteriemia Zero. Éstas definiciones incluyen Bacteriemia (o funguemia) relacionada con catéter (diagnóstico tras retirada del mismo), Bacteriemia (o funguemia) relacionada con catéter (diagnóstico sin retirada de la línea venosa), Bacteriemia (o funguemia) probablemente relacionada con catéter y conocida como Bacteriemia Primaria, Bacteriemia (o funguemia) relacionada con los líquidos de infusión, que se clasifica como bacteriemia secundaria y la infección relacionada con catéter que no es considerada como una bacteriemia. (20)

El informe ENVIN-HELICS 2012 (6) destaca que se ha realizado un cambio en la nomenclatura de las bacteriemias para adecuarlo a las definiciones del CDC; la denominación de las hasta ahora bacteriemias primarias pasan a ser bacteriemias de origen desconocido, manteniéndose el nombre de bacteriemias primarias para la suma de las de origen desconocido y las secundarias a catéter. Estos cambios de nomenclatura no modifican las tasas de esta infección que continúa calculándose de la misma forma.

Finalmente, para conseguir el último objetivo específico de “Analizar y comparar los resultados de la implementación del Proyecto Bacteriemia Zero en la UCI Pediátrica del Hospital Virgen de la Salud con otros estudios ya contrastados” se comparan las tasas de Densidad de Incidencia de la UCI Pediátrica de Toledo correspondiente al período de Abril de 2011 hasta Marzo de 2012 (período tras implantación del proyecto BZ) con la tasas de Densidad de Incidencia de los estudios contrastados de otras UCIs pediátricas tras la implementación del Proyecto BZ.

Los datos del Proyecto BZ en la UCI Pediátrica de Toledo fueron recogidos siguiendo la metodología del Proyecto a nivel Nacional y fueron registrados en el sistema ENVIN-HELICS por personal de la Unidad; en este caso, el médico intensivista encargado del Proyecto BZ a nivel de la UCI Pediátrica de Toledo, mensualmente.

En la UCIP se registrará el número de CVC insertados durante el período de estudio y se calculará la tasa de cumplimiento de los ítems de la lista de verificación en la inserción de CVC.

Para la introducción de los datos se utilizó la aplicación “on line” del programa de vigilancia de la infección adquirida en UCI ENVIN-HELICS: <http://hws.vhebron.net/envin-helics/>, utilizando la versión simplificada (factores de riesgo calculados por unidad de críticos, no medidos como factores de riesgo individuales de los pacientes), introduciendo el número de pacientes portadores de CVC y las bacteriemias adquiridas en UCI, tanto las primarias y relacionadas con catéter, como las secundarias de otro foco.

El sistema ENVIN-HELICS es un estudio de incidencia anual de 3 meses de duración, que se realiza en servicios de medicina intensiva. Se incluyen de forma prospectiva a todos los pacientes ingresados durante más de 24 horas en las UCIs participantes.

En todos los pacientes evaluados se recogen variables demográficas, patología de base, instrumentaciones realizadas (intubación y ventilación mecánica, sondaje uretral, catéteres venosos centrales y catéteres arteriales), estancia hospitalaria previa al ingreso en UCI, estancia en UCI y situación clínica en el momento del alta.

Se analizan las tasas de las IN asociadas con la instrumentalización, en el caso que estudiamos referidas tanto a las bacteriemias primarias (BP) como las relacionadas con catéteres vasculares centrales (BRCVC).

### 3. Resultados

Al elaborar mi trabajo, lo primero que me planteé es saber ¿qué es la bacteriemia? y por tanto, ¿qué es la Bacteriemia Relacionada con Catéter? y ¿cómo se diagnostica?

