

Aprendiendo ética con simulación. Perspectiva de los alumnos sobre el aprendizaje experiencial y reflexivo de la bioética

María Rosario *Martín Robles*,¹ César *Leal Costa*,² Aarón *Muñoz Devesa*,² Diana *Jiménez Rodríguez*,² Andrés *Rojo Rojo*,^{1,2} José Luis *Díaz Agea*²

¹Servicio Murciano de Salud, Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, España. ²Universidad católica de Murcia, UCAM. Murcia, España

Correspondencia: jluis@ucam.edu (José Luis Díaz Agea)

Resumen

El modo en que se adquiere la competencia ética en ciencias de la salud es motivo de debate. La simulación clínica podría ser la respuesta a dicha necesidad de formación. El objetivo del estudio fue valorar las opiniones de los alumnos sobre la Simulación clínica como metodología de aprendizaje de bioética en enfermería. Se realizó un estudio cuantitativo después de experimentar 6 escenarios simulados con contenidos éticos en alumnos de 4º de enfermería (n=30). Las variables del estudio fueron: valoración previa del conocimiento ético, aprendizaje, percepción y emociones, satisfacción y preferencia de contenidos. Las situaciones simuladas fueron diseñadas para contener cuestiones éticas. Las encuestas se analizaron con estadísticos descriptivos. Resultados. La perspectiva de los estudiantes acerca de su aprendizaje con simulación fue positiva (puntuaciones altas/muy altas en las diferentes dimensiones medidas en la encuesta). El contenido mejor valorado fue la "actuación ante sospecha de maltrato" y el menos valorado fue "aspectos sobre la cooperación al mal". Discusión. Las competencias exploradas en este trabajo pueden ser ampliadas para lograr articular un plan de estudios con la simulación clínica como modelo para trabajar aspectos éticos. Las opiniones de los alumnos refuerzan el uso de la simulación para el aprendizaje de la ética.

Palabras clave: Simulación clínica. Competencia ética. Aprendizaje reflexivo. Ética en enfermería. Debriefing.

Learning ethics with simulation. Students' perspective on the experiential and reflexive learning of bioethics

Abstract

The acquisition of ethical skills is a necessity in nursing. How acquired is debated. Clinical simulation could be the answer to the need for training. Objective. To evaluate the clinical simulation as a methodology of teaching and learning of ethical skills in nursing. Method. A quantitative study (survey) was carried out after 6 simulated scenarios with ethical content in three different groups of students of 4º of nursing (n = 30). The variables of the study were: previous assessment of ethical knowledge, learning, perception and emotions, content satisfaction and preference. The study was conducted between March and May 2016. Each group consisted of 10 students (5 teams of 2). The simulated situations were designed to contain ethical issues. Surveys were analyzed with descriptive statistics. Results. The students' perspective on their learning and acquisition of Ethical competencies with simulation was positive (high / very high scores in the different dimensions measured in the survey). The most valued content was "action on suspicion of abuse" and "protection of life versus principle of autonomy" and the least valued were "aspects on cooperation to evil" and "ethical suicide." Discussion. The competences explored in this work can be broadened and agreed upon in order to articulate a syllabus with clinical simulation as a model for working ethical aspects in nursing, as other studies have also shown. Conclusion. The opinions of the students reinforce the use of simulation for the learning of ethics. The different responses of the students to the situations with ethical implications indicated the existence of contradictions between the way of acting and the previous knowledge on the ethical issues.

Key-words: Clinical simulation. Ethical competence. Reflexive learning. Nursing ethics. Debriefing.

Introducción

En España se ha revolucionado la enseñanza universitaria promovida por la convergencia europea en materia educativa superior,¹ pasando el alumno a tener un papel activo en su proceso de aprendizaje.^{2,3} Este modelo promueve la reducción de las clases magistrales que tradicionalmente han sido el pilar de la enseñanza para dar paso a metodologías activas en las que el papel del profesor pasa a un plano más cercano al de

facilitador del aprendizaje y el alumno se convierte en un agente dinámico y modulador de aprehensión de conocimientos, habilidades y actitudes que le otorgarán competencia en el campo en el que estudia. Dichas competencias también pueden ser evaluables.⁴

En las profesiones sanitarias ocurre que la responsabilidad en la adquisición de competencias posee un trasfondo moral evidente. La materia prima son personas; el sentido profesional y el desarrollo del futuro trabajo están indudablemente

imbuidos de una responsabilidad de cuidar del otro (individuo y sociedad). Formar alumnos de enfermería, medicina, fisioterapia, etc. encierra el deber de conseguir profesionales competentes por el bien de futuras generaciones. Pero, ¿son esas competencias adquiridas de una manera efectiva?

Se sabe que las habilidades se fundamentan en la práctica, los conocimientos se adquieren con la observación, el estudio y la reflexión, y las actitudes con la imitación y el aprendizaje de modelos teóricos comportamentales adecuados.⁵ El problema es que dichas competencias se van adquiriendo en un proceso difuso y compartimentado, fruto de planes de estudios que van evolucionando en el tiempo y en la forma.

