

## Aprendizaje basado en problemas y rol playing como estrategias de enseñanza de la ética profesional

Carmen Medina-Castellano<sup>a</sup>, Aurora Baraza Saz<sup>a</sup>, Josefa Rodríguez Pulido<sup>b</sup>, Maximino Díaz Hernández<sup>a</sup>, Lucía Cilleros Pino<sup>a</sup>, José Enrique Rodríguez Hernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Enfermería, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; <sup>b</sup>Departamento de Educación, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

\*carmen.medina@ulpgc.es; teléfono +34 928 453492

### RESUMEN

La asignatura Ética y Legislación ha formado parte de los planes de estudios de la titulación de Enfermería desde la incorporación de esta a la Universidad, y aún antes. Desde el principio, la principal cuestión planteada era *cómo enseñar ética*, más allá de la mera exposición de contenidos teóricos. En este trabajo, proponemos el empleo del aprendizaje basado en problemas (ABP) y el uso de la simulación a través de rol playing para promover un aprendizaje significativo en los estudiantes del tercer curso del Grado en Enfermería. Para ello hemos diseñado una práctica de laboratorio en la que a partir de un caso clínico representado, los estudiantes adquieran y apliquen nuevos conocimientos de manera autónoma, tal y como lo harían en su práctica profesional. Como objetivo secundario, el diseño permite llegar al “uso 0” de papel, ya que todos los informes y demás instrumentos de evaluación se desarrollan on line.

**Palabras Clave:** simulación clínica, ABP, rol playing, enfermería, prácticas de laboratorio.

### INTRODUCCIÓN

Existe un consenso importante respecto a la relevancia de las cuestiones ético-legales en la enseñanza de las profesiones sanitarias<sup>1,2</sup>, particularmente porque los actos profesionales se dirigen a personas, o a grupos de ellas, y son susceptibles de producir un alto impacto en los derechos fundamentales de estas. Según la Organización Mundial de la salud (OMS), casi uno de cada 10 pacientes sufre daños en el ámbito hospitalario debido a causas prevenibles, algunas de las cuales están directamente relacionadas con los defectos de comunicación, tanto entre profesionales, como con los pacientes, vulnerándose así uno de los principios bioéticos más elementales - *primun non nocere*- y generando, en muchos casos, altos costes económicos en concepto de indemnización, tanto para los profesionales como para las administraciones sanitarias. Recientemente, el Servicio Canario de Salud era condenado a pagar la indemnización más alta ahora conseguida en España (1,3 millones de euros) precisamente por un déficit de información que privó a la paciente de la posibilidad de someterse a un aborto legal por razón de grave anomalía en el feto<sup>3</sup>.

La enseñanza de habilidades clínicas con simuladores de escala real y posibilidades de respuesta fisiológica se desarrollan en Estados Unidos a finales de los años 60 y principios de los 70, si bien desde el siglo XIX se vienen usando maniqués o modelos mecánicos de todo tipo<sup>4</sup>. Como señalan Hernández Gutiérrez et al<sup>5</sup>. “la simulación provee una oportunidad única a los profesionales de la salud, ya que permite tener entrenamiento en un ambiente de seguro, para discutir libremente los problemas y errores [...]. La estrategia de la simulación tiene mucho que ofrecer en este sentido, desde la gestión de errores, el trabajo en equipo, mejorar el rendimiento en sistemas complejos y, sobre todo, fomentar la cultura de la seguridad del paciente.”

El enfoque de la simulación con fines exclusivamente de adquisición de habilidades clínicas procedimentales se ha ido transformando paulatinamente, incorporando a los escenarios de aprendizajes otro tipo de contenidos como los relativos a las cuestiones éticas, primero en la formación posgraduada en Bioética y, posteriormente, en la formación pregraduada. En este sentido, destacan algunas de las experiencias desarrolladas, como la que desde 2008 tiene lugar en la Universidad Católica de Lovaina, que integró en la simulación clínica desarrollada en los laboratorios las cuestiones éticas, particularmente la empatía, con el objetivo de mejorar las habilidades éticas de los profesionales proveedores de cuidado<sup>6</sup>. Galloway<sup>7</sup> señala que “el uso de la simulación para educar a profesionales de la salud permite a los alumnos