La bacteriemia es la presencia de bacterias viables en sangre. Hay varias clasificaciones de Bacteriemia, pero en la práctica clínica y siguiendo los criterios de definición del proyecto BZ, el cual, ha tenido en cuenta para el diagnóstico de las bacteriemias, el cuadro clínico del paciente y la extracción de hemocultivos; la Bacteriemia se clasifica en: Bacteriemia Relacionada con Catéter, con y sin retirada del mismo, Bacteriemia Secundaria y Bacteriemia Primaria.

Para la cuantificación de estas bacteriemias y poderlas comparar y con ello valorar la eficacia de las medidas tomadas, se utiliza la Densidad de Incidencia (DI) como medida de consenso. Se calcula dividiendo el número de infecciones por el total de días de exposición al dispositivo de riesgo y se expresa con el número de infecciones por 1000 días de exposición.

Los mecanismos patogénicos de la BRC son múltiples. Pueden ser debidos al catéter, al paciente, contaminación vía intra o extraluminal; pero el proyecto BZ define como factores de

riesgo de la BRC: Lugar de inserción, catéteres multilumen, administración de Nutrición Parenteral (NPT) o lípidos y baja relación enfermera/paciente.

En el año 2009 tras la puesta en marcha del proyecto BZ se produce un cambio en los gérmenes productores de bacteriemias, siendo a partir de entonces los gérmenes Gram negativos los causantes de las bacteriemias.

La estrategia de seguridad que plantea el proyecto BZ para minimizar las bacteriemias se centra en estos puntos:

1. Higiene de manos
2. Uso de barreras máximas durante la inserción
3. Desinfección de la piel con clorhexidina
4. Potenciar el uso de la localización en la subclavia
5. Retirar los catéteres innecesarios
6. Mantenimiento higiénico del catéter.

Se desarrollaron actividades para el cumplimiento de esas recomendaciones, basadas todas ellas en la máxima evidencia científica. Estas actividades se dividieron atendiendo a la inserción y mantenimiento del catéter y se crearon con ello los protocolos de actuación.

El proyecto BZ se implanta en la UCIP del Hospital Virgen de la Salud de Toledo en el año 2011. Se realiza un estudio que abarca desde Abril de 2011 a Marzo de 2012. La muestra es de 72 pacientes, con 84 CVC registrados, 6.42 días de catéter por paciente, 53 check list de inserción y 35 check list de mantenimiento.

Los resultados:

- 4 casos de Bacteriemia probablemente relacionada con catéter.
- Todos los casos producidos por gérmenes GRAM +.
- Con una tasa de 7.4 BRC/ 1000 días de CVC.
- Hay relación significativa con la NPT y los días de catéter.
- No se encontró relación significativa con: localización, VM, soporte vasoactivo, catéter arterial y edad.

Se realizó un cálculo retrospectivo de la BRC previo a la puesta en marcha del proyecto, desde julio – Diciembre de 2010 con una tasa de 2.46 BRC/1000 días de CVC.

Por lo tanto la tasa de BRC aumentó en esta unidad tras la puesta en marcha del proyecto en contraposición de los resultados que venían arrojando los estudios contrastados, en los cuales tras la implantación del Proyecto BZ las tasas de BRC disminuían considerablemente, al igual que ocurría con la primera iniciativa llevada a cabo por Pronovost.

Este hallazgo nos sugiere dos cosas:

1. Que los datos recogidos retrospectivamente para calcular la tasa de BRC en la UCIP de Toledo no estén analizados de la misma forma que los datos utilizados en el Proyecto BZ y por tanto, no sean comparables ambas tasas.
2. Que si realmente son comparables, se debe incidir y mejorar en las estrategias de prevención y control de la infección nosocomial para mejorar así la seguridad del paciente.

## 4. Conclusiones

Las infecciones nosocomiales son una complicación muy común en los hospitales. Aproximadamente una cuarta parte de estas infecciones ocurren en las unidades de cuidados intensivos (UCI), debido a que se trabaja con pacientes críticos en los que son necesarias técnicas invasivas, como la cateterización venosa central.