En carreras como el grado en enfermería, se aprenden y se evalúan las habilidades propias de la competencia profesional mediante una serie de programas formativos que incluyen las principales herramientas conocidas para enseñar y evaluar las competencias clínicas y no clínicas. Clases magistrales, seminarios prácticos, simulaciones y prácticas reales con sus correspondientes niveles de evaluación como son los exámenes escritos y orales, las evaluaciones clínicas, las pruebas simuladas y las herramientas de evaluación relativas a las prácticas clínicas, que estarían en el vértice de una hipotética pirámide de evaluación competencial según Miller.⁶ Este psicólogo, estableció precisamente una descripción piramidal de la evaluación por competencias en las profesiones sanitarias que ha sido muy utilizada en la planificación teórica de la formación y evaluación de las mismas. Cuanto más subimos en la pirámide, más podemos demostrar la competencia profesional. Es decir, una enfermera es absolutamente competente cuando puede demostrar dicha competencia en la práctica real (y no únicamente respondiendo adecuadamente a preguntas en un examen tipo test).

Partiendo de este marco se ha diseñado un estudio piloto para poder evaluar el impacto que tendría en los alumnos la enseñanza de cuestiones éticas en enfermería a través de una metodología activa más relacionada con los procesos comportamentales de los alumnos que con los procesos cognitivos que tradicionalmente se han usado para su aprendizaje. Nos referimos a la simulación clínica de alto realismo con escenarios simulados en los que los alumnos pueden adquirir todo tipo de competencias (habilidades clínicas y no clínicas, conocimientos y actitudes, etc.) mediante la experimentación de situaciones tomadas de la vida real⁷ y con la posterior reflexión y discusión (debriefing) guiada por un instructor/facilitador.

El debriefing facilita el análisis del rendimiento de los alumnos e integra la experiencia de la simulación clínica con los conocimientos previos que poseen, lo que facilita enormemente el proceso de aprendizaje.⁸

Se ha planteado la simulación como un método probado en la formación de profesionales sanitarios a lo largo de varias décadas^{9,10} y que resulta provechoso porque tiene la ventaja de ser un tipo de aprendizaje experiencial, reflexivo y sin riesgos para los pacientes.¹¹

La experiencia de simulación tiene por objeto parecerse a la realidad en un nivel óptimo, para que los alumnos experi-

menten la situación y reaccionen tal y como lo harían en un escenario real.¹²

La simulación también se ha utilizado para el aprendizaje de competencias no clínicas;¹³ habilidades interpersonales como la comunicación, el trabajo en equipo y la empatía por el paciente son fundamentales para incrementar la atención de calidad en los pacientes.¹⁴

El estudio que aquí presentamos está fundamentado precisamente en la adquisición de competencias no clínicas (habilidades relacionadas con la aplicación práctica de los conocimientos éticos y su posterior reflexión).

En el diseño del estudio se propusieron los siguientes objetivos.

Objetivo general:

Valorar la Simulación clínica como metodología de enseñanza y aprendizaje de competencias éticas en enfermería.

Objetivos específicos:

1. Analizar las opiniones de los alumnos sobre el proceso de aprendizaje de las cuestiones bioéticas mediante simulación en enfermería.

2. Describir y analizar la percepción y las emociones experimentadas por los alumnos durante la experiencia simulada con contenidos éticos.

3. Analizar la satisfacción de los alumnos acerca de la experiencia de incluir competencias sobre bioética en simulación clínica.

4. Describir las preferencias de los alumnos en relación a las competencias bioéticas desarrolladas en cada escenario simulado.

Método

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal acerca de las percepciones de alumnos de 4º curso del grado en enfermería de la UCAM tras la realización de experiencias simuladas, en las que se han incluido expresamente contenidos y competencias éticas dentro del diseño de los escenarios simulados. La recogida de datos se ha realizado mediante encuesta online auto-administrada, orientada a obtener información de las diferentes dimensiones del estudio.

Se pusieron en marcha los siguientes escenarios de simulación (Tabla 1). Se escogieron estos escenarios porque se trabajan competencias relacionadas con la asignatura Practicum VI y se le añadieron elementos éticos para la discusión de las actuaciones en el debriefing. El estudio se realizó durante el segundo rotatorio de simulación del Practicum VI (4º curso de enfermería) en la Universidad Católica de Murcia durante los meses de marzo-abril y mayo de 2016.

El estudio se ha desarrollado en 3 fases. En la primera se diseñó la investigación, se decidieron los contenidos éticos de cada escenario por consenso de expertos (6 profesores con formación en bioética y simulación) y se incluyeron en el guion del mismo. Se redactaron los consentimientos informados, la encuesta on-line, etc. En una segunda fase se llevaron a cabo las experiencias simuladas y en una tercera fase se analizaron los resultados del estudio.