practicar las habilidades necesarias en un entorno que permite errores y crecimiento profesional sin poner en riesgo la seguridad del paciente”, si bien también pone de manifiesto la opinión de algunos autores que “sostienen que hasta la fecha no hay suficientes investigaciones para vincular la simulación con una mayor seguridad del paciente”. A pesar de que puede ser necesario contar con más evidencia que establezca una relación clara entre la simulación que integre tanto procedimientos clínicos como aspectos éticos con una mayor seguridad del paciente, la simulación constituye una herramienta de aprendizaje que promueve la transferencia del aprendizaje teórico de la ética y de los aspectos jurídico-legales propios de las profesiones sanitarias a los contextos clínicos profesionales<sup>8</sup>, permitiendo que los estudiantes lleguen a sus prácticas en instituciones de salud con habilidades básicas que otorguen seguridad a su desempeño en dichas prácticas.

Como señalan Martín y cols<sup>1</sup>, en carreras como el grado en Enfermería, se aprenden y se evalúan las actividades propias de la competencia profesional mediante una serie de programas formativos que incluyen las principales metodologías conocidas para enseñar y evaluar competencias clínicas y no clínicas”: clases magistrales, trabajo en grupo, simulación en laboratorios, prácticas preclínicas, etc. El problema es que todo esto se realiza de forma difusa, de modo que el aprendizaje transversal “consciente” está poco presente, y el estudiante “aprende a aprender” en compartimentos estancos, perdiéndose así un potencial de adquisición de habilidades importante.

El concepto de aprendizaje experiencial desarrollado por John Dewey en su obra *Experiencia y educación* (1938)<sup>9</sup>, más allá de la necesidad de su contextualización geográfica, cultural e histórica, sigue aportando valor. Dewey consideraba la experiencia del aprendiz como el elemento central del proceso educativa, especialmente “aquellas experiencias que resultan de la actividad que desarrolla el alumno para alcanzar de manera intencional los aprendizajes propuestos. El autor consideraba que aquello que se aprende se ha de vincular directamente con el entorno físico y social en que tienen lugar la enseñanza de manera que resulte significativa en la vida del sujeto que aprende”<sup>10</sup>. A partir de estas ideas, Donald Schön “incorporó la idea de la *formación de profesionales reflexivos*, rescató la noción del *conocimiento práctico* y del *aprendizaje en la acción*”<sup>11</sup>.

Schön<sup>11</sup> afirmaba que “hay zonas indeterminadas de la práctica -tal es el caso de la incertidumbre, la singularidad y el conflicto de valores- que escapan a los cánones de la racionalidad técnica. Cuando una situación problemática es incierta, la solución técnica del problema depende de la construcción previa de un problema bien definido, lo que en sí mismo no es una tarea técnica. Cuando un práctico reconoce una situación como única, no puede tratarla solamente mediante la aplicación de teorías y técnicas derivadas de su conocimiento profesional. Y, en situaciones de conflicto de valores, no hay metas claras y consistentes que guíen la selección técnica de los medios”. La simulación clínica que incorpora valores, morales, principios bioéticos y normas jurídicas del ámbito del bioderecho permiten recrear con bastante exactitud la realidad compleja a la que deben enfrentar los profesionales sanitarios y les permite poner en marcha y relacionar todos sus recursos para conseguir respuestas adecuadas al problema planteado.

Por otra parte, como elemento indispensable en la recreación del escenario clínico, el trabajo ha de ser desarrollado en grupo, lo que permite la interacción con otros en el proceso de construcción del conocimiento, permitiendo lo que Vigotsky<sup>12</sup> llamó *zona de desarrollo próximo* (ZDP), para referirse a la distancia que existe entre la ejecución que una persona puede alcanzar en una tarea determinada y la ejecución que es posible alcanzar con la ayuda de otras personas (esencialmente profesores y compañeros).

Como señalan Piña-Jiménez y Amador-Aguilar<sup>10</sup>, “la enseñanza de la enfermería [...] siempre aparece referida a un contexto situado, es decir, los espacios que ofrecen los servicios de salud, donde existen comunidades de práctica del área de salud, con los que el alumno interactúa y en los que prevalece de forma implícita una cultura profesional a la que los alumnos se incorporan, tanto en forma intencional y planeada, como a través de procesos de socialización secundaria, en el que los entornos institucionales de salud, les muestran actitudes y valores que practica la comunidad profesional con la que se identifica.

Bajo estas premisas, se ha recreado un escenario de aprendizaje, acorde a los objetivos de la asignatura, que persigue la adquisición de habilidades en ética y legislación, pero también en otras materias que se imparten en el mismo semestre.