La disminución de la BRC en relación con la aplicación de medidas preventivas propuestas por la experiencia de Michigan y adaptadas por el proyecto de Bacterimia Zero del Ministerio de Sanidad y Consumo, está claramente demostrada por la evidencia científica.

Queda contrastado por los estudios, el cambio en la etiopatogenia que se produce en las BRCVC, tras la implantación del proyecto BZ, habiendo un claro aumento de los gérmenes gramnegativos multiresistentes.

La importancia que tiene el buen manejo en la inserción y cuidados posteriores del CVC en la prevención y disminución de las tasas de incidencia de BRCVC es importante y motivo suficiente para la buena formación de los profesionales.

Las medidas de prevención tienen un gran impacto en el caso de la BRC, como se evidencia en la aplicación de las guías internacionales. Las estrategias educacionales centradas en problemas específicos detectados tras la observación de las prácticas empleadas en el manejo y cuidados de los CVC han demostrado ser efectivas en la reducción de las tasas de BRC.

La inclusión en los protocolos de inserción, mantenimiento y retirada de CVC de las recomendaciones realizadas en el proyecto BZ disminuyen de forma significativa las colonizaciones de catéteres y las Bacteriemias Relacionadas con CVC.

La implantación de medidas de prevención de las IN que impliquen a todo el personal de la unidad más una formación adecuada, es útil para conseguir una reducción de las tasas de BRCVC en la UCI.

Los resultados obtenidos tras la implementación del Proyecto BZ en la UCIP del Hospital de Toledo nos llevan a dos determinaciones:

1. Que los datos obtenidos anteriores a la implementación no están recogidos ni analizados siguiendo el protocolo del Proyecto BZ con lo que no serían comparables, y nos estarían dando cifras erróneas.
2. Si se confirmara que estos datos son una realidad, se debería incidir en las medidas de prevención y mantenimiento propuestas para disminuir la BRCVC en esa unidad.

## **Bibliografía**

- Organización Mundial de la Salud, The Joint Commission; Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. 2007. Disponible en: [www.who.int/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf](http://www.who.int/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf). Acceso: [Noviembre de 2013].
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Observatorio para la seguridad del paciente. 2013; Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridapaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/index.html>. [ Acceso Noviembre 2013 ] -----
- Kohn Linale T, Corrigan Janet MD, Son Molla, S. To Err Is Human: Building a safer Health system. American Institute of Medicine National Academy Press. Washington, DC, 1999. National Academy Press, 1999.
- Centros para el control y Prevención de Enfermedades. CDC. 1600 Clifton R.d./Atlanta.6A 30333, USA. [Revisada y modificada el 11 de Octubre de 2007, Actualizada el 31 de Enero de 2012; Acceso Octubre-Noviembre 2013].Disponible en: <http://www.cdc.gov/nhsn/pscda.html>.
- Estudio de prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. Sociedad española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Informe EPINE – EPPS del año 2012. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/>.
- Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas. SEMICYUC. Estudio nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva. Informe del año 2012. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/envin-helics/>.
- Martinon Sanchez JM, Rodriguez Nuñez A, Martinez Soto S, Martinon Torres S.Organización de las unidades de cuidados intensivos pediátricos. En Asociación de Cuidados Pediátricos y Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos. Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos. 3ª ed. Madrid: Pubimed; 2009.p 33-35



- Ayestaray JL. UCI Hospital Son Dureta. Guías de tratamiento empírico de Enfermedades infecciosas Hospital Universitari Son Dureta.2007.
- Álvarez Lerma F, Olaechea P, Palomar Martínez M, Insausti Ordeñana J, López Pueyo MJ, Grupo de Estudio ENVIN-HELICS. Epidemiología de las bacteriemias primarias y relacionadas con catéteres vasculares en pacientes críticos ingresados en servicios de medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2010; 34:437- 45.
- Álvarez-Lerma F, Palomar M, Olaechea P, Otaol JJ, Insausti J, Cerdá E. Grupo de Estudio de Vigilancia de Infección Nosocomial en UCI. Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Unidades de Cuidados Intensivos. Informe evolutivo de los años 2003-2005. *Med Intensiva*. 2007; 31:6-17.
- Suetens C, Morales I, Savey A., Palomar M, Hiesmayr M, Lepape A., et al. European surveillance of ICU-acquired infections (HELICS-ICU): methods and main results. *J Hosp Infect*. 2007; 65 (Suppl 2):171-3.
- National Nosocomial Infections Surveillance System. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004. *Am J Infect Control*. 2004; 32:470- 85.