Tabla 1. Escenarios de simulación y competencias asociadas

Escenario de simulación	Competencias clínicas a adquirir mediante simulación (experiencia/reflexión/debate)	Competencias éticas a adquirir mediante simulación (experiencia/reflexión/debate)
Escenario 1. Mujer con atonía uterina que precisa manejo de hemorragia posparto. Es testigo de Jehová y rechaza tratamiento con transfusión.	Hemorragias posparto: Atonía Uterina ¿Qué es? ¿Cómo se trata? Manejo del paciente en shock hipovolémico Taller de vías intraóseas	Respeto al principio de autonomía. ¿Cuándo sí y cuando no? Caso concreto de los testigos de Jehová.
Escenario 2. Niño, hijo de madre toxicómana que es traído a urgencias de pediatría por inconsciencia. Posible intoxicación accidental por heroína.	Intoxicación por opiáceos (en niños) Maltrato infantil. RCP básica lactante y pediátrico: Parada respiratoria y su manejo en niños. Intubación pediátrica- particularidades.	Reacción ética ante la sospecha de maltrato. Aspectos sobre la cooperación al mal (concepto). Nos ayudaremos de preguntas: ¿Cuándo denunciar si hay sospechas de maltrato? ¿Has presenciado situaciones consideradas como maltrato en tu trabajo? ¿Denunciarías a un compañero o compañera si crees que está dañando a los pacientes?
Escenario 3. Intento de autolisis. Mujer que, tras un fracaso sentimental ingiere una cantidad indeterminada de raticida. Es atendida en su domicilio por un equipo de emergencias.	Prevención y tratamiento de la conducta suicida. Signos y síntomas de la intoxicación por Anticoagulantes. (Tratamiento y cuidados en urgencias). Alteraciones por sobredosis de sintrom. ¿Riesgo para la vida?	El suicidio desde el punto de vista ético. Protección de la vida vs principio de Libertad-responsabilidad (personalista), autonomía en la Bioética Principialista) Consentimiento informado
Escenario 4. Parada Cardiorrespiratoria en embarazada con eclampsia.	Hipertensión en el embarazo. Tipos y actuación. Riesgos de la eclampsia para el feto. Forma de administración de los fármacos en emergencias. RCP en embarazada según guías ERC 2015.	Aspectos éticos de la RCP: - ¿Cuándo dejar de hacerla? ¿Prioridad (valor) madre o feto? Situaciones en las que no está indicada la RCP.
Escenario 5. Mujer de 56 años diagnosticada de neoplasia pulmonar estadio IV, con diseminación ósea y hepática. La familia reclama la asistencia del SUAP en su domicilio, ya que la paciente se ha quitado la sonda nasogástrica en un cambio postural. Además nos indican que se encuentra con dolor y no saben si la morfina a demanda está funcionando	Atención al paciente al final de la vida (breve) Sedación y analgesia en paciente terminal. Bomba de morfina Unidades de cuidados paliativos.	Encamizamiento terapéutico ¿Qué es? Eutanasia vs cuidados paliativos. ¿Sedación es eutanasia? Bomba de morfina en pacientes terminales ¿Qué es y cómo se usa? ¿Es ético? Otras cuestiones éticas sobre el final de la vida y su manejo (apoyo espiritual, etc.)
Escenario 6. Paciente marroquí, mujer de 27 años que ingresa en urgencias por diabetes de debut. En principio se niega a recibir algunos de los tratamientos y cuidados prescritos pero es evidente la barrera cultural e idiomática.	Diabetes Mellitus de debut/ Cetoacidosis diabética. Patrón respiratorio en cetoacidosis ¿Por qué? Insulinoterapia. Consejos de salud por parte de enfermería. Diferencia entre glucosmon, glucagón e insulina.	Respeto al principio de autonomía Situaciones en las que no puede firmar el alta voluntaria. Atención a personas de otros ámbitos culturales.

La población de estudio corresponde a estudiantes de 4º curso del grado de enfermería matriculados en la simulación clínica correspondiente a la asignatura Practicum VI del segundo rotatorio (N=126 alumnos). El muestreo fue no probabilístico de conveniencia (se seleccionan aquellos sujetos más fácilmente accesibles para el equipo investigador), escogiendo 3 grupos de alumnos (A4, A5 y B5) que en ese período temporal (marzo-mayo de 2016) se encontraban realizando la simulación clínica de 4º con un instructor acreditado en simulación clínica de la UCAM. Cada grupo de simulación estaba constituido por una media de 10 alumnos. Por tanto, la muestra está compuesta por 3 grupos de alumnos; n= 30.

En cuanto a las características de la muestra de alumnos hay que decir que está compuesta por 24 mujeres y 6 hombres con una media de 25,2 años de edad. Todos los alumnos están entrenados en las metodologías de aprendizaje con simulación clínica que se llevan a cabo en la UCAM (Simulación clínica avanzada y metodología MAES).⁷

En la signatura Practicum VI, los alumnos realizan 40 horas de simulación repartidas en 10 sesiones de 4 horas. Cada

sesión se estructura en el desarrollo de 3 escenarios simulados con sus correspondientes momentos de reflexión posterior (debriefing). En este estudio, cada escenario se corresponde con aproximadamente una hora de trabajo del grupo (10 minutos de simulación video-grabada y presenciada en directo por todo el grupo y 50 minutos de discusión-debriefing).

Se recogieron los datos mediante encuesta auto-cumplimentada tras la finalización de la experiencia. La encuesta fue diseñada ad-hoc para el estudio, teniendo en cuenta las dimensiones a medir, se realizó tras una reunión en la que se alcanzó un consenso entre 6 expertos para la elección de las preguntas (validez de contenido). La validez de contenido de la encuesta se calculó a través del Índice de Validez de contenido (CVI:Content Validity Index)¹⁵ cuyo rango oscila entre -1 (mínimo acuerdo) +1 máximo acuerdo, obteniéndose en este caso una puntuación de +1 para los ítems de esta herramienta.