## DESARROLLO DE LA PROPUESTA

### 1.1 Descripción general de la asignatura

La asignatura Ética y Legislación se desarrolla en el primer semestre del tercer curso del Grado en Enfermería. Cuando el estudiante inicia el estudio de esta materia ya ha realizado en el semestre anterior (2º semestre del segundo curso) un rotatorio de prácticas clínicas de un mes de duración, donde ha adquirido algunas habilidades básicas bajo la supervisión de profesores de asociados de ciencias de la salud. La evaluación de estas prácticas se realiza a través de un informe

elaborado por el propio estudiante que responde a los criterios planteados en la rubrica de evaluación que también debe cumplimentar el profesor responsable de la enseñanza clínica. En dicha rubrica se incluyen ítems relacionados con el aprendizaje de la ética y la legislación, entre los que se encuentran los siguientes:

- a) Registra de modo detallado, situaciones que preserven y/o vulneren las normas legales, los derechos y deberes de los usuarios relacionándolos con la documentación disponible.
- b) Analiza en qué medida se respeta o vulnera el código deontológico y el marco legal en las actividades cuidadoras.

En la práctica se ha observado que la valoración del propio aprendizaje que realiza el estudiante de las competencias propias de la materia objeto de este trabajo resulta poco eficaz para determinar su capacidad real para aplicar las habilidades relacionadas. Esto obedece, entre otros factores a que en el momento en que realiza ese rotatorio clínico, el alumno aún no ha recibido ninguna formación teórica sobre la materia en cuestión, por lo que resulta improbable que cuente con las herramientas de juicio necesarias para llevar a cabo una reflexión valorativa de la adquisición de esas competencias. En otras palabras, ¿cómo puede saber el estudiante si se respetan los derechos de los pacientes, o si se vulnera el Código Deontológico u otras normas legales si desconoce cuales son esos derechos, cuáles son las normas deontológicas que le incumben o cuál es el marco legal en el que se desenvuelve la actividad del profesional de enfermería?

Es cierto que se trata de una competencia de adquisición progresiva, y así trata de valorarlo la rubrica del prácticum, sin embargo la realidad es que cuando el estudiante llega al aula poco o nada sabe del tema. Esta observación se quiso constatar este año mediante la cumplimentación de un cuestionario con 20 preguntas al inicio de la asignatura en el que se planteaban cuestiones generales relativas a la materia, como el derecho a la información o el derecho a consentir las intervenciones profesionales y que debían mostrar el grado de conocimiento que tenían de la misma. El cuestionario fue cumplimentado por 53 estudiantes, de los cuales el 95% sabía poco o nada de las cuestiones planteadas. Bajo estas premisas se diseñó una práctica de laboratorio con el objetivo de recrear una situación clínica real en la que se daban conflictos de valores y de derechos, además de cuestiones legales y deontológicas que debían ser identificadas por los estudiantes y resueltas. El escenario escogido permitía que los estudiantes pudieran trabajar transversalmente competencias propias de las asignaturas que impartidas durante el primer semestre del tercer curso del Grado.

### **1.2 Descripción de la propuesta metodológica**

La práctica consiste en la resolución de un caso clínico en el que están presentes conflictos de valores y derechos, además de cuestiones legales que deben ser tenidas en cuenta por los profesionales de Enfermería. El caso se presenta en la tabla 1

Tabla 1. "Presentación del caso problema". Fuente: Adaptado de: Editor. Rev Calidad Asistencial, 16:280-281 (2001)

#### El caso de Ana

Ana es una mujer de 35 años ingresada en Medicina Interna por presentar temperatura alta de 3 meses de evolución llegando, en ocasiones, a 39°C, con escalofríos y tiritonas. La paciente presenta intensa astenia y anorexia y refiere una pérdida de 5kg de peso en 2 meses, así como dolor en zona sacra desde hace 1 mes. Antecedentes de interés: Portadora del virus de la hepatitis C, aunque sin daño hepático. Fumadora de 40 cigarrillos/día hasta hace 3 meses, cuándo comenzó con la fiebre.

En la exploración física solo destaca la extrema delgadez y dolor sacro a la presión.