# Las narrativas de padecimiento de pacientes expertos como innovación educativa

*Feijoo-Cid, M [et.al]<sup>1</sup>*

*Universitat Autònoma de Barcelona.  
Departamento de Enfermería*

## INTRODUCCIÓN

Durante el pasado curso 2014/15, se incluyó dentro de la asignatura Antropología de la Salud y Multiculturalidad una actividad docente en el marco de una innovación educativa. Se trata de la inclusión de pacientes expertos para compartir sus narrativas de padecimiento con los estudiantes de 4º curso. Se partía de la idea de paciente experto como aquella persona afectada por una enfermedad crónica que es capaz de responsabilizarse de su enfermedad y cuidarse, identificando síntomas, respondiendo ante éstos y adquiriendo herramientas para gestionar el impacto físico, emocional y social de la enfermedad (González Mestre, 2009, 2014; Molina Escribano et al., 2008). Por narrativas de padecimiento, partimos de la concepción de Kleinman (1980), el cual parte del paradigma hermenéutico primando la vivencia, la aflicción del afectado por encima de la disfunción orgánica, e interesándose por las representaciones que el paciente tiene sobre su enfermedad (*illness*).

Aceptaron participar de forma desinteresada un catedrático de bioquímica afecto de cáncer de próstata y una profesora de enfermería sometida a tratamientos de fertilidad, ambos de la UAB. Además participó una mujer con VIH, activista y colaboradora con varias asociaciones de afectados. Todos compartieron su experiencia vivida en sesiones de aproximadamente 90 minutos. Asimismo, la asignatura incluyó clases magistrales y seminarios para trabajar aspectos relacionados con los modelos explicativos de enfermedad, el itinerario terapéutico, la medicalización y la reificación entre otros.

El objetivo de este estudio fue describir la aplicación de los conceptos teóricos que los alumnos detectan en las narrativas de enfermedad, así como identificar la forma de incorporar la visión de los otros (pacientes expertos) en el nos-otros (enfermeras).

---

1 Leyva-Moral, JM; Gómez-Ibáñez, R; Bernabeu-Tamayo MD; Galbany-Estragués P; SanRafael-Gutiérrez S, Juanola-Pagès, MD.

# 1 Metodología

Estudio cualitativo. Se solicitó a los estudiantes asistentes que respondieran unas preguntas abiertas sobre su vivencia con las conferencias. Las respuestas debían ser reflexivas, en base a los contenidos teóricos trabajados en la asignatura. Se realizó un análisis descriptivo cualitativo del contenido de los ejercicios presentados por los estudiantes de cada una de las tres conferencias, una vez obtenido consentimiento verbal. Se alcanzó la saturación teórica tras el análisis de 100 textos.

## 2 Resultados

Participaron un total de 75 estudiantes. La media de edad de los estudiantes fue de 24,8 años, siendo el 14,66% mayor de 30 años. Tan sólo un 16,88% de los estudiantes eran hombres. El análisis de los textos revela 7 grandes áreas que describen cómo los **estudiantes** aplican las narrativas del padecimiento a los conceptos teóricos trabajados en clase y cómo incorporan otras miradas al proceso:

1. *Itinerario terapéutico*: Ligado al concepto de paciente y a la toma de decisiones. Se considera la entrada al sistema sanitario como la pérdida de los derechos de los ciudadanos; es decir, “ser paciente” se concibe como una pérdida de autonomía en la toma de decisiones en salud.  
*“Los ciudadanos cuando pasan a ser pacientes pierden el derecho a decidir, y han de cumplir ciertas normas porque viven bajo normas implantadas por el sistema sanitario, pierden la libertad de decisión” (mujer, 21\_2).*

En la asignatura se ha problematizado el concepto de paciente transmitido por el modelo biomédico, en el que conocimiento y práctica enfermera están inmersos. Es por ello que el perfil de los conferenciantes como pacientes expertos ha facilitado que los estudiantes detecten su autonomía y capacidad de autogestión de tratamiento y enfermedad.

*“Es ella quien quiere gestionar su salud y para ello debe hacerse cargo de esa gestión en colaboración con los profesionales sanitarios, no todos lo entienden y ha cambiado de médico hasta que ha encontrado uno con el que se siente comprendida” (hombre, 34\_1)*

Escuchar en primera persona el itinerario terapéutico permite establecer la relación entre la experiencia vivida y posibles mejoras de la asistencia, reconociendo cómo gracias a escuchar los itinerarios terapéuticos se ha permitido tener una visión integral del proceso que está viviendo la persona.

*“(…) escuchar la situación y los sentimientos ha sido muy enriquecedor aportándonos ideas sobre cómo mejorar nuestra futura asistencia enfermera en situaciones como ésta” (mujer, 22\_1).*

*“La charla ha permitido aprender a escuchar y saber la historia que existe alrededor de determinados procesos, es decir la importancia de conocer de manera holística la historia de la persona para poder comprender mejor su patología y la forma en que la vive (hombre, 21\_2)”.*

2. *Concepto de empatía*: Los estudiantes conciben el concepto de empatía como algo subjetivo y único en estrecha relación con la experiencia vivida, reconociendo su dificultad de ponerse en

el lugar del otro.

*“La empatía se define como el acto de una persona que trata de ponerse en el lugar del otro, es una idea metafórica ya que es imposible ponerse al completo en el lugar del otro. El conferenciante sintió que su oncólogo era empático con él porque le hizo protagonista de su tratamiento” (mujer, 26\_3).*

Los alumnos asumen, de un modo general, la dificultad para comprender los sentimientos de la persona, debido a la individualidad vivencial del proceso terapéutico,

*“no la podrán entender ya que ellos no están viviendo su misma situación” (mujer, 27\_1)*

No obstante destacan la necesidad de aproximarse a lo que siente el otro y trasmitírselo, aunque no se compartan los sentimientos,

*“En el momento que ella le dice que está cansada de tantos cambios de doctor, creo que él se da cuenta de este cansancio y se ofrece a hacerle el seguimiento para siempre. Creo que el hecho de que se dé cuenta y el intentar entender porque esta así, es empatizar con la paciente” (mujer, 25\_1)*

3. La medicalización del cuerpo: Los estudiantes son conscientes de que el embarazo es un proceso altamente medicalizado, aun así no consideran a las mujeres embarazadas como personas enfermas, aunque si es frecuente que aparezcan etiquetas de patologías asociadas al embarazo como eclampsia o diabetes.

*“(...) estás embarazada no enferma” (hombre, 22\_3).*

*“¿No te puedes quedar embarazada? Tómate hormonas como 1ª elección. Todo se cura con medicación” (hombre, 21\_3).*

*“Queremos tratar la tristeza o el duelo con medicación cuando nunca se ha considerado una enfermedad ni ha requerido de soporte médico ya que se trata de un proceso natural” (mujer, 22\_1).*

4. Reificación (cosificación): De los relatos se extrae como los estudiantes identifican que el sistema sanitario actual identifica a las personas por un número, centrando el principal interés asistencial en la parte biológica. Los estudiantes identifican con qué facilidad se llama a las personas por la enfermedad que padecen, invisibilizando así a la propia persona.