Cada pregunta es valorada a través de una escala tipo Likert (es una escala frecuentemente usada para medir aspectos cognitivos, afectivos o conductuales) que contiene 5 posibilidades de respuesta que oscilan desde 1 (muy en desacuerdo)

hasta 5 (absolutamente de acuerdo). Asimismo, en dichas encuestas se añadieron espacios para que los participantes escribieran libremente y de manera voluntaria sobre cada una de las dimensiones a estudio. Una vez escogidos los ítems se diseñó una encuesta on-line auto administrada (realizada con la aplicación Google Forms® y cuyo link es <http://goo.gl/forms/GbN5ENy0YT>) que contiene preguntas acerca de las dimensiones que se pretenden medir con el estudio. Dichas dimensiones son las siguientes:

a) Información sobre el estudio y consentimiento: Para acceder a la encuesta es preciso e imprescindible leer y expresar el consentimiento.

b) Datos de identificación: Edad, Género y grupo de simulación al que pertenece.

c) Valoración del aprendizaje en bioética durante la carrera de enfermería. Mediante una escala numérica ordinal 1-5 (1=poco aprendizaje hasta 5= máximo aprendizaje), los alumnos deben cuestionar como el conocimiento sobre cuestiones bioéticas que poseía (antes de la simulación o sin incluir la experiencia de simulación) y la enseñanza sobre cuestiones bioéticas que ha recibido durante sus estudios de enfermería (sin incluir la experiencia de simulación).

d) Aprendizaje. El alumno debe señalar la puntuación que considere más acorde con la opinión que tiene al respecto de afirmaciones o sentencias relativas al aprendizaje en una escala tipo Likert (1 muy en desacuerdo, 2 algo en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 algo de acuerdo y 5 absolutamente de acuerdo). En este apartado se realizan 5 preguntas que corresponden con 5 ítems acerca del aprendizaje.

e) Percepción y emociones relacionadas con la experiencia. En este apartado el alumno debe valorar 5 ítems relacionados con sus sensaciones y percepciones relacionadas con la experiencia de inclusión de competencias bioéticas en simulación mediante una escala tipo Likert (1 muy en desacuerdo, 2 algo en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 algo de acuerdo y 5 absolutamente de acuerdo). En este apartado se realizan 5 preguntas que corresponden con 5 ítems acerca del aprendizaje.

f) Satisfacción con la experiencia. Esta categoría se refiere al nivel percibido de bienestar o acuerdo con la experiencia realizada. Contiene 5 ítems valorados del 1 al 5 por una escala Likert.

g) Preferencia de contenidos. En este apartado se pide al alumno que puntúe los siguientes objetivos de aprendizaje (con una escala ordinal del 1 al 10) que se han trabajado en las sesiones según su preferencia (se le indica al alumno que puntúe mejor los que más le han gustado y con menor nota los que menos).

2. Dimensión aprendizaje

Los alumnos han valorado satisfactoriamente la simulación clínica como una herramienta de aprendizaje sobre cuestiones éticas. Los resultados arrojan puntuaciones elevadas en cuanto a estímulo de aprendizaje (93.3% alta/muy alta). La valoración del incremento de conocimientos bioéticos tras la simulación también ha sido elevada (93.3% alta/muy alta), así como el carácter ameno (70% muy alta y 23,3% alta) del aprendizaje activo tras la simulación con elementos bioéticos. De la misma manera se ha considerado que los contenidos bioéticos otorgan

Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis descriptivo básico calculando medias, desviación típica, porcentajes y frecuencias para describir las diferentes variables del estudio recogidas en la encuesta. Para ello se ha usado el programa de análisis estadístico SPSS v. 21.

Consideraciones éticas

En este estudio se han respetado todos los principios éticos. Se ha obtenido el consentimiento informado¹⁶ de los participantes, se ha seguido escrupulosamente la confidencialidad de los alumnos y otras variables éticas, como la relación investigador-participante y la razón riesgo-beneficio.¹⁷ La investigación tiene la aprobación del comité de ética de la UCAM, habiendo sido evaluado con un dictamen favorable (nº de referencia 5939 02/02/2016).

Resultados

La edad media de los alumnos que han participado es de 25,2 años (DT=6.462) encontrándose el mínimo de edad en 21 y el máximo en 50 años (mediana= 22). En cuanto al género el 75% de la muestra son mujeres y el 25% varones.

1. Valoración previa del conocimiento sobre cuestiones bioéticas que poseen los alumnos (antes de la simulación o sin incluir la experiencia de simulación)

En este apartado se pidió a los alumnos que valorasen el conocimiento de cuestiones bioéticas que poseían antes de la simulación en una escala comprendida entre el 1 y el 5. De forma que: 1 (ningún conocimiento), 2 (poco conocimiento), 3 (algún conocimiento), 4 (adecuado conocimiento) y 5 (máximo conocimiento de la materia). Se puede afirmar, a la vista de los resultados, que el 73.3% de los alumnos consideran que su conocimiento previo sobre cuestiones bioéticas está por debajo del límite considerado como adecuado. Únicamente 8 alumnos (26.7%) consideran su conocimiento previo adecuado o máximo (Gráfico 1).

En cuanto a la valoración de la enseñanza sobre cuestiones bioéticas recibida de acuerdo a una escala tipo Likert que valora: 1 (muy inadecuada), 2 (inadecuada), 3 (ni adecuada ni inadecuada), 4 (buena), 5 (muy buena). La enseñanza de cuestiones éticas recibida en el grado de enfermería ha sido valorada como buena por el 60% de los estudiantes de la muestra.

a los escenarios más realismo que los puramente clínicos (96,7% valoración alta/muy alta). Si atendemos a la valoración global de la dimensión aprendizaje obtenemos que de un máximo de 20 puntos y un mínimo de 4 (4 ítems que puntúan cada uno máximo 5 y mínimo 1), la media es de 18,3 (DT=1.80) (Gráfico 2).