Datos analíticos iniciales: Hemograma era normal, salvo una VSG de 113 mm/h. La serología de Brucella, la tuberculina y los hemocultivos son negativos y la Rx de tórax normal. La gammagrafía ósea objetiva una sacroileítis y en la RNM, solicitada por evolución tórpida, se descubren múltiples adenopatías mesentéricas y retroperitoneales y datos de infiltración de médula ósea, hígado y bazo, sugestivo de linfoma no Hodgking.

El médico responsable de la paciente, Luis Suárez, informa, en primer lugar, al marido de la paciente del resultado de las analíticas y exploraciones realizadas, y posteriormente habla con la paciente, informándola vagamente de su situación.

Durante el ingreso la fiebre y el dolor no han respondido al tratamiento con anti-inflamatorios, y se ha detectado una adenopatía supraclavicular izquierda, junto con anemización y discreta elevación de transaminasas. Se realiza serología para VIH y estudio de médula ósea. Sara Molina, enfermera de la unidad, fue la responsable de obtener las muestras de sangre, y cuando Ana preguntó que por qué volvían a sacarle sangre, se limitó a sonreír y le dijo "que era lo habitual cuando se está ingresado en un hospital". Por ser viernes, la paciente ha sido dada de alta tras 10 días de ingreso, pendiente de resultados y exéresis de adenopatía.

Tres días después, Sara Molina informa al médico que han llegado los resultados a la planta de Medicina Interna. El informe del análisis de médula ósea era normal, pero la serología para VIH resultó ser positiva. El médico decide citar al marido de la paciente para hablar con él. En la consulta el marido de cuenta que Ana ha sido heroinómana durante 10 años y que lo dejó cuando se conocieron y que, desde entonces, nunca ha recaído. Ella jamás consintió hacerse serología para VIH y nunca confiesa sus antecedentes cuando acude a recibir asistencia sanitaria por miedo al rechazo, lo que le ha generado problemas de autoestima. Se concierta una nueva cita con Ana para tratar de obtener información sobre sus antecedentes y solicitar su permiso para realizar una nueva determinación de VIH. Asimismo, se realiza dicha prueba de manera urgente al marido, que resultó ser negativa.

Una semana más tarde, Ana acude con su marido a la planta de Medicina Interna. Preguntada sobre sus hábitos por la enfermera y por el médico, primero los omite y posteriormente los refiere. Esclarecido el tema, el médico le informa que habrá que hacer varios estudios, entre ellos el VIH. Ana se niega rotundamente "Me da igual, prefiero no saberlo aunque me muera", pero tras insistirle finalmente accede, siempre que no se le informe del resultado.

En esta semana, el deterioro de la paciente ha sido importante, presentando una hemoglobina de 6,8g/dl, y en la Rx de tórax un patrón miliar. Con los diagnósticos provisionales de SIDA y tuberculosis diseminada, se ingresa e inicia tratamiento tuberculostático iv, soporte nutricional y se transfunde. El estudio histológico de la adenopatía mostró granulomas necrotizantes con numerosos bacilos ácido-alcohol resistentes. Tras 18 días de estancia fue dada de alta con aceptable estado general y sin fiebre, realizándose doble informe clínico, omitiendo en el que se entregó a la paciente la positividad del VIH. Sara, que vuelve a ser, nuevamente, la enfermera responsable de la paciente, desconoce el deseo de esta de no ser informada acerca de su seropositividad y le entrega al alta un informe de enfermería en el que hace referencia al diagnóstico médico en los motivos de ingreso de la paciente.

A los 15 días acude a la consulta de Medicina Interna. Ha engordado y se encuentra bien. No pregunta por el VIH, ni hace ninguna referencia al modo en que recibió la información, pero los nuevos análisis (subpoblaciones y carga viral) recomiendan iniciar sin más demora el tratamiento retroviral. Cuando se le propone el tratamiento lo rechaza, por más que su marido trata de convencerla y el médico le explica las consecuencias que tendrá en su estado el no tratarse y el mal pronóstico que acarrea.

### 2.2.1 Desarrollo de la propuesta

El trabajo se desarrolló en grupos de cinco estudiantes cada uno, de modo que, estando formados los grupos de laboratorio por veinte estudiantes cada uno –son un total de tres-, se dividió cada uno de ellos en cuatro subgrupos y se establecieron cuatro áreas de trabajo diferenciadas que fueron ocupadas por cada uno de los subgrupos, que estuvieron ubicados en el mismo lugar durante las cuatro sesiones en las que la práctica se llevó a cabo. Los grupos fueron creados por el profesor con el objetivo de evitar los agrupamientos naturales, de modo que pudieran también adquirir la habilidad de trabajar con otros colegas, con los que no necesariamente tendrán relaciones de amistad.