*“Le hicieron una ecografía y se sentía como un objeto, y un número cuando la pusieron en las listas y le dijeron que era el número 2036” (mujer, 22\_3).*

*“Padezco VIH. Pierdo toda identidad que no sea la de “enfermo de VIH”, en ocasiones, dejo de ser persona. Soy reconocido como VIH+” (hombre, 21 años\_1)*

5. Modelo explicativo: Se evidencia que los estudiantes conocen la co-existencia de dos modelos con características propias: el biomédico y el subalterno-

*“El hecho de que se trate la enfermedad sin ver la parte psicológica es lo que caracteriza al modelo biomédico” (mujer 23\_3).*

*“Podría relacionar este cuidado integral del paciente con el modelo explicativo del sufrimiento, ya que centra el cuidado en la visión del paciente (...) (mujer, 35\_3)”*

6. Otredad: La reflexión sobre las narrativas del padecimiento facilita a los estudiantes la humanización de la visión del profesor conferenciante, considerándolo como una persona que también puede tener problemas de salud-enfermedad-atención y que los comparte con sus estudiantes.

*“He recordado días de ABP que veíamos a la conferenciante cansada o desganaada. Ahora entiendo porqué. Me he dado cuenta una vez más que no podemos juzgar a la gente sin conocer su historia” (mujer, 21\_2)..*

7. Visibilizar el propio padecimiento: Visibilizar el padecimiento del docente ayuda a los estudiantes a expresar sus emociones y padecimientos. El docente se convierte en un modelo que se humaniza, que comparte sus experiencias vitales con los estudiantes y esto marca una diferencia.

*“Toda la intervención ha sido muy interesante. Mucha de la teoría y vivencias ya las sabía porque puedo decir con orgullo que yo soy una niña FIV. Mi madre pasó por muchas situaciones parecidas o incluso peores, porque hace 25 años la sociedad estaba más atrasada y desanimaban a mi madre diciéndole que ella no era del todo mujer y que tenía que aceptarlo. Pero aún así el abril pasado al cumplir 25 años llevé a mis padres a que se re-encontraran con el médico que les atendió, hasta me hicieron una entrevista que me impactó: muchos niños no saben que son in Vitro, ni siquiera la familia lo sabe, quizás por miedo a que nos señalen pero creo firmemente que se ha de aplaudir el gran esfuerzo y valor que este proceso conlleva. (mujer, 25\_3)”*

### 3 Conclusiones

Este estudio ha permitido conocer cómo los estudiantes aplican los conceptos teóricos identificados en las narrativas de enfermedad de pacientes expertos, y cómo incluyen su visión profesional con la de los propios pacientes.

Se identifica la narrativa de padecimiento como un detonante de un conocimiento diferente, el cual hace tomar consciencia de la necesidad de menos biomedicina y más experiencia de enfermar (*illness*). Los estudiantes asocian al profesional médico con el modelo biomédico y a las enfermeras con un modelo más integral. Se identifica en los relatos mucho contenido descriptivo experiencial, pero poca reflexión e integración del conocimiento.

Es necesario seguir investigando sobre el impacto de este tipo de intervenciones educativas en la mejora de los aprendizajes respecto a otras actividades más convencionales.

### Bibliografía

- González Mestre, A. (2014). La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enferm Clin.*, 24(1), 67–73.
- Kleinman A. (1995). *Writing at the margin. Discourse between Anthropology and Medicine.* (University of California Press, Ed.). London.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture.* (University of California Press, Ed.). Berkeley.
- Molina Escribano, F., Castaño Moreno, E., & Massó Orozco, J. (2008). Experiencia Educativa con un Paciente Experto. *REV CLIN MED FAM*, 2(4), 178–180.