3. Dimensión percepción y emociones

Esta dimensión hace referencia a cuestiones como la percepción subjetiva de la experiencia, las sensaciones a la hora

de actuar en la sala de simulación, las emociones experimentadas, y la reflexión propiciada por el caso. Las categorías o variables a estudiar se refieren a la percepción al experimentar dilemas éticos durante la simulación. Asimismo, durante el debriefing se analizan aspectos referidos a la clarificación, mejora en la percepción de importancia de bioética, el bienestar con la experiencia o la facilidad en la comprensión de los conceptos.

En este sentido, los resultados confirman que la sensación de bienestar con la experiencia es buena entre los alumnos (33.3%) o muy buena (60%). Sólo 2 alumnos afirman una posición neutra al respecto (6.7%). En cuanto a la facilidad de comprensión de dilemas éticos propiciada por la simulación, ésta se considera buena (33.3%) o muy buena (63,3%), siendo neutra una única respuesta de un alumno al respecto (3.3%). También puntúan alto las categorías referidas a clarificación y

mejora en la asimilación (96.6%) y el incremento en la percepción de la importancia de la bioética en enfermería tras experimentar los escenarios simulados (96.6 %). De manera global, para la dimensión percepción/emociones (máx. 20, mín. 4) la media puntuada es de 18.2 (DT=1.77). (Gráfico 2).

4. Dimensión preferencia de contenidos

Los alumnos valoraron los contenidos y competencias éticas adquiridas de acuerdo a sus preferencias personales en una escala numérica del 1 (mínima preferencia) al 10 (máxima preferencia). Se presentaron 11 contenidos éticos y fueron valorados como se muestra en el siguiente gráfico (Gráfico 3) de comparación de medias y en la tabla de resultados de esta dimensión (Tabla 2).

Gráfico 1. Valoración del conocimiento previo en bioética

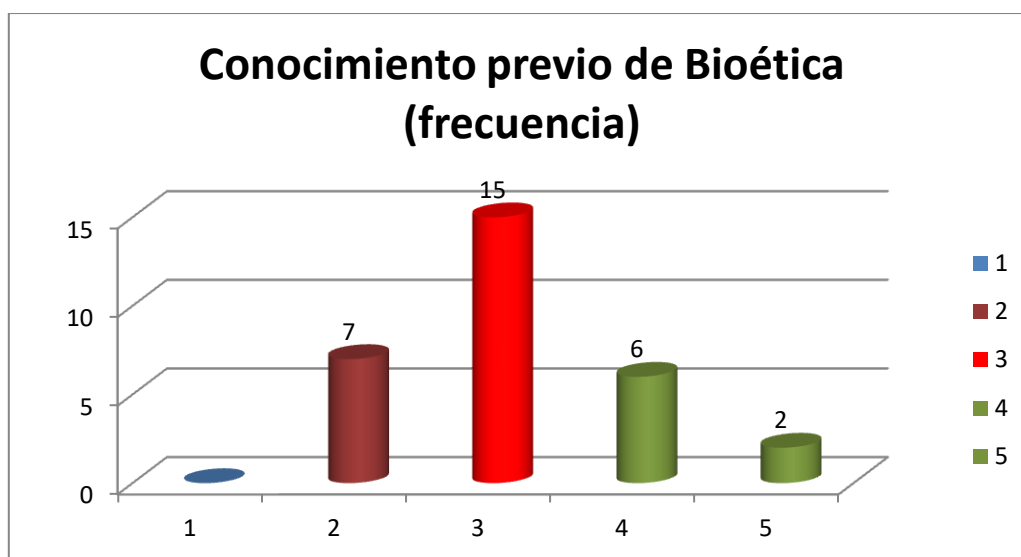


Gráfico 2. Resultados globales de las dimensiones Aprendizaje, Percepción/emociones y Satisfacción