Desde el inicio, el estudiante conocía las tareas que debía realizar su grupo cada día, así como la temporalización establecida para las mismas; no obstante, los miembros del grupo podían decidir autónomamente como organizar el trabajo. El primer día se realizó la simulación, usando como actores a los estudiantes de los distintos grupos que participaban, a los cuales se les dio información complementaria para que pudieran desempeñar su papel y responder a las preguntas que sus compañeros les hicieran al término de la representación. Con el objetivo de que al final todos los grupos dispongan de la misma información, se garantizaba que participación en la simulación de un miembro de cada grupo, al menos.

Una vez planteado el problema, los estudiantes procedían a analizar el caso usando para ello un método específico que les fue explicado previamente en las clases teóricas. Todos los problemas éticos y jurídico-legales que el estudiante debía abordar en esta situación habían sido tratados previamente en las clases expositivas, si bien requería de ellos la búsqueda de información complementaria que les permitiera un mayor nivel de concreción en la resolución de la situación clínica planteada.

En la resolución del caso los estudiantes invirtieron dos horas y cuarenta minutos más para redactar y subir los informes (10' para el informe parcial y 30' para el informe final). Para esto último, se diseñó un recurso en la plataforma Modle, en forma de cuestionario abierto donde el grupo fue cumplimentando las distintas partes del informe que debía elaborar.

El tercer día, una vez resuelto el caso, cada estudiante realizó un cuestionario tipo test on line sobre las cuestiones trabajadas en la práctica, que sirvió para valorar progresión personal de cada miembro del grupo. Igualmente, los estudiantes llevaron a cabo una evaluación por pares ciegos de los trabajos de sus compañeros. Para ello accedieron a un link que bajo nombre codificado les permitió visualizar el trabajo del grupo que debían evaluar. Cada grupo de estudiantes evaluó a un único grupo de compañeros, usando para ello la rúbrica que aparece en la tabla 3. Tras esta evaluación, se les pedía una valoración de la rúbrica que incluyera elementos de mejora. También durante esa práctica prepararon la exposición del trabajo realizado. Se les recomendó usar el método *Pecha Kucha*, si bien podían elegir el formato que prefirieran. El tiempo máximo para la exposición se fijó en 10'.

Al término de la exposición, y tras un breve tiempo para comentarios y preguntas, se concluía la práctica con un feedback en el que los estudiantes expresaban tanto su grado de satisfacción con la práctica, como las propuestas de mejora. El desarrollo y temporalización de la práctica se expresa en la tabla 2.

Tabla 2. Desarrollo de la práctica

Plan de trabajo y temporalización
<b>Día 1</b>
1. Ubicación de los grupos en su lugar de trabajo. Presentación del caso y explicación de los objetivos y dinámica de trabajo – 15'
2. Lectura en grupo, discusión del caso - 15
3. Preparación del role playing – 10'
4. Role playing – 15'
5. Feed-back – 15'
6. Resolución del caso
• Análisis del caso usando el método deliberativo 40'
• Subir informe parcial 10'
<b>Día 2</b>
7. Resolución del caso (cont.):
• Finalizar análisis: 90'
• Redactar y subir informe definitivo. (Debe incluir las referencias bibliográficas consultadas): 30
<b>Día 3</b>
8. Respuesta cuestionario individual -20
9. Preparar presentación oral 60
10. Evaluación por pares ciegos 40
<b>Día 4</b>
11. Presentación del trabajo – 10'
12. Preguntas y comentarios – 5
13. Feed-back final– 20'

Tabla 3. Rúbrica de evaluación.