**Evaluación IX Jornadas Complutenses, VIII Congreso  
Nacional de Investigación en Ciencias de la Salud para  
Alumnos Pregraduados**

**Evaluation Complutense Conference IX, VIII National  
Congress of Research in Health Sciences for Students  
Undergraduate**

José María Blanco Rodríguez [et. Al]<sup>1</sup>

*[jmblanco@ucm.es](mailto:jmblanco@ucm.es)*

*Departamento de Enfermería;  
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología  
Universidad Complutense de Madrid*

**Resumen**

La novena edición de las Jornadas Complutenses ha tenido lugar los días 24, 25 y 26 de abril de 2014 organizadas por la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. El objetivo ha sido fomentar la formación universitaria integral, iniciar al alumnado en el campo de la investigación científica y promover el encuentro entre titulaciones de Ciencias de la Salud. La formación universitaria es y debe ser integral, superando lo meramente académico y formativo. La participación en Jornadas, seminarios y otras actividades extraordinarias es la clave para conseguir este propósito.

El alumnado que ha participado ha podido iniciarse además en el campo de la investigación científica, dándole a esta un protagonismo mayor del que se da en las Titulaciones de Grado o

---

<sup>1</sup> Jorge Diz Gómez; Esther García García; Enrique Pacheco del Cerro. Departamento de Enfermería; Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología Universidad Complutense de Madrid.

Licenciatura. Por último, es muy atractivo el encuentro entre titulaciones vinculadas entre sí por el campo de las Ciencias de la Salud.

Evaluar el impacto de las Jornadas a través del grado de satisfacción de los alumnos participantes, a través de un cuestionario anónimo con respuestas de escala Likert y también preguntas abiertas. De 1935 estudiantes inscritos, contestaron 311 estudiantes. En términos generales, el 74% de los alumnos se encuentran satisfechos MEDIA 4.4. DE 0.9. Resaltar la gran labor de los voluntarios. 77, el interés y la calidad de las comunicaciones. 63, la Gran variedad de temas y espacio multidisciplinar. 50, la satisfacción con la organización e información recibida. 50 y el ambiente universitario entre personas de distintas facultades. 29

**Palabras clave:** estudiantes, investigación, ciencias de la salud, satisfacción

### **Abstract**

The ninth edition of the Complutense Conference was held on 24, 25 and 26 April 2014 organized by the School of Nursing, Physiotherapy and Podiatry, Complutense University of Madrid. The aim has been to promote comprehensive university training, initiating students to the field of scientific research and promote the meeting between degrees of Health Sciences. University education is and should be comprehensive, surpassing the merely academic and training. Participation in conferences, seminars and other special activities is the key to achieving this purpose.

Students who have participated has also been initiated in the field of scientific research, giving greater prominence of this is given in degrees or degree. Finally, it is very attractive match between qualifications linked by the field of Health Sciences.

Assess the impact of the conference through the satisfaction of participating students through an anonymous questionnaire with Likert scale responses and open questions.

1935 students enrolled, 311 students responded. Overall, 74% of students are satisfied MEDIA 4.4. 0.9. Highlight the great work of volunteers. 77, interest and quality of communications. 63, the wide variety of issues and multidisciplinary space. 50, satisfaction with the organization and feedback. 50 and university atmosphere between people of different faculties. 29

**Keywords:** student, research, health sciences, satisfaction

## **Introducción**

La novena edición de las Jornadas Complutenses ha tenido lugar los días 24, 25 y 26 de abril de 2014 organizadas por la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid.

Los objetivos de estos eventos han sido fomentar la formación universitaria integral, iniciar al alumnado en el campo de la investigación científica y promover el encuentro entre titulaciones de Ciencias de la Salud. La organización ha corrido a cargo de la Facultad.

La formación universitaria es y debe ser integral, superando lo meramente académico y formativo. La participación en Jornadas, seminarios y otras actividades extraordinarias es la clave para conseguir este propósito.

El alumnado que ha participado ha podido iniciarse además en el campo de la investigación científica, dándole a esta un protagonismo mayor del que se da en las Titulaciones de Grado o Licenciatura.