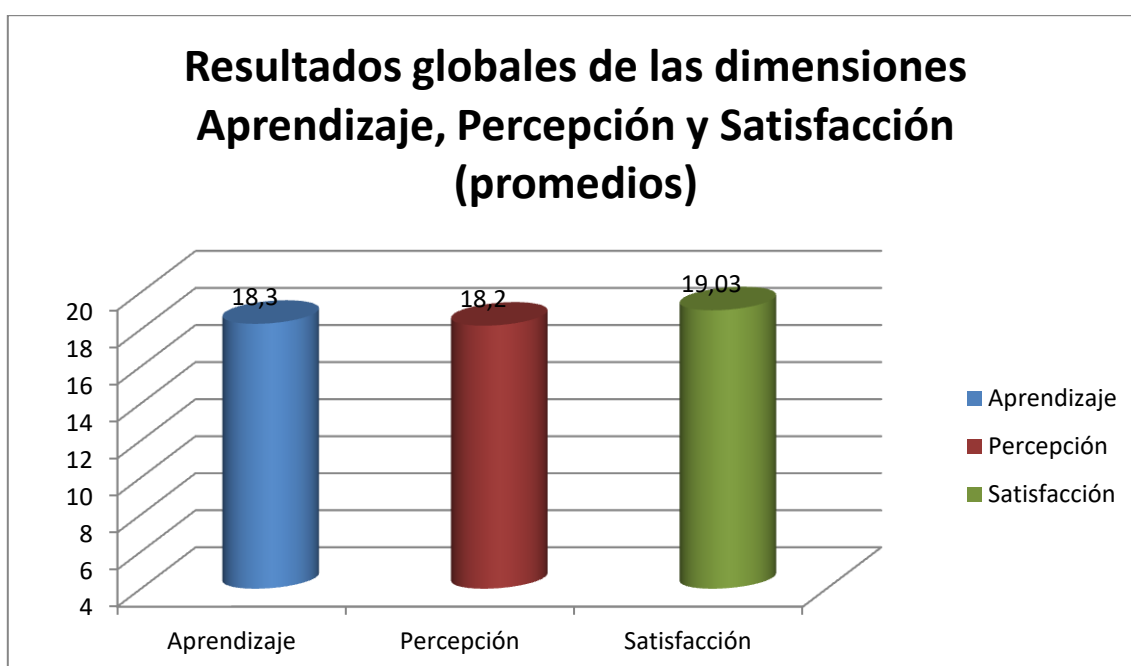


Grafico 3. Contenidos éticos



Tabla 2. Resultados dimensión preferencia contenidos éticos

CONTENIDO ÉTICO	M(DT)
Respeto al principio de autonomía. ¿Cuándo sí y cuando no? (caso de Testigos de Jehová)	8,23 (1,25)
¿Cuándo denunciar si hay sospechas de maltrato?	8,86 (1,27)
Aspectos sobre la cooperación al mal (concepto)	8,06 (2,21)
El suicidio desde el punto de vista ético	8,26 (1,72)
Protección de la vida vs principio de autonomía	8,76 (1,04)
Consentimiento informado	8,40 (1,45)
Aspectos éticos de la RCP	8,70 (1,41)
Encamizamiento terapéutico ¿Qué es?	8,73 (1,46)
Eutanasia vs cuidados paliativos. ¿Sedación es eutanasia?	8,30 (2,05)
Bomba de morfina en pacientes terminales ¿Qué es y cómo se usa? ¿Es ético?	8,63 (1,40)
Otras cuestiones éticas sobre el final de la vida y su manejo (apoyo espiritual, etc.)	8,63 (1,21)

Discusión

La edad y distribución de género de la muestra son las habituales en los estudios de grado en enfermería. En lo que respecta a la mayoría de género femenino se corresponde aproximadamente con la realidad asistencial en la que, como cabía esperar, son mayoritariamente mujeres las que desempeñan la labor de enfermera (84,60%).

En relación con la valoración previa del conocimiento sobre cuestiones bioéticas que poseen los alumnos la interpretación que podemos realizar de estos resultados tiene dos vertientes. Por un lado, la metodología utilizada en el aprendizaje de la ética en enfermería (eminentemente teórica) y por el otro las preferencias sobre contenidos clínicos que habitualmente se establecen como prioridades en el aprendizaje en ciencias de la salud podrían influir en la valoración que los alumnos tienen sobre su conocimiento previo en bioética. Es sabido que el aprendizaje activo se ha mostrado como una potente

herramienta de enseñanza, siendo recomendado en todos los ámbitos de la enseñanza universitaria por el EEES.¹ Aunque este aprendizaje activo ha sido usado con preferencia en materias de corte práctico (excluyendo a la ética).

Sobre la valoración de la enseñanza en cuestiones bioéticas que han recibido la muestra de alumnos durante sus estudios de enfermería (sin incluir la experiencia de simulación), los resultados indican que la percepción del alumnado sobre su aprendizaje en bioética es buena. La forma tradicional de enseñanza, basada en clases magistrales, suele ser bien valorada por los alumnos cuando se trata de aspectos teóricos. No obstante, a pesar de que tanto la enseñanza tradicional como las metodologías activas son efectivas para la educación ética de enfermería, según un estudio, el aprendizaje basado en problemas (ABP) ha demostrado ser más eficaz¹⁸. Dicho aprendizaje tiene el potencial de mejorar la eficacia de la enseñanza de la ética de enfermería en situaciones en las que se puede contar con los recursos y el personal docente adecuado.

Con respecto al aprendizaje, los alumnos han valorado satisfactoriamente la simulación clínica como una herramienta válida para abordar la enseñanza sobre cuestiones éticas. Algún estudio¹⁹ ha puesto de manifiesto que incluir competencias bioéticas en la educación de enfermería, aumenta la percepción sobre la importancia de la misma y el desarrollo de habilidades de reflexión y de análisis. Sin embargo, apenas se menciona su contribución al desarrollo de la conducta ética. En este estudio se revelaron dos características esenciales que debe poseer la educación ética en enfermería: la participación activa de los estudiantes en las discusiones de estudios de casos y el uso de marcos éticos. El uso de la activación de estrategias educativas requiere de un ambiente de aprendizaje seguro donde los estudiantes pueden reflexionar abiertamente sobre los valores en juego en la práctica asistencial. En la experiencia realizada en esta investigación con simulación clínica estaban presentes ambas características, lo que contribuye a que la dimensión aprendizaje esté tan bien valorada por los alumnos.

Además, una revisión sistemática publicada en 2014²⁰ enfatiza en la necesidad de desarrollar un apoyo basado en evidencias para incrementar la competencia ética de las enfermeras. En este estudio se concluye que se debe prestar más atención a las perspectivas conceptuales, teóricas, pero sobre todo prácticas de las competencias éticas. En nuestro caso, el uso de evidencia científica para la discusión y reflexión de los casos, junto con la perspectiva práctica, el realismo de los escenarios y la aplicabilidad de la teoría, apoyan esta afirmación.

En cuanto a la dimensión aprendizaje obtenemos que los alumnos valoran mucho los aspectos no clínicos y los contenidos éticos dada la importancia de un abordaje holístico en el cuidado de los pacientes,²¹ cuestión fundamental en las profesiones sanitarias que secularmente tienden a poner en un primer plano las necesidades físicas de los pacientes.