<b>Criterios a evaluar</b>	<b>%</b>
<b>Identificar los problemas éticos y legales</b>	
Identifica y justifica de forma adecuada 5 de problemas éticos y legales presentes en el caso	<b>100</b>
Identifica y justifica de forma adecuada al menos 3 problemas éticos y legales presentes en el caso	<b>75</b>
Identifica algunos de los problemas éticos y legales presentes en el caso, pero no los justifica de forma adecuada	<b>50</b>
Realiza conjeturas sobre el caso clínico, no se basa en los datos objetivos, personaliza e inventa datos,...	<b>25</b>
<b>Identificar todas las dimensiones de la persona en el análisis del caso clínico</b>	
Identifica de forma adecuada todas las dimensiones desde un punto de vista profesional	<b>100</b>
Identifica de forma adecuada todas las dimensiones, pero faltan datos relevantes, desde un punto de vista profesional	<b>75</b>
Identifica 3 de las dimensiones desde un punto de vista profesional	<b>50</b>
Identifica menos de 3 dimensiones, personaliza, no se basa en datos objetivos	<b>25</b>
<b>Identificar la autonomía de la paciente</b>	
Identifica de forma adecuada la autonomía de la paciente y argumenta las bases teóricas.	<b>100</b>
Identifica la autonomía de la paciente y argumenta las bases teóricas correctas pero incompletas	<b>75</b>
Identifica la autonomía de la paciente, pero no argumenta las bases teóricas correctas	<b>50</b>
No identifica la autonomía de la paciente. Puede haber incongruencias entre la respuesta y el argumento teórico	<b>25</b>
<b>Identificar la capacidad para tomar de decisiones</b>	
Identifica adecuadamente la capacidad para tomar de decisiones de la paciente y argumenta las bases teóricas, con niveles	<b>100</b>
Identifica la capacidad de toma de decisiones de la paciente y argumenta las bases teóricas correctas pero incompletas	<b>75</b>
Identifica la capacidad de toma de decisiones de la paciente, pero no argumenta las bases teóricas correctas	<b>50</b>
No identifica la capacidad de toma de decisiones de la paciente. Hay incongruencias entre la respuesta y el argumento teórico	<b>25</b>
<b>Identificar cuándo y a quién se ha de solicitar el consentimiento informado</b>	
Identifica cuándo y a quién se ha de solicitar el consentimiento informado, y argumenta las bases teóricas adecuadas	<b>100</b>
Identifica cuándo y a quién se ha de solicitar el consentimiento informado, y argumenta bases teóricas incompletas	<b>75</b>
Alguna dificultad para identificar cuándo y a quién se ha de solicitar el consentimiento informado. Bases teóricas incompletas	<b>50</b>
No identifica correctamente cuándo y a quién se ha de solicitar el consentimiento informado. Bases teóricas incompletas	<b>25</b>
<b>Identificar y explicar la importancia de preservar el secreto profesional, cómo hacerlo y a quienes alcanza</b>	
Identifica correctamente el secreto profesional, cómo hacerlo, a quién alcanza, y argumenta las bases teóricas éticas y legales adecuadas	<b>100</b>
Identifica correctamente el secreto profesional, cómo hacerlo, a quién alcanza, pero las bases teóricas éticas y legales son incompletas	<b>75</b>
Alguna dificultad para identificar el secreto profesional, cómo hacerlo, a quién alcanza. Las bases teóricas éticas y legales son incompletas	<b>50</b>
No identifica correctamente el secreto profesional, cómo hacerlo, a quién alcanza. Las bases teóricas éticas y legales son incompletas	

## 2. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La propuesta se ha implementado en el Grupo A del tercer curso del Grado en Enfermería y es posible afirmar que la experiencia ha sido, en general, satisfactoria y coincidimos con Pinar y Peksoy en que la simulación promueve la transferencia del conocimiento teórico de la ética y añadimos, porque así se incluyó en nuestra propuesta, del marco jurídico legal en el que se desenvuelven los profesionales de enfermería, lo que se evidencia por los resultados satisfactorios que obtuvieron los estudiantes en las distintas fases de la evaluación. En este sentido cabe señalar un que esta transferencia es recíproca en el sentido de que así como la teoría es necesaria para la práctica, esta alimenta el aprendizaje teórico, lo refuerza y permite su asimilación crítica, de modo que, aunque no formaba parte directa de esta experiencia educativa, el examen teórico de la asignatura, realizado tras finalizar la experiencia de aprendizaje propuesta, concluyó con un 95% de los estudiantes aprobados, lo que representa un incremento de casi un 10% respecto a cursos anteriores, lo que resulta congruente con lo planteado por Dewey<sup>9</sup> y Shön<sup>11</sup>.

Resulta también de interés los resultados de la evaluación por pares ciegos. Tras finalizar su propio proceso de aprendizaje cada grupo contó con los recursos cognitivos y procedimentales necesarios para valorar el trabajo de sus compañeros y hay que señalar que, en general, fueron bastante críticos, haciendo recomendaciones acertadas. En esta misma línea, se pidió a los estudiantes que aportaran propuestas de mejora de rúbrica y también aquí fueron pertinentes

sus observaciones, de modo que tenemos previsto introducir sus propuestas en el desarrollo de la práctica con el Grupo B de este mismo curso.