Por último, es muy atractivo el encuentro entre titulaciones vinculadas entre sí por el campo de las Ciencias de la Salud

### **1 Objetivo**

Evaluar el impacto de las Jornadas a través del grado de satisfacción de los alumnos participantes.

### **2 Metodología**

Se procedió a la elaboración de un cuestionario con respuestas de escala Likert y también preguntas abiertas.

Al finalizar las jornadas el cuestionario fue rellenado de forma anónima por los estudiantes de las distintas facultades.

### **3 Resultados**

Fueron completados 311 formularios, siendo el número de estudiantes inscritos 1935.

El número de alumnos que contestaron a la encuesta por Facultad fue:



**Tabla 1. Distribución de los formularios completados**

ENFERMERÍA	98
FISIOTERAPIA	10
PODOLOGÍA	13
VETERINARIA	22
MEDICINA	62
FARMACIA	68
BIOLOGÍA	3
TERAPIA OCUPACIONAL	16
CIENCIA Y TECNOLOGÍA DE LOS ALIMENTOS	4
ÓPTICA Y OPTOMETRÍA	4
ODONTOLOGÍA	5
BIOQUÍMICA	1
PSICOLOGÍA	5
TOTAL	<b>311</b>

El tipo de participación en el Congreso de estos alumnos fue:

**Tabla 2. Tipo de participación en el Congreso**

<b>ASISTENTE</b>	<b>168</b>
<b>Presentación Comunicación ORAL</b>	<b>59</b>
<b>Presentación PÓSTER</b>	<b>80</b>
<b>Presentación ORAL+PÓSTER</b>	<b>4</b>

El 35% de los alumnos encuestados valoran como neutra la información previa recibida sobre las Jornadas. (Media: 3,3 DE: 1,1)

Un 40% de los alumnos encuestados manifiesta sentirse satisfecho con el método de inscripción. (Media: 3,8 DE: 1)

En general, la valoración sobre la forma en que se ha informado sobre las Jornadas es satisfactoria (36%), seguida de neutro (24%) y muy satisfecho (22%). (Media: 3,5 DE: 1,1)

Casi la mitad de los encuestados (45%) declara sentirse satisfecho con los recursos disponibles en la realización de las jornadas. (Media: 3,9 DE: 0,9)

El 45% de los alumnos encuestados han quedado muy satisfechos con la relación mantenida con el tutor. (Media: 3,9 DE: 1,2)

El 64% de los encuestados se muestran muy satisfechos por la labor de los voluntarios que han ayudado al buen desarrollo de las Jornadas. (Media 4.4. DE 0.9)

El 42% de las valoraciones corresponde a alumnos satisfechos respecto a los profesores que han compuesto las mesas como Tribunales. (Media 4.4. DE 0.9)

Las Jornadas aumentaron el interés por la investigación en la mayoría de encuestados en un 72% de los alumnos encuestados. (Media 3.9. DE 1)

En términos generales, el 43% de los alumnos se encuentran satisfechos y el 31% muy satisfechos. (Media 4.4. DE 0.9)

Lo que resaltan los alumnos de forma muy positiva de las Jornadas ha sido: la gran labor de los voluntarios (77%), el interés y la calidad de las comunicaciones (63%), la Gran variedad de temas y espacio multidisciplinar (50%), la satisfacción con la organización e información recibida (50%) y el ambiente universitario entre personas de distintas facultades (29%)

## **4 Conclusiones**

El grado de satisfacción ha sido bueno para la inmensa mayoría de los estudiantes que han contestado al cuestionario.

Las redes sociales de Facebook, Twitter y el correo han sido eficientes y consideramos que deben usarse como recursos útiles en la comunicación y la organización de este tipo de eventos.



**IX JORNADAS DE  
PROFESORADO  
DE CENTROS  
UNIVERSITARIOS  
DE ENFERMERÍA**

---