En referencia a las percepciones de los alumnos, los resultados han arrojado la importancia concedida por los estudiantes a las competencias éticas en la profesión de enfermería. A menudo las enfermeras en su práctica asistencial deben tomar decisiones que, por cuestiones de premura, rapidez o escasez de tiempo y medios, pueden inevitablemente retrasar u omitir algunas intervenciones de enfermería y dar prioridad a otras. Esta situación, que se ha puesto de manifiesto en algunos estudios,²² aumenta el riesgo de resultados adversos para el paciente y amenaza la seguridad, la calidad y la dignidad en la atención. Sin embargo, no está claro si hay un elemento ético en la racionalización de la atención de enfermería, ni tampoco se ha investigado cómo las enfermeras experimentan el fenómeno en su perspectiva ética.

El hecho de que, en este estudio que presentamos, los alumnos perciban positivamente los escenarios simulados con contenidos éticos y le otorguen importancia a la perspectiva ética de las decisiones clínicas viene a corroborar la relevancia de los resultados obtenidos. Las sensaciones de bienestar percibidas favorecerían el correcto aprovechamiento de las competencias tratadas en simulación. Como ponen de manifiesto Blasco, De Otálora, Pastushenko y Trota,²³ las emociones y la afectividad son una pista necesaria para un buen aprendizaje en bioética y, en referencia a los estudios de pregrado de medicina, afirman que, para ser bien enseñada “La disciplina de bioética tendría que acompañar de algún modo, toda la forma-

ción técnica y de habilidades del alumno”. Esto precisamente es lo que se ha pretendido realizar con el estudio llevado a cabo.

A tenor de los resultados se puede afirmar que la experiencia ha resultado muy satisfactoria. Un aspecto importante a discutir es la satisfacción relacionada con la des-cosificación del paciente. “Poner cara” al dilema ético implica trasladar la teoría ética y encarnarla en la realidad (aunque sea simulada). Esta disociación entre teoría y práctica es fruto de un sistema educativo basado en presupuestos conductistas orientados a la pragmática laboral²⁴ y alejado de las tendencias constructivistas²⁵ en la enseñanza que están tan de actualidad y son la base pedagógica que nos enmarca este trabajo, orientado a justificar la experiencia como base del conocimiento de la ética.

El hecho mismo de que los estudiantes estén frecuentemente imbuidos de que el objetivo es reparar la salud del paciente a través de la mejora y el cuidado del cuerpo por un lado y de la mente por otro, es un signo de la cosificación del ser humano en medicina. Se asimila la enfermedad como un epifenómeno aislado del ser humano, esto se ve manifestado por expresiones como “¿has visto la pielonefritis de la 203?”. Por lo tanto, integrar en la práctica de la simulación escenarios con contenidos éticos supone un paso más en un tipo de aprendizaje basado en la atención holística de la persona.

En cuanto a los contenidos tratados en la simulación y posterior debriefing podemos afirmar que el conocimiento adquirido por los grupos de alumnos que participaron en las experiencias se fundamentó en el aprendizaje reflexivo²⁶ y experiencial,²⁷ reforzando la idea de que este tipo de metodologías son imprescindibles en la formación de profesionales éticamente competentes. Creemos que este estudio contribuye a una mejor comprensión de cómo los estudiantes aprenden a desarrollar habilidades éticas y de los factores que influyen en dicho aprendizaje. Como pone de manifiesto un estudio¹⁹ esto puede guiar a los profesores para desarrollar planes de estudios que contemplen el aprendizaje correcto de la ética en enfermería.

Al igual que se ha puesto de manifiesto en algún estudio piloto previo que trabajó la percepción de alumnos y profesores,²⁸ afirmamos que la simulación clínica es una de las mejores herramientas para el aprendizaje de cuestiones éticas y legales.

Como limitaciones de este estudio se puede afirmar que sería necesario ampliar tanto el número de escenarios como el número de grupos de simulación para poder generalizar los resultados, validando una herramienta de análisis cuantitativo de las variables estudiadas, por lo que esta investigación quedaría como un estudio piloto con perspectiva de futuro.

Conclusiones

La Simulación clínica se ha presentado como una excelente metodología de enseñanza y aprendizaje de competencias éticas en enfermería ya que posibilita la experimentación de las situaciones que contemplan dilemas éticos y permite su posterior reflexión en grupo.

Las opiniones de los alumnos sobre el proceso de aprendizaje de las cuestiones bioéticas mediante simulación en enfermería han sido positivas. Asimismo, perciben un incremento en sus competencias sobre bioética gracias a la simulación clínica.

Se han generado emociones positivas durante la experiencia, que bien de la mano de percepciones de bienestar, confort, empatía y mayor seguridad al abordar las cuestiones éticas tras la reflexión posterior a la simulación.

La satisfacción de los alumnos acerca de la experiencia de incluir competencias sobre bioética en simulación clínica ha sido elevada. Sobre todo, porque consideran muy recomendable la experiencia mostrando voluntad de repetición y acuerdo respecto al bienestar percibido.

Las preferencias de los alumnos en relación a las competencias bioéticas desarrolladas en cada escenario simulado han

sido: como mejor valoradas se encuentra la “actuación ante sospecha de maltrato” y “protección de la vida vs principio de autonomía” y las menos valoradas son: “aspectos sobre la cooperación al mal” y “el suicidio desde el punto de vista ético”.

Se han analizar reflexivamente las diferentes respuestas de los alumnos ante las situaciones con implicaciones éticas que aparecen en cada uno de los escenarios, encontrándose contradicciones entre la forma de actuar en simulación respecto a las ideas y conocimientos previos sobre los temas.