En definitiva, concluimos que el uso de la simulación en la enseñanza en el Grado de Enfermería es una herramienta de enorme utilidad para ayudar a los estudiantes a identificar problemas éticos y legales propios de su práctica profesional y a considerar la atención a los mismos como parte de sus deberes asistenciales, de modo que puedan comprender que la realidad asistencial es compleja y requiere de situaciones creativas, más del mero empleo de teorías y técnicas. Una de las características de las actividades profesionales es que enfrentan problemas recurrentes, pero no estandarizables y, en consecuencia, los profesionales deben ser capaces de movilizar todos sus recursos cognitivos y todas sus habilidades al servicio de los ciudadanos a los que atienden.

La simulación clínica coopera a proporcionar a los pacientes una atención segura al favorecer un entrenamiento que recrea con bastante fidelidad los entornos clínicos en los que, finalmente se producirá el desempeño profesional. Introducir valores, derechos y normas en la simulación permite una aproximación aún más real al entorno clínico y provee al estudiante de herramientas para afrontar su práctica con eficacia.

## REFERENCIAS

- [1] [Martín Robles, M., Leal Costa, C., Muñoz Devesa, A., Jiménez Rodríguez, D., Rojo Rojo, A., Díaz Agea, J.L. Aprendiendo ética con simulación. Perspectiva de los alumnos sobre el aprendizaje experiencial y reflexivo de la bioética. *Rev Ética de los Cuidados*. 11 (e11488) (2018)
- [2] Hirsch Adler, Ana. Competencias y rasgos de ética profesional en estudiantes y profesores de posgrado de la UNAM. *Sinéctica*, (32), 14-16 (2009). Recuperado en 08 de octubre de 2018, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-109X2009000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2009000100003&lng=es&tlng=es).
- [3] Agencia Efe. 20 de septiembre de 2018. <https://www.efe.com/efe/canarias/tribunales-y-sucesos/el-tsjc-confirma-la-mayor-indemnizacion-por-negligencia-medica-impuesta-en-espana-1-30-millones/50001342-3756103>
- [4] Díaz Agea, J.L. y Leal Costa, C. “Aprender sin lastimar, seguridad del paciente y simulación clínica: una relación necesaria en la formación de profesionales sanitarios”, en: Aires de Freitas, C.H., De Souza Oliveira, A.C., Bessa Jorge, M.S. [Segurança do Paciente: um caminho de muitas vias teóricas metodológicas e aplicabilidade prática no Sistema Sanitário], Editora da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza 189-191 (2015).
- [5] Hernández Gutierrez, L., Barona Nuñez, A.V., Durán Cárdenas, C., Olvera Cortés, H.E., Ortiz Sánchez, A.G., Ávila Juárez, S.A., Morales López, S. “La seguridad del paciente y la simulación clínica. Primer Encuentro Internacional de Simulación”. Simex 2017. Facultad de Medicina UNAM. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/uns171b.pdf>
- [6] Vanlaere, L., Timmermann, M., Stevens, M., y Gastmans, C. An explorative study o experiences of healthcare providers posing as simulated care receivers in a “care-ethical” Lab. *Nursing Ethics*, 19, 68-79 (2012).
- [7] Galloway, S. J. "Simulation Techniques to Bridge the Gap Between Novice and Competent Healthcare Professionals" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, Vol. 14, No. 2, Manuscript 3. Disponible en: <http://ojin.nursingworld.org/RSS/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No2May09/Simulation-Techniques.html>
- [8] Pinar, G. Peksoy, S. “Simulation-Based Learning In Healthcare Ethics Education”, *Rev. Creative Education*, 7, 131-138 (2016).
- [9] Dewey John. *Experiencia y educación*. Madrid; Biblioteca Nueva (2010)
- [10] Piña-Jiménez, I., Amador-Aguilar, R. La enseñanza de la enfermería con simuladores, consideraciones teórico-pedagógicas para perfilar un modelo didáctico. *Rev Enfermería Universitaria* .12 (3) 152-159 (2015)
- [11] Schön Donald. *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño d e la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones* (2ª ed.). Barcelona: Paidós (1992)
- [12] Vygotsky L. *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: La Pléyade; (1986)