Bibliografía

1. Allègre C, Blackstone T, Berlinge L, Ruetters J. Declaración conjunta para la armonización del diseño del Sistema de Educación Superior Europeo (a cargo de los cuatro ministros representantes de Francia, Alemania, Italia y el Reino Unido). Declaración de la Sorbona, 1998. [fecha de acceso: 13 de enero de 2017]. URL Disponible en: http://www.eees.es/pdf/Sorbona_ES.pdf
2. Palomino PA, Frías A, Grande ML, Hernández ML, Del Pino R. El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. *Index Enferm.* 2005; 14(48-49): 22-30.
3. Riesco M. El enfoque por competencias en el EEES y sus implicaciones en la enseñanza y el aprendizaje. *Tenden Pedag.* 2008; 13: 79-105.
4. Fernández A. La evaluación orientada al aprendizaje en un modelo de formación por competencias en la educación universitaria. *REDU.* 2010 8(1): 11-34.
5. Camacho JA, Chiappe A, López de Mesa C. Blended Learning y estilos de aprendizaje en estudiantes universitarios del área de la salud. *Educ Méd Sup.* 2012; 26(1): 27-44.
6. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med.* 1990; 65(9): 63-67.
7. Díaz JL, Leal C, García JA, Hernández E, Adán MG, Sáez A. Self-Learning Methodology in Simulated Environments (MAES©): Elements and Characteristics. *Clin Simul Nurs.* 2016; 12(7): 268-274.
8. Wotton K, Davis J, Button D, Kelton M. Third-year undergraduate nursing students' perceptions of high-fidelity simulation. *J Nurs Educ.* 2010; 49(11): 632-9.
9. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care.* 2004; 13(1): 2-10.
10. Thomas I, Nicol L, Regan L, et al.. Driven to distraction: a prospective controlled study of a simulated ward round experience to improve patient safety teaching for medical students. *BMJ Qual. Saf.* 2015; 24: 290-291.
11. Díaz JL, Leal C. Aprender sin lastimar, seguridad del paciente y simulación clínica: una relación necesaria en la formación de profesionales sanitarios. En Aires AC, de Souza MS, Bessa IM (Eds.), *Segurança do Paciente: um caminho de muitas vias teóricas metodológicas e aplicabilidade prática no Sistema Sanitário.* Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará– EdUECE: 195-222; 2015
12. Aldrich C. *Learning by Doing: A comprehensive guide to simulations, computer games, and pedagogy in e-learning and other educational experiences.* San Francisco: Pfeiffer; 2005.
13. Singer SJ, Hayes J, Cooper JB, Vogt JW, Sales M, Aristidou A, et al. A case for safety leadership team training for hospital managers. *Health Care Manage Rev.* 2011; 36(2): 1-13.
14. Aebersold M, Tschannen D, Bathish M. Innovative Simulation Strategies in Education. *Nurs Res and Prac.* 2012; 2012: 1-7.
15. Wynd CA, Schmidt B, Schaefer MA. Two quantitative approaches for estimating content validity. *West J Nurs Res.* 2003 Aug;25(5):508–18.
16. Cañete R, Guilhem D, Brito K. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta bioeth.* 2012 Jun;18(1):121–7.
17. Houghton CE, Casey D, Shaw D, Murphy K. Ethical challenges in qualitative research: examples from practice. *Nurse Res.* 2010;18(1):15–25.
18. Lin C-F, Lu M-S, Chung C-C, Yang C-M. A comparison of problem-based learning and conventional teaching in nursing ethics education. *Nurs Ethics.* 2010 May;17(3):373–82.
19. Cannaerts N, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B. Contribution of ethics education to the ethical competence of nursing students: educators' and students' perceptions. *Nurs Ethics.* 2014 Dec;21(8):861–78.
20. Poikkeus T, Numminen O, Suhonen R, Leino-Kilpi H. A mixed-method systematic review: support for ethical competence of nurses. *J Adv Nurs.* 2014 Feb;70(2):256–71.
21. Maddalena V. Cultural competence and holistic practice: implications for nursing education, practice, and research. *Holist Nurs Pract.* 2009 Jun;23(3):153–7.
22. Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Merkouris A. The ethical dimension of nursing care rationing: A thematic synthesis of qualitative studies. *Nurs Ethics.* 2015 Dec;22(8):881–900.
23. González Blasco P, Serrano Días De Otálora M, Pastushenko J, Altisent Trota R. ¿Cómo enseñar bioética en el pregrado? Reflexiones sobre experiencias docentes. *Aten Primaria.* 2009 Feb;41(2):103–8.

24. Weigel T. The Concept of Competence in the Development of Vocational Education and Training in Selected EU Member States. *J Vocat Educ & Tra.* 2007 Mar;59(1):53–66.
25. Jonassen D. El diseño de entornos constructivistas de aprendizaje. En CH. REIGELUTH (Ed.), *Diseño de la Instrucción. Teoría y Modelos.* Madrid: Aula Santillana XXI; 2000: 225-249.
26. Bulman C, Schutz S. *Reflective practice in nursing.* New Jersey: John Wiley & Sons; 2013.
27. Kolb DA. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development.* New Jersey: FT press; 2014.
28. Smith KV, Witt J, Klaassen J, Zimmerman C, Cheng A-L. High-fidelity simulation and legal/ethical concepts: a transformational learning experience. *Nurs Ethics.* 2012 May;19(3):390–